



**53º**  
**CONGRESSO**  
**BRASILEIRO**  
de otorrinolaringologia  
e cirurgia cérvico-facial  
**SALVADOR • BAHIA**   
30/11 a 02/12 de 2023

# **ANAIS DO 53º CONGRESSO BRASILEIRO** **DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA** **CÉRVICO-FACIAL**

REALIZAÇÃO:

**ABORL**   
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



**53º**  
**CONGRESSO**  
**BRASILEIRO**  
de otorrinolaringologia  
e cirurgia cervicofacial  
**SALVADOR • BAHIA**  
30/11 a 02/12 de 2023



**ABORL**  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL

## Diretoria executiva ABORL-CCF 2023

Dr. Fabrício Ricci Romano  
Presidente

Dr. Leonardo Haddad  
1º vice-presidente

Dr. André Alencar Araripe Nunes  
2º vice-presidente

Dr. Ricardo Landini Lutaif Dolci  
Secretário geral

Dr. Ali Mahmoud  
Diretor tesoureiro

Dr. Marcos Luiz Antunes  
Tesoureiro adjunto

Dra. Renata Ribeiro de Mendonça Pilan  
Secretária adjunta

Dr. Artur Grinfeld  
Assessor

Dra. Camila de Giacomo Carneiro  
Assessora

Dra. Cláudia Schweiger  
Assessora

Dr. Marcel Menon Miyake  
Assessor

Dr. Miguel Soares Tepedino  
Assessor

Dr. Thiago Freire Pinto Bezerra  
Assessor

Dr. Virgílio Batista do Prado  
Assessor



53º  
CONGRESSO  
BRASILEIRO  
de otorrinolaringologia  
e cirurgia cervico-facial  
SALVADOR • BAHIA  
30/11 a 02/12 de 2023

**ABORL**  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL

## Comissão científica

Rodrigo Guimarães Pereira ABOPe

Otávio Bejzman Piltcher ABR

Adriana Hachiya ABLV

Robinson Koji Tsuji SBO

Geraldo Augusto Gomes ABCPF

Mário Edvin Greters Depto. Otoneuro

Alexandre Beraldo Ordones Depto. Medicina do Sono

Mônica Elisabeth Simons Guerra Depto. Foniatria

Adalberto Novaes Silva Depto. Crânio Maxilo Facial

Eulália Sakano Depto. ORL Geriátrica

Cleonice Hitomi Watashi Hirata Depto. Estomatologia

Carlos Takahiro Chone Depto. CCP

Josemar dos Santos Soares Depto. ORL Ocupacional

Virgílio Batista do Prado Depto. Defesa Profissional

Roberto Miquelino de Oliveira Beck Depto. Eletroneurofisiologia

Guilherme Webster Depto. Medicina Aeroespacial





**53º**  
**CONGRESSO**  
**BRASILEIRO**  
de otorrinolaringologia  
e cirurgia cérvico-facial  
**SALVADOR • BAHIA**  
30/11 a 02/12 de 2023



**ABORL**  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL

## Comissão de trabalhos científicos

Carlos Chone  
Coordenador

Joel Lavinsky  
Membro

Reginaldo Fujita  
Membro



**53º**  
**CONGRESSO**  
**BRASILEIRO**  
de otorrinolaringologia  
e cirurgia cervicofacial  
**SALVADOR • BAHIA**  
30/11 a 02/12 de 2023

**ABORL**  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL

## Índice

### Temas Livres Premiados

|                                                     |   |
|-----------------------------------------------------|---|
| 1º Lugar: Ciências Básicas e Estudos Translacionais | 6 |
| 2º Lugar: Rinologia / Base de Crânio Anterior       | 7 |
| 3º Lugar: Rinologia / Base de Crânio Anterior       | 8 |

### Temas Livres Concorrentes a Prêmio

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| Bucofaringologia e Medicina do Sono         | 10 |
| Ciências Básicas e Estudos Translacionais   | 11 |
| Cirurgia de Cabeça e Pescoço                | 16 |
| Estética Facial                             | 20 |
| Foniatría                                   | 21 |
| Laringologia e Voz                          | 23 |
| Otologia / Base de Crânio Médio e Posterior | 24 |
| Otorrinolaringologia Pediátrica             | 28 |
| Rinologia / Base de Crânio Anterior         | 33 |
| Outros                                      | 40 |

### Pôsteres

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| Bucofaringologia e Medicina do Sono         | 59  |
| Ciências Básicas e Estudos Translacionais   | 60  |
| Cirurgia de Cabeça e Pescoço                | 119 |
| Estética Facial                             | 121 |
| Foniatría                                   | 220 |
| Laringologia e Voz                          | 253 |
| Otologia / Base de Crânio Médio e Posterior | 269 |
| Otoneurologia                               | 359 |
| Otorrinolaringologia Pediátrica             | 545 |
| Outros                                      | 600 |
| Rinologia / Base de Crânio Anterior         | 672 |

# TEMAS LIVRES PREMIADOS

---



**53º**  
**CONGRESSO**  
**BRASILEIRO**  
de otorrinolaringologia  
e cirurgia cérvico-facial  
**SALVADOR - BAHIA**   
30/11 a 02/12 de 2023

**ABORL**   
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL

ATTLO02

## TRABALHO 1º LUGAR - CIÊNCIAS BÁSICAS E ESTUDOS TRANSLACIONAIS

Avaliação da ivermectina em mucosa de cobaias e sua ototoxicidade

AUTOR PRINCIPAL: VINICIUS DE MORAES PALMA

COAUTORES: EDUARDO TANAKA MASSUDA; LUCAS SOARES DA ROCHA; MARIA ROSSATO; ADRIANA DE ANDRADE BATISTA MURASHIMA; DENNY M GARCIA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

**Objetivos:** Avaliar o efeito da ivermectina sobre a mucosa da bula de cobaias (*Cavia porcellus*), sua absorção e resposta inflamatória; e avaliar sua ototoxicidade, quando administrada topicamente transcorridos 15 dias.

**Métodos:** Foram selecionadas 10 cobaias adultas. Realizada abertura bilateral das bulas timpânicas, após sedação. Do lado direito foi colocada ivermectina na cavidade e fechado com cimento ósseo. A bula esquerda apenas foi aberta e imediatamente fechada. Para avaliar a integridade do sistema auditivo foi feito Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) no pré-operatório e 15 dias após o procedimento. Após esse período, as cobaias foram sacrificadas. As bulas timpânicas foram preparadas para estudo por microscopia simples. Duas cobaias foram aleatoriamente selecionadas para o preparo específico da microscopia eletrônica de varredura (MEV).

**Resultados:** O PEATE revelou a manutenção dos limiares auditivos em 20 dB pré e pós administração de ivermectina e boa responsividade acústica, enquanto a MEV mostrou a integridade das células ciliadas internas e externas da cóclea. A análise histológica não constatou alterações estatisticamente relevantes no grau de edema ( $p = 0.110$ ), na densidade de células caliciformes ( $p = 0.125$ ) e na presença de células ciliadas entre os grupos ( $p = 0.880$ ). Reações inflamatórias somente foram observadas em duas amostras do grupo intervenção, restringindo-se à região subepitelial e contando com redução da espessura epitelial ( $p = 0.12$ ), subepitelial ( $p = 0.7$ ), da área da lâmina acometida e da celularidade leucocitária, quando comparado aos infiltrados inflamatórios observados no grupo controle. Nestas reações observadas, notou-se discreta predileção por neutrófilos, linfócitos e plasmócitos.

**Discussão:** Todos os parâmetros analisados apontam para a integridade das vias de transmissão do impulso auditivo, o qual manteve-se inalterado após a administração da ivermectina. Esses resultados sugerem que a ivermectina aplicada de modo tópico não deve estar relacionada a perdas permanentes neurosensoriais decorrentes de danos ao órgão de Corti e às células transdutoras de sinal auditivo.

As amostras analisadas não revelaram aumento na frequência ou intensidade do infiltrado inflamatório no epitélio ou subepitélio. Quando ocorreram reações inflamatórias nas amostras tratadas com ivermectina, essas restringiram-se à camada subepitelial, corresponderam a um menor acometimento em termos de área absoluta da lâmina, a uma celularidade leucocitária reduzida e não representaram aumento estatisticamente significativo nas espessuras subepitelial ( $p = 0.7$ ) e epitelial ( $p = 0.12$ ). Transcorridos 15 dias de pós-operatório, toda a ivermectina já havia sido absorvida, não havendo resquício da medicação.

Não houve alterações estatisticamente relevantes na presença do epitélio ciliado entre amostras com ou sem intervenção por ivermectina ( $p = 0.88$ ), o que também foi visto na análise do grau de edema ou fibrose ( $p = 0.110$ ). A comparação da contagem de células caliciformes também não revelou nenhuma alteração estatisticamente significativa ( $p = 0.125$ ), o que se traduz em epitélios sem exacerbação da capacidade secretora nem aumento na probabilidade de progressão para otite secretora.

Nas amostras do grupo controle observou-se uma predileção à presença de monócitos, linfócitos e neutrófilo nos infiltrados inflamatórios, enquanto nas amostras do grupo intervenção revelaram maior prevalência de neutrófilos, linfócitos e plasmócitos. Porém, a ausência de outras características histológicas e o reduzido espaço amostral de reações inflamatórias observadas em amostras testadas com ivermectina, não nos permitem traçar correlações assertivas entre o papel das populações celulares observadas nos infiltrados e o significado morfofuncional das reações inflamatórias vistas.

**Conclusão:** A administração tópica de ivermectina na bula timpânica de cobaias não resultou em reações adversas que comprometessem a integridade morfológica da orelha média e interna ou funcional do sistema auditivo. Não houve ototoxicidade nas cócleas de 10 cobaias tratadas com ivermectina tópica.

**Palavras-chave:** ivermectina; ototoxicidade; bula timpânica.

## ATTLO05

## TRABALHO 2º LUGAR - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

Desenvolvimento de um novo teste olfatório para a prática clínica: Santa Casa de São Paulo Olfactory Test (SCOT)

**AUTOR PRINCIPAL:** LUIZA HELENA CHUQUE MEDINA

**COAUTORES:** MARCEL MENON MIYAKE; RENATO TRINTA RIOS; LEONARDO DE MOURA VOLPI; AXEL VOELKER; BRUNO DE SIQUEIRA; MÔNICA MACHUCA; JOYCE PEREIRA

**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL. 2. FUNDAÇÃO FIRMENICH, COTIA - SP - BRASIL

Distúrbios de olfato são queixas muito comuns na área médica brasileira, e se intensificaram após a pandemia do Covid-19. No entanto, atualmente existem poucas opções de propedêutica armada disponíveis e eficientes no setor de otorrinolaringologia para avaliação da função olfatória. As opções existentes apresentam alto custo, aplicação com alta demanda de complexidade e de tempo. O presente projeto objetiva o desenvolvimento e validação de um novo teste, o teste SCOT (Santa Casa de São Paulo Olfactory Test), que se mostre reprodutível, financeiramente acessível, seguro, durável, de fácil aplicação e completo na avaliação dos parâmetros olfatórios (que avalie tanto o limiar quanto a discriminação olfatória). A metodologia do SCOT consiste em 12 frascos contendo essências desenvolvidas por indústria de aromas e fragrâncias, que são apresentados a pacientes por meio de fitas de perfumaria. O limiar olfatório é determinado pela concentração mais baixa de n-butanol (1,35%, 0,45%, 0,15%, 0,05% ou 0,015%) que o paciente é capaz de diferenciar de uma tira idêntica gotejada com água destilada. O teste de identificação é avaliado pelo número de essências que o paciente consegue reconhecer, dentre elas, café, cebola, canela, laranja e chocolate, e ainda, mentol (teste trigeminal). Em um primeiro momento, 37 pacientes sem queixas ou doenças nasais foram recrutados para realizarem o teste SCOT. Após 3 a 7 meses, cerca de metade desses pacientes (18) foram recrutados novamente para refazer o teste SCOT, a fim de verificar a durabilidade do projeto, além de também realizarem um outro teste olfatório, já existente e validado, CCCRC, de modo a comparar os resultados e tempo de aplicação. Como resultados, o tempo médio de aplicação do teste SCOT foi de 4,78 minutos, contra 8,11 minutos do CCCRC original. Não houve diferenças quanto à facilidade de compreensão e de aplicação entre ambos os testes, por parte dos participantes e dos examinadores, respectivamente. Todos os pacientes apresentaram alta concordância entre as duas visitas no teste SCOT, assim como bons desempenhos na avaliação do CCCRC. Para análise estatística, utilizou-se o Wilcoxon signed rank test. Discussão: o SCOT pode permitir a universalização dos testes olfatórios na prática clínica, por apresentar aromas comuns em variáveis culturas, e ser completo (tanto no limiar e na identificação olfatória); apresenta baixo custo, é rápido e fácil de aplicar. Conclui-se que o teste SCOT apresentou uma alta consistência de nota. Além disso, também apresentou boa durabilidade (pelo menos por 7 meses), em relação ao CCCRC, o qual já se sabe durar, no máximo, 3 meses. Verificou-se, também, que o SCOT exige um menor tempo de aplicação quando comparado ao do CCCRC, e que os participantes, todos em normosmia, apresentaram pouca variação de nota entre si no CCCRC, enquanto ela se manteve consistente no SCOT. Validação adicional é necessária.

**Palavras-chave:** Teste olfatório; Fitas olfatórias; SCOT.



## ATTLO06

## TRABALHO 3º LUGAR - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

ANÁLISE PROSPECTIVA DO MICROBIOMA NASOSSINUSAL DE PACIENTES COM RINOSSINUSITE CRÔNICA APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO

**AUTOR PRINCIPAL:** DENISE VIEIRA SANTOS

**COAUTORES:** FABIANA CARDOSO PEREIRA VALERA; LILIAN E C M SILVA; MARIA CLARA ANTUNES ALVES; RAFAEL SILVA ROCHA; WILMA TEREZINHA ANSELMO LIMA; EDWIN TAMASHIRO

**INSTITUIÇÃO:** USP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

**Objetivos:** Caracterizar as mudanças no microbioma nasossinusal de pacientes com rinossinusite crônica eosinofílica durante o período de um ano após o tratamento cirúrgico endoscópico nasal, e suas relações com diferentes variáveis clínicas (qualidade de vida - SNOT-22, grau de controle de doença - EPOS-2020, características endoscópicas - Lund-Kennedy).

**Métodos:** Foram recrutados 43 pacientes do ambulatório de rinossinusologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP, com idade entre 18-65 anos, portadores de rinossinusite crônica com pólipos nasais eosinofílicos, sendo analisada a flora nasossinusal antes e após a realização de tratamento cirúrgico, nos tempos 1, 3, 6 e 12 meses após a cirurgia. Para tanto, foram coletados swabs do meato médio nos 5 tempos diferentes e o DNA genômico das amostras foi extraído, realizada PCR para o gene rRNA 16S e posteriormente feito sequenciamento de nova geração para determinação do microbioma e correlação com parâmetros clínicos. Também foi realizado o sequenciamento metagenômico por shotgun de 2 pools de pacientes antes e 12 meses após o tratamento cirúrgico para detecção de genes de resistência e virulência.

**Resultados:** Dentre os pacientes recrutados, 22 concluíram todos os 5 tempos programados, e os demais foram acompanhados em pelo menos 2 períodos dentro de um ano; 54,85% (n=23) eram do sexo feminino e a média de idade foi de 49 anos (DP 11 anos, 26-65 anos). Apresentavam escores de qualidade de vida (SNOT-22) no pré-operatório de  $57 \pm 25$  pontos (média  $\pm$  DP), evoluindo para  $16 \pm 18$  no primeiro mês pós-operatório,  $24 \pm 24$  no terceiro mês,  $31 \pm 27$  no sexto mês e  $18 \pm 19$  pontos no 12º mês pós-operatório. Em relação ao escore endoscópico (Lund-Kennedy), observamos uma melhora significativa do aspecto endoscópico em todos os tempos pós-operatórios em relação ao período pré-operatório ( $T_0 = 7,2 \pm 2$  pontos,  $T_1 = 5,4 \pm 2,2$  pontos,  $T_3 = 3,7 \pm 3$ ,  $T_6 = 4,2 \pm 2,8$ ,  $T_{12} = 4,4 \pm 3,4$  pontos) (média  $\pm$  DP, p-valor  $< 0,05$ , Kruskal-Wallis). Quanto à distribuição dos graus de controle clínico da RSC, observamos um melhor controle parcial da doença nos primeiros meses pós-operatório, apesar da grande maioria dos pacientes ainda não estarem totalmente controlados da doença, e ao longo do primeiro ano pós-operatório, houve uma crescente parcela dos pacientes que apresentaram descontrole da doença. Ao total, coletamos 175 swabs nasais que tiveram a extração e sequenciamento de todas as amostras, sendo que em apenas 7 amostras (4%) não foi possível o sequenciamento, em virtude da baixa quantidade de cópias do gene rRNA 16S ou pela baixa qualidade do DNA extraído. Houve uma predominância de abundância relativa de Staphylococcus entre os indivíduos e nos diferentes tempos analisados, e após a cirurgia, a maioria dos indivíduos até então analisados apresentaram estabilidade da flora nasossinusal. Entretanto, alguns indivíduos apresentaram uma abrupta mudança da flora, entre eles Serratia, Neisseria e Streptococcus.

**Discussão:** Após 1 ano de seguimento pós-operatório obtivemos melhor controle clínico da doença, com SNOT-22 médio abaixo de 20 pontos e a maioria dos pacientes apresentando melhor aspecto endoscópico em relação ao pré-operatório. A abundância relativa dos diferentes gêneros bacterianos encontrados na flora nasossinusal antes da cirurgia e ao longo de 1 ano pós-operatório evidencia que, apesar da predominância de um gênero bacteriano em relação aos indivíduos e ao tempo, foram observadas súbitas inversões, que podem estar relacionadas a quadros de infecções agudas e outras intervenções como uso de antibióticos.

**Conclusão:** Nossos dados revelam uma grande heterogeneidade de perfil do microbioma e com certa variabilidade ao longo do tempo. As análises da influência do microbioma sobre os desfechos clínicos ainda estão sendo realizadas, e o resultado do sequenciamento metagenômico por shotgun, também será mostrado durante a apresentação no congresso.

**Palavras-chave:** RINOSSINUSITE ;MICROBIOMA ;SEQUENCIAMENTO DE NOVA GERAÇÃO.

# TEMAS LIVRES CONCORRENTES A PRÊMIO



**53º**  
**CONGRESSO**  
**BRASILEIRO**  
de otorrinolaringologia  
e cirurgia cérvico-facial  
30/11 a 02/12 de 2023

**ABORL**  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL

**ATTLO03**

**APRESENTAÇÃO ORAL - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**BENEFÍCIOS DA APLICAÇÃO LOCAL DE METILPREDNISOLONA NO CONTROLE DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO EM AMIGDALECTOMIAS**

**AUTOR PRINCIPAL:** EUVALDO NETO BORGES TOMAZ

**COAUTORES:** PALOMA FEITOSA PINHO GOMES; ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA; PAULO MARCOS DO NASCIMENTO; FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA; RAYANE CARNEIRO DE AMORIM; ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA MARTA, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Objetivos:** Observar o benefício da metilprednisolona no controle da dor no pós-operatório de pacientes submetidos à amigdalectomia comparados ao grupo controle; avaliar a intensidade da dor dos pacientes operados; Quantificar a frequência do uso de opioides pós-operatório; Observar tempo de recuperação destes pacientes através da aceitação da dieta; Identificar possíveis efeitos adversos com uso dessas drogas; Avaliar reinternações e/ou procura do Pronto Atendimento no pós-operatório.

**Métodos:** O presente estudo contou com 22 pacientes divididos randomizadamente em dois grupos, um teste, outro controle. O projeto de pesquisa deste estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Santa Marta de Ensino e Pesquisa.

No momento da alta hospitalar, os pacientes do estudo receberam um questionário para avaliação clínica da dor no 1º, 3º, 5º E 7º dia pós operatório. A avaliação do primeiro retorno ambulatorial, após 7 dias, foi realizada por outro pesquisador, o qual não teve conhecimento sobre qual grupo o paciente foi inserido. O aspecto da loja amigdalina foi classificado visualmente pela oroscopia em 4 categorias: seco; presença de edema; presença de edema e fibrina; e presença de hematoma. Para o controle e afastamento de qualquer viés, além do cegamento e randomização, as cirurgias também foram feitas pelo mesmo cirurgião, com a mesma técnica cirúrgica. O questionário aplicado trazia o registro pelos pacientes da evolução do pós-operatório através de uma escala visual da dor e uma série de perguntas. Questionário este que foi exaustivamente explicado durante a internação.

**Resultados:** O atual estudo evidenciou que a injeção de metilprednisolona inferiu nos pós-operatórios de amigdalectomia. Impactado na redução da dor e na evolução dos pós operatórios. Foi observado também uma quantidade maior de pacientes no grupo controle que necessitaram fazer o uso do opioide, cerca de 60% a mais em relação ao grupo controle. Os dados deste estudo permitiu compreender que a utilização da metilprednisolona, associada ao analgésico contribuiu também para a possibilidade de retorno aos hábitos alimentares dos pacientes.

**Discussão:** Os dados do estudo realizado vão ao encontro de resultados semelhantes identificados na literatura disponível em outras espécies de cirurgias, cujos resultados analgésicos no pós-operatório são pouco significativo, contudo, a literatura, igualmente demonstra que esses efeitos podem ser evidentes em algumas cirurgias, como as ortopédicas. No entanto, não há ensaios clínicos, caso-controle ou randomizados associados à amigdalectomia que possam servir de referência para este estudo, o que limita a compreensão mais ampla dos resultados. O que se pode mencionar é que a administração de metilprednisolona pode ser uma alternativa para a redução da dor em amigdalectomia.

**Conclusão:** Neste estudo, foi possível identificar um efeito analgésico significativo após amigdalectomia associada à administração de metilprednisolona, contudo, pode ser uma alternativa a ser lançada mão, principalmente ao que se refere à dieta do paciente, uma vez que foi verificado que os pacientes do grupo teste, tiveram uma evolução mais otimizada nesta variável.

Ao que se refere à redução da dor no pós-operatório, a diferença não foi relevante, embora o uso da metilprednisolona pós intervenção cirúrgica tenha contribuído para a redução da dor, consequentemente, diminuindo o uso de analgésicos opioides entre os pacientes dos grupo teste em relação ao controle.

**Palavras-chave:** Dor;Metilprednisolona;Amigdalectomia.

**ATTLO04**

**APRESENTAÇÃO ORAL - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Avaliação da qualidade de vida de pacientes com síndrome da apneia obstrutiva do sono após faringoplastia com sutura barbada

**AUTOR PRINCIPAL:** ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA

**COAUTORES:** LUMA MOREIRA DA COSTA; LETICIA DE MORY VOLPINI; INGRID DE MORAES RIBEIRO; DANIEL FERREIRA LANA E SILVA; VINICIUS NICKEL; LUCAS NEVES DE ANDRADE LEMES; LUCIANA BALESTER MELLO DE GODOY

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Objetivos:** As cirurgias faríngeas são uma modalidade de tratamento para pacientes com síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS). Uma técnica recente consiste na faringoplastia com sutura barbada, baseada no uso de fios reabsorvíveis autotravados e sem nós para suspender a musculatura faríngea e estabilizar o palato, com o objetivo de ampliar a via aérea orofaríngea. Sua eficácia em melhorar o índice de apneia hipopneia vem sendo demonstrada, no entanto seu papel na melhora da qualidade de vida ainda é incerto. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e do sono, sonolência diurna e parâmetros polissonográficos de pacientes com apneia obstrutiva do sono pré e pós faringoplastia com sutura barbada.

**Métodos:** Foi conduzido estudo longitudinal prospectivo incluindo pacientes acima de 18 anos com apneia obstrutiva do sono e obstrução a nível palatal, os quais foram submetidos a faringoplastia com sutura barbada. Os pacientes realizaram também polissonografia e preencheram os questionários de qualidade de vida e sono Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Functional Outcomes of Sleep Questionnaire (FOSQ), Short Form Health Survey (SF-36) e Epworth Sleepiness Scale (ESS) antes e 3 meses após a cirurgia. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido para participação no estudo.

**Resultados:** Foram incluídos 10 pacientes, sendo 60% do sexo masculino. Houve melhora de parâmetros polissonográficos como a eficiência do sono, índice de apneia hipopneia, índice de apneia e índice de hipopneia ( $p=0,013$ ,  $0,00$ ,  $0,00$ ,  $0,00$  respectivamente). Em relação a qualidade de vida, comparando escores pré e pós operatórios, houve melhora da capacidade funcional, vitalidade, aspectos emocionais e qualidade do sono ( $p=0,037$ ,  $0,03$ ,  $0,032$ ,  $0,008$  respectivamente).

**Discussão:** Nos últimos anos, para o tratamento da SAOS, cresceu a preferência por técnicas de reposicionamento em detrimento das técnicas majoritariamente baseadas na ressecção de tecidos moles devido a melhores resultados e menos complicações. A faringoplastia com sutura barbada é uma técnica com mínima manipulação muscular, menos invasiva, que utiliza a rafe pterigomandibular como estrutura de sustentação para as suturas realizadas com fios barbados. A redução do índice de apneia hipopneia é um dos objetivos das cirurgias faríngeas e, na nossa amostra, houve melhora desse índice após faringoplastia com sutura barbada. A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) promove alto impacto na qualidade de vida, portanto, um desfecho importante a ser avaliado é a melhora da qualidade de vida e do sono dos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica para o tratamento da SAOS. A nossa amostra mostrou melhora em aspectos como capacidade funcional, vitalidade, aspectos emocionais e qualidade do sono. Apesar de amostra reduzida, esse é o primeiro trabalho a avaliar o impacto dessa abordagem cirúrgica na qualidade de vida e do sono usando o SF36, PSQI e FOSQ. Trata-se de um significativo diferencial desse trabalho, pois sabe-se que a SAOS pode comprometer a qualidade de vida e do sono e saber que há uma possibilidade cirúrgica que melhore essa queixa é extremamente relevante.

**Conclusão:** A faringoplastia com sutura barbada parece melhorar a qualidade de vida e sono de pacientes com apneia obstrutiva do sono.

**Palavras-chave:** Apneia obstrutiva do sono; Sutura barbada; Qualidade de vida.

## ATTLO06

## APRESENTAÇÃO ORAL - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO

PANORAMA DE INTERNAÇÕES POR INFECÇÕES AGUDAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DE 2013 A 2023, NA BAHIA EM COMPARAÇÃO AO CENÁRIO NACIONAL

**AUTOR PRINCIPAL:** IANA NICOLE FIGUEIREDO MAGRIS

**COAUTORES:** ALANA FERREIRA DE MELO; JULIA SENA FERREIRA; LUANA VIEIRA SANTOS; MARIA CLARA FIGUEIREDO VENAS; MARCELA LOPES DE SOUZA; MATEUS CUNHA DE SA RAMOS; MICHELLE QUEIROZ AGUIAR BRASIL

**INSTITUIÇÃO:** UNIÃO METROPOLITANA DE EDUCAÇÃO E CULTURA (UNIME), LAURO DE FREITAS - BA - BRASIL

**Objetivos:** Analisar acerca da epidemiologia das internações de pacientes do SUS relacionadas a terapias para infecções agudas das vias respiratórias superiores na Bahia comparando em relação ao Brasil nos últimos 10 anos.

**Métodos:** Este é um estudo ecológico que analisa o perfil epidemiológico de pacientes internados por Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS) na última década. O estudo compara esse perfil com o panorama nacional e analisa as mudanças ao longo do tempo. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), na aba Internação, do site do DataSUS. Utilizamos o CID-10 J39, na categoria "Outras doenças das vias aéreas superiores", sendo incluídas as doenças: faringite, laringite, amigdalite, sinusite, entre outras. As variáveis analisadas foram as internações, faixa etária, raça/etnia e sexo.

**Resultados:** Registro de 18.001 internações no período de março a junho de 2013 a 2023, na Bahia; média de 1636,5 internações/ano, logo, do total de internações no Brasil, aproximadamente 8,42% foram na Bahia. Salvador é a região com maior média de internações/ano acometida da Bahia, com uma média de 222 internações/ano. Todavia, a cidade de Boquira ficou com 360,4 internações a cada 100 mil habitantes/ano, enquanto Salvador ficou com 9,2. A faixa etária mais afetada foi de 1-4 anos, responsável por 37,19% das internações, enquanto no contexto nacional a frequência dessa faixa etária foi próxima, atingindo 30,33%. Quanto a raça/etnia, na Bahia, a população parda foi a mais atingida com 65,83%, seguida pela população branca, responsável por menos de 6,96% das internações, população preta com 2,66% e, também, 22,65% são de não informadas. Já no contexto nacional, a raça/etnia mais atingida foi a população parda (39,00%) seguida da população branca (37,74%) e posteriormente as não informadas (24,26%) e a raça/etnia preta atingiu 2,35%. Na Bahia, o sexo masculino foi o mais afetado por internações, representando 52,15% do total enquanto os dados nacionais foram de 52,22%.

**Discussão:** As Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS) são uma causa comum de consultas em crianças na atenção primária. Essas infecções afetam o nariz, a garganta, os seios da face e a laringe, e às vezes as partes superiores das vias aéreas inferiores, como os brônquios. Os vírus invadem as células das vias aéreas superiores e se replicam, levando a uma resposta inflamatória do sistema imunológico. Na Bahia, o clima tropical úmido, com altas temperaturas e alta umidade, favorece a propagação desses vírus respiratórios. Isso resulta em uma incidência de IVAS de 8,36% na Bahia, uma taxa significativa no contexto nacional. Outrossim, fatores sociais, como raça e etnia, podem estar relacionados a desigualdades em determinantes sociais da saúde, como acesso à educação, emprego, moradia adequada e outros fatores que, por sua vez, podem afetar o risco de infecções das vias aéreas superiores. Dessa maneira, fica evidente que a raça/etnia parda é a mais afetada, uma vez que esse estado possui uma população com alta incidência de pardos, o que pode tais dados. Além disso, maior incidência de IVAS em crianças de 1-4 anos, pode ser explicado pelo fato de que o sistema imunológico dessas crianças ainda está se desenvolvendo e elas são mais suscetíveis a infecções virais.

**Conclusão:** Na Bahia, a maior incidência de internações ocorre na faixa etária de 1-4 anos, representando 37,19% do total. A população parda é a mais afetada, com 65,83% das internações. Salvador tem a maior média de internações/ano, mas Boquira tem uma taxa de internações por 100.000 habitantes/ano significativamente maior. Isso sugere possíveis diferenças nas condições de saúde ou acesso aos cuidados de saúde entre as cidades. Na Bahia, mais da metade das internações foram de indivíduos do sexo masculino, representando 52,15% do total.

**Palavras-chave:** infecções de vias aéreas superiores; internações; Bahia.

ATTLO08

**APRESENTAÇÃO ORAL - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**  
**ALTERAÇÕES COGNITIVAS E DO SONO NA SÍNDROME PÓS-COVID-19****AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA EDUARDA VERAS DA SILVA**COAUTORES:** FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA; GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY; SIMONE REGINA SOUZA DA SILVA CONDE; JOSE ROBERTO BENTES CAPELONI; THAIS NATIVIDADE DOS REIS; JESSICA RAMOS TAVARES; HENDERSON DE ALMEIDA CAVALCANTE**INSTITUIÇÃO:** 1. HUBFS/UFPA - HOSPITALAR BETTINA FERRO, BELÉM - PA - BRASIL2. INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (ICS) / UFPA, BELÉM - PA - BRASIL**Objetivos:** Avaliar a ocorrência e as principais alterações na cognição e no sono em pacientes com síndrome pós-COVID-19.**Métodos:** Estudo observacional, transversal e exploratório, com abordagem quantitativa. Foram avaliados 51 pacientes com queixas cognitivas e do sono com um formulário autoral e questionários validados para cognição (Montreal Cognitive Assessment (MoCA) e Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B)) e para o sono (Escala de sonolência de Epworth, Índice de qualidade do sono de Pittsburgh, Questionário de perturbação do sono e Índice de gravidade de insônia).**Resultados:** Na amostra avaliada predominou o sexo feminino (80,4%), com média etária de 59,9 anos apresentando gravidade da COVID-19 leve (52,9%) e moderada (43,1%). As alterações neurocognitivas (90,2%) e do sono (96,1%) foram prevalentes, ocorrendo independentemente da gravidade da doença. Na cognição predominaram alterações na memória de curto prazo e na memória de trabalho e no sono, a sonolência e a fadiga. Os testes cognitivos foram realizados em 38 pacientes dos 51 pacientes da amostra (74,5%), dos quais 29 possuíam mais de 12 anos de escolaridade e 9 apresentaram um tempo de estudo inferior a 12 anos. No grupo com idade escolar superior a 12 anos, tivemos 22 pacientes (75,8%) com resultados do MoCA abaixo do limite mínimo de normalidade (26 pontos). A média do MoCA total desse subgrupo foi de 21,86 pontos  $\pm$  2.37 ( $p < 0.0001$ ). Somente 7 pacientes com tempo de estudo acima de 12 anos (24,13%) obtiveram uma nota total dentro da normalidade, com média de 27,42 pontos  $\pm$  0.97 ( $p = 0,0082$ ). Em relação aos 9 pacientes com tempo de estudo inferior a 12 anos e que realizaram o MoCA-B, notou-se que todos apresentaram teste indicativo de alteração cognitiva.. Os testes validados de sono mostraram impactos na qualidade e quantidade de sono, sem correlação significativa entre os testes de distúrbios do sono e os de cognição agrupados. Pensamentos ansiosos tiveram maior prevalência de impacto na qualidade do sono.**Discussão:** As alterações neurocognitivas e do sono foram prevalentes, independentes da gravidade dos sintomas e podem ter origem tanto pelo neurotropismo e neuroinflamação ocasionados pela COVID-19 no sistema nervoso central quanto pelas alterações psicológicas associadas a pandemia.**Conclusão:** Os impactos na cognição e no sono são prevalentes na síndrome pós-COVID-19, produzem prejuízos biopsicossociais, devendo ser investigados nestes pacientes a fim de promover uma reabilitação mais assertiva.**Palavras-chave:** POST-COVID-19 SYNDROME; COGNITION; SLEEP.

## ATTLO09

## APRESENTAÇÃO ORAL - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO

Apneia do sono em diabéticos nordestinos: uma análise de dados antropométricos

AUTOR PRINCIPAL: FELIPE FERREIRA WANDERLEY

COAUTORES: RAPHAEL FERNANDES DE ASSIS GADELHA BOTELHO; JOÃO VITOR FALCÃO BOSA; FABIANA BARBOSA GONÇALVES; ÉRICO GURGEL AMORIM; SEBASTIÃO PACHECO DUQUE NETO; EUDES EULER DE SOUZA LUCENA; JOHN FONTENELE ARAUJO

INSTITUIÇÃO: 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CAICÓ - RN - BRASIL 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL

**Objetivos:** Avaliar a relação entre fatores sociodemográficos, clínicos e antropométricos e a qualidade do sono, sonolência excessiva diurna (SED) e a chance de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) em diabéticos do interior do Rio Grande do Norte (RN).

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal analítico realizado em diabéticos do município de Caicó-RN. A coleta de dados foi realizada por busca ativa domiciliar e em unidades básicas de saúde, após a obtenção da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam o Questionário clínico e antropométrico, o Questionário de Berlim (QB), o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) e a Escala de Sonolência de Epworth (ESE). A análise dos resultados foi realizada pelo programa SPSS, considerando  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Dos 53 participantes, houve predomínio do sexo feminino (77,4%), idade média de  $62,3 \pm 12,9$  anos, com tempo de Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada de  $9,37 \pm 7,02$  anos e IMC  $30,5 \pm 6,47$ . Dentre os participantes, 18,87% utilizam insulina e hipertensão arterial sistêmica está presente em 71,69%. O QB evidenciou que 54,71% da amostra apresenta alta chance de SAOS, sem correlações estatísticas com os parâmetros clínicos e antropométricos avaliados. ESE evidenciou que 40,51% apresentam SED, correlacionando-se significativamente com o uso de insulina ( $p = 0,023$ ). 90,57% dos pacientes apresentaram pobre qualidade do sono, com correlação positiva com o uso de insulina ( $p = 0,025$ ) e boa qualidade do sono apresentou correlação significativa com baixas classificações de Mallampati (classes 1-2).

**Discussão:** Em relação aos dados antropométricos, é possível notar uma grande prevalência de indivíduos sobrepesos e obesos, visto que a população em estudo apresentou um IMC médio de  $30,5 \pm 6,47$  pontos e um quantitativo de 50,94% de obesos em diferentes graus. O resultado obtido equipara-se a prevalências evidenciadas por outros estudos em populações diabéticas. Ressalta-se também a elevada porcentagem de altos graus de Mallampati, com 84,89% da amostra apresentando classes 3 e 4 nessa avaliação, corroborando para a perspectiva já presente na literatura de que pacientes obesos tendem a apresentar menor visibilidade das vias aéreas superiores.

Quanto aos parâmetros clínicos avaliados, evidenciou-se que 71,69% dos diabéticos do estudo apresentam HAS como comorbidade associada, o que corrobora com a prevalência mostrada por outros estudos com populações diabéticas, mas o diagnóstico de HAS não demonstrou significância estatística com os desfechos analisados, contrário a outros estudos que encontraram associações consistentes da SAOS com um aumento do risco de desenvolvimento da HAS.

Observou-se que 18,87% da população do presente estudo faz uso de insulina, o que, quando comparado a outros estudos, apresenta divergências, com estudos apontando para percentagens muito elevadas, chegando a 61,6%. Nesse âmbito, nosso estudo evidenciou significância estatística entre a pobre qualidade do sono e a presença de SED em pacientes que fazem uso de insulina no tratamento do diabetes ( $p = 0,025$  e  $p = 0,023$ , respectivamente). O uso da insulina é retratado em alguns estudos como fator de maior propensão à ocorrência de complicações microvasculares, mas sem relações estabelecidas com a qualidade do sono e a sonolência, como evidenciado no presente estudo. Portanto, evidencia-se a necessidade de mais estudos de área básica para compreender a relação causal entre tais fatores.

Outra relação com significância estatística encontrada no presente estudo se refere às menores classes de Mallampati (classes 1 e 2), que se relacionaram positivamente com melhores índices de qualidade de sono na população diabética. Apesar da escassa literatura acerca desta relação direta, tal dado apóia a hipótese central do estudo.

**Conclusão:** A pobre qualidade do sono e a SED correlacionaram-se significativamente com o uso de insulina sendo necessário mais estudos para compreender essa relação. A boa qualidade de sono correlacionou-se positivamente com as baixas classes de Mallampati.

**Palavras-chave:** Apneia Obstrutiva do Sono; Diabetes Mellitus; Qualidade do sono.



ATTL001

**APRESENTAÇÃO ORAL - CIÊNCIAS BÁSICAS E ESTUDOS TRANSLACIONAIS**

INVESTIGAÇÃO HISTOLÓGICA, HISTOMÉTRICA E HISTOQUÍMICA DE GLÂNDULAS SUBMANDIBULARES DE RATOS TRATADAS COM INJEÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

AUTOR PRINCIPAL: RICHARD RAFAEL CRUZ DE ANDRADE

COAUTORES: BÁRBARA CATARINY SANTOS MOURELHE; JACIEL BENEDITO DE OLIVEIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi descrever histopatologicamente e histoquimicamente e analisar através da histometria as estruturas teciduais das glândulas submandibulares de ratos que receberam injeção intraglandular de Toxina Botulínica Tipo A (BTXA) de origem chinesa, como modelo de tratamento para sialorreia.

**Métodos:** Foram utilizados 21 ratos Wistar, distribuídos em 3 grupos: Controle, sem tratamento; Grupo BTXA-12 e Grupo BTXA-35, com aplicação intraglandular de 2,5U de BTXA em glândulas submandibulares direitas que foram coletadas 12 e 35 dias após o tratamento. Após processamento histológico, realizou-se estudos histopatológicos, histométricos e histoquímicos dos tecidos glandulares.

**Resultados:** Na análise das glândulas tratadas com BTXA foram observadas alterações sugestivas de atrofia nos tecidos glandulares. Os ácinos mucosos caracteristicamente apresentaram-se maiores que os ácinos serosos. Comparado com o primeiro grupo (grupo controle), foram observadas diferenças significativas entre os grupos: controle e BTX-A 12 dias ( $p = 0,01$ ), controle e BTX-A 35 dias ( $p < 0,001$ ). Os ácinos da mucosa BTX-A foram maiores que os do grupo controle aos 12 e 35 dias mas sem diferenças significativas ( $p > 0,1$ ). Ao realizar um estudo histométrico dos ductos estriados após aplicação do teste ANOVA, avaliou-se que não há diferença significativa entre os grupos estudados ( $p$ -valor = 0,37 e 0,236, respectivamente). Comparado ao grupo I (controle), observou-se diferença significativa com BTX-A por 12 dias ( $p < 0,001$ ) e BTX-A por 35 dias ( $p = 0,041$ ). Ao comparar os ductos estriados da porção mucosa dos grupos tratados com o grupo controle, observou-se diferença apenas com BTX-A 12 dias após a aplicação da toxina ( $p < 0,001$ ). Na análise histoquímica, a presença e distribuição de colágeno entre os grupos tratados BTXA-12 e BTXA-35 foram equivalentes e maiores em comparação ao grupo controle. Porém, na coloração de azul de toluidina, não se evidenciou a presença de mastócitos nos grupos estudados.

**Discussão:** Embora existam poucos estudos envolvendo o processamento histológico com dados histométricos e histoquímicos da ação da BTXA em glândulas salivares, o aparente retorno das estruturas teciduais às características de normalidade por volta do 35º dia, sugere que a BTXA de origem chinesa é uma opção terapêutica eficaz para o tratamento de condições de hipersalivação. Esse aparente aumento de tecido conjuntivo entre os ácinos nos grupos tratados, é mais uma evidência da atrofia acinar temporária.

**Conclusão:** O presente estudo evidenciou que a injeção intraglandular de BTXA interfere na estrutura da glândula, promovendo alterações sugestivas de atrofia glandular nas células acinares provocadas pela sua ação farmacológica de inibição da Acetilcolina pela BTXA na junção neuroglandular. Não foram evidenciadas alterações histoquímicas importantes que impliquem na suspensão do uso da prática clínica. Sendo assim, a aplicação da Toxina Botulínica nas glândulas salivares maiores mostra-se como um tratamento benéfico e indicação terapêutica segura, atuando de forma eficiente na redução da produção de saliva.

**Palavras-chave:** glândula submandibular; toxina botulínica tipo A; sialorreia.



ATTLO05

**APRESENTAÇÃO ORAL - CIÊNCIAS BÁSICAS E ESTUDOS TRANSLACIONAIS****CARACTERIZAÇÃO DOS SINTOMAS E DAS SEQUELAS OTORRINOLARINGOLÓGICOS EM PACIENTES QUE ESTIVERAM INTERNADOS POR COVID-19****AUTOR PRINCIPAL:** SAMUEL SERPA STECK**COAUTORES:** ALESSANDRA LOLI; REGINA HELENA GARCIA MARTINS; EDUARDO MODENESI FELICIO; JOSÉ PAULO PINOTTI FERREIRA JUNIOR; ANA BEATRIZ CARDOSO PEREIRA; GABRIELA SILVEIRA MEGA; JESSICA MIWA TAKASU**INSTITUIÇÃO:** UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL**Objetivos:** Caracterizar os sintomas e as sequelas otorrinolaringológicas em pacientes internados por covid-19 e correlacioná-las à vacinação.**Métodos:** Foram utilizados 21 ratos Wistar, distribuídos em 3 grupos: Controle, sem tratamento; Grupo BTXA-12 e Grupo BTXA-35, com Foi realizado contato telefônico aos pacientes que estiveram internados em nossa instituição entre abril de 2020 e abril de 2022 por complicações da Covid-19, excluindo-se os óbitos. Foram colhidos dados demográficos, sintomas iniciais e remanescentes, tempo de internação, intubação e/ou traqueostomia e dados de vacinação.**Resultados:** Dentre os 845 pacientes adultos internados por complicações de covid-19, 441 foram a óbito. O contato telefônico foi direcionado aos 404 pacientes restantes, porém apenas 109 responderam, sendo 59 (54,13%) homens e 50 (45,88%) mulheres, idade média de 58,61 anos (mínima 20; máxima 94 ). Dentre os pacientes que apresentaram sintomas remanescentes após 1 ½ a 2 anos (n=44; 40,37%), 27 eram homens (61,36%) e 17 mulheres (38,64%), idade média de 55,58 anos (mínima 22; máxima 87). O tempo de internação variou entre um e 75 dias, sendo que 73% dos pacientes com sintomas iniciais e 81% dos pacientes com sintomas remanescentes permaneceram internados por até 20 dias. A intubação endotraqueal ocorreu em 17 pacientes (15,6%), tempo mínimo de um dia e máximo de 50 dias; seis deles haviam sido traqueotomizados. Os sintomas otorrinolaringológicos iniciais mais prevalentes foram: dispneia (68%), tosse (47%), obstrução nasal (47%), alteração no olfato (44%) e do paladar (42%), rinorreia (35%), cefaleia ( 31%), odinofagia (19%) e disfonia (16%). Sintomas remanescentes: dispneia (14%), alterações no olfato (11%), vertigem (7%), alterações no paladar (4,6%) e disfonia (3,7%). Dentre os 109 pacientes, 56 deles (51%) haviam sido vacinados antes de adoecerem e 30,7% deles havia tomado 2 ou 3 doses da vacina. Dentre os pacientes que mantinham sintomas 20 deles haviam sido vacinados e 60% haviam recebido 2 ou 3 doses da vacina.**Discussão:** Os sintomas do covid-19 na esfera otorrinolaringológica são frequentes. Uma interessante revisão sistemática sobre prevalência e prognóstico de sintomas otorrinolaringológicos em pacientes diagnosticados com covid-19 incluiu 16.478 pacientes e destacou, entre os principais sintomas, a disfunção olfatória (47%), espirros (27%), congestão nasal (19%), escarro (22%), dor de garganta (16%), rinorreia (14%), falta de ar (12%) e tontura (9%). Esses sintomas corroboram com nossos resultados, nos quais a dispneia/falta de ar e tosse foram os principais sintomas (68,8% e 47,7%), respectivamente, seguido por obstrução nasal (47,7%), alterações olfatórias (44%) e do paladar (42,2%). As sequelas deixadas pelo covid-19 são caracterizadas como síndrome pós-covid tendo como base patológica a exacerbação da atividade da resposta imune, estado compensatório de imunossupressão ou lesões neurológicas crônicas, induzidas pelo vírus ou pelo processo inflamatório inicial que se mantém, manifestando disfunção em diferentes órgãos. Segundo a análise global da prevalência acumulativa da "long covid" a taxa varia entre 9% e 63%, muito maior do que qualquer outra virose. Pelo exposto, constatamos que covid-19 é uma doença com sintomas otorrinolaringológicos bastante prevalentes e que muitos deles se mantêm após alguns anos, podendo se tornar permanentes. Os principais sintomas nas fases iniciais e tardias da doença são obstrução nasal e alterações do olfato e da gustação. Os protocolos atuais de diagnóstico e tratamento desses pacientes, disponibilizados na literatura, devem ser aplicados, na tentativa de diagnosticar e tratar precocemente, evitando possíveis sequelas.**Conclusão:** Sintomas otorrinolaringológicos foram frequentes nos pacientes internados por covid-19, destacando-se dispneia, tosse, obstrução nasal, distúrbios olfativos e do paladar. Embora com curso favorável a longo prazo, 40% dos pacientes mantiveram sintomas remanescentes permanentes, destacando-se as alterações do olfato, do paladar e do equilíbrio. Os índices de sequelas não se relacionaram às doses de vacina.**Palavras-chave:** covid-19;sintomas otorrinolaringológicos;sequelas.

## ATTLO06

## APRESENTAÇÃO ORAL - CIÊNCIAS BÁSICAS E ESTUDOS TRANSLACIONAIS

Morbimortalidade hospitalar SUS do câncer de laringe no Brasil: uma análise epidemiológica dos últimos 5 anos

**AUTOR PRINCIPAL:** LETÍCIA HIROMI TAVARES IANAKIARA

**COAUTORES:** ISABELA NISHIMURA MEGIANI; EVANDRO PINHEIRO ALMEIDA RIOS; MILENA ROBERTA FREIRE DA SILVA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCAR, SÃO CARLOS - SP - BRASIL2. UNILAGO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL3. UNIVERSIDADE DE VASSOURAS, VASSOURAS - RJ - BRASIL4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL

**Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico das morbimortalidade dos cânceres de laringe em adultos brasileiros, a partir das internações, óbitos e taxa de mortalidade nos últimos 5 anos.

**Métodos:** Estudo ecológico e descritivo, com utilização de dados secundários obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As informações foram obtidas por meio do Sistema de Informações Hospitalares, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022, sob o CID-10 “Neoplasias Malignas da Laringe”, no qual foram analisadas as variáveis taxa de mortalidade, faixa etária, óbitos, raça/etnia, região e sexo.

**Resultados:** No período analisado, foram registradas 60.715 internações por neoplasias de laringe no Brasil e 6.027 óbitos, com uma taxa de mortalidade geral de 9,93. Observa-se que na população adulta e idosa, os pacientes do sexo masculino foram os mais acometidos pela doença (52.061 internações). Para ambos os sexos, a faixa etária entre 60-69 anos representa a maioria dos casos (22.657 internações). A região Sudeste é a responsável pela maioria das notificações, com cerca de 50% das internações e óbitos (28.683 e 3.026, respectivamente). Houve predomínio da cor/raça parda (25.178 internações), seguida pela raça branca (24.238 internações). A taxa de mortalidade se manteve relativamente estável no país, com exceção dos anos 2020-2021, em que houve variação da taxa de 9,78 para 10,29 decorrente de aumento considerável da taxa de mortalidade na região Centro-Oeste (de 10,45 em 2020 para 11,96 em 2021).

**Discussão:** O câncer de laringe encontra-se em terceiro lugar no Brasil e no mundo dentre os tumores de cabeça e pescoço, sendo que em relação as malignidades laríngeas, os carcinomas de células escamosas bem diferenciadas ocupam mais de 98% dos casos. No Brasil, grande parte das ocorrências são atribuídas a fatores de riscos modificáveis, com destaque para tabagismo e uso excessivo de álcool. Estudos recentes revelaram que até 66% dos casos de carcinoma de células escamosas da laringea ocorreram em fumantes ativos e quase 75% haviam fumado por mais de 30 anos antes da descoberta do câncer. Em relação ao elitismo também foi um fator comum dentre os casos e o consumo excessivo foi associado a um risco 6 vezes maior para esse câncer. A redução da mortalidade é proporcional aos diagnósticos precoces. Entretanto, são dificultados pelos sintomas leves na fase inicial, os quais incluem, mais frequentemente, a rouquidão, dor de garganta e tosse. Ainda, pesquisas mostram prevalência entre homens e maior incidência com o envelhecimento, sendo o pico após os 65 anos. Por fim, a América do Sul e Central possuem um desafio quanto ao controle do câncer, uma vez que estimativas regionais indicam 1 milhão de novos casos e 500.000 mortes anuais, podendo dobrar até 2030.

**Conclusão:** Os dados apontam que o perfil dos pacientes brasileiros com câncer de laringe é predominantemente do sexo masculino, na faixa etária de 60-69 anos com raça/etnia mais acometida sendo a parda. Além disso, a região Sudeste mostra o maior número de casos, talvez por ser a mais populosa. A taxa de mortalidade segue relativamente estável, com exceção do aumento notado em 2021. O resultado desse estudo converge com outros trabalhos similares, mas necessita de outros estudos longitudinais para compreender a casuística e determinar melhores formas de detecção precoce em âmbito nacional para reduzir as taxas de mortalidade.

**Palavras-chave:** neoplasias laríngeas; epidemiologia; internações.

## ATTLO08

## APRESENTAÇÃO ORAL - CIÊNCIAS BÁSICAS E ESTUDOS TRANSLACIONAIS

Morbimortalidade por infecções agudas das vias aéreas superiores no Brasil: uma análise retrospectiva dos últimos 5 anos

**AUTOR PRINCIPAL:** EVANDRO PINHEIRO ALMEIDA RIOS

**COAUTORES:** LETÍCIA HIROMI TAVARES IANAKIARA; ISABELA NISHIMURA MEGIANI; MILENA ROBERTA FREIRE DA SILVA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE DE VASSOURAS, VASSOURAS - RJ - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCAR, SÃO CARLOS - SP - BRASIL3. UNILAGO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL

**Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico das morbimortalidade das infecções agudas das vias aéreas superiores na população brasileira, a partir das internações, óbitos e taxa de mortalidade nos últimos 5 anos.

**Métodos:** Estudo ecológico e descritivo, com utilização de dados secundários obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As informações foram obtidas da página do Sistema de Informações Hospitalares, na aba de internações, de janeiro de 2018 a dezembro de 2022, sob os códigos CID-10 "Faringite aguda e amigdalite aguda", "Outras infecções agudas das vias aéreas superiores" e "Influenza [gripe]". As variáveis internação, óbitos, taxa de mortalidade, todas as faixas etárias, unidade federativa e CID-10 foram analisadas.

**Resultados:** Entre os anos de 2018 e 2022, foram registradas 271.177 internações por infecções agudas das vias aéreas superiores no Brasil e 8.244 óbitos, com uma taxa de mortalidade geral de 3,04. O número de internações neste período cresceu 29%, de 55.770 para 72.030. O estado com crescimento mais expressivo foi o Amapá, com 220% de crescimento no mesmo período, seguido de Pernambuco, com 169% de incremento. A maior parte das internações aconteceu com crianças entre 1 e 4 anos, somando 65.356 casos, isto é, 24% do total. Entretanto, a maior parte dos óbitos ocorreu com a população idosa de 80 anos ou mais, com 3.177 casos (39% do total), faixa etária esta que concentra a maior taxa de mortalidade (15,91). A quantidade de internações cresceu em todas as faixas etárias, exceto entre 10 e 19 anos, sendo o crescimento mais expressivo na população idosa acima de 80 anos. Dentre as três doenças analisadas, a maior geradora de internações foi a influenza (45%), seguida de outras infecções agudas das vias aéreas superiores (37%), e faringites agudas e amigdalites agudas (19%). Estas doenças acometem igualmente homens e mulheres de todas as faixas etárias, com um leve predomínio em homens de até 14 anos, situação invertida após os 14 anos de idade, no qual as mulheres passam a representar um pouco mais de 50% dos casos.

**Discussão:** As infecções agudas das vias aéreas superiores são infecções do trato respiratório superior que causam sintomas como espirros, congestão nasal, coriza, dor de garganta, tosse leve, febre baixa e dores de cabeça. Elas são geralmente causadas por diferentes vírus, com o rinovírus sendo o mais comum, embora haja muitos outros tipos. A transmissão ocorre através do contato com pessoas ou objetos contaminados, inalação de pequenas partículas em suspensão no ar e contato com gotículas maiores expelidas durante espirros. Complicações incluem otite média aguda, exacerbação da asma, sinusite e infecções do trato respiratório inferior. O diagnóstico é geralmente clínico, com base nos sintomas e histórico do paciente, mas testes laboratoriais podem ser necessários em alguns casos.

**Conclusão:** Os dados apontam que o perfil dos pacientes brasileiros com internações de infecções agudas das vias aéreas superiores é predominantemente de crianças na faixa etária de 0 a 9 anos. Entretanto, a mortalidade destas doenças é prevalente na população idosa na faixa etária acima de 70 anos. Adicionalmente, a região sudeste apresenta o maior número de casos, possivelmente por ser a mais populosa. A taxa de internações cresceu nos últimos 5 anos, fenômeno também observado na mortalidade. O resultado desse estudo converge com outros trabalhos similares, mas necessita de outros estudos longitudinais para compreender a casuística e determinar melhores formas de detecção precoce em âmbito nacional para reduzir as taxas de mortalidade.

**Palavras-chave:** infecções agudas de vias aéreas superiores; epidemiologia; internações .

## ATTLO07

## APRESENTAÇÃO ORAL - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Adenoidectomia, tonsilectomia e adenotonsilectomia: Impacto dos procedimentos a nível hospitalar entre 2013-2022 no sistema de saúde brasileiro

**AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO EDUARDO DE MOURA SOUZA

**COAUTORES:** ALINE SANTANA NASCIMENTO; AMANDA BRANDÃO PITA; ANA LUIZA SOUZA SANTANA; DOUGLAS VINÍCIUS DOS SANTOS SILVA; MARIA EDUARDA MOTA OLIVEIRA; UBIRAJARA GOMES DOS SANTOS; PAULO SERGIO LINS PERAZZO

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB), SALVADOR - BA - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA), SALVADOR - BA - BRASIL3. UNIVERSIDADE SALVADOR (UNIFACS), SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivos:** Avaliar comparativamente a amigdalectomia, adenoidectomia e amigdalectomia com adenoidectomia no Brasil nos anos de 2013 a 2022 com relação a internações, custos, média de permanência e óbitos.

**Métodos:** Estudo ecológico, de série temporal, com dados do Sistema de Informação Hospitalar vinculado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, no período entre 2013 e 2022. Os procedimentos foram descritos a partir dos códigos CID-10 0404010016, CID- 10 0404010024 e CID-10 0404010032. Os dados das variáveis colhidas foram tabulados no Excel 2013. Foram calculados média, mediana, desvio padrão, 1º quartil, 3º quartil, intervalo interquartil e porcentagem relativa dos dados. A análise estatística ocorreu utilizando o software Statistics Kingdom para regressão linear simples e o BioEstat v5.0 para avaliação de normalidade em todos os dados com o teste de shapiro-wilk e o teste de Kruskal-wallis ou do ANOVA a depender da normalidade de distribuição desses. Foi considerado o intervalo de confiança de 95% e  $p < 0,05$  como significativo.

**Resultados:** No Brasil, foram realizados 381.102 procedimentos, com média de 38.110 internações/ano ( $\pm 10.115$ ), com 67% dos registros (254.898;  $25.489 \pm 7.347$ ) representando adenotonsilectomia. A regressão linear de todos os procedimentos demonstrou tendência de decréscimo, sendo estatisticamente significante para a adenoidectomia e para o procedimento combinado ( $p < 0,05$ ). Os internamentos foram eletivos em 93% dos casos, com média de 35.609 ( $\pm 9650$ ) internações/ano. A amigdalectomia apresentou média de permanência de 0,9 dias apresentando maior média se comparada aos outros procedimentos ( $p < 0,05$ ). Ocorreram 21 óbitos no total, não existindo diferença entre a taxa de mortalidade intra hospitalar dos procedimentos. O custo médio anual foi de R\$ 15.796.749 ( $\pm 5.020.656$ ), com a adenotonsilectomia representando 68% do total e a adenoidectomia possuindo maior custo médio ( $430 \pm 50$ ) se comparado à amigdalectomia ( $379 \pm 29$ ), ( $p < 0,05$ ), mas equiparável com a adenotonsilectomia.

**Discussão:** Apesar das indicações serem mais claras e atualizadas, esse tópico para todas essas cirurgias ainda é controverso e apresenta muitas variações internacionais sendo uma possível justificativa para tendência de decaimento do número de procedimentos ao passar dos anos. Destaca-se que uma provável explicação para a maior frequência da adenotonsilectomia estaria na sua indicação clara e no seu benefício, já que é considerada tratamento de primeira linha para casos de apneia obstrutiva do sono secundária à hipertrofia adenotonsilar em crianças. Além disso, ao considerar as indicações mais atualizadas de amigdalectomia e de adenoidectomia, algumas diretrizes não fornecem recomendações para a realização de adenoidectomia isolada. De maneira geral, a indicação de todas essas cirurgias é de caráter eletivo, o que justifica a maioria de procedimentos relatados terem sido realizados nessa categoria. A adenotonsilectomia é uma cirurgia mais complexa e que possui todos os casos de hemorragia pós-operatória, a qual pode aumentar a média de permanência, contradizendo o achado do estudo acerca da maior estadia da amigdalectomia isolada. Atualmente, a maior parte dos óbitos vinculados a todos os procedimentos descritos ocorrem por conta de complicações hemorrágicas e da anestesia geral utilizada, com os óbitos relacionados à própria cirurgia sendo virtualmente evitáveis, justificando a ocorrência pouco frequente desse fator. O maior custo médio está associado à adenoidectomia e se dá devido à própria valoração determinada pela Tabela Unificada do SUS do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos.

**Conclusão:** A adenotonsilectomia é a cirurgia mais frequentemente realizada devido, possivelmente, às indicações da cirurgia e à segurança da mesma, apresentando taxa de mortalidade intra hospitalar equiparável com os outros dois procedimentos. O caráter eletivo predominante para todos os procedimentos pode ser um fator que justifica maior segurança e baixo número de complicações, fator que pode ser visualizado com a média de permanência menor que um dia.

**Palavras-chave:** Tonsilectomia; Adenoidectomia ;Saúde Pública .

## ATTLOO2

## APRESENTAÇÃO ORAL - ESTÉTICA FACIAL

Projeção nasal na estética da face: um estudo sobre a diversidade das preferências nas regiões do Brasil

AUTOR PRINCIPAL: GIULIANA BEDUSCHI

COAUTORES: MICHELLE LAVINSKY WOLFF; RAPHAELLA DE OLIVEIRA MIGLIAVACCA; SAMUEL AFONSO DE FREITAS TOLEDO; BÁRBARA VIEIRA MOTTA; JOÃO PEDRO ALVES VAZ; PATRÍCIA AMORIM GROISMAN; SOFIA MICHAELSEN PREMEBIDA

INSTITUIÇÃO: 1. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL2. UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Objetivos:** O objetivo primário era identificar as preferências dos pacientes e dos cirurgiões sobre a projeção nasal ideal na estética da face, comparando com o padrão da literatura assim como identificando fatores que possam influenciar nessas preferências. O objetivo secundário era verificar se as preferências dos cirurgiões plásticos da face estão em consonância com as predileções dos pacientes. Avaliar as preferências entre os respondentes da região Sul comparando com as demais regiões do Brasil.

**Métodos:** Estudo observacional analítico transversal. Foi utilizado um formulário online onde cada participante poderia responder apenas uma única vez com perguntas gerais incluindo dados demográficos (idade, sexo, profissão, estado do Brasil, etnia, história pessoal de cirurgia plástica) e após eram fornecidas fotos de perfil da mesma pessoa modificadas em 5 diferentes projeções nasais pelo aplicativo Air Brush (© 2022 Pixocial, Inc.) com dorso retilíneo (nomeadas projeção -2, -1, base, +1 e +2), dispostas em ordem randômica e solicitado que o respondente marcasse a imagem que considerasse mais bela. Foram incluídos somente participantes brasileiros, acima de 18 anos.

**Resultados:** Um total de 488 pessoas de 21 estados brasileiros completaram a pesquisa. Dentre o total das respostas, 370 (75,8%) se identificaram como mulheres, 117 (24,2%) como homens e 1 pessoa se identificou como não binário. 39 cirurgiões plásticos da face que participaram dessa pesquisa (cirurgiões plásticos ou otorrinolaringologistas) 28 eram mulheres e 11 homens. A idade dos respondentes variou de 18 a 76 anos com uma idade média de 35,05 anos. Sobre a escolha dos perfis com diferentes projeções nasais, 48,2% dos pesquisados votaram no perfil base, 33,6% escolheram a projeção -1, 12,5% votaram na projeção +1. A projeção -2 foi escolhida por 5,1% dos participantes e a projeção +2 somente por 0,6% das pessoas. A grande parte dos entrevistados considerava interesse moderado em estética (44,1%) sendo muito e extremamente interessado em estética, somando 37,5% da população estudada. As escolhas dos perfis dos cirurgiões plásticos não diferiu estatisticamente das escolhas da população geral (Teste Exato de Fisher  $p=0,954$ ). Quando analisamos as respostas de acordo com as regiões do Brasil, 74,6% das respostas foram do Sul, 8,6% do Sudeste, 1,6% do Centro-Oeste, 14,1% do Nordeste, e 1% do Norte. Devido ao pequeno número de respostas do Norte e Centro-Oeste optamos por excluir essas regiões na análise a fim de não distorcer demasiadamente os resultados. Não houve diferença significativa quanto às preferências entre as regiões porém nota-se, que há uma tendência da região Sudeste a preferir o perfil com projeção -1 (Teste Qui-Quadrado de Pearson  $p=0,525$ ).

**Discussão:** Identificamos que as preferências da população geral estão em consonância com as preferências dos cirurgiões plásticos da face. Em nosso estudo, o perfil mais votado pela população pesquisada que contou com 48,2% dos votos foi 'perfil base' que corresponde a projeção ideal de Crumley 2; Em segundo lugar, 33,6% dos pesquisados escolheram a 'projeção -1' que corresponde mais aproximadamente a projeção de Goode, 12,5% dos pesquisados escolheram a 'projeção +1' que corresponde a Crumley 1. A projeção -2 que também corresponde à projeção de Goode foi escolhida somente por 5,1% dos participantes. Quando analisamos as preferências de acordo com a região do Brasil, mesmo excluindo as regiões norte e centro-oeste e a projeção +2 com poucas respostas, não há diferença estatisticamente significativa porém percebemos certa tendência da região Sudeste a narizes menos projetados. Entretanto não conseguimos definir se esse resultado está relacionado ao tamanho da amostra do sudeste ou a outros fatores não identificados.

**Conclusão:** As preferências da população estudada recaem sobre Crumley 2 e Goode que correspondem a projeções menos pronunciadas diferindo da literatura americana. A região sudeste apresenta uma tendência aos perfis nasais menos projetados que as outras regiões brasileiras.

**Palavras-chave:** rinoplastia; nariz; procedimentos cirúrgicos nasais.



## ATTLO04

## APRESENTAÇÃO ORAL - ESTÉTICA FACIAL

Avaliação da melhora da obstrução nasal em pacientes submetidos a Rinosseptoplastia a partir das escalas NOSE e SCHNOS

**AUTOR PRINCIPAL:** SAMUEL AFONSO DE FREITAS TOLEDO

**COAUTORES:** MICHELLE LAVINSKY WOLFF; RAPHAELLA DE OLIVEIRA MIGLIAVACCA; GIULIANA BEDUSCHI; GABRIEL PEREIRA BERND; LEONARDO PRIESNITZ FRIEDRICH

**INSTITUIÇÃO:** 1. UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL. 2. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Objetivos:** Avaliar a melhora da obstrução nasal em pacientes submetidos a rinosseptoplastia, aferindo os resultados por meio das escalas NOSE e SCHNOS.

**Métodos:** Estudo de coorte prospectivo que buscou avaliar pacientes submetidos a rinosseptoplastia entre 1 de Março de 2022 a 31 de Agosto de 2023, o estudo foi realizado com os pacientes do serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os critérios de inclusão definiram que só seriam aceitos pacientes que tivessem realizado a cirurgia de rinosseptoplastia durante o período do estudo e, somente seriam incluídos pacientes que tivessem respondido os formulários NOSE e SCHNOS antes do procedimento cirúrgico e pelo menos 1 vez após a operação. Todos os pacientes responderam de forma individual um formulário eletrônico contendo perguntas referentes às escalas NOSE e SCHNOS, traduzidas para o Português Brasileiro. Os formulários NOSE e SCHNOS eram coletados na consulta pré-operatória do paciente e nas consultas de 1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano após a cirurgia. Os dados foram analisados com a utilização do Teste T pareado e com o Wilcoxon's test. A análise foi feita considerando como significante um valor de p menor que 0,05.

**Resultados:** Um total de 45 pacientes atenderam aos critérios de seleção já mencionados. Dos 45 pacientes, 27 eram mulheres (60,0%), a média de idade era de 33,27 anos com idade mínima de 14 e máxima de 71, desvio padrão de 14,48, 4 pacientes já tinham realizado uma rinosseptoplastia ou septoplastia prévia. O segmento médio dos pacientes foi de 171,11 dias. A média da pontuação obtida nos formulários pré operatórios NOSE e SCHNOS-O foi de 82,11(desvio padrão "dp"=16,78) e 79,11(dp=17,74) respectivamente. Nos meses seguintes, observou-se uma redução considerável de ambos os scores, com 1 mês de seguimento as médias foram 32,32(dp=25,68) e 27,07 (dp=23,76) (n= 41, bi caudal, p < 0,0001 e p < 0,0001). Com 3 meses de seguimento a média das pontuações foram 24,52(dp=27,68) e 28,39 (dp=29,71) (n= 31, bi caudal, p < 0,0001 e p < 0,0001). Aos 6 meses as médias obtidas corresponderam a 21,46(dp=23,65) e 22,5 (dp=27,53) (n= 24, bi caudal, p < 0,0001 e p < 0,0001). No último segmento analisado, 1 ano, as médias obtidas foram 25(dp=26,55) e 25,5 (dp=22,41) (n= 10, bi caudal, p=0,00694 e p=0,00512). Em relação a cirurgia nos pacientes que realizaram a cirurgia aberta os resultados obtidos foram respectivamente 87,61 e 85,04 (n=23) no pré operatório, 31,67 e 24,29 (n= 21 p = 0,00012 e p < 0,0001) com 1 mês de pós operatório, 24,17 e 30,00 (n= 12 p = 0,00228 e p = 0,00222) com 3 meses de seguimento, 20,45 e 20,00 (n= 11 p = 0,00438 e p = 0,00338) com 6 meses, 30,00 e 33,00 no segmento de 1 ano. Já nos paciente que realizaram a cirurgia fechada as médias corresponderam respectivamente a 76,36 e 72,95 (n=22) no pré operatório, 33,00 e 30,00 (n=20 p = 0,00014 e p = 0,0002) com 1 mês de pós operatório, 26,11 e 28,33 (n= 18 p =0,00036 e p = 0,00062) com 3 meses de seguimento, 22,31 e 24,61 (n=13 p = 0,00148 e p = 0,00236) com 6 meses, 20,00 e 18,00 no segmento de 1 ano.

**Discussão:** De acordo com os resultados obtidos, podemos observar que houve uma redução significativamente estatística dos escores obtidos em ambos os formulários em todos os segmentos avaliados. Desse modo, podemos afirmar que houve uma melhora da qualidade de vida relacionada a obstrução nasal e dos sintomas associados nos pacientes que realizaram a rinosseptoplastia. Além disso, ao avaliarmos as pontuações obtidas nos formulários NOSE e SCHNOS, observamos que os resultados foram semelhantes, apresentando pouca diferença numérica entre os resultados. Em relação a abordagem cirúrgica escolhida para os pacientes, observou-se que tanto a cirurgia aberta, como a fechada foram efetivas na redução dos escores, apresentando uma diminuição significativamente estatística.

**Conclusão:** Conclui-se que a rinosseptoplastia foi efetiva para a melhorar a respiração e obstrução nasal dos pacientes, independente da abordagem cirúrgica escolhida.

**Palavras-chave:** rinosseptoplastia;obstrução nasal;escalas.

## ATTLO03

## APRESENTAÇÃO ORAL - FONIATRIA

Speech-Evoked Auditory Brainstem Responses (Speech ABR) in Children with Speech Delay, Autism Spectrum Disorder (ASD) and Normal Development

**AUTOR PRINCIPAL:** PAULO ALMEIDA ROCHA

**COAUTORES:** ROBERTO MIQUELINO DE OLIVEIRA BECK; JOÃO PEDRO AFONSO NASCIMENTO; GUILHERME RODRIGUES MARINHO; CLAYSON ALAN DOS SANTOS; SIGNE SCHUSTER GRASEL

**INSTITUIÇÃO:** HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Introduction:** There is growing interest in speech ABR. It provides useful information about how the brainstem encodes complex sounds and is a powerful tool to evaluate auditory processing deficiencies not assessed by click stimuli.

**Objective:** To compare speech ABR responses among preschool children with normal hearing thresholds, divided into three groups: speech delay, autism spectrum disorder (ASD) and control group.

**Methods:** Retrospective analysis of 366 children (303 males, mean age: 38.76 + 13.55 months), seen at our service between 2015 and 2022 (protocol 5.752.268). All patients had click and speech ABR and auditory steady-state responses (ASSR) in the same test session under general anesthesia. Inclusion criteria: Age between 10 and 84 months, normal otomicroscopy and hearing thresholds, obtained by pure-tone audiometry (PTA) or ASSR, click ABR waves I, III and V present at 80dBHL in both ears. Exclusion criteria: Inability to complete the test, electrical interference or movements that made test analysis impossible. The patients were divided into groups (A) with speech delay (n=268), (B) confirmed ASD diagnosis (n=68) and (C) control (n=30). The NavigatorPro AEP equipment (Natus Biologic Systems Corp®, Mundelein, IL) was used. The stimulus /da/ was presented at a frequency of 10.9 stimuli/second with at least two recordings of 1000 sweeps at an intensity of 80 dBHL, with a window of 69ms. Seven components were evaluated: Onset (V-A complex), transition (C wave), sustained portion (D, E and F waves) and Offset (O wave). Statistical analysis was carried out on the mean and standard deviation of age, gender and absolute latencies of waves V, A, C, D, E, F and O in each group. We used the following tests: Student's t and chi-square for categorical variables; ANOVA for continuous variables; Tukey's post-hoc in cases of differences between continuous variables.

**Results:** Three hundred and three patients (82.8%) were male, with a predominance in all groups. There was no gender difference between the groups ( $p=0.12$ ). But there was a significant age difference between the groups ( $p<0.001$ ): ASD children were older than those in the other two groups. We did not find differences between the groups for latencies (waves V ( $p=0.72$ ), A (0.24), C (0.88), D (0.41), E (0.73), F (0.39) and O (0.16)) and PTA or ASSR thresholds. Compared to boys, girls had shorter V, A, D, E, F and O latencies. No latency difference was observed among the boys in the three groups.

**Discussion:** This is a novel study in pre-school children using speech ABR. The sample (N=366) is one of the largest among speech ABR studies and was evaluated under ideal conditions with low electroencephalographic noise and precise wave marking (V-A-C-D-E-O) due to general anesthesia. There was no difference between the groups with regard to V, A, C, D, E, F and O latencies. This finding differs from studies of school-age children with ASD, dyslexia and auditory processing disorders, which found increased latencies compared to children with typical development. However, these studies evaluated older children, limiting the comparison with our study. The longer wave V latency observed in male children has already been described in other studies, as well as in click ABR.

**Limitations of the study:** the latest version of the software does not analyze the fundamental frequency and wave amplitudes, furthermore it does not allow exporting data for analysis. Future studies with other equipment could also evaluate fundamental frequency (F0) amplitudes and formants.

**Palavras-chave:** Speech ABR; Frequency following response; language development.

ATTL001

## APRESENTAÇÃO ORAL - LARINGOLOGIA E VOZ

## TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO DO PITCH VOCAL

**AUTOR PRINCIPAL:** GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI

**COAUTORES:** MANOELA JOAKIMSON FRANCK; GABRIELA ALVES MARRONI; BEATRIZ LANZA PAULI; MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI; LETICIA LEAHY; GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI; LUISI MARIA MEZZOMO

**INSTITUIÇÃO:** 1. INSTITUTO PARANAENSE DE OTORRINOLARINGOLOGIA, CURITIBA - PR - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRUSQUE., BRUSQUE - SC - BRASIL

A insatisfação com a voz é uma queixa comum em consulta ao otorrinolaringologista, sobretudo nos pacientes que estão em processo de transição de gênero. Existem formas não invasivas de alterar a frequência da voz, como a hormonioterapia com testosterona. Apesar disso, existem casos em que ela não é eficaz, tornando o procedimento cirúrgico, como a tireoplastia tipo III, cujo objetivo é reduzir a frequência em que as cordas vocais vibram, uma forma de conquistar uma voz que corresponda às expectativas do paciente. Não só nos casos de transição de gênero, mas também em pacientes homens com puberfonia - permanência da voz aguda mesmo após a puberdade-, casos de cicatrizes e atrofia das cordas vocais e sulcus vocalis, a tireoplastia tipo-III pode ser uma alternativa.

**Objetivos:** Validar a hipótese de que a tireoplastia tipo III torna a voz do paciente mais grave e atinge as expectativas dos pacientes.

**Métodos:** Para essa análise será feita a comparação da frequência fundamental da voz e escore obtido no IDV10 (Índice de Desvantagem da Voz) pré e pós-cirúrgicos dos pacientes do Hospital Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia (IPO) de Curitiba submetidos a esta cirurgia entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022, totalizando 38 casos de participantes homens cisgenero operados por um único cirurgião e técnica semelhante.

**Resultados:** Utilizando o método “teste t de amostras emparelhadas” pôde-se obter os valores médios da frequência fundamental e do IDV-10. A frequência fundamental pré-operatória na amostra (n=38) foi em média de 177 Hz (desvio-padrão de 6,45, erro padrão de 1,046), variando para a média de 109 Hz após 6 meses da tireoplastia (desvio-padrão=5,2, erro-padrão=0,844,  $p<0,001$ ). Pensando no IDV-10 pré-operatório o valor médio foi de 19,84 (desvio-padrão=2,44, erro-padrão=0,397) e avaliando seis meses após o procedimento, o valor variou para 5,84 (desvio-padrão=1,37, erro-padrão=0,222,  $p<0,001$ ).

**Discussão:** Analisando a amostra, portanto, confirma-se a hipótese de que a tireoplastia tipo-III apresenta bons resultados, tornando a voz efetivamente mais grave, pela significativa redução da frequência fundamental e também atinge as expectativas dos pacientes, melhorando sua qualidade de vida, principalmente no aspecto social, confirmada pela grande diminuição no escore IDV-10, um importante parâmetro validado na avaliação de indivíduos com problemas relacionados à voz.

**Conclusão:** Nesse sentido, os resultados do estudo podem comprovar a importância da técnica da tireoplastia tipo-III, uma vez que os resultados na redução da frequência vocal propicia uma elevação na autoestima e a voz é um importante artifício social. A indicação da técnica é validada, portanto.

**Palavras-chave:** Tireoplastia tipo-III;Cirurgia vocal;Frequência fundamental.



## ATTL002

## APRESENTAÇÃO ORAL - LARINGOLOGIA E VOZ

Eficácia da tireoplastia tipo 3 para redução de pitch suficiente em falsete mutacional: uma revisão sistemática.

**AUTOR PRINCIPAL:** GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI

**COAUTORES:** LUISI MARIA MEZZOMO; DEBORA EMI SHIBUKAWA; ROGÉRIO DE AZEVEDO HAMERSCHMIDT; LETÍCIA RAYSA SCHIAVON KINASH; GABRIELA ALVES MARRONI; MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI; YASMIN BISCOLA DA CRUZ

**INSTITUIÇÃO:** UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL

**Objetivos:** O estudo pretende revisar a validade, confiabilidade e viés de eficácia da tireoplastia tipo III para obter redução de pitch suficiente em falsete mutacional, a fim de verificar a existência de alteração efetiva na frequência vocal de pacientes submetidos à tireoplastia tipo III.

**Métodos:** Foram realizadas buscas nas bases de dados Cochrane Library, CINAHL, MEDLINE, EMBASE, Scopus, Web of Science, PubMed e AMEB, sem que houvesse restrição quanto ao período ou idioma de publicação. Utilizou-se como critérios de inclusão estudos com participantes adultos com 18 anos ou mais e participantes diagnosticados com puberfonia (falseto mutacional) submetidos à tireoplastia tipo III. Os artigos incluídos passaram pela análise de dois revisores quanto ao risco de viés através da ferramenta ROBINS-1.

**Resultados:** No primeiro momento de triagem foram encontrados 2335 artigos registrados, após a exclusão de artigos duplicados e ineligíveis para revisão, sobraram 1013 artigos para passar por uma segunda etapa de triagem pelos revisores, a qual resultou em 3 artigos elegíveis para o estudo. Os três artigos incluídos avaliaram diferentes abordagens cirúrgicas para o tratamento de distúrbios vocais mutacionais: tireoplastia de relaxamento vocal, tireoplastia tipo III de Isshiki, tireoplastia tipo III.

**Discussão:** Analisando a amostra, portanto, confirma-se a hipótese de que a tireoplastia tipo-III apresenta bons resultados, tornando a voz efetivamente mais grave, pela significativa redução da frequência fundamental e também atinge as expectativas dos pacientes, melhorando sua qualidade de vida, principalmente no aspecto social, confirmada pela grande diminuição no escore IDV-10, um importante parâmetro validado na avaliação de indivíduos com problemas relacionados à voz.

**Conclusão:** Os resultados indicaram que a tireoplastia do tipo III pode ser uma opção de tratamento viável para distúrbios de voz mutacionais. Ficou demonstrado que esta abordagem cirúrgica está associada com melhoras significativas na qualidade e consistência vocal. Além disso, a tireoplastia do tipo III apresentou eficácia para melhorar a F0 em pacientes com distúrbios de voz mutacionais. A revisão demonstrou que ainda necessita-se de pesquisas adicionais com amostras maiores, presença de grupos controle e designs de estudo aprimorados para fortalecer as evidências sobre esses tratamentos.

**Palavras-chave:** tireoplastia tipo 3; falsete mutacional; frequência vocal.

## ATTLO05

## APRESENTAÇÃO ORAL - LARINGOLOGIA E VOZ

Toxina botulínica como alternativa para o tratamento de disfonia espasmódica: Revisão sistemática

AUTOR PRINCIPAL: AMANDA NAIARA BARBON DE ALMEIDA

COAUTORES: IGOR GIACOMETI PARREIRA

INSTITUIÇÃO: UNICESUMAR, MARINGÁ - PR - BRASIL

A insatisfação com a voz é uma queixa comum em consulta ao otorrinolaringologista, sobretudo nos pacientes que estão em processo de transição de gênero. Existem formas não invasivas de alterar a frequência da voz, como a hormonioterapia com testosterona. Apesar disso, existem casos em que ela não é eficaz, tornando o procedimento cirúrgico, como a tireoplastia tipo III, cujo objetivo é reduzir a frequência em que as cordas vocais vibram, uma forma de conquistar uma voz que corresponda às expectativas do paciente. Não só nos casos de transição de gênero, mas também em pacientes homens com puberfonia - permanência da voz aguda mesmo após a puberdade -, casos de cicatrizes e atrofia das cordas vocais e sulcus vocalis, a tireoplastia tipo-III pode ser uma alternativa.

**Objetivos:** A disfonia espasmódica (DE), uma condição vocal crônica que afeta a qualidade de vida dos pacientes, tem sido tratada com várias abordagens terapêuticas ao longo do tempo. Este resumo aborda uma revisão sistemática que visa analisar as evidências disponíveis sobre o uso da toxina botulínica no tratamento da DE, com foco na eficácia, segurança e impacto na qualidade de vida dos pacientes.

**Métodos:** A revisão seguiu estritamente as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (Prisma). Foram conduzidas buscas abrangentes em bases de dados médicas amplamente reconhecidas, como PubMed, Lilacs, Scielo e Google Scholar, sem limitação de data. A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2023, garantindo a inclusão de estudos atualizados. Critérios de elegibilidade rigorosos foram estabelecidos para a seleção de estudos relevantes, com foco em estudos clínicos originais escritos em inglês e português.

**Resultados:** A revisão incluiu uma análise profunda dos estudos que consistentemente demonstraram a eficácia da toxina botulínica no tratamento da DE. Esses estudos apontaram para melhorias notáveis na qualidade vocal dos pacientes e uma redução significativa nos espasmos laríngeos. Os efeitos colaterais relatados foram geralmente leves e transitórios, incluindo disfagia temporária e rouquidão. Uma descoberta notável foi a influência da idade dos pacientes na resposta ao tratamento, com pacientes mais velhos apresentando respostas mais abruptas à terapia com toxina botulínica.

**Discussão:** A Disfonia espasmódica é uma condição vocal desafiadora caracterizada por espasmos involuntários dos músculos da laringe durante a fala, prejudicando a qualidade vocal e a comunicação dos pacientes. A toxina botulínica, uma neurotoxina produzida pela bactéria *Clostridium botulinum*, tem se mostrado promissora como uma opção terapêutica. Ela atua bloqueando a liberação de acetilcolina nas terminações nervosas motoras, resultando em uma redução temporária na atividade muscular.

Além da eficácia, a segurança é uma consideração fundamental ao considerar o uso da toxina botulínica no tratamento da DE. Os efeitos colaterais geralmente leves e temporários foram considerados toleráveis pela maioria dos pacientes, e eles diminuíram com o tempo. Avaliar o perfil de segurança é crucial para determinar a relação risco-benefício dessa terapia.

**Conclusão:** Apesar de algumas limitações, como a disponibilidade limitada de ensaios clínicos controlados e a heterogeneidade nos estudos, esta revisão sistemática destacou a eficácia e segurança da toxina botulínica como uma alternativa valiosa no tratamento da DE. Os achados sugerem que a toxina botulínica pode desempenhar um papel significativo na melhoria da qualidade vocal e da qualidade de vida dos pacientes com essa condição vocal complexa. No entanto, é fundamental que os clínicos considerem cuidadosamente as características individuais de cada paciente ao decidir pela terapia com toxina botulínica e garantam uma abordagem multidisciplinar para o manejo da DE. Mais pesquisas são necessárias para definir protocolos de tratamento ideais e aprimorar nosso entendimento sobre essa terapia promissora. A DE representa um desafio clínico significativo, e abordagens terapêuticas inovadoras são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados por essa condição.

**Palavras-chave:** Disfonia espasmódica; Toxina botulínica; eficácia.

**AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDA LAIS SAITO

**COAUTORES:** AURENZO GONÇALVES MOCELIN; NICOLE TASSIA AMADEU; ÍCARO DE ALMEIDA TOLEDO PIRES; MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI; GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI; ROGERIO HAMERSCHMIDT; EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO

**INSTITUIÇÃO:** HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL

**Objetivos:** Avaliar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com disfonia internados em enfermaria por COVID-19, bem como descrever a evolução deste sintoma durante o internamento. Secundariamente, avaliar se a disfonia corresponde a fator preditor de intubação orotraqueal.

**Métodos:** Trata-se de uma coorte prospectiva em que pacientes internados por COVID-19 em enfermaria foram avaliados quanto a dados clínico-epidemiológicos, sintomatologia relacionada a COVID-19, pontuação no Voice Handicap Index –10, e tempo máximo fonatório na admissão hospitalar, com três e cinco dias de internamento em enfermaria. Pacientes com e sem disfonia na admissão hospitalar foram comparados em relação às variáveis. Os dados estatísticos foram analisados através do programa estatístico R versão 4.0.4.

**Resultados:** A prevalência de disfonia encontrada no estudo foi de 45,11%, sendo que a maioria dos pacientes internados em enfermaria apresentou quadro moderado (48,33%). Os sintomas associados a disfonia foram tosse, fadiga, obstrução nasal e disfagia ( $p < 0,05$ ). Uma correlação inversa entre tempo máximo fonatório e gravidade da doença, medida através da tomografia computadorizada de tórax e necessidade de O<sub>2</sub> suplementar, foi encontrada. A disfonia leve e moderada mostraram comportamento benigno, com tendência a resolução até o quinto dia de internamento. Apesar da disfonia não ter sido considerada fator de risco para intubação (RR=1,027; IC 95% 0,904-1,167), maior porcentagem de pacientes com quadro severo de disfonia evoluíram para necessidade de terapia intensiva.

**Discussão:** A prevalência da disfonia em pacientes com COVID-19 varia de 14-43,7% na literatura.<sup>3,6–9</sup> O presente estudo constatou uma taxa ainda mais alta (45,11%) do sintoma em pacientes hospitalizados em regime de enfermaria. Diferente de um estudo europeu, que encontrou uma prevalência de 26,8%. A amostra do presente estudo foi composta em sua maioria por homens (59,39%), que também mostraram-se mais acometidos (48,10%) pela disfonia que as mulheres (40,74%). Estes achados poderiam corroborar para a maior susceptibilidade masculina a quadros mais graves de COVID-19 (dados fatores hormonais, de resposta inflamatória e imunológica). Quanto à sintomatologia associada à disfonia, pacientes disfônicos apresentaram mais tosse que pacientes sem disfonia, semelhante à estudos já publicados. A tosse estaria diretamente envolvida na patofisiologia da disfonia, uma vez que o trauma mecânico das pregas vocais durante o ato de tossir poderia causar lesões fonotraumáticas, como lacerações e hemorragias mucosas.

**Conclusão:** A disfonia é um sintoma prevalente em pacientes internados em regime de enfermaria por COVID-19. Embora mais estudos sejam necessários para esclarecer a evolução da disfonia durante o quadro agudo e seu papel como preditor de intubação orotraqueal, observou-se uma tendência a resolução ou melhora da disfonia até o quinto dia de internamento e um risco relativo de 1,027 vezes maior de intubação em pacientes disfônicos, porém sem relevância estatística.

**Palavras-chave:** COVID-19, disfonia, otorrinolaringologia, laringologia, voz

ATTL001

**APRESENTAÇÃO ORAL - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
IMPACTO DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO DESEMPENHO COGNITIVO**AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO IVO MACHADO PIRES DE ARAUJO**COAUTORES:** ISABELA GOMES MALDI; PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE; HUGO VALTER LISBOA RAMOS; CLAUDINEY CANDIDO COSTA; LUCAS DA SILVA BRAZ; CÁRITA LOPES MACÊDO; NORMA DE OLIVEIRA PENIDO**INSTITUIÇÃO:** 1. CRER, GOIÂNIA - GO - BRASIL2. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Objetivos:** Avaliar o desempenho cognitivo de adultos, portadores de deficiência auditiva, e estabelecer associações entre características clínicas da perda auditiva e o desempenho cognitivo dos indivíduos afetados.**Métodos:** Estudo clínico observacional analítico transversal, com aplicação de questionário.

**Resultados:** Foram avaliados 134 indivíduos portadores de perda auditiva. Destes, 91,04% referiram instalação progressiva da perda; 87,31% tinham perda auditiva bilateral; o grau de perda auditiva moderado foi o mais frequente (41,04%). No domínio cognitivo orientação temporal, houve um número de respostas corretas significativamente maior entre os indivíduos com perda auditiva unilateral (7%). No domínio orientação espacial, o número de respostas corretas foi significativamente maior em indivíduos sem queixa de zumbido (8%); sem comorbidades (8%); em portadores de perda auditiva de grau leve (7%); No domínio cognitivo memória imediata, o número de respostas corretas foi significativamente maior em portadores de perda auditiva mista (8%); e de grau leve (7%). No domínio cognitivo atenção e cálculo, o número de respostas corretas foi significativamente maior em indivíduos com perdas unilaterais (77%); e naqueles sem zumbido (47%). No domínio cognitivo memória de evocação, o número de respostas corretas foi significativamente maior em indivíduos que referiam instalação progressiva da perda auditiva (54%). No domínio cognitivo linguagem, o número de respostas corretas foi significativamente maior entre aqueles com perdas auditivas unilaterais (18%); sem comorbidades (10%); e sem queixa de vertigem (9%).

**Discussão:** Avaliamos, no presente estudo, o desempenho geral no MEEM. Também analisamos um aspecto ainda pouco explorado na literatura: o desempenho em cada um dos seis subdomínios cognitivos que compõem o MEEM. Avaliou-se a pontuação dos participantes em cada um deles, sendo importante destacar que não há valores de normalidade para cada domínio cognitivo separadamente, por isto as análises foram realizadas comparativamente com a variável clínica de interesse e não foi possível correlacionar com os achados em outros estudos devido à escassez deste dado na literatura consultada. Neste estudo, a queixa de desequilíbrio e as perdas auditivas de instalação súbita mostraram-se associadas a um maior risco de desempenho geral no miniexame do estado mental abaixo do normal. Perdas auditivas bilaterais, sensorineurais e de grau moderado a moderado/severo, presença de zumbido, vertigem e comorbidades mostraram-se associados a piores pontuações em domínios cognitivos específicos do questionário.

**Conclusão:** Diferentes características inerentes à perda auditiva estão associadas a um impacto negativo no desempenho cognitivo. As informações coletadas, junto com trabalhos futuros podem ajudar no desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento para ambos os problemas, contribuindo para uma melhor saúde auditiva e cognitiva da população.

**Palavras-chave:** Perda Auditiva; Demência; Miniexame do Estado Mental.

ATTLO02

**APRESENTAÇÃO ORAL - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Comparação tomográfica da cóclea, janela oval, janela redonda e nervo facial entre adultos e crianças e sua influência na cirurgia do implante coclear

**AUTOR PRINCIPAL:** MOHAMAD FERAS AL-LAHHAM

**COAUTORES:** ROGERIO HAMERSCHMIDT; JÚLIA OPPERMAN ROCHA; ROGÉRIO DE AZEVEDO HAMERSCHMIDT; MAYARA RISNEI WATANABE; GABRIELA ALVES MARRONI; LETICIA LEAHY; LUISI MARIA MEZZOMO

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi comparar as medidas de ângulo da membrana da janela redonda, nervo facial no plano coronal (MJR-NF-PC) e a distância vertical entre a membrana da janela redonda e o nervo facial (MJR-NF) em adultos e crianças para verificar se há diferenças significativas entre ambos, justificando a dificuldade cirúrgica ocasionada pela menor visibilidade da janela redonda em crianças.

**Métodos:** Foram analisadas as variáveis idade, ângulo MJR-NF-PC e distância vertical MJR-PC por medidas direita e esquerda dos grupos de 16 adultos e 16 crianças, através da estatística descritiva. Confirmada a normalidade e homogeneidade da amostra, as análises do ângulo MJR-NF-PC e distância vertical MJR-PC por medida direita foram realizadas utilizando teste de Mann-Whitney, enquanto as análises das medidas esquerdas foram realizadas utilizando teste T de Student não pareado. O nível de significância adotado foi  $\alpha < 0,05$ .

**Resultados:** A média do ângulo MJR-NF-PC em crianças foi significativamente menor, tanto a direita quanto a esquerda, do que a média em adultos (Direita:  $24,7 \pm 6,8^\circ$  vs  $31,5 \pm 3,5^\circ$ ; Esquerda:  $29,1 \pm 5,8^\circ$  vs  $34,9 \pm 3,9^\circ$ ) (Direita:  $p=0,006$ ; Esquerda:  $p=0,003$ ). A média da distância vertical MJR-PC em crianças (Direita:  $2,7 \pm 0,9\text{mm}$ ; Esquerda:  $3,2 \pm 0,9\text{mm}$ ) foi significativamente menor do que a média em adultos (Direita:  $3,8 \pm 0,5\text{mm}$ ; Esquerda:  $4,1 \pm 0,9\text{mm}$ ) ( $p=0,0001$ ).

**Discussão:** Os achados deste estudo corroboram os resultados encontrados na literatura que reportam ângulos e distância significativamente menores em crianças quando comparados aos adultos. Dessa forma, infere-se que crianças possuem uma chance maior de possuírem a janela redonda pouco visível ou invisível. Como consequência, é notável e passa a ser justificável uma maior dificuldade para inserção do eletrodo através da Membrana da Janela Redonda, tornando a cocleostomia uma opção mais viável, e em casos extremos, a única opção de inserção de eletrodos para esse grupo. Isso corrobora a real necessidade de realizar o estudo tomográfico pré-operatório em crianças, como forma de identificar malformações e outras condições anatômicas que possam ser limitadores e complicadores da técnica cirúrgica do implante coclear, inclusive podendo-se lançar mão da ressonância magnética como exame alternativo caso haja alguma suspeita de alteração coclear ou suspeita de lesão do nervo coclear.

**Conclusão:** Em crianças, o ângulo MRJ-NF-PC é mais agudo e a distância vertical MJR-PC medida é menor quando comparadas aos adultos. Tais diferenças anatômicas justificam a menor visibilidade da janela redonda durante a inserção do implante coclear em crianças.

**Palavras-chave:** Implante coclear; Janela redonda; Criança.

ATTLO03

**APRESENTAÇÃO ORAL - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
LAVAGEM NASAL E OTITE MÉDIA AGUDA - OVERWASH**AUTOR PRINCIPAL:** CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS**COAUTORES:** JOÃO MARCELO TEIXEIRA LOBO; MARINA HE RYI KIM; FERNANDO CESAR CERVANTES DOS SANTOS; PEDRO PAULO VIVACQUA DA CUNHA CINTRA; HELOISA DOS SANTOS SOBREIRA NUNES; JOSE ANTONIO PINTO**INSTITUIÇÃO:** NÚCLEO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E MEDICINA DO SONO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Introdução:** A otite média é uma infecção que pode acometer todas as idades, sendo mais comum na infância, afetando, principalmente, crianças com menos de três anos de idade. A irrigação salina é uma das opções de tratamento para doenças nasossinusais na população. Apesar de bem estabelecida como tratamento em adultos, os benefícios do seu uso em crianças não são claros. Tratando-se da literatura atual, são insuficientes os estudos no que se diz respeito a relação entre a lavagem nasal de alto volume e a ocorrência de otite média aguda.

**Métodos:** Estudo do tipo observacional, transversal e analítico com uma abordagem quantitativa. Incluídos pacientes de 0 a 17 anos com otite média aguda. As variáveis quantitativas foram descritas por mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão e as variáveis qualitativas por frequência e percentagem. A independência ou associação entre duas variáveis categóricas foi testada pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher, conforme o caso. Para comparar uma variável numérica entre dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney, equivalente não paramétrico do teste t de Student. Os resultados com  $p \leq 0,05$  (bilateral) foram considerados estatisticamente significativos.

**Resultados:** 81 pacientes foram incluídos no estudo. 63% eram do sexo masculino. Aproximadamente 52% usavam seringa para realizar lavagem nasal. 60,5% dos pacientes incluídos fizeram uso de amoxicilina. A maioria dos pacientes (66,7% ou 54 indivíduos) apresentava critérios de falha relacionados à pressão. Os resultados indicaram uma associação significativa entre idade e o uso de antibióticos ( $p=0,021$ ). A proporção de pacientes com posicionamento inadequado da cabeça durante a lavagem nasal foi maior do que o esperado pelo acaso (valor de  $p < 0,001$ ).

**Discussão:** A lavagem nasal com solução salina pode ser realizada de diversas maneiras diferentes. Até hoje não existe um consenso no qual método seja melhor. Dos principais fatores que podem influenciar no surgimento de complicações o aumento da pressão realizada no dispositivo (pela seringa e garrafinha), o aumento no volume da solução salina usada para irrigação desproporcional ao porte físico do paciente e mal posicionamento do dispositivo durante a lavagem nasal são consideráveis e foram observados neste estudo. O uso de antibióticos mais prevalente foi de amoxicilina e amoxicilina com ácido clavulânico.

**Conclusão:** Não existe consenso de qual método de lavagem nasal seja mais adequado. Existem diversos fatores que influenciam na eficiência da lavagem nasal, bem como suas complicações e, por isso, é importante ressaltar que a lavagem nasal deve ser bem indicada e orientada, independentemente do método optado.

**Palavras-chave:** OTITE; OTITE MÉDIA AGUDA; LAVAGEM NASAL.

ATTL004

**APRESENTAÇÃO ORAL - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****ESTUDO LONGITUDINAL DOS FATORES ASSOCIADOS À PERDA AUDITIVA EM PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE****AUTOR PRINCIPAL:** LETICIA GONÇALVES SILVA**COAUTORES:** MARISA RUGGIERI MARONE; ERIKA BETTI MARIANI BURDELIS; AMANDA ANDRAUS SIMONIAN; JOSE MAURICIO TERCÍ DE ABREU; PAULA PAULA RIBEIRO LOPES ALMEIDA; FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR; PRISCILA BOGAR**INSTITUIÇÃO:** FMABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL

A incidência de perda auditiva neurossensorial em pacientes portadores de doença renal crônica é maior em relação à população em geral, mesmo se considerarmos a população infantil. Similaridades anatômicas, patológicas, farmacológicas, fisiológicas e imunológicas entre os glomérulos renais e a estria vascular da cóclea poderiam, por si só, justificar a relação entre doença renal crônica e perda auditiva. No entanto, a história clínica desses pacientes vem frequentemente acompanhada de variáveis que podem contribuir, tanto com a insuficiência renal, quanto com a perda auditiva, sendo a hipertensão arterial associada ou não ao diabetes, uso de medicamentos ototóxicos e idade avançada, os mais comumente citados. A escassez de estudos prospectivos não possibilita saber quais são os reais fatores de riscos para a perda auditiva e se são preveníveis. O certo é que a lesão auditiva é irreversível.

**Objetivos:** Avaliar os limiares auditivos de pacientes que realizam hemodiálise em hospital público terciário e a associação de fatores de riscos para perda auditiva nesses pacientes.

**Métodos:** Estudo horizontal prospectivo, do tipo coorte, realizado através da realização de anamnese, coleta de dados em prontuários de participantes, audiometria tonal e vocal e imitanciométrica em pacientes com diagnóstico de doença renal crônica que realizam hemodiálise em hospital público terciário entre os anos de 2018 a 2022. Foram excluídos pacientes com perda auditiva assimétrica, ou com história pessoal ou familiar de doença otológica.

**Resultados:** Em 2018 foram avaliados 51 pacientes, em 2022 foram reavaliados apenas 16. 25 pacientes foram a óbito no período (49%), 9 foram transplantados (17%), e 1 paciente (1,9%) foi transferido de cidade e perdeu o segmento. Pacientes estudados tiveram perda auditiva sensorineural documentada pelo SRT e pela média quadritonal (0,5; 1; 2; 4 KHz), enquanto IRF não teve significância. Foram dados estatisticamente significantes a relação da piora dos parâmetros auditivos com a idade avançada e tempo de hemodiálise. Não houve diferença estatisticamente significativa a relação com uso de aminoglicosídeo, exposição laboral a ruído, hipertensão e diabetes. Na comparação dos parâmetros entre o grupo que foi a óbito e o que não foi, teve significância a idade, e o tempo de hemodiálise. O SRT da orelha esquerda também mostrou-se diferente entre os grupos, sendo mais elevado no grupo que foi a óbito, os demais valores não tiveram significância.

**Conclusão:** A população estudada é de risco elevado para perda auditiva sensorineural e os principais fatores relacionados são idade avançada e maior tempo de hemodiálise. Comorbidades e uso de aminoglicosídeos não mostraram diferença significativa na relação com a perda auditiva em nossa casuística.

**Palavras-chave:** Perda Auditiva; Doença Renal Crônica; Hemodiálise.



## ATTLO05

## APRESENTAÇÃO ORAL - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

## DESEMPENHO DE PACIENTES COM SURDEZ PÓS-LINGUAL SUBMETIDOS A IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL

**AUTOR PRINCIPAL:** SERGIO DE CASTRO MARTINS

**COAUTORES:** JOSE RICARDO GURGEL TESTA; NORMA DE OLIVEIRA PENIDO; MURILO BUFAIÇAL MARRA; HUGO VALTER LISBOA RAMOS; CÁRITA LOPES MACÊDO

**INSTITUIÇÃO:** 1. UEG - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, ITUMBIARA - GO - BRASIL2. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL3. CRER, GOIANIA - GO - BRASIL

**Objetivo:** Identificar os índices de melhora na detecção dos sons e reconhecimento de fala 6 meses após o implante coclear (IC) unilateral, comparando com antes da cirurgia, quando utilizando aparelho auditivo de amplificação sonora individual (AASI), e identificar fatores influenciadores nestas melhoras.

**Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, para identificação dos índices de melhora na detecção auditiva de 500 a 4000Hz e no reconhecimento de sentenças após 6 meses do IC unilateral em 64 adultos com perda auditiva pós-lingual.

**Resultados:** Identificamos melhora de em média 55,25 dB na média dos limiares audiométricos e de 58,89 % na compreensão de sentenças utilizando o IC em comparação com quando utilizando AASI. Sexo, idade maior que 60 anos na data da realização do IC, lateralidade do IC, diagnóstico da etiologia da perda auditiva e tempo de privação auditiva anterior ao IC não interferiram significativamente nestes índices de melhora. Pacientes submetidos à inserção do feixe de eletrodos via janela redonda apresentaram melhora na média dos limiares audiométricos utilizando o IC, de, em média, 4,55 dB a mais do que aqueles com inserção via cocleostomia. Pacientes com inserção completa do feixe de eletrodos tiveram um índice de reconhecimento de fala em média 31,77% maior que os com inserção parcial. Usuários de uma marca de implante apresentaram desempenho auditivo significativamente pior quando comparado com todas as outras marcas avaliadas. Entretanto, quando analisamos a melhora no índice de reconhecimento de fala não identificamos diferença significativa entre nenhuma marca de IC.

**Conclusão:** O Implante Coclear unilateral melhorou significativamente a detecção dos sons de 500 a 4000Hz e o índice de reconhecimento de sentenças, em comparação com antes da cirurgia utilizando AASI. Influenciaram nestas melhoras a realização de cocleostomia ou inserção dos eletrodos via janela redonda, a inserção total do feixe de eletrodos e a marca do implante.

## INTRODUÇÃO

O Implante Coclear é uma prótese sensorial, que tem a capacidade de restaurar a audição daqueles pacientes com perda auditiva severa ou profunda que não apresentam resultado satisfatório nem mesmo com o uso dos Aparelhos Auditivos de Amplificação Sonora Individuais (AASI) mais potentes 1 .

A depender de em qual fase do desenvolvimento da linguagem oral o indivíduo esteja, na ocasião do aparecimento da perda de audição, as perdas auditivas são classificadas em dois tipos:

1. Pós-linguais são as perdas auditivas que surgem após a criança já ter desenvolvido a fala;
2. Pré-linguais são as perdas auditivas que surgem antes de a criança desenvolver a fala, o que, nestes casos, determina uma total ausência de memória auditiva 2 .

Não existe limite de idade para a realização do implante coclear. É observado também um progressivo aumento na realização de cirurgias de implante coclear nos idosos, justificado pelo aumento da expectativa de vida com consequente aumento populacional de indivíduos na faixa etária acima de 60 anos 3 . De acordo com as Diretrizes Gerais para atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva do Ministério da Saúde do Brasil, os pacientes com perda auditiva pós-lingual que preenchem os critérios para indicação de uso de implante coclear precisam apresentar perda auditiva do tipo neurosensorial de grau severo ou profundo bilateralmente e resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças, em conjunto aberto, com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada 4 .

**Objetivo:** O Objetivo deste estudo é identificar o índice de melhora nos desempenhos auditivo e de reconhecimento de fala em pacientes com perda auditiva pós-lingual utilizando Implante Coclear unilateral, em comparação com estes mesmos desempenhos apresentados anteriormente à realização da cirurgia, quando utilizando Aparelho Auditivo de Amplificação Sonora Individual, além de identificar fatores que, em associação, possam ter influenciado na melhora dos desempenhos auditivo e de reconhecimento de fala dos pacientes submetidos ao implante coclear.

**Palavras-chave:** Implante coclear ;Desempenho auditivo ;Reconhecimento de fala.

ATTL001

**APRESENTAÇÃO ORAL - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

Laringites Pós-Extubação em Crianças: Análise Descritiva do Diagnóstico e Manejo em um Hospital Terciário

AUTOR PRINCIPAL: ELAINE COSTA

COAUTORES: REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL

INSTITUIÇÃO: UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL

As lesões laríngeas agudas são as principais complicações da intubação traqueal, podendo evoluir para lesões crônicas como a estenose laríngea e laringotraqueal que tem como fator etiológico mais de 95% das vezes a intubação traqueal. A confirmação do diagnóstico clínico com a avaliação endoscópica especializada e o tratamento ainda na fase aguda destas lesões pode potencialmente levar a menor ocorrência de sequelas.

**Objetivos:** Descrever e analisar a evolução de crianças com diagnóstico confirmado de laringite pós-extubação após um ano de seguimento e correlacionar as características clínicas e das lesões laríngeas com o desfecho neste período..

**Métodologia:** Estudo retrospectivo de março de 2020 a março de 2022 analisando pedidos de interconsulta de otorrinolaringologia pela UTI pediátrica do HC-Unicamp para avaliar laringite pós-extubação. Incluídas crianças de 0-13 anos com laringite pós-extubação confirmada por exames endoscópicos. Excluídas crianças com história prévia de intubação ou alterações laríngeas. Dados coletados sobre características demográficas, internação, exames e tratamentos. Achados classificados pela Classificação de Lesões Agudas de Laringe. Avaliação de desfechos em até 12 meses de seguimento ambulatorial.

**Resultados:** Foram incluídos 38 pacientes, prevalência de 57,56% casos de laringite pós-extubação confirmados na população com suspeita clínica. A idade média foi de 13,24 meses à avaliação, sendo 60,5% do sexo masculino. A maioria apresentou laringite moderada ou grave. Foi necessário realização de laringoscopia diagnóstica em 65,8% dos casos. As intervenções mais realizadas foram aplicação de corticoide local e dilatação. Foram realizados em média 1,4 procedimentos de LD por paciente (mediana 1, min. 1, máx. 3). No período de internação hospitalar foi realizado um total de 35 procedimentos de LD em sob anestesia geral. A necessidade de TQT não teve relação de dependência da classificação CLAL ( $p = 0,308$ ). O teste exato de Fisher mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos quando comparado realização de TQT com a realização de procedimentos endoscópicos e a presença de lesões crônicas no seguimento  $p < 0,001$  e  $p = 0,002$  respectivamente. Pacientes com traqueostomia tiveram maior média de falhas de extubação (2,14 falhas). Foi identificada uma correlação positiva e moderada entre quantidade de procedimentos de LD na internação e CLAL ( $p = 0,488$ ;  $p = 0,013$ ). Ao comparar a proporção dos grupos da classificação de CLAL com as causas de IOT e presença ou não de comorbidades, o teste exato de Fisher indicou que há diferença entre os grupos ( $p = 0,020$  e  $0,033$ , respectivamente). Traqueostomia foi realizada em 36,8% da amostra. A traqueostomia associou-se a mais falhas de extubação, maior tempo de internação e mais procedimentos. Estenose subglótica foi diagnosticada durante internação ou no seguimento ambulatorial em 18,4% dos casos. No seguimento ambulatorial de 12 meses, lesões crônicas incluíram foram hipomobilidade de pregas vocais, estenose glótica e estenose subglótica graus I a III. A gravidade da laringite associou-se à aplicação de corticoide local e dilatação, mas não à traqueostomia ou lesões crônicas.

**Conclusão:** A laringite pós-extubação teve impacto na necessidade de traqueostomia e desenvolvimento de estenose subglótica como sequela crônica. Fatores como comorbidades e realização de traqueostomia contribuíram para maiores falhas de extubação. A gravidade das lesões teve correlação com a quantidade de procedimentos realizados durante internação, apresentando ainda diferenças relacionadas à causa de intubação e presença de comorbidades. Não foi observada correlação da gravidade com o desenvolvimento de complicações. Grande parte dos pacientes apresentou resolução dos sintomas no seguimento de um ano, entretanto mais de 1/3 não obteve resolução no período. É imprescindível um acompanhamento ambulatorial rigoroso e medidas para garantir a adesão e ampliar acesso aos recursos necessários.

**Palavras-chave:** Laringite pós-extubação; Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Saúde da Criança.

ATTLO02

**APRESENTAÇÃO ORAL - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****ROLE OF FIBEROPTIC ENDOSCOPIC EVALUATION OF SWALLOWING (FEES) IN CHILDREN WITH SUSPECTED DYSPHAGIA****AUTOR PRINCIPAL:** DÉBORA BRESSAN PAZINATTO**COAUTORES:** MARIA ANGELA BELLOMO BRANDÃO; FLÁVIA LIMA PEIXOTO COSTA; MYRIAN MARIA ANDREOTTI FAVARO; TIAGO CARDOSO MARTINELLI; REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS - SP - BRASIL

**Objective:** To verify the contribution of fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) findings in defining safety of oral feeding in children with suspected dysphagia referred for swallowing evaluation.

**Methods:** This study comprised a case series involving children with suspected dysphagia, referred for evaluation by otolaryngologists and speech-language pathologists (SLPs) at a Brazilian quaternary public university hospital. These children underwent both clinical evaluations and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES), with comprehensive collection of demographic and clinical data. Subsequently, we performed a detailed comparative analysis of findings from both assessments.

**Results:** In the study, a substantial majority of patients (93.7%) demonstrated a high level of cooperation and successfully completed the FEES procedure, culminating in a total of 60 cases being included in the analysis. The prevalence of dysphagia was confirmed in a significant 88% of these cases. Suspected aspiration on clinical SLP evaluation was present in 34 patients. Of these, FEES confirmed aspiration or penetration in 28 patients. Among the 35 patients with aspiration or penetration on FEES, 7 (20%) had no suspicion on SLP clinical assessment. All seven patients in whom clinical SLP evaluation failed to predict penetration/aspiration had neurological disorders. The SLP clinical assessment presented a sensitivity of 80%, specificity of 76%, positive predictive value of 82.3%, negative predictive value of 73%, and accuracy of 78.3% for detecting penetration and/or aspiration. The median age of the children was 2.8 years. Children presenting with dysphagia symptoms exhibit a noteworthy prevalence of underlying diagnoses and comorbidities, with a substantial 49 cases (81.6%) characterized by neurological disorders, and 35 (58.3%) afflicted by chronic pulmonary disease. Median duration of symptoms was 18 months, and 70% had symptoms for over a year. The most prevalent complaints were choking (41.6%) and sialorrhea (23.3%).

**Conclusions:** FEES is an easily accessible, reproducible procedure that can diagnose structural anomalies of the upper aerodigestive tract and significantly contribute to the detection of aspiration and penetration in this group of patients with suspected dysphagia, detecting moderate and severe dysphagia even in cases when clinical assessment had no suspicion. We recommend using FEES as the primary procedure after clinical assessment of dysphagia but before making therapeutic decisions for patients suspected of having oropharyngeal dysphagia.

**Palavras-chave:** deglutition disorders;feeding and eating disorders;pediatrics.

ATTLO04

## APRESENTAÇÃO ORAL - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Impacto da rinite alérgica e da hipertrofia adenotonsilar no comportamento e em aspectos cognitivos da criança

**AUTOR PRINCIPAL:** MAÍRA SOARES TORRES

**COAUTORES:** HELENA MARIA GONÇALVES BECKER; LUDIMILA LABANCA; LETICIA PAIVA FRANCO; FLAVIO BARBOSA NUNES; ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Introdução:** a rinite alérgica (RA) e a hipertrofia adenotonsilar (HAT) são condições muito prevalentes na população pediátrica, sendo que significativa parcela das crianças afetadas exibe sinais de comprometimento comportamental e de habilidades cognitivas. Ainda não estão claras a magnitude e a reversibilidade dessa disfunção. Torna-se imprescindível a realização de estudos que avaliem esse impacto de forma objetiva.

**Objetivos:** comparar o desempenho nos questionários Escala Swanson, Nolan e Pelham versão IV (SNAP-IV) e Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) e no Potencial Evocado Auditivo Cognitivo (P300) entre pacientes com HAT e/ou RA em relação a crianças sem obstrução de vias aéreas superiores de mesma faixa etária.

**Métodos:** foram igualmente distribuídas 44 crianças entre seis e 14 anos entre quatro grupos: controle e respiradores orais (RA, HAT e HAT+RA), conforme achados em avaliação clínica e exames complementares. Todas as crianças foram submetidas a teste cutâneo de hipersensibilidade imediata, nasofibrofaríngolaringoscopia, audiometria tona e vocal, imitanciometria, rinomanometria anterior ativa, SDQ- Por, SNAP- IV e P300. A disfunção cognitiva e/ou comportamental foi determinada por resultados anormais em qualquer subescala no SDQ-Por, SNAP-IV ou P300.

**Resultados:** crianças com HAT e/ou RA apresentaram maiores escores nas escalas de problema emocional ( $p = 0,001$ ), de conduta ( $p = 0,029$ ) e hiperatividade ( $p = 0,001$ ) e piores escores na escala pró-social ( $p = 0,015$ ) do SDQ-Por. Manifestaram, também, mais sintomas de desatenção ( $p = 0,003$ ) e de impulsividade ( $p = 0,000$ ) no SNAP-IV. A latência do P300 foi maior nas crianças respiradoras orais ( $p = 0,017$ ). Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre desempenho cognitivo e comportamental e classe socioeconômica dos pais. A gravidade subjetiva dos sintomas avaliada através da escala visual analógica (EVA) apresentou forte associação com disfunção cognitiva e/ou comportamental.

**Conclusão:** as crianças respiradoras orais apresentaram resistência nasal aumentada, maior desregulação emocional, mais problemas de conduta, de hiperatividade, de desatenção e de impulsividade, menores habilidades sociais e menor desempenho em teste que avaliou atenção e memória de trabalho que crianças respiradoras nasais de mesma faixa etária. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa por etiologia da respiração oral.

**Palavras-chave:** Rinite Alérgica; Hipertrofia adenotonsilar; Manifestações Neurocomportamentais.

**ATTLO05****APRESENTAÇÃO ORAL - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

Triagem Auditiva Escolar: Achados audiológicos em crianças do ensino fundamental nas escolas municipais de Vila Velha – ES

**AUTOR PRINCIPAL:** REBECA MOTTA MORAIS WERLY

**COAUTORES:** LUISA COLNAGHI PADILHA; THAISE MARTINS CAMPOS; WANDER LOPES AMORIM

**INSTITUIÇÃO:** UVV, VILA VELHA - ES - BRASIL

O desenvolvimento da linguagem depende do funcionamento normal dos processos auditivos, dessa forma, a ausência de identificação da perda auditiva na infância contribui com prejuízos no desenvolvimento da fala, linguagem, desempenho escolar, no progresso social e emocional da criança. A triagem escolar pode ser a primeira oportunidade para identificação da perda auditiva. O exame auditivo durante a infância é substancial para a identificação precoce e consequentemente o tratamento da perda auditiva, sendo o ambiente escolar um espaço estratégico para se implementar tais ações. Segundo a American Speech-Hearing Language Association (ASHA, 2021) a abordagem recomendada para triagem auditiva escolar (TAE) tem permanecido a audiometria tonal. Compreendendo a relevância da saúde no espaço escolar o presente estudo tem como objetivo demonstrar a importância da realização da TAE, e quantificar os alunos que apresentam alterações auditivas nas escolas municipais de Vila Velha – ES, no período de 2022 a 2023. Estudo descritivo, transversal, quantitativo e prospectivo, em crianças de ambos os sexos com idade entre 6 e 16 anos matriculados no primeiro ano ao nono ano do Ensino Fundamental de 4 escolas da rede pública no município de Vila Velha – ES. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética com parecer número CAAE 59335522.7.0000.5064. A triagem auditiva foi constituída por uma anamnese direcionada aos sinais e sintomas que estão relacionados as principais causas de perda auditiva tardia (A anamnese foi aplicada somente nos alunos maiores de 12 anos), exame clínico, onde foram feitos inspeção, palpação de cadeias linfáticas pré-auricular, pós-auricular, cervicais e otoscopia, e triagem auditiva (audiometria tonal, com pesquisa do limiar de audibilidade nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000Hz). Foram considerados falha os estudantes que atenderam ao critério recomendado pela ASHA (2021). E os resultados do rastreio auditivo foram analisados e caracterizados como passa/falha. A amostra foi composta por 401 escolares, sendo 212 (52,87%) do sexo feminino e 189 (47,13%) do sexo masculino. Desses alunos, 243 estão no Ensino Fundamental 1, tendo de 6 a 13 anos (sendo a maioria de 6 a 11 anos), e 158 alunos pertencem ao Ensino Fundamental 2, os quais possuem entre 10 e 16 anos (tendo a maior parte de 11 a 14 anos). Das 802 orelhas inspecionadas à otoscopia, 90% estavam normais e 10% com alterações, sendo que 54 (67,5%) alterações foram por cerume obstrutivo. Dentre os 123 avaliados na anamnese, apenas 30 (24,4%) não tinham nenhum dos sintomas pesquisados, os outros 93 (75,6%) possuíam pelo menos uma ou mais alterações. A mais prevalente foi o zumbido, relatada por 48 (39,02%) alunos em uma ou ambas orelhas. Foram realizadas 282 triagens auditivas, 143 (50,7%) passaram na triagem, 134 (47,5%) falharam e 5 (1,8%) triagens foram interrompidos devido ao relato de dor por parte da criança. A relação significativa entre algumas das respostas dadas pelos escolares na anamnese direcionada e os procedimentos realizados na TAE, demonstra que é possível a utilização de questionários/anamnese direcionada associados a outros testes para a realização de triagens auditivas. A prevalência de 47,5% de falha encontrada na população deste estudo mostra a necessidade da implementação de programa de saúde auditiva nas escolas. Acredita-se que os escolares do fundamental 1 apresentaram um número maior de falhas na triagem auditiva por situarem-se na faixa etária que coincide com o segundo maior pico de incidência de otite média na infância. Assim sendo, a triagem auditiva torna-se imprescindível principalmente nas crianças até oito anos. Foi possível concluir que 39,2% da amostra relata sentir zumbido, e que ao aplicar os critérios de falha, foi possível constatar que 47,5% das crianças falharam na triagem auditiva, sendo necessário realizar encaminhamento para consulta com Otorrinolaringologista e realizar avaliação audiológica básica completa. Conclui-se que a triagem auditiva em escolares mostrou-se um meio eficaz e acessível para identificar comprometimentos não diagnosticados até a idade escolar.

Palavras-chave: Audição; Triagem Escolar ; Perda Auditiva.

ATTLO06

## APRESENTAÇÃO ORAL - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

## PREVALÊNCIA DE LESÕES SINCRÔNICAS NA VIA AÉREA DOS PACIENTES COM LARINGOMALÁCIA

AUTOR PRINCIPAL: DEBORA BRAGA ESTEVAO

COAUTORES: PAULO PIRES DE MELLO; YASMIN CARDOSO DA MATTA DI MASI; MARIANA PIRES DE MELLO VALENTE; NATHALIA DEL DUCA DE MIRANDA

INSTITUIÇÃO: 1. INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL2. INSITUTO FERNANDES FIGUEIRA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

As lesões laríngeas agudas são as principais complicações da intubação traqueal, podendo evoluir para lesões crônicas como a estenose laríngea e laringotraqueal que tem como fator etiológico mais de 95% das vezes a intubação traqueal. A confirmação do diagnóstico clínico com a avaliação endoscópica especializada e o tratamento ainda na fase aguda destas lesões pode potencialmente levar a menor ocorrência de sequelas.

**Objetivos:** Determinar a incidência de lesões sincrônicas das vias aéreas (LSVA) em pacientes pediátricos com diagnóstico de laringomalácia (LM) e comparar a incidência dessas lesões concomitantes das vias aéreas em crianças com laringomalácia clinicamente grave, moderada e leve; determinar se as crianças com laringomalácia leve ou moderada têm maior incidência de intervenção cirúrgica quando uma lesão secundária das vias aéreas está presente. A laringoscopia com fibra óptica flexível (FFL) vem sendo utilizada para a avaliação e diagnóstico da causa de estridor nas crianças. Em 5 a 10% dos casos, a laringomalácia é grave e há piora progressiva da obstrução das vias aéreas. A gravidade da doença e a progressão dos sintomas podem estar relacionados à presença de LSVA. Vários estudos observaram que a LM está associada a uma incidência de 12 a 45% de LSVA e a endoscopia rígida de rotina é recomendada para avaliar todas as crianças com diagnóstico de laringomalácia. A incidência relatada de LSVA é variável. Taxas de 12% a 64% foram descritas em grandes séries de laringomalácia congênita sendo as mais frequentemente relatadas a traqueomalácia, a paralisia das cordas vocais e estenose subglótica. Poucos estudos na literatura abordaram especificamente a incidência, o significado clínico e a importância das LSVA em crianças com laringomalácia.

**Métodos:** Realizamos uma revisão retrospectiva de um banco de dados composto por 37 crianças com diagnóstico de laringomalácia acompanhados no Instituto Fernandes Figueira (IFF), hospital pediátrico terciário, referência no estado do Rio de Janeiro, entre janeiro de 2019 e julho de 2021. Dados referentes a informações demográficas, gravidade da laringomalácia, presença de lesões secundárias das vias aéreas foram coletados e analisados.

**Resultados:** Dos 37 lactentes, 10 (27,02%) apresentaram lesão secundária das vias aéreas. A traqueomalácia foi encontrada em 13,5% e cleft laríngeo em 10,8%. Das 21 crianças com laringomalácia moderada a grave, 9 tiveram diagnóstico de LSVA, em comparação com 1 paciente com doença leve ( $p = .03$ ). A presença de estridor não foi indicativo da presença de uma única ou múltiplas lesões das vias aéreas. Apenas a história de cianose foi fortemente associada a LSVA ( $p < .04$ ). As LSVA não foram mais prevalentes entre bebês prematuros ou naqueles pacientes previamente intubados. Não houve correlação entre a ocorrência de LSVA e a classificação endoscópica da LM, assim como entre a presença LSVA e complicações durante a broncoscopia.

**Conclusão:** A incidência de lesões secundárias das vias aéreas em nossa amostra de pacientes pediátricos com laringomalácia foi compatível com estudos previamente relatados. A gravidade da doença correlacionou-se com o diagnóstico de lesão secundária das vias aéreas. A indicação de avaliação da via aérea inferior deve ser individualizada e está indicada para os pacientes com doença grave e aqueles com indicação cirúrgica.

**Palavras-chave:** lesão sincrônica via aérea; laringomalácia; estridor.



## ATTLO09

## APRESENTAÇÃO ORAL - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Ultrassonografia de Região Cervical para Avaliação de Estenose Subglótica em Pacientes Pediátricos de um Hospital Terciário do Nordeste Brasileiro

**AUTOR PRINCIPAL:** CAMYLA ROLIM SOUTO DE ANDRADE

**COAUTORES:** MATEUS MORAIS AIRES CAMARA; MARCIA MARIA PESSOA DOS SANTOS; AFRANIO JORGE DE ALBUQUERQUE MAGALHAES; IAN PASSOS SILVA; BEATRIZ OLIVEIRA LEIRIA DE ANDRADE; JOÃO PEDRO DE ARRUDA CUNHA

**INSTITUIÇÃO:** IMIP, RECIFE - PE - BRASIL

**Objetivos:** A endoscopia de via aérea (EVA), realizada sob anestesia geral, é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de Estenose subglótica (ESG), porém é invasiva e tem alto custo. Nesse contexto, surge a necessidade de outros métodos diagnósticos para a avaliação da ESG. A ultrassonografia (USG), além de ser um exame seguro e não invasivo, consegue identificar facilmente as vias aéreas superiores e intermediárias infantis. A aplicação da USG de via aérea como método diagnóstico de estenose subglótica em crianças, no entanto, ainda não foi investigada na literatura. Este estudo tem, portanto, o objetivo de avaliar a USG como ferramenta diagnóstica de ESG em crianças de um hospital terciário no Nordeste brasileiro. Calcular o valor preditivo positivo e negativo, a sensibilidade, a especificidade e a acurácia da USG ambulatorial no diagnóstico de ESG, comparada com a EVA (padrão-ouro), e consequentemente estimar superdiagnóstico e sobrediagnóstico deste exame.

**Métodologia:** Estudo de corte transversal, do tipo método diagnóstico, realizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Foram incluídos pacientes menores de 10 anos diagnosticados com ESG por EVA, bem como um grupo controle, pareado por idade, formado por indivíduos normais. Foi realizada USG de via aérea para aferição do diâmetro da região subglótica, e seu resultado foi comparado com a EVA (padrão-ouro), definindo a sua acurácia no diagnóstico de estenose. A pesquisa foi aprovado pela Comitê de Ética do IMIP sob o número 1899

**Resultados:** Foram incluídos 15 pacientes com ESG e 24 pacientes normais, totalizando 39 participantes. A acurácia da USG cervical no diagnóstico de ESG em crianças foi de 53,8%, com valor preditivo positivo (VPP) = 42,1%, valor preditivo negativo (VPN) = 65,0%, sensibilidade = 53,3% e especificidade = 54,1%. Quanto à idade, a USG cervical diagnosticou corretamente a ESG em 66,7% dos casos na faixa etária de 0 a 1 ano, 54,5% na faixa etária 1 a 2 anos, 80,0% na faixa etária de 2 a 3 anos, 50,0% na faixa etária de 3 a 4 anos, 100% na faixa etária de 4 a 5 anos e 62,5% na faixa etária de ≥ 6 anos. **Discussão:** Apesar do aumento da incidência da ESG em pacientes pediátricos, a literatura se mostra escassa em relação à utilização de métodos diagnósticos não invasivos. Atualmente, a propedêutica da avaliação dos pacientes com ESG inclui a laringoscopia flexível com um nasofibrocópio, a qual é feita na maioria das crianças de forma ambulatorial. Esse exame, no entanto, não possui grande utilidade para avaliar a região subglótica, visto que em apenas 30% das crianças é possível uma boa visualização da região. Necessita-se, assim, de um exame ambulatorial alternativo à laringoscopia flexível, que possa fornecer resultados mais próximos ao padrão-ouro (EVA). A USG é uma ferramenta diagnóstica ambulatorial não invasiva, de baixo custo, alta disponibilidade e com rápida curva de aprendizado. Dessa forma, nosso objetivo foi, como estudo piloto, avaliar a viabilidade da USG cervical para visualização da região subglótica, bem como sua acurácia no diagnóstico de ESG. Quanto aos nossos resultados, a acurácia global da USG cervical no diagnóstico da ESG foi em torno de 55%, destacando-se sua potencial superioridade em relação à nasofibroscopia, atualmente exame mais acessível realizado na investigação inicial à suspeita de ESG. Quanto aos dados psicométricos do exame, destaca-se o valor preditivo negativo da USG cervical, de 65%. Em todas as faixas etárias, de forma comparativa com a literatura, a USG se mostrou superior à nasofibroscopia, que atualmente é o exame mais acessível. Novos estudos diretamente comparativos serão necessários para definir se há superioridade da USG ou se há benefício na associação da USG com a nasofibroscopia na avaliação ambulatorial da ESG.

**Conclusão:** Este estudo piloto sugere que exame pode ser uma opção acessível, disponível ambulatorialmente e de baixo custo, como alternativa de triagem, podendo ajudar a guiar a estratificação de prioridade para os pacientes com suspeita de estenose subglótica que necessitarão ser submetidos à endoscopia de via aérea.

**Palavras-chave:** Estridor; Laringoestenose; Ultrassonografia.



ATTLO10

## APRESENTAÇÃO ORAL - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

HOSPITALIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE AMIGDALECTOMIA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA NO BRASIL: 2008-2022

**AUTOR PRINCIPAL:** MARINA RIBEIRO GIL

**COAUTORES:** ANA RITA REGIS BORGES; FERNANDA ROMAGNOLI; IGOR MENEGAT CAETANO; LAURA JULLYA DE OLIVEIRA JARDIM; LUCIANE DE ARAÚJO PRADO; MARIANA GRIGOLI MAGALHÃES; HUGO DIAS HOFFMANN-SANTOS

**INSTITUIÇÃO:** 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VARZEA GRANDE UNIVAG, VARZEA GRANDE - MT - BRASIL2. UNIVAG, VARZEA GRANDE - MT - BRASIL

Amígdalas são massas de tecido linfóide localizadas na orofaringe, são conhecidas também como tonsilas palatinas. A prática de amigdalectomia é antiga, sendo relatada desde 300 a.C. e ainda hoje há controvérsias quanto às suas indicações. Atualmente é o principal procedimento realizado por otorrinolaringologistas, correspondendo uma das principais cirurgias de caráter eletivo no contexto da população pediátrica. A cirurgia para sua retirada é chamada de Amigdalectomia e é mais frequente na faixa etária pediátrica.

**Objetivo:** Este estudo visa compreender qual o perfil epidemiológico de internação para cirurgia de amigdalectomia no Brasil. Não obstante, busca também compreender as causas que levam ao aumento do tempo internação da população pediátrica, ou seja, permanência em regime hospitalar por mais de 2 dias após o procedimento, durante os anos avaliados (2008-2022), e se houve alguma mudança no perfil epidemiológico desse público ou do tempo de permanência de internação.

**Método:**Análise de dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-DATASUS), caracterizado como estudo epidemiológico, observacional de corte transversal.

**Resultados:** Foram analisados 410.708 prontuários, em média 75 procedimentos realizados por dia.As variáveis de sexo feminino e masculino e a variável morte não obtiveram apresentação estatística significativa. A faixa etária predominante foi a de 0-5 anos com 44,34% dos casos, seguido,pela predominância da faixa de 6 - 10 anos com 42,79%. A região geográfica de maior incidência foi a região sudeste. O período de maior incidência foi entre 2008 - 2012 com 40,64%.O tempo de permanência foi dentro do esperado, entre 1 a 2 dias, para 86,71% dos dados analisados.

**Conclusão:**O perfil das crianças foi de 0-5 anos; moradores da região sudeste do Brasil; caráter de internação foi eletiva; sem necessidade de UTI; boa evolução com alta hospitalar; tempo de permanência dentro do esperado de 1 a 2 dias, às limitações, desta análise o baixo número de estudos relacionados a hospitalização para realização de amigdalectomia. apesar do banco de dados extenso disponível nessa amostra.

**Palavras-chave:** Tonsilectomia;Epidemiologia;Hospitalização.

## ATTLO04

## APRESENTAÇÃO ORAL - OUTROS

Perfil de pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia

**AUTOR PRINCIPAL:** THAÍS LIMA BARRETO

**COAUTORES:** PABLO PINILLOS MARAMBAIA; GLICIA ESTEVAM DE ABREU; CARLOS HOHLENWERGER TAVARES; MILENA MENEZES MARQUES SALLES; LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL; PRISCILLA FALCON LACERDA

**INSTITUIÇÃO:** 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL 2. INSTITUTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA OTORRINOS ASSOCIADOS, SALVADOR - BA - BRASIL

**Introdução:** A cirurgia ambulatorial tem se difundido cada vez mais no Brasil e no mundo, nas diversas áreas da medicina. Entretanto, no setor de otorrinolaringologia brasileiro, essa prática ainda não é amplamente utilizada.

**Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia.

**Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter observacional, transversal, descritivo e analítico, com dados secundários, através de acesso ao prontuário médico eletrônico do serviço privado de Otorrinolaringologia de Salvador. Foram incluídos no estudo todos os pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial com prontuário completo e excluídos, aqueles com prontuário incompleto. Na identificação do paciente foram observados: idade, gênero, cirurgia prévia, medicamentos em uso, comorbidades e classificação de risco ASA. Na avaliação cirúrgica foram analisados: tempo no CRPA, tempo de cirurgia e tempo de internação, além das complicações pós-cirúrgicas imediatas, tardias, abordagem após complicação e necessidade de transferência para grandes centros de saúde.

**Resultados:** Foram estudados 868 pacientes, com mediana de idade de 30 (IIQ 18-40), sendo 62% do sexo masculino e 8,9% portadores de comorbidades. A taxa de complicações pós-cirúrgicas foi de 2,2%, não havendo relação significativa entre essa taxa e a idade, tempo de internamento ou o tipo de cirurgia.

**Discussão:** A taxa de 2,2% de complicações, similar a outros estudos de cirurgia ambulatorial e inferior, se comparado ao mesmo procedimento à nível hospitalar, possivelmente está relacionada à realização de cirurgias em pacientes sem graves comorbidades, uma vez que há uma cautelosa seleção dos pacientes operados no ambiente de hospital dia. A septoplastia e turbinectomia foram as cirurgias mais realizadas, discordando de estudos que demonstram a cirurgia de faringe como a mais prevalente na região nordeste brasileira. Essa dissonância provavelmente está relacionada ao perfil de pacientes atendidos em cada centro e ao perfil dos cirurgiões, incluindo as suas subespecialidades. Autores afirmam que a amigdalectomia é um procedimento com alto índice de dor pós-operatória, sangramento e vômitos, mas não observamos a relação entre o tipo de cirurgia e a maior incidência de complicações pós-cirúrgicas. Ademais, em consonância com outros autores, a complicação mais frequente no nosso estudo foi o sangramento, mas sua taxa não é significativa à nível de cirurgia otorrinolaringológica ambulatorial, possivelmente devido à experiência dos cirurgiões e sua atuação conjunta com a equipe de anestesiologia, tanto na seleção dos pacientes, quanto pela capacidade de mantê-los em níveis adequados para a realização de uma cirurgia com baixas perdas sanguíneas. Quanto à idade, nosso estudo apresentou concordância com os demais que demonstram maior incidência de cirurgia otorrinolaringológica, no Brasil, em pacientes entre 20 e 39 anos, bem como com aqueles que afirmam que os extremos de idade não são impedimentos para as cirurgias, resultado possivelmente relacionado à seleção cuidadosa quanto a comorbidades de pacientes idosos. O tempo de internamento não impactou no índice de complicação pós-cirúrgica no nosso estudo, diferente daqueles que apontam menores taxas de complicações em menores períodos de tempo. Essa discrepância supostamente ocorreu devido ao fato de o presente estudo abranger apenas pacientes ambulatoriais, com período de internação abaixo de 12 horas, enquanto que nos demais estudos, o comparativo é com cirurgias em grandes centros, com internações de maior período de tempo.

**Conclusão:** A cirurgia otorrinolaringológica em regime ambulatorial é factível em pacientes com ou sem comorbidades, desde que classificados como ASA 1 ou ASA 2, por ocasionar menores taxas de complicações pós-operatórias.

**Palavras-chave:** Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios; Otolaringologia; Adulto.

ATTLO07

**APRESENTAÇÃO ORAL - OUTROS****AUTOMEDICAÇÃO ENTRE PACIENTES OTORRINOLARINGOLÓGICOS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO****AUTOR PRINCIPAL:** GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI**COAUTORES:** GABRIEL ALCANTARILLA NOGUEIRA; MARIA JULIA VICTOR BARBOSA RODRIGUES; ERIKA YUMI NAKAGAWA; GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI; LETICIA LEAHY; LUISI MARIA MEZZOMO; MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI**INSTITUIÇÃO:** 1. COMPLEXO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL2. UNIFEBE, BRUSQUE - PR - BRASIL

**Objetivos:** este estudo objetiva descrever os hábitos de automedicação entre pacientes acompanhados no Ambulatório de Otorrinolaringologia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e analisar as características demográficas, como idade, gênero e estado civil, dos pacientes que relatam ser adeptos à automedicação.

**Métodos:** este estudo foi realizado a partir da participação voluntária de pacientes do Ambulatório de Otorrinolaringologia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, os quais foram entrevistados pelos pesquisadores para o preenchimento do questionário sobre automedicação. A partir dos dados coletados, foi realizado um estudo observacional, transversal e analítico.

**Resultados:** foram entrevistados 220 pacientes. Desses, 90,9% relataram já ter comprado ou utilizado medicamentos sem prescrição médica. Nesse estudo, sugere-se que a automedicação é mais prevalente entre mulheres. Além disso, as faixas etárias que mais praticam a automedicação são entre 18 a 30 anos e 61 a 70 anos. Os medicamentos mais comumente utilizados, segundo essa pesquisa, foram os analgésicos e antitérmicos, seguidos para os remédios para resfriados e/ou gripes e os xaropes para tosse.

**Discussão:** A literatura sobre automedicação em pacientes otorrinolaringológicos no Brasil é escassa. Mesmo assim, a partir dos estudos já existentes e deste presente estudo, podemos concluir que a prevalência de automedicação entre os pacientes com afecções otorrinolaringológicas é alta no Brasil. Observando os medicamentos mais utilizados e os sintomas mais citados, percebe-se que a automedicação está relacionada à tentativa de manejar sintomas muitas vezes incômodos para o paciente. Tal prática pode resultar em eventos danosos à saúde, uma vez que o uso inadequado dos medicamentos sem auxílio de profissional capacitado tem risco de intoxicação e óbito. É crescente o número de indivíduos que fazem uso da automedicação em países desenvolvidos, como o Brasil, e o difícil acesso à saúde nessas regiões fomenta o uso indiscriminado de medicações sem orientação médica.

**Conclusões:** observou-se que a automedicação é muito prevalente entre pacientes otorrinolaringológicos. Tal hábito reflete a dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados pela alta demanda do sistema brasileiro. É necessário, portanto, ressaltar que a automedicação pode causar efeitos adversos e complicações indesejadas à saúde. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de promover campanhas que eduquem e conscientizem sobre a automedicação.

**Palavras-chave:** OTORRINOLARINGOLOGIA;AUTOMEDICAÇÃO;USO DE MEDICAMENTOS.

## ATTLO09

## APRESENTAÇÃO ORAL - OUTROS

Perfil Epidemiológico dos Atendimentos de Emergência Otorrinolaringológica: Era Pós-COVID-19

**AUTOR PRINCIPAL:** TÉRCIO CAIRES AGUIAR

**COAUTORES:** ALICE PEREIRA FERREIRA; VITOR RODRIGUES DE SOUZA; JOAO FERREIRA BRAGA NETO; NILVANO ALVES DE ANDRADE; MARCOS COELHO JUNCAL; CAMILA ALVES COSTA SILVA; FELIPE CARVALHO LEÃO

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo apresentar de forma abrangente as principais causas que levam os indivíduos a buscarem atendimento em serviços de emergência de otorrinolaringologia em contexto pós início da pandemia de COVID-19, além de identificar o perfil epidemiológico dos pacientes e as principais suspeitas diagnósticas associadas, com especial atenção para os casos que demandaram intervenção imediata e/ou internação hospitalar.

**Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal retrospectivo realizado no Hospital Santa Izabel (HSI) da Santa Casa da Bahia, situado na cidade de Salvador – Bahia – Brasil. Foram avaliados os atendimentos realizados dentro do período de abril de 2022 a abril a março de 2023. Realizamos coleta parcial dos dados para análise preliminar, delimitando 40 atendimentos em cada mês para uniformizar a amostra. Foram considerados dados como data de atendimento, idade, sexo, suspeita diagnóstica, necessidade de internamento e intervenção cirúrgica.

**Resultados:** Foram incluídos um total 480 pacientes, destes foram excluídos 6 pacientes devido dados insuficientes em prontuário. A idade média foi de 41,1 ( $\pm 16,6$ ) anos com maior prevalência de 62,8% do sexo feminino. Nasofaringite aguda e sinusite aguda corresponderam à 51% de todos os atendimentos. As 5 principais patologias foram nasofaringite, sinusite aguda, amigdalite aguda, otite externa e cerume impactado. No período foram internados 2 (0,4%) pacientes, um devido corpo estranho em laringe e outro com tontura e instabilidade. Nenhum paciente foi submetido a procedimento cirúrgico.

**Discussão:** Tais resultados demonstram a baixa complexidade das patologias avaliadas e alta resolubilidade e possibilidade de seguimento dos pacientes para reavaliação. A patologia mais prevalente, de forma geral, foi a nasofaringite aguda, com claro predomínio de doenças de etiologias virais e consequentemente auto resolutivas, não sendo necessário internação e intervenção cirúrgica. Quando comparados com artigos com avaliação do perfil de atendimento da emergência na cidade de São Paulo (3) apresentou maior prevalência de doenças otológicas, diferente de nosso trabalho que a área da rinologia foi mais requisitada, podendo ser levado ainda em consideração o contexto da pandemia de COVID-19

**Conclusão:** O presente estudo apresenta dados preliminares. Maior tempo de análise e uma maior amostragem de pacientes são necessários para que se possa avaliar os reais impactos da pandemia de COVID-19 nos serviços de urgência otorrinolaringológica a médio e longo prazo, além de estabelecer as patologias mais associadas a complicações e necessidade de intervenção cirúrgica

**Palavras-chave:** Emergência;Epidemiologia;Otorrinolaringologia.

## ATTL001

## APRESENTAÇÃO ORAL - OUTROS

## ANÁLISE DO TRAUMA DE FACE EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO NOROESTE PAULISTA NO PÓS PANDEMIA DA COVID-19: ESTUDO RETROSPECTIVO

**AUTOR PRINCIPAL:** RENAN CÉSAR DE FREITAS

**COAUTORES:** PAULO RENATO BARCHI; WENDELL ALLAN HANZAWA; RAFAELA DESIDERIO SAAD; WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA; MARIA LUIZA ROHR ZANON; PEDRO LUNA SINGER; ATILIO MAXIMINO FERNANDES

**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL

**Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico dos traumas de face, com fraturas ósseas, no pós pandemia da Covid-19, de tal forma a elencar aspectos transicionais e a mudança das características do trauma de face. Desse modo, orientar profissionais que atendem esse público e dessa forma proporcionar o melhor tratamento e seguimento.

**Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo epidemiológico retrospectivo de janeiro de 2021 a fevereiro de 2022 em um hospital terciário no noroeste paulista. Foram analisados 314 prontuários de pacientes com fraturas faciais. Os dados foram tabulados e analisados para identificar tipos de fraturas e desfecho.

**Resultados:** Dos 314 prontuários analisados no decorrer de 13 meses, foi observado uma média de 24,15 fraturas de face ao mês. ou seja, durante 48 horas semanais, temos que em 192 horas observaram-se cerca de 24 fraturas de face. Aprofundando-se o estudo, 264 pacientes eram homens e 50 pacientes do sexo feminino, dando uma relação de 5,2:1 de homens e mulheres. Quanto à etiologia dos traumas de face, destacam-se queda da própria altura, com 90 casos, seguido pela agressão física, 70 casos. Na sequência, acidente motociclístico (57 casos), automobilístico (56 casos), esportivo (33 casos) e doméstico (8 casos). No que tange os grupos etários, dividindo os grupos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Estatuto do Idoso, observa-se que a faixa etária mais afetada foi adultos (35 aos 59 anos) com 117 casos e a idade mais acometida foi 59 anos. Os idosos (60 anos ou mais), com 102 casos, foi o segundo grupo mais acometido, seguido por adultos jovens (18 a 34 anos), 71 casos; adolescentes (12 a 17 anos), 16 casos; e crianças (de 0 a 11 anos) com 8 casos. As principais fraturas encontradas nesse estudo foram as nasais (79 casos), mastóide (69 casos), maxila Le Fort I, II, III (31 casos), mandíbula (30 casos), fraturas complexas da face, que envolvem os três terços da face, com 22 casos, fraturas que envolvem o complexo orbitário (19 casos), do osso frontal e temporal ( cada qual com 9 casos), fratura da tábua anterior do seio maxilar (6 casos) e por fim as de laringe, com 3 casos. Sendo optado pelo tratamento conservador em 62,42% dos casos, dando uma relação de 1,66:1 no que se refere a tratamento conservador x cirúrgico. O Hospital utilizado para a coleta dos dados é um hospital terciário, sendo o Pronto Atendimento a porta de entrada dos traumas, e só depois da avaliação inicial, são solicitados avaliações das especialidades, por meio dos chamados "pareceres". Por essa razão, a cirurgia geral, foi a que mais solicitou pareceres de trauma de face para otorrinolaringologia, totalizando de 242 chamados, cerca de 77,07%. Seguidos pela clínica geral (26 chamados), pediatria (17 chamados), medicina intensiva (14 chamados), neurocirurgia (11 chamados) e hematologia (4 chamados).

**Discussão:** O perfil epidemiológico dos traumas faciais tem mudado, com um aumento das causas relacionadas à violência. Adultos e idosos estão mais envolvidos, e a participação feminina com uma tendência a aumentandar. Compreender essas mudanças é fundamental para desenvolver estratégias de prevenção adequadas.

**Conclusão:** Os traumas faciais continuam afetando mais homens, com uma mudança demográfica para adultos e idosos. Quedas da própria altura substituíram acidentes de veículos como a principal causa. Fraturas de ossos nasais permanecem como as mais comuns, seguido pelas fraturas de mastóide. Essas informações são cruciais para orientar o tratamento e a prevenção de traumas faciais em uma sociedade em evolução.

**Palavras-chave:** Trauma facial;avaliação otorrinolaringológica;pos pandemia da Covid 19.

## ATTLO07

## APRESENTAÇÃO ORAL - OUTROS

## USO ORAL DO ÁCIDO TRANEXÂMICO PROFILÁTICO NA REDUÇÃO DO SANGRAMENTO INTRAOPERATÓRIO DE AMIGDALECTOMIAS

**AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDO BRUNO MERELLO

**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICIAN DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL

**Resumo:** A amigdalectomia é uma das cirurgias mais comuns realizadas na otorrinolaringologia, sendo a hemorragia a complicação mais temida pelos cirurgiões. Embora a maioria dos pacientes tenham uma recuperação pós-cirúrgica sem intercorrências, existe um risco de sangramento pós-operatório em 2% a 4% dos casos

**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 e avaliar o perfil epidemiológico do paciente que apresenta maior incidência de sangramento no intraoperatório de amigdalectomia, levando-se em consideração as variáveis idade e índice de massa corpórea.

**Métodos:** Trata-se de um estudo de intervenção, do tipo ensaio clínico, randomizado, duplo cego, onde estão sendo selecionados 20 participantes, com idade a partir de 18 anos, com indicação de amigdalectomia. No dia do procedimento, 2 horas antes da indução anestésica, cada participante recebeu 2 comprimidos, podendo estes serem de ácido tranexâmico de 500 miligramas, totalizando 1.000 gramas no grupo intervenção, enquanto o grupo controle recebeu 2 comprimidos de placebo de formato idêntico ao outro grupo. Os participantes de ambos os grupos passaram pela mesma técnica cirúrgica (amigdalectomia por dissecação a frio), realizadas sempre pelo mesmo cirurgião, com hemostasia realizada por compressão local e sutura com fio absorvível, se necessário, quando presença de pontos de sangramento ativo em loja amigdalina. O tempo de cirurgia foi cronometrado e foram coletados exames laboratoriais para dosagem de hemoglobina e hematócrito na indução pré-anestésica e após 18 horas. Além disso, dados como idade e índice de massa corpórea foram adquiridos através de dados do prontuário de cada participante

**Resultados:** Não houve diferenças estatísticas entre os grupos nos quesitos: idade, IMC, tempo cirúrgico, quantidade de sangue perdido, Hb e Ht pré-operatório, isso mostra que os grupos são homogêneos entre si. A única variável onde houve diferença estatística foi o valor da hemoglobina pós-operatória, que se mostrou com uma queda maior no grupo que sofreu a intervenção. ( $p=0,05$ ).

**Conclusão:** O uso profilático do ácido tranexâmico na redução do sangramento intraoperatório não se mostrou efetivo. Com relação ao perfil epidemiológico não foi encontrado no presente estudo nenhuma relação entre o índice de massa corpórea e volume de sangramento, assim como na idade e volume de sangramento

**Palavras-chave:** amigdalectomia; ácido tranexâmico; hemorragia.

## ATTLO08

## APRESENTAÇÃO ORAL - OUTROS

## TRACHEAL SUSTENTION SUTURE: HOW DO WE MANAGE SUPRASTOMAL COLLAPSE IN TRACHEOSTOMIZED CHILDREN

**AUTOR PRINCIPAL:** NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO

**COAUTORES:** MAIRA KALIL FERNANDES; CAMILLA MATOS PEDREIRA; MARIA CLARA SOUZA SCHETTINI; ERICA CRISTINA CAMPOS E SANTOS

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objectives:** The aim of this article is to present a case series that describe the Tracheal Sustention Suture, an alternative used by our pediatric airway team in children with suprastomal collapse.

**Methods:** A group of experts selected children who presented suprastomal collapse after tracheostomy, posteriorly treated with the Tracheal Sustention Suture - a surgical technique that concerns about hitching up the collapsed suprastomal trachea forward by suturing it. Patient informations was accessed through a hospital electronic databases, and the project was after assessment by the research ethics committee.

**Results:** This is a study of 9 pediatric patients diagnosed with suprastomal collapse causing several degree of airway obstruction, treated with the Tracheal Sustention Suture. The age at the procedure ranged from 3 moths to 9 years-old (mean: 2 years-old and 5 moths). The Tracheal Sustention Suture was performed in all patients, with stenosis levels before the procedure ranging from 50% to 80% of the lumen. Most of them improved the obstruction after using the stitch, including proceeding with were decannulation intraoperatively, showing satisfactory evolution after the procedure.

**Discussion:** There is a great variability in the literature regarding the steps to care and follow-up of tracheostomized children. An efficient decannulation is the ultimate goal shared by the patient, family and physicians, and must be performed as soon as the child's underlying conditions permit. The correction of suprastomal collapse is performed today with several techniques, most of them surgical. Azizkhan el al. and Ochi described surgical techniques that replaces the collapsed suprastomal trachea by suturing it. The Tracheal Sustention Suture is a similar but innovative surgical technique that enabled decannulation for most patients in this study, giving them a better quality of life. Researchers also noted in this article that the stitch presents other benefits to the patient, even if decannulation is not possible, as assisting in airflow directed to the glottis and upper airway, which brings benefits to speech therapy and respiratory physiotherapy, or to support the anterior wall of the trachea preventing the total collapse of the airway.

**Conclusion:** There is a great variability in the literature regarding the steps to care of children to have a successful decannulation and follow-up. By describing the Tracheal Sustention Suture, we bring a new technique to benefit our patients.

**Palavras-chave:** Suprastomal Collapse; Pediatric Airway; Laryngology.



## ATTLO03

## APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

Influence of bacterial biomarkers for revisional sinus surgery in patients with chronic rhinosinusitis.

**AUTOR PRINCIPAL:** EMANUEL CAPISTRANO COSTA JUNIOR

**COAUTORES:** HENRIQUE CÉSAR MATOS; MARINA Z FANTUCCI; WILMA TEREZINHA ANSELMO LIMA; FABIANA CARDOSO PEREIRA VALERA; EDWIN TAMASHIRO

**INSTITUIÇÃO:** FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

**Introduction:** Despite some evidence showing the bacterial influence in CRS patients in the short term, it is still unclear whether bacterial biomarkers influence long-term outcomes in these patients.

**Objectives:** To investigate whether biofilm biomarkers and other clinical features influence the need for revisional sinus surgery in patients with chronic rhinosinusitis (CRS).

**Methods:** CRS patients undergoing sinonasal surgery between 2011-2012 and control individuals had nasal biopsies to identify bacterial biofilms and intracellular bacteria, as well as nasal swabs. Biofilms were analyzed under scanning electron microscopy. Intracellular bacteria were investigated under transmission electron microscopy and fluorescent in situ hybridization. Nasal swabs were cultured in appropriate media and identified by the automated VITEK system. These bacterial biomarkers and other clinical features were retrospectively investigated whether these factors were associated with the need for revision surgery in CRS patients, whenever patients persisted with troublesome symptoms despite appropriate medical therapy. Heat maps, logistic regression, and random forest algorithms were used to predict the risk of new surgery. Kaplan-Meier method was used to assess how each factor individually affected the recurrence rate of chronic rhinosinusitis. All analyses were performed using the Python programming language (version 3.11.4) in conjunction with the Pandas library (version 1.5.3), NumPy (version 1.24.3), Scikit-Learn (version 1.3.0), and Lifelines (version 0.27.7) to conduct statistical and machine learning analyses. The significance level was set as 0.05.

**Results:** 64 CRS patients and 26 controls were evaluated. Biofilms and intracellular bacteria were found in a higher prevalence relative to controls. Intracellular bacterium was the only bacterial biomarker associated with reoperation. Biofilms, culture positivity, and *S. aureus* culture positivity were not related to additional surgery. Among clinical factors, Aspirin-Exacerbated respiratory disease (AERD), high preoperative Lund-Mackay scores, and nasal polyps were associated with reoperation.

**Conclusions:** In our cohort, the presence of a preoperative high Lund-Mackay CT score  $\geq 15$ , the presence of intracellular bacteria, and AERD were the most influential factors associated with reoperation in CRS patients. On the other hand, the presence of biofilms and positivity in culture was not related to the need for revisional endoscopic sinus surgery.

**Palavras-chave:** Chronic rhinosinusitis;bacteria;recurrence.

## ATTLO03

## APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

Alimentos ricos em enxofre e nitrogênio são os principais gatilhos para parosmia

**AUTOR PRINCIPAL:** LEONARDO DE MOURA VOLPI

**COAUTORES:** EDUARDO TAKASHI HIRATA; LUIZA HELENA CHUQUE MEDINA; JULIANA PASCUTTI SANT'ANA; BRUNO DE SIQUEIRA; MARCEL MENON MIYAKE

**INSTITUIÇÃO:** 1. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. FUNDAÇÃO FIRMENICH, COTIA - SP - BRASIL

**Objetivos:** Parosmia é uma condição associada a um impacto significativo na qualidade de vida, e embora sua fisiopatologia ainda não seja bem compreendida, alguns aromas e fragrâncias são frequentemente relatados como gatilhos. Estabelecer a associação entre moléculas específicas e a percepção de parosmia, além de representar um marco crucial no entendimento dessa condição, poderia potencialmente orientar o desenvolvimento de produtos capazes de mitigar seus efeitos. O objetivo do nosso estudo é determinar os principais gatilhos da parosmia e analisar as semelhanças moleculares entre eles.

**Métodos:** Estudo transversal que avaliou indivíduos com queixas atuais de parosmia. Os dados foram coletados por meio de uma pesquisa online disponibilizada para pacientes recrutados nos ambulatórios do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e através de divulgação em grupos de suporte de pacientes com parosmia em redes sociais, como WhatsApp e Facebook. Todos os participantes responderam um questionário online, que incluía características demográficas e clínicas, com enfoque nos principais gatilhos associados à percepção de parosmia. Os participantes foram orientados a selecionar um ou mais gatilhos e descrever suas reações às percepções distorcidas. Um perfumista analisou as características moleculares dessas substâncias. A avaliação de características subjetivas de disfunção olfatória foi avaliada pelo Questionnaire of Olfactory Disorders (QOD)8–10 validada para o português do Brasil.

**Resultados:** No total, 102 indivíduos com queixa de parosmia foram incluídos. Os principais gatilhos descritos foram cebola (68%), alho (62,9%), café (49,5%) e carne bovina (48,5%). Essas substâncias compartilham componentes sulfurosos, nitrogenados e de tioéster que têm alta potência aromática e notas sensoriais de “podre”, “sulfuroso” e “torrado/queimado”. As percepções mais comuns associadas a eles foram esgoto (71%) e queimado (37,6%). Estes alimentos compartilham importantes componentes químicos aromáticos, principalmente enxofre, nitrogênio, fenól, pirazina, tio éster e furano. Essas substâncias químicas aromáticas são altamente concentradas e podem ser percebidas em níveis muito baixos, na ordem de 10-12. São extremamente potentes e, do ponto de vista de descritores sensoriais, estão associados a notas pútridas, sulfurosas e de assado/queimado<sup>11</sup>.

**Conclusão:** Os principais gatilhos da parosmia aparentemente têm importantes semelhanças moleculares. Esse conhecimento pode contribuir para uma melhor compreensão da fisiopatologia da parosmia e representar um primeiro passo no desenvolvimento de novos tratamentos para esse distúrbio.

**Palavras-chave:** Distúrbios do olfato; parosmia; biologia química.

ATTLO07

**APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

O uso de corticosteroides intranasais na rinite gestacional: uma revisão sistemática

**AUTOR PRINCIPAL:** ERIKA CABERNITE MARCHETTI**COAUTORES:** GABRIELA RICCI LIMA LUZ MATSUMOTO; ALINE BRUNO FIGUEIREDO; EDUARDO MACOTO KOSUGI**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Objetivo:** Avaliar as evidências atuais sobre a efetividade e a segurança dos corticosteroides intranasais na rinite gestacional e definir o melhor princípio ativo, e sua dosagem, a ser utilizado.

**Métodos:** Esta revisão sistemática foi conduzida de acordo com a declaração Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Foi realizada uma revisão sistemática nas bases de dados Pubmed, Scopus e Cochrane de janeiro de 1980 a dezembro de 2022, com consultas padronizadas aos temas de interesse. As principais questões deste estudo são: 1. É eficaz o uso de corticoide intranasal na rinite gestacional? 2. É seguro usar corticosteroides intranasais na rinite da gravidez? 3. Se for seguro e eficaz, quais corticosteroides intranasais e dosagem devem ser usados para rinite na gravidez?

**Resultados:** Um total de 25 artigos completos foram examinados para elegibilidade e 4 foram incluídos na análise final (um estudo de caso-controle, um estudo de coorte prospectivo, um estudo duplo-cego randomizado controlado por placebo e uma revisão sistemática).

**Discussão:** A literatura atual é escassa quando o assunto é rinite gestacional, com a fisiopatologia ainda pouco compreendida e dificuldades na realização de ensaios clínicos devido ao curso autolimitado da doença e aos aspectos éticos e legais que envolvem as participantes grávidas. Apesar da escassez de estudos, o efeito dos corticosteroides intranasais especificamente na rinite gestacional não foi demonstrado e é questionável. Quanto a segurança, Bérard et al. concluíram que não houve associação estatisticamente significativa entre o uso de triancinolona intranasal e outros corticosteroides intranasais (beclometasona, flunisolida, budesonida, fluticasona e mometasona) no início da gravidez e o risco de malformações maiores globais, risco de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e aborto espontâneo. No entanto, encontraram um risco aumentado de defeitos do sistema respiratório com a exposição à triancinolona intranasal no primeiro trimestre, tendo em conta as doenças/condições respiratórias maternas e a gravidade. Källén et al. encontraram associação com risco quase significativamente aumentado de defeitos cardiovasculares menos graves e uso de budesonida intranasal no início da gravidez. Apesar disso, a budesonida inalada por via oral foi estudada em grandes estudos epidemiológicos retrospectivos que examinaram os resultados da gravidez, sem evidência de aumento do risco de malformações congênitas ou outros efeitos adversos na saúde materna ou fetal. Isso explica a razão de a budesonida ser o único corticosteroide intranasal que foi atribuído à categoria de produto "B" da classificação da Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos para uso durante a gravidez. Quanto a posologia, o único artigo que traz informações é de Ellegard et al<sup>12</sup>. Eles usaram propionato de fluticasona na dosagem de 200 mcg por dia.

**Conclusão:** Com base nos dados atuais, parece que o uso da maioria dos corticosteroides intranasais é seguro durante a gravidez. Apesar disso ainda não temos certeza sobre a eficácia do controle dos sintomas da rinite na gravidez. São necessários mais estudos observacionais grandes e válidos com grupos de comparação relevantes para que os médicos possam prescrever a terapia com o melhor equilíbrio entre riscos e benefícios para as gestantes.

**Palavras-chave:** gravidez; rinite; corticosteroides.

ATTLO08

**APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****EFICÁCIA DO USO DA TERAPIA DE FOTOBIMODULAÇÃO NO TRATAMENTO DA RINITE ALÉRGICA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO****AUTOR PRINCIPAL:** LUISA OLIVEIRA CORREIA**COAUTORES:** PATRICIA COSTA OLIVEIRA; NATALIA MEDEIROS DIAS LOPES; JULIA MOLOSSI; MARCO AURÉLIO FORNAZIERI**INSTITUIÇÃO:** 1. PUC PR, LONDRINA - PR - BRASIL2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL3. CENTRO DE EXCELÊNCIA EM PESQUISA, ENSINO E ATENÇÃO À SAÚDE, LONDRINA - PR - BRASIL

A terapia de fotobiomodulação (TFBM) é uma modalidade de tratamento não invasiva que usa fótons de luz do espectro vermelho a infravermelho, com a finalidade de modular processos celulares. A TFBM atua com propriedades anti-inflamatórias e regeneradoras, e sua aplicação na área de saúde vem crescendo ao longo dos anos. A rinite alérgica é uma doença inflamatória crônica causada devido a reação de hipersensibilidade com anticorpos IgE específicos levando a inflamação e disfunção da mucosa de revestimento nasal e gerando sintomas nasais, como obstrução nasal, rinorreia, espirros, prurido nasal, os quais têm uma implicação nas atividades de vida diária interferindo na produtividade, qualidade de vida e sono. Contudo, mesmo após seguimento farmacológico alguns indivíduos permanecem com o quadro sintomático. Dentre um possível tratamento para rinite alérgica está o uso adjuvante da TFBM, que pode ser útil para a redução da inflamação e bioestimulação das células do epitélio nasal, e assim ser uma terapia promissora no controle sintomático causados pela hipersensibilidade do epitélio nasal. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a eficácia do uso da terapia de fotobiomodulação no tratamento da rinite alérgica. Este estudo é um ensaio clínico randomizado e placebo controlado com número amostral (n)= 49 pacientes de idade entre 18 e 55 anos com diagnóstico de rinite alérgica os quais foram divididos aleatoriamente no grupo placebo (n=24) e grupo tratamento (n=25). Foram estabelecidas 8 sessões de aplicação do laser. Após análise estatística avaliando o Pico de fluxo inspiratório nasal, Teste de Avaliação e Controle da Rinite, Escala de Avaliação do Sintoma de Obstrução Nasal e Teste de Identificação de Olfato da Universidade da Pensilvânia, constatou-se que os pacientes dos grupos placebo e tratamento ambos obtiveram melhora estatística significativa do controle da rinite alérgica ( $p \leq 0.01$ ). Além disso, pelo PNIF foi visto um resultado estatístico significativo ( $p < 0,05$ ) somente no grupo tratamento quanto à obstrução nasal. Embora o grupo placebo tenha mostrado alguma resposta positiva em alguns dos parâmetros analisados, a análise detalhada das pontuações médias revelou que o grupo de tratamento obteve uma melhora mais substancial em comparação com o grupo placebo. Esses achados fornecem evidências sólidas do potencial benefício da TFBM como terapia adjuvante no controle da rinite alérgica, especialmente na gestão dos sintomas e na redução da obstrução nasal.

Palavras-chave: Rinite alérgica;Fotobiomodulação;Obstrução Nasal.

ATTLO09

**APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

O papel da irrigação nasal com corticosteroide no controle pré-operatório da rinossinusite crônica: ensaio clínico randomizado

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA RICCI LIMA LUZ MATSUMOTO

**COAUTORES:** ERIKA CABERNITE MARCHETTI; LUCIANO LOBATO GREGORIO; EDUARDO MACOTO KOSUGI

**INSTITUIÇÃO:** UNIFESP-EPM, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Objetivo:** Avaliar a superioridade da irrigação nasal com corticosteroide sobre o corticosteroide em spray em pacientes com rinossinusite crônica, sem cirurgia nasossinusal prévia.

**Métodos:** Ensaio clínico randomizado duplo cego composto por 2 grupos que receberam a dose de 1000 µg/dia de budesonida nasal de duas formas distintas durante 3 meses: via Irrigação e via Spray. Foram excluídos pacientes previamente operados e com pólipos grau 3. Desfechos primários incluíram mudança nos questionários de controle clínico e SNOT-22 e no escore endoscópico de Lund-Kennedy e foram realizadas análises comparativas para a amostra total, presença ou ausência de pólipos e de acordo com os novos fenótipos da RSC primária difusa.

**Resultados:** Total de 67 pacientes completaram o estudo (34 no grupo Irrigação e 33 no grupo Spray). Pacientes com pólipos nasais foram maioria na amostra total, correspondendo a 80,6% dos casos. Em relação aos novos fenótipos da rinossinusite crônica, 28,4% da amostra foi classificada como doença atópica do compartimento central, 35,8% como rinossinusite crônica eosinofílica e 35,8% como rinossinusite crônica não eosinofílica. O grupo Spray foi superior em melhorar o Lund-Kennedy na amostra total ( $p=0,030$ ), nos pacientes com pólipos ( $p=0,037$ ) e na doença atópica do compartimento central ( $p=0,037$ ). Houve melhora significativa no SNOT-22 em ambos os grupos de tratamento para a amostra total e em quase todos os fenótipos, porém não houve superioridade entre os tratamentos. O grupo Spray também foi superior em diminuir o número de descontrolados pelo questionário de controle clínico EPOS 2020 na amostra total ( $p=0,046$ ) e nos pacientes com pólipos ( $p=0,020$ ).

**Discussão:** O presente estudo é inovador em demonstrar a resposta clínica de altas doses de corticosteroide nasal nos pacientes com rinossinusite crônica nunca operados. Pacientes com comprometimento acentuado dos seios paranasais e das cavidades nasais (ao mínimo com degeneração polipoide de conchas médias) e a alta dosagem de corticosteroide empregada no spray nasal podem justificar a superioridade deste dispositivo sobre a irrigação nasal em alto volume na melhora da endoscopia nasal, possivelmente pela permanência de maior concentração local da droga. Além disso, a endoscopia nasal sabidamente altera-se previamente ao SNOT-22, o que provavelmente tornou nossos resultados mais expressivos para o exame endoscópico.

**Conclusão:** O spray nasal com corticosteroide em altas doses foi superior à irrigação nasal com corticosteroide em alto volume em melhorar a endoscopia nasal na amostra total, nos pacientes com pólipos nasais e na doença atópica do compartimento central, além de reduzir significativamente o número de descontrolados na amostra total e nos pacientes com pólipos nasais.

**Palavras-chave:** Sinusite;Corticosteroide;Irrigação nasal.

ATTLO10

**APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****EFEITOS DO USO DE PLASMA RICO EM PLAQUETAS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS NASOSSINUSAIS****AUTOR PRINCIPAL:** THAÍS MOTTA JUSTO**COAUTORES:** ALDO EDEN CASSOL STAMM; LEONARDO BOMEDIANO SOUSA GARCIA; GABRIELA BATISTA HOLANDA; ANA LUIZA DE BORTOLI DE PAULA; RENATO SOFFNER DISCINI**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Introdução:** o plasma rico em plaquetas (PRP) configura concentração autóloga de plaquetas em pequeno volume plasmático e com grandes propriedades cicatriciais. Amplamente utilizado há décadas em diversas áreas cirúrgicas, seu uso na otorrinolaringologia ainda é restrito e não foi devidamente explorado, mas seria de grande interesse médico levando em conta que a maior parte das complicações pós-operatórias (especialmente em rinologia) são decorrentes de relevante área cruenta exposta após estes procedimentos.

**Objetivos:** O intuito desta pesquisa é analisar o aspecto pós cirúrgico da utilização de plasma rico em plaquetas em cirurgias nasossinusais e identificar seus possíveis benefícios principalmente no controle de complicações pós operatórias como sangramento e crostas nasais.

**Metodologia:** este é um estudo controlado, prospectivo e duplo-cego em que coletaram-se dados de questionários aplicados a médicos assistentes da equipe do COF (Centro de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia de São Paulo) atuante no Hospital Edmundo Vasconcelos. Neles continham escala de sangramento e de crostas nasais. A aplicação deu-se com um mês de pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgias nasossinusais entre 20/10/2022 e 15/12/2022, sendo que nos mesmos o PRP tópico foi aplicado em uma das cavidades nasais no pós operatório imediato (com paciente ainda sob anestesia geral) e na outra não para comparação de resultados (grupo controle).

**Resultados:** nos grupos com utilização da substância cicatrizante (PRP) não houve sangramento nasal (0%) no pós-operatório e, naqueles sem ela, o sangramento esteve presente em 37,5% dos casos. Evidencia-se assim que nesta variável o uso do PRP parece ter resultados positivos na contenção de sangramento em pós-operatório de cirurgias nasossinusais. A análise dos dados, no entanto, não foi estatisticamente significativa. Na análise comparativa das crostas, percentualmente evidenciou-se que o grupo com o uso do PRP apresentou menor formação delas (apenas 12,5% dos casos e em pequena quantidade) quando comparados ao grupo sem o uso do PRP (62,5% dos casos em pequena quantidade e 25% em moderada quantidade). Posteriormente, o uso do teste Wilcoxon Signed Rank revelou que a vantagem do uso do PRP no quesito formação de crostas obteve significância estatística ( $p=0,008$ ).

**Conclusões:** Nas cavidades nasais em que se usou o plasma rico em plaquetas tópico houve menor tendência a formação de crostas no pós-operatório de um mês de cirurgias nasossinusais. O fator sangramento nasal não teve significância estatística.

**Palavras-chave:** Plasma rico em plaquetas; Cirurgia Nasossinusal; Pós operatório.

## ATTLO11

## APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

OS EFEITOS DA ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA INTRANASAL EM PACIENTES COM ANOSMIA OU HIPOSMIA PÓS – INFECCIOSA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA BARATTO

**COAUTORES:** FERNANDA BARATTO; PEDRO RESENDE FERREIRA RENDE; FELIPE CARVALHO LEÃO

**INSTITUIÇÃO:** 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL. 2. FACULDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL. 3. DOUTORANDO EM OTORRINOLARINGOLOGIA PELA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivo:** esse estudo tem como objetivo principal revisar o impacto da administração de insulina intranasal sobre as habilidades olfativas de pacientes que apresentam anosmia ou hiposmia pós-infecciosa.

**Métodos:** o estudo buscou os artigos nas plataformas “MedLine” e “PubMed”. Os critérios de inclusão estabelecidos para esta pesquisa abrangem os seguintes aspectos: a seleção de artigos originais, publicados nos últimos 10 anos (de 2013 a 2023), com abordagens observacionais ou experimentais. Esses artigos devem ter direcionado sua pesquisa exclusivamente para indivíduos que manifestaram hiposmia ou anosmia pós-infecciosa e que foram submetidos a avaliações com testes capazes de detectar e quantificar objetivamente as disfunções olfativas, antes e depois da administração intranasal de insulina. Foram excluídos os artigos que não ofereceram informações detalhadas sobre a metodologia de avaliação da percepção olfativa, bem como aqueles que empregaram outras abordagens que não a insulina intranasal. Adicionalmente, também foram excluídos os artigos que não realizaram a exclusão criteriosa de pacientes portadores de outras causas de anomia, capazes de distorcer os resultados da pesquisa, tais como sinusite crônica, pólipos nasais, doença neurodegenerativa, traumatismo cranioencefálico, cirurgia nasal e desvio de septo. Outrossim, os estudos que não avaliaram a função olfativa através de testes objetivos previamente validados ou que utilizaram animais como sujeitos de pesquisa não foram incluídos neste projeto.

**Resultados:** Após a análise, foram selecionados no total 133 artigos, 65 oriundos do PUBMED e 68 do MEDLINE. Os artigos obtidos passaram por uma criteriosa triagem, sendo selecionados aqueles que cumpriam com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Após aplicação da triagem supracitada, restaram sete artigos que avançaram para a etapa de elegibilidade, sendo feita a exclusão de dois deles pela inclusão de indivíduos sem alterações olfativas. Com isso, o presente estudo incluiu um total de cinco artigos para análise. Todos os artigos demonstraram uma melhora das pontuações dos testes olfativos após a aplicação de insulina pela via nasal. Três artigos compararam grupos de intervenção com placebo evidenciando uma melhora significativamente maior do grupo que recebeu a medicação em relação ao que não recebeu. Dois artigos compararam a pontuações dos testes olfativos dos pacientes antes e depois da aplicação de insulina e revelaram uma expressiva melhora dos resultados.

**Discussão:** A administração de insulina pela via intranasal foi pioneiramente descrita por Frey no início do século XXI e recebeu a aprovação da Federal Drug Administration (FDA) em 2006. Desde então, a abordagem intranasal com o objetivo de fornecer insulina ao cérebro tem sido bem-sucedida em inúmeras provas de conceito e investigações clínicas piloto. Revisões mais atualizadas sobre este tema indicam que a maioria dos estudos demonstra resultados favoráveis ao avaliar o uso da insulina como uma possível terapia para tratar danos nos nervos olfativos. Além disso, pesquisas recentes também têm explorado a relação entre uma maior quantidade de insulina intranasal administrada e resultados mais positivos, assim como a correlação entre níveis elevados de insulina sérica e desfechos menos favoráveis.

**Conclusão:** A revisão realizada concluiu que a insulina administrada pela via nasal apresentou um impacto positivo na melhora do olfato dos pacientes portadores de anosmia ou hiposmia.

**Palavras-chave:** Insulina;Intranasal;hiposmia.



ATTLO12

**APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****TREINAMENTO OLFATÓRIO E CORTICOTERAPIA COMO TRATAMENTO PARA HIPOSMIA PERSISTENTE APÓS INFECÇÃO POR COVID-19****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, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Objetivos:** estabelecer a efetividade da corticoterapia sistêmica, associada ao treinamento olfatório, como tratamento para a disosmia persistente após COVID-19.

**Métodos:** pacientes com disosmia persistente após COVID-19 foram divididos em dois grupos de tratamento: treinamento olfatório isolado ou associado à corticoterapia (prednisona 40 mg/dia via oral por sete dias), a depender da presença de comorbidades. Realizaram-se avaliações subjetiva e objetiva do olfato através da Escala Visual Analógica, do Alcohol Sniff Test e do teste de olfato de Connecticut, na entrada, com 3 meses e com 6 meses de tratamento.

**Resultados:** utilizando teste-T não paramétrico, houve diferença entre os grupos com significância estatística ( $p < 0,05$ ) apenas para o atributo idade. Para variáveis de interesse para o desfecho primário (EVA, Alcohol Sniff Test e Connecticut), não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p > 0,05$ ). Considerando o mesmo grupo na entrada e após 6 meses, pelo teste de Friedman, apenas o Alcohol Sniff Test apresentou significância estatística ( $p < 0,05$ ). Para as variáveis categóricas, o teste de Mann-Whitney foi calculado e não houve diferença com significância estatística entre os grupos ( $p > 0,05$ ), em concordância com a avaliação numérica. No teste de correlação de Spearman, houve relação estatisticamente significativa para pior desfecho no grupo controle ( $p < 0,05$ ).

**Discussão:** o poder estatístico do estudo foi reduzido por conta do tamanho amostral. Apesar de não ter sido encontrada associação com significância estatística na comparação entre os grupos para favorecer o uso da corticoterapia sistêmica, dentro de cada um dos grupos, houve uma clara tendência de melhora da alteração olfatória, que pode-se dever ao treinamento olfatório ou apenas ao decorrer do tempo. Houve correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) para pior desfecho nos testes de olfato do grupo controle pelo método de Spearman, o que poderia indicar que um tamanho amostral maior provavelmente encontraria associação positiva para benefício de uso de corticoterapia sistêmica no grupo teste. Não houve relatos de efeitos colaterais do uso da corticoterapia.

**Conclusão:** não houve diferença estatisticamente significativa para afirmar benefício com o uso de corticoterapia sistêmica para pacientes com alteração de olfato persistente após infecção por COVID-19 ( $p > 0,05$ ). Aumentar o valor amostral poderia indicar associação positiva, tendo em vista a correlação negativa no grupo controle. A escolha do tratamento com corticosteróides sistêmicos deve ser individualizada, não havendo consenso na literatura.

**Palavras-chave:** OLFATO; COVID-19; CORTICOTERAPIA.

ATTLO13

**APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Associação entre função olfatória e o IMC em adultos acima de 40 anos

AUTOR PRINCIPAL: WILKER ANTUNES LIRA

COAUTORES: GILMAR FELISBERTO JUNIOR; VANESSA RAMOS PIRES DINARTE; INGRID WERNER PICININI

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, MARÍLIA - SP - BRASIL

**OBJETIVOS:** Pesquisar a associação entre diminuição do olfato com o índice de massa corporal e a idade em pacientes acima de 40 anos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília.

**MÉTODOS:** Estudo transversal composto por 284 participantes, os quais foram divididos em dois grupos: 60 anos ou mais e de 40 a 59 anos, com 131 e 153 indivíduos, respectivamente. Foram incluídos quem possuía 40 anos ou mais, desde que não apresentasse queixa nasal ou relato de alteração de olfato com nexos causal definido ou muito provável. Todos foram submetidos a um questionário e ao teste olfatório UPSIT. Apresentadas na forma de tabelas e gráficos, as variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuição de frequências absolutas e relativas e a quantitativa (idade) foi apresentada por medidas de tendência central e de variação e a normalidade avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Na parte inferencial foram aplicados, para avaliar a distribuição das variáveis qualitativas, o teste Qui-quadrado de independência. Foi previamente fixado erro alfa em 5% para rejeição de hipótese nula e o processamento estatístico foi realizado no programa BioEstat versão 5.3.

**RESULTADOS:** Entre os pacientes com algum grau de alteração de olfato, apenas 26,4% entre as mulheres e 34,7% entre os homens apresentavam IMC normal. Dentre os pacientes com normosmia, ao comparar os dois grupos, observou-se tendência para IMC normal no grupo B (adultos, com 36.7%) e sobrepeso no grupo A (idosos, com 50%). Nos portadores de hiposmia leve, por sua vez, houve real tendência para obesidade grau 2 no grupo B (14.7%). Não houve diferença significativa entre os grupos A e B na presença de hiposmia moderada. Nos pacientes com hiposmia severa, houve tendência para obesidade grau 2 no grupo A (32.8%). Dentre os que apresentaram anosmia, observou-se tendência para IMC normal no grupo A (39.2%).

**DISCUSSÃO:** Este é o primeiro estudo brasileiro que teve como objetivo avaliar a existência de associação entre perda de olfato e o IMC no processo do envelhecimento. A maior prevalência de mulheres com alteração de olfato e de IMC deste estudo vai ao encontro de outros artigos em que se evidenciou que mulheres mais velhas eram mais propensas a ter uma dieta de pior qualidade, preferência reduzida por frutas e vegetais, maior consumo de doces e gorduras e mais propensas a relatarem mudanças nos hábitos alimentares. Nos resultados encontrados em nossa amostra e nas publicações existentes, a associação do IMC com a alteração do olfato tem comportamentos contraditórios. Assim como em nossos pacientes mais jovens, já foi observada relação negativa entre o IMC e a capacidade olfativa. Contudo, foi demonstrado recentemente que indivíduos com obesidade comparados aos de peso normal possam ter sua capacidade olfativa prejudicada não quantitativamente, mas qualitativamente, ou não haver diferenças entre os IMC de quem tem ou não alteração olfativa, uma vez que possa haver compensação com outros alimentos ingeridos, mantendo, assim, a ingestão total de energia. A diferença da associação do IMC com a alteração do olfato com o avançar da idade em nossos dados pode ser justificado tanto pela natureza pessoal das preferências alimentares e à heterogeneidade do declínio quimiossensorial na população idosa, quanto a maior exposição a outros fatores de risco para perda olfativa. Logo, apesar de os idosos serem suscetíveis às mesmas causas que provocam deficiência olfativa em todos os outros grupos etários, existe a degeneração fisiológica do epitélio olfatório com o passar dos anos, além de que eles tomam uma série de medicamentos ou possuem comorbidades que podem interferir na olfação. Portanto, é difícil fazer a distinção entre as alterações quimiossensoriais que resultam do processo normal de envelhecimento das doenças e dos efeitos colaterais daqueles medicamentos de que fazem uso.

**CONCLUSÃO:** O grau de perda olfativa teve associações distintas com o IMC quando comparados os pacientes adultos e os jovens. As alterações olfativas são influenciadas diversos fatores demográficos e de saúde, cuja associação permanece uma questão em aberto.

Palavras-chave: olfato;IMC ;envelhecimento .

ATTLO14

**APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Além do Comum: Complicações Graves de Rinossinusite Aguda Bacteriana

**AUTOR PRINCIPAL:** JOÃO PEDRO AFONSO NASCIMENTO**COAUTORES:** TATIANA REGINA TELES ABDO; FABIO DE REZENDE PINNA; RICHARD LOUIS VOGELS; MARIA FERNANDA CHAVES DANIELUK; LORENA LIMA ALMAGRO PEREIRA; LUCAS ALBUQUERQUE CHINELATTO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HCFMUSP), SÃO PAULO - SP - BRASIL**Objetivos:** Identificar epidemiologia, microbiologia, tratamento, desfecho de pacientes com rinossinusite aguda complicada em um hospital terciário e seus fatores de risco associados.**Métodos:** Revisão de prontuários de pacientes internados em um hospital terciário na cidade de São Paulo por rinossinusite aguda complicada entre 2017 e 2023. Análise estatística buscando diferenças entre grupos e fatores de risco associados.**Resultados:** Um total de 65 pacientes entre 2 e 73 anos internaram por rinossinusite aguda complicada em nosso hospital no período citado, destes 50 eram homens (76,9%), 90,8% apresentaram complicações orbitárias, 32,3% endocranianas e 27,7% ósseas. 38,4% apresentaram mais de uma complicação concomitante. Streptococcus anginosus foi o patógeno mais encontrado, em 19 casos, seguido do Staphylococcus aureus em 13 casos. Em 100% dos casos o tratamento antibiótico foi endovenoso em regime de internação. 90,8% dos pacientes foram submetidos a ao menos um tipo de tratamento cirúrgico. Foi registrada apenas 1 morte (1,5%), associada a acidente vascular cerebral. Pacientes com complicações intracranianas permaneceram por mais dias internados (p 0,003) e necessitaram mais abordagens cirúrgicas (p 0,01) para resolução do quadro. Indivíduos com mais de uma complicação eram mais velhos (p 0,04), apresentaram PCR maior a admissão (p 0,03) e permaneceram mais dias internados (p 0,03) do que os com apenas uma complicação.**Discussão:** Observamos epidemiologia e incidência das complicações de rinossinusite aguda semelhantes a estudos passados sobre o tema. Quanto a microbiota os principais agentes foram S. anginosus e S. aureus similar a estudos prévios, mas diferente da comumente relatada para rinossinusite aguda sem complicações. Mais internações aconteceram nos meses de inverno, se comparado aos meses de verão, reforçando certa sazonalidade da rinossinusite. Pacientes com complicações intracranianas e com complicações múltiplas necessitam de maiores cuidados e dias de internação, e pacientes com complicações intracranianas necessitam de mais abordagens cirúrgicas, reforçando a importância de estudos sobre o tema e seus tratamentos. A mortalidade associada a AVC, já constatada previamente, esteve presente nesta coorte.**Conclusão:** As complicações de rinossinusite aguda são urgências médicas potencialmente fatais que afetam mais o sexo masculino e pacientes jovens. A antibioticoterapia endovenosa, tomografia computadorizada e avaliação multiprofissional são essenciais para uma boa evolução dos quadros.**Palavras-chave:** Rinossinusite aguda complicada; Microbiologia; Tratamento.

## ATTLO15

## APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

Avaliação Otorrinolaringológica em pacientes com Fibrose Cística

AUTOR PRINCIPAL: DANIELA COSTA MALHEIROS

COAUTORES: RICARDO LANDINI LUTAIF DOLCI

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Objetivos:** avaliar a prevalência do comprometimento nasossinusal em pacientes portadores fibrose cística (FC) em um hospital terciário da cidade de São Paulo. Como objetivo secundário, avaliar a correlação genótipo-fenótipo e o acometimento nasossinusal.

**Métodos:** A pesquisa foi realizada no Departamento de Otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo entre abril de 2022 e novembro de 2023. Trata-se de um estudo transversal e a amostra foi composta por pacientes selecionados do ambulatório de Pneumologia Pediátrica da Santa Casa de São Paulo que preencheram o seguinte critério de inclusão:

- diagnóstico de fibrose cística confirmado pelo teste do suor ( $\geq 60 \text{ mEq/L}$ ).

Os critérios de exclusão baseiam-se em:

- antecedentes de cirurgia nasossinusal
- pacientes alfabetizados que não conseguem responder o questionário Sino-Nasal Outcome Test-22 (SNOT-22) e/ou o teste olfatório
- não colaboradores com a realização de nasofibroscopia

A avaliação dos pacientes foi realizada através da nasofibroscopia, com o estadiamento endoscópico de Lund Kennedy, do questionário SNOT22, do teste olfatório Connecticut, da cultura de secreção das cavidades nasais e da coleta de dados demográficos (sexo, idade e mutações genéticas).

**Resultados:** Um total de 42 pacientes foram submetidos em nossa análise, sendo a maioria do sexo feminino. A mutação genética mais prevalente na amostra foi Phe508del, presente em 66,7% dos pacientes. Os escores do SNOT-22 tiveram pontuação média de 19,9. Na avaliação com o teste olfatório de Connecticut, 85,71% dos pacientes apresentavam resultados compatíveis com disfunção olfativa. A nasofibroscopia evidenciou a presença de pólipos nasais em 40,47% dos pacientes, sendo a pontuação média da escala de Lund Kennedy de 4,79. *Staphylococcus aureus* foi o patógeno mais encontrado nas culturas, estando presente em 69,04% das amostras. Na análise estatística, não houve relação estatisticamente significativa entre as mutações apresentadas com o resultado do teste olfatório, os valores do questionário SNOT22, o escore de Lund Kennedy ou a presença de pólipos nasais.

**Discussão:** Embora a maioria dos pacientes não apresentasse queixas nasais obstrutivas, 40,47% deles apresentavam pólipos nasais. A discordância entre a sintomatologia apresentada e os achados de nossa avaliação também ocorreu em relação ao olfato, uma vez que a normosmia relatada pelos participantes não correspondeu a função olfativa objetiva. A maioria dos pacientes avaliados apresentava algum grau de disfunção olfativa. A diminuição do olfato pode enfraquecer o paladar e afetar negativamente a preferência alimentar, repercutindo no estado nutricional e somar-se às causas bem conhecidas de desnutrição em pacientes com FC.

A baixa prevalência de sintomas nasossinusais relatados neste estudo está em acordo com o que foi descrito por outros autores. Uma explicação provável poderia ser a subvalorização desses sintomas às custas de outras manifestações clínicas que proporcionam uma atenção mais imediata.

Enquanto alguns estudos sugerem que a homozigose para F508del esteja associada com a doença nasossinusal mais grave, outros não demonstraram uma correlação clara. Em nosso estudo não houve significância estatística entre as mutações genéticas apresentadas e a presença de pólipos nasais ou outras medidas de gravidade da doença nasossinusal, como os resultados do SNOT22, do escore Lund Kennedy e do teste olfatório. A dificuldade de determinar uma correlação genótipo-fenótipo clara em relação ao acometimento nasossinusal de indivíduos com FC emerge em parte da presença de fatores ambientais e de mutações genéticas indistintas do gene CFRT.

**Conclusão:** A incidência de acometimento nasossinusal em indivíduos com FC é elevada, porém a baixa incidência de sintomas autorreferidos aumenta a dificuldade de determinar a presença e a gravidade das patologias nasossinusais, sendo a avaliação otorrinolaringológica fundamental para o diagnóstico e manejo dessas patologias. Este estudo não detectou uma significância estatística de associação entre mutações genéticas e medidas de gravidade da doença nasossinusal.

**Palavras-chave:** Fibrose Cística; Rinossinusite Crônica; Phe508del.

ATTLO16

**APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****EFEITOS NEUROCOGNITIVOS DA ESTIMULAÇÃO OLFATIVA EM PESSOAS COM DECLÍNIO COGNITIVO SUBJETIVO E DECLÍNIO COGNITIVO LEVE****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA ALVES MARRONI**COAUTORES:** CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR; ERIKA YUMI NAKAGAWA; ANNE LOUISE TORTATO DUARTE COSTA BARTH COSTAMILAN; HERTON COIFMAN; ROGERIO HAMERSCHMIDT; VIVIANE FLUMIGNAN ZÉTOLA; CRISTIANE NASS KRAHEK**INSTITUIÇÃO:** HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL**Objetivos:** o objetivo do presente estudo é analisar a influência da estimulação olfativa no desempenho cognitivo dos participantes com base em testes neuropsicológicos.**Metodologia:** O estudo é um ensaio clínico envolvendo indivíduos que apresentem queixa subjetiva de memória. Todos os participantes que se enquadraram nos critérios foram submetidos no início do estudo a uma avaliação otorrinolaringológica completa incluindo teste olfativo com UPSIT. Posteriormente, foram avaliados pela equipe da neurologia, e aplicados testes neurocognitivos - lista de palavras e teste de dígitos. Os pacientes aptos foram submetidos à RNM para exclusão de causas associadas e obtenção de biomarcadores de imagem. Após 6 meses de treinamento olfativo, foram reavaliados com os testes neurocognitivos utilizados no início do estudo, bem como nova aplicação do UPSIT, para análise comparativa pré e pós-intervenção.**Resultados:** 17 participantes concluíram os 6 meses de treinamento, todos do sexo feminino, entre 59 e 76 anos, com quadro de Declínio Cognitivo Subjetivo e predominantemente com microsmia moderada. Foi possível observar que, apesar de não ter sido estatisticamente significativo, houve leve melhora da pontuação do UPSIT, embora permanecendo como “microsmia moderada, principalmente entre aqueles que apresentaram aderência nos treinos maior que 90%. Quanto aos escores neuropsicológicos, não houve mudança pós treinamento.**Discussão:** Os resultados da análise de dados pré e pós-treinamento olfativo do presente estudo corroboram com os achados da literatura acerca do olfato e envelhecimento. Foi possível verificar que os participantes apresentaram predominantemente hiposmia moderada pela pontuação do UPSIT, conforme relatado na literatura. Elas também se enquadraram dentro do Z escore compatível com pares da mesma faixa etária quanto a testes de Lista de Palavras e Dígitos. O pequeno tamanho da amostra - 17 participantes, dos quais apenas 8 documentaram a pelo menos 90% de aderência ao treinamento olfatório duas vezes por dia por 6 meses – pode justificar a ausência de significância estatística. Outro fator que pode ter influenciado tais resultados, principalmente quanto a parte da avaliação cognitiva, foi o efeito teto. Os participantes obtiveram resultados altos já na avaliação pré-intervenção, o que dificulta a comparação pós-intervenção por estreitar a faixa de melhora nos resultados dos testes aplicados.**Conclusões:** existem poucos estudos analisando a intervenção com treinamento olfatório em idosos sem demência e os resultados revelam que a maioria deles possui déficit olfativo, portanto esse estudo é de suma importância para obter dados que são escassos na literatura a respeito da influência do treinamento olfatório em diversos domínios cognitivos. Mais estudos são necessários, preferencialmente com um número maior de participantes.**Palavras-chave:** OLFATO;COGNIÇÃO;TREINAMENTO OLFATIVO.

## ATTLO17

## APRESENTAÇÃO ORAL - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

Aspectos clínicos dos pacientes da equipe do Transplante de Medula Óssea de um hospital terciário submetidos a cirurgia devido a rinossinusite aguda

**AUTOR PRINCIPAL:** THAIS AGUIAR BRITO

**COAUTORES:** ATILIO MAXIMINO FERNANDES; FABIO DE AZEVEDO CAPARROZ

**INSTITUIÇÃO:** FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL

**Objetivos:** Descrever aspectos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos, histopatológicos e de tratamento em pacientes da equipe do transplante de medula óssea com rinossinusite aguda com necessidade de abordagem cirúrgica, além da experiência da equipe de rinologia do departamento de otorrinolaringologia do serviço em estudo no manejo destes pacientes.

**Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo longitudinal. Os dados foram obtidos a partir dos registros dos prontuários eletrônicos. Foi feito o levantamento de todas as cirurgias realizadas pelo serviço de rinologia e seios paranasais entre março de 2020 até abril de 2023. Foram identificados 16 casos de pacientes da equipe do transplante de medula óssea e então foi feita a coleta dos dados. Foram incluídas no estudo pacientes pertencentes à equipe de transplante de medula óssea com rinossinusite aguda, fúngica ou não, e necessidade de abordagem cirúrgica. Foram excluídos do estudo pacientes com rinossinusite aguda que não foram submetidos a abordagem cirúrgica da equipe do transplante de medula óssea.

**Resultados:** A amostra foi composta por 16 pacientes. Destes, a maioria (37.5%) se encontrava na terceira década de vida e era do sexo masculino (62.5%). O diagnóstico de base da amostra foi composto por 6 entidades, sendo predominante a leucemia mieloide aguda (37.5%), seguido pela leucemia linfóide aguda (31.3%), linfoma de Hodgkin (12.5%), linfoma não Hodgkin (6.3%), anemia aplásica (6.3%) e linfoma hepatoesplênico de células T (6.3%). Dos pacientes em programação ou submetidos ao transplante de medula óssea, em 100% dos casos foi realizado o transplante alogênico. A rinossinusite nestes pacientes apresentou-se no preparo pré transplante em 15% dos casos, nos 2 primeiros meses pós transplante em 50% dos casos. No tangente ao quadro clínico, 81.25% dos pacientes apresentou ao menos um sintoma nasossinusal enquanto 18.75% não manifestou sintoma nasossinusal, sendo a suspeita diagnóstica levantada a partir da apresentação de febre (6.25%) ou neutropenia febril (12.5%). A avaliação tomográfica demonstrou Lund Mackay menor ou igual a 4 em 4 pacientes, 5-8 em 7 pacientes, 9-12 em 3 pacientes, 13-16 em 2 pacientes, 21-24 em 1 paciente. Após abordagem cirúrgica, o resultado das culturas apresentou-se positivo para bactéria em 60% dos casos; positivo para fungos em 26.7% dos casos e negativo para BAAR e micobactéria em 100% dos casos. O anátomo patológico evidenciou infecção fúngica invasiva em 31.25% dos pacientes e destes, 60% apresentavam como agente etiológico o *Aspergillus spp.* A hemocultura dos pacientes foi positiva em 21%. A galactomana teve resultado reagente em 15% dos casos. Dos pacientes em estudo, 11 apresentaram resolução do quadro sinusal após a primeira abordagem, 2 apresentaram resolução do quadro sinusal porém evoluíram para óbito na internação devido a complicações decorrentes da doença de base, e 3 necessitaram de reabordagem cirúrgica. Dos pacientes que necessitaram de reabordagem cirúrgica, 2 apresentavam diagnóstico de rinossinusite fúngica invasiva e 1 de rinossinusite bacteriana de acordo com o estudo anatomopatológico, sendo o portador da rinossinusite bacteriana necessitando de um terceiro procedimento para resolução do quadro sinusal enquanto os portadores da rinossinusite fúngica invasiva apresentaram resolução do quadro sinusal após o segundo procedimento.

**Conclusão:** Em relação aos pacientes da equipe do transplante de medula óssea que necessitaram de abordagem cirúrgica nasossinusal devido a rinossinusite no hospital terciário, foram evidenciados como pontos mais frequentes: os portadores de LLA e LMA em relação ao diagnóstico de base; em relação ao tempo dos sintomas, o período composto pelos dois primeiros meses pós transplante; e o fato de que a suspeita diagnóstica deve ser estabelecida aos mínimos sintomas, com achados endoscópicos principalmente nos casos de rinossinusite fúngica invasiva.

**Palavras-chave:** Rinossinusite; Transplante de medula óssea; Imunodeprimidos.

# PÔSTERES

---



**53º**  
**CONGRESSO**  
**BRASILEIRO**  
de otorrinolaringologia  
e cirurgia cérvico-facial  
**SALVADOR - BAHIA**  
30/11 a 02/12 de 2023



**ABORL**

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



**PO004****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****ABORDANDO A IMPORTÂNCIA DOS BONS HÁBITOS DE SONO NA ADOLESCÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA PARA PROMOVER EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O SONO****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE FERREIRA WANDERLEY**COAUTORES:** RAPHAEL FERNANDES ASSIS GADELHA BOTÊLHO; JOÉLIA ANGÉLICA DE MEDEIROS NOGUEIRA; MARIANNE CAVALCANTI NASCIMENTO DIAS; JORGE LUCAS ALVES SANTANA; THIAGO HENRIQUE DUARTE MOREIRA; RICIA MEDEIROS PALMEIRA DE ARAUJO; ÉRICO GURGEL AMORIM**INSTITUIÇÃO:** ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE, CAICÓ - RN - BRASIL

**Objetivos:** Relatar a experiência de estudantes de medicina na promoção da saúde do sono na adolescência, por meio de uma ação educativa com estudantes do ensino médio.

**Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência na área da Medicina do Sono, realizado por discentes e docentes da Liga Acadêmica Potiguar Interdisciplinar de Saúde do Sono (LAPISS). A experiência foi realizada em uma escola particular do município de Caicó-RN. Nela, os estudantes de graduação de medicina, supervisionados por docentes, realizaram uma dinâmica de mitos e verdades. Os temas abordados foram: exercício físico e o sono, distúrbio do ritmo circadiano, uso de telas, aprendizagem e o sono e a função da melatonina. Por fim, foi fornecido aos estudantes, na forma de folder virtual, orientações quanto à higiene do sono adequada, visando promover educação em saúde para esse público.

**Resultados:** A experiência em questão atingiu um público de 39 estudantes do primeiro ano do ensino médio de uma escola privada do município. Após a execução da ação, foi evidente o impacto positivo gerado na vida dos estudantes, uma vez que dúvidas e questionamentos acerca da importância de manter uma boa qualidade do sono puderam ser sanados e esclarecidos. Ademais, eles demonstraram sensibilização e aceitação com relação às orientações e estratégias de higiene do sono sugeridas pelo folder. Durante o feedback, os estudantes apontaram como pontos positivos a elaboração dos materiais, as orientações para regular o sono, a boa didática e a elucidação das dúvidas. Já em relação aos pontos negativos, os estudantes apontaram para a duração limitada do tempo de apenas 50 minutos. Por fim, como sugestões, os estudantes sugeriram uma maior duração do tempo na ação, realizar mais dinâmicas e evitar explicações muito longas.

**Discussão:** A experiência em questão evidenciou a importância discutir sobre a qualidade de sono durante a adolescência, bem como evidenciar o padrão de sono nessa fase, tendo em vista a relevância das alterações do sono na adolescência. De acordo com Oliveira et al (2019), adolescentes são naturalmente mais vulneráveis a distúrbios do sono, principalmente pela insônia, pois a puberdade é um momento de mudança na liberação da melatonina, alterando o ritmo circadiano dessa população. Nessa fase, é possível observar importantes mudanças na expressão do ciclo vigília/sono que incluem um atraso na fase de sono, caracterizado por horários de dormir e acordar mais tarde, o que pode ser ainda mais exacerbado com o uso excessivo de mídias eletrônicas durante a noite (Felden et al, 2015). Dessa forma, a experiência pôde proporcionar a troca de conhecimentos e, conseqüentemente, a sensibilização e a reflexão dos estudantes quanto a criação de hábitos de sono mais saudáveis, bem como a busca por estratégias que possibilitem uma melhor adequação da rotina de vida durante a adolescência.

**Conclusões:** Entende-se a importância de realizar práticas de educação em saúde com o público adolescente, visto que é uma população que ainda está em fase de desenvolvimento neuropsicológico. Dessa forma, falar sobre o sono com esses indivíduos e elucidar a importância de bons hábitos pode proporcionar uma melhora significativa na qualidade de vida. Também notou-se o interesse dos estudantes por entender melhor sobre a fisiologia do sono, o que pode ser um meio para estimular a curiosidade e o desenvolvimento intelectual desse público. Por fim, recomenda-se a inclusão da temática da promoção da saúde do sono na adolescência nos currículos de graduação em medicina, visando fortalecer a formação médica para uma atuação abrangente e efetiva nessa área.

**Palavras-chave:** Medicina do Sono; Educação em Saúde; Adolescente.

**PO008****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR FARINGITE AGUDA E AMIGDALITE AGUDA, NA REGIÃO NORDESTE, DE 2018 A 2022****AUTOR PRINCIPAL:** THIAGO CÉSAR DINIZ AUGUSTO**COAUTORES:** ARTHUR LOPES DIAS; FLÁVIA ANDRESSA RIBEIRO BRITO; LUIDE SCALIONI BORGES DIAS**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA - FASEH, VESPASIANO - MG - BRASIL**OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por faringite aguda e amigdalite aguda, na região Nordeste do Brasil, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022.**METODOLOGIA:** Estudo descritivo do tipo análise de série temporal. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), na aba de morbidade hospitalar, disponível na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). O período analisado é de janeiro de 2018 a dezembro de 2022 e foram utilizadas as variáveis: regiões do Brasil, unidade da federação (UF), idade, sexo e o CID-10 de faringite aguda e amigdalite aguda.**RESULTADOS:** O Nordeste, região com maior quantidade de internações no Brasil, no período analisado, apresentou 21.438 casos, 42,57% de todo o Brasil, que conta com 50.349 hospitalizações. Desses, o ano com mais hospitalizações foi 2018, com 5.852 (27,29%); seguido por 2019, com 5.709 (26,63%); 2022, com 4.398 (20,51%); 2020, com 2.794 (13,05%) e, finalmente, 2021, com 2.685 (12,52%). A UF mais afetada foi o Maranhão, com 8.745 ocorrências (40,79%); seguido pela Bahia, com 6.778 (31,61%) e pelo Ceará, com 2.949 (13,75%). A UF menos afetada foi o Rio Grande do Norte, com 168 casos (0,78%); seguido por Alagoas, com 223 (1,04%) e pela Paraíba, com 472 (2,20%). A faixa etária com maior número de casos foi a de 1 a 4 anos, com 7.231 (33,72%); seguida pela de 5 a 9 anos, com 3.347 (15,61%). A faixa etária menos afetada foi a de 80 anos ou mais, com 194 casos (0,90%); seguida pela de 70 a 79 anos, com 250 (1,16%). O sexo mais afetado foi o feminino, com 10.867 ocorrências (50,69%); o masculino apresentou 10.571 casos (49,30%).**DISCUSSÃO:** A grande variação entre o número de casos nos anos de 2020 e 2021 com relação aos outros pode indicar uma subnotificação dos casos durante a pandemia de COVID-19. Também é possível que tenha ocorrido subnotificação dos casos em algumas unidades federativas, como Rio Grande do Norte e Alagoas, visto que, segundo o Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2022, ambas possuem mais de 3 milhões de habitantes e apresentam número de ocorrências muito mais baixo do que UFs menos populosas. Também é perceptível uma predominância da faixa etária de 1 a 4 anos, o que corrobora os conhecimentos atuais sobre essas IVAS na literatura. Observa-se, ainda, pouca variação em relação ao sexo.**CONCLUSÃO:** O estudo revela possível subnotificação em relação aos anos de pandemia e a UFs no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) da região Nordeste, onde predominam as internações por faringite aguda e amigdalite aguda dentre as regiões brasileiras no período analisado. É necessário constatar que, embora seja uma grande base de dados do Ministério da Saúde, o DATASUS possui limitações e é relevante que os dados analisados sejam relacionados a outras coletas, para que fiquem mais fundamentados.**Palavras-chave:** FARINGITE;AMIGDALITE;HOSPITALIZAÇÃO.

**PO012****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****EFICÁCIA E SEGURANÇA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO EM PACIENTES COM SÍNDROME DE PRADER-WILLI COM TRANSTORNOS DO SONO: REVISÃO INTEGRATIVA****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE FERREIRA WANDERLEY**COAUTORES:** THIAGO HENRIQUE DUARTE MOREIRA; FERNANDA GANASINI; MARIA LUÍSA NOBRE MEDEIROS E SILVA GUIMARÃES; RENATA DAVIN GOMES PARENTE**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CAICÓ - RN - BRASIL2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, MOSSORÓ - RN - BRASIL3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL**OBJETIVO:** O objetivo desta revisão integrativa é sumarizar as evidências que avaliam a eficácia e segurança do uso de hormônio do crescimento nos pacientes com síndrome de Prader-Willi portadores de transtornos do sono.**MÉTODOS:** Revisão integrativa construída com base na consulta a literatura indexada na PubMed, Embase, Web of Science e Scielo, considerando os termos Síndrome de Prader-Willi (Prader-Willi Syndrome), Hormônio do Crescimento (Growth Hormone), Síndromes da Apneia do Sono (Breathing Sleep Disorders), Sonolência (Sleepiness), Insônia (Insomnia), Hipersonia (Hypersomnia) e Narcolepsia/Narcolepsy. Foram incluídos apenas trabalhos científicos na íntegra, não revisionais, com títulos e resumos condizentes com a pergunta norteadora da revisão.**RESULTADOS:** Dos 190 artigos, após a leitura dos títulos e resumos, 67 foram removidos por duplicidade, 123 foram selecionados para a leitura de títulos e resumos, dos quais 114 foram excluídos por não apresentarem dados primários, não serem encontrados na íntegra ou serem resumos apresentados em eventos científicos. Por fim, nove artigos foram selecionados para a leitura do texto completo.**DISCUSSÃO:** Ressalta-se que a terapia com GH iniciada precocemente melhora o perfil corporal, com aumento da massa magra e diminuição do IMC, o que teoricamente provocaria melhorias em diversas complicações, incluindo a Apneia do Sono. No entanto, identificou-se que cinco dos trabalhos analisados não evidenciaram alterações significativas no Índice de Apneia e Hipopneia (IAH) durante eventos de sono, sejam em crianças ou adultos. Contudo, alguns mostraram melhoras nos eventos centrais e eventos obstrutivos do sono, bem como na eficiência do sono. As melhoras relatadas nos eventos obstrutivos ocorreram durante o sono REM. Outros estudos já demonstraram piora nos eventos de dessaturações em eventos centrais e na eficiência do sono durante o tratamento com GH.

Alguns dos estudos analisados evidenciaram relação positiva entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e mudanças no IAH obstrutivo, mas outros não evidenciaram essa relação, contrariando a hipótese fisiopatológica de que indivíduos com SPW, por apresentarem uma maior IMC, teriam maiores níveis de IAH.

No que se refere à segurança da administração de GH, estudos mostraram não haver prejuízos e malefícios no uso, sendo seguro para o tratamento dos pacientes com SPW. Enquanto isso, outros estudos evidenciaram uma segurança relativa, sendo necessário o acompanhamento dos pacientes por Polissonografia e consultas otorrinolaringológicas periódicas, visando acompanhar a evolução de eventos obstrutivos e centrais, bem como a ocorrência de IVAS e hipertrofia de amígdalas. Além disso, um estudo suporta a indicação de acompanhamento de níveis séricos de IGF-1, devido ao risco de exacerbação de eventos obstrutivos.

**CONCLUSÃO:** Estudos evidenciam que o GH é seguro, mas precisa ser acompanhado por exames periódicos. Ainda não há evidências robustas de sua eficácia nas alterações de eventos respiratórios durante o sono. Não há evidências da relação entre as mudanças no IMC e as mudanças nos eventos obstrutivos em pacientes com SPW. Não há consenso quanto à relação entre o IMC e os níveis de IAH entre os estudos analisados. Esses dados evidenciam a necessidade de mais estudos com populações afetadas pela SPW no que se refere aos parâmetros de sono.**Palavras-chave:** Síndrome de Prader-Willi;Hormônio do Crescimento;Transtornos do Sono.

**PO018**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**ESTUDO DE ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS CLÍNICAS E POLISSONOGRÁFICAS EM CRIANÇAS COM E SEM SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO**

**AUTOR PRINCIPAL:** ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS

**COAUTORES:** JULIA TOLENTINO MELO MORAIS; HELENA MARIA GONÇALVES BECKER; LETICIA PAIVA FRANCO; CLÁUDIA PENA GALVÃO DOS ANJOS; LUIZ FELIPE BARTOLOMEU SOUZA

**INSTITUIÇÃO:** HCUFGM, BH - MG - BRASIL

**OBJETIVOS:** Determinar a associação entre parâmetros polissográficos e variáveis clínicas pesquisadas por meio de questionário pré-Polissonografia (PSG) a existência ou não de síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS).

**MÉTODOS:** Foi realizado um estudo observacional transversal baseado na aplicação de questionário pré-PSG aos 122 pais das crianças de 3 a 12 anos, referidos a um laboratório do sono para realização de PSG. Variáveis clínicas provenientes do questionário pré-PSG e da polissonografia, foram avaliadas por estudos de associação nos grupos com e sem SAOS.

**RESULTADO:** O grupo com SAOS teve maior proporção de alteração no desempenho escolar ( $p=0,039$ ), enquanto o grupo sem SAOS teve maior proporção ao uso de medicamento ( $p=0,024$ ). Para as demais características não houve diferença entre os grupos ( $p>0,05$ ). Nota-se que as variáveis “irritabilidade” e “pausas respiratórias” apresentaram p-valor discretamente maior que 0,05, o que levanta a hipótese que, com uma amostra maior, essas variáveis poderiam se comportar distintamente nos grupos de forma significativa. Para as variáveis “ronco” e “difícil acordar no fim do período de sono”, também não se identificou diferença significativa entre os grupos.

Índice de dessaturações, índice de despertares e tempo com  $SpO_2<90\%$  tiveram resultados estatisticamente maiores no grupo com SAOS; enquanto  $SpO_2$  média e mínima foram menores no grupo sem SAOS.

**DISCUSSÃO:** Através de questionários, diversas variáveis clínicas foram pesquisadas de forma a ser desenvolvida a história clínica de cada paciente. De todos os itens analisados, apenas alteração de desempenho escolar e uso de medicação se mostraram significativamente diferentes entre os grupos. Nem mesmo o ronco – sintoma mais comum entre os referidos pelos pais de pacientes com SAOS – obteve diferença estatisticamente significativa. Tal achado é compatível com o consenso de que, apesar de essencial para o diagnóstico, a história clínica não fornece achados confiáveis individualmente para diferenciar pacientes com e sem SAOS. O atraso escolar mais presente de forma significativa no grupo com SAOS pode refletir as consequências neuropsíquicas do acometimento pela síndrome. Esse achado está em consonância a outros estudos da literatura, que observaram impacto escolar em crianças com SAOS. Quanto ao uso de medicações, devido à extensa variação das medicações citadas, não foi possível montar testes eficazes que pudessem avaliá-las individualmente.

Foram analisados diversos parâmetros polissonográficos obtidos na amostra estudada e comparado seu comportamento no grupo com e sem SAOS, e apurou-se preservação da arquitetura do sono mesmo nos indivíduos acometidos, fato compatível com o padrão descrito em literatura. Apesar de um índice de despertares significativamente maior no grupo de pacientes com SAOS, o tempo acordado após o início do sono se mostrou equivalente em ambos os grupos, possivelmente relacionado à menor frequência de despertares na população pediátrica em comparação aos adultos. Os valores de  $SpO_2$  média e mínima foram significativamente menores no grupo com SAOS, enquanto o índice de dessaturações foi maior no grupo de pacientes com SAOS. Esses achados podem ser explicados pelo impacto dos eventos respiratórios nos pacientes com SAOS, lembrando que a intensidade da dessaturação tende a ser ainda mais proeminente em crianças que adultos.

**CONCLUSÃO:** Entre as variáveis clínicas e polissonográficas pesquisadas, apenas “alteração do desempenho escolar”, “ $SpO_2$  média”, “ $SpO_2$  mínima”, “tempo com  $SpO_2<90\%$ ”, “índice de dessaturações” e “índice de despertares” se mostraram significativamente diferentes nos grupos com SAOS e sem SAOS, corroborando com os resultados previamente relatados na literatura médica.

**Palavras-chave:** SAOS;Polissonografia;Crianças.

**PO031**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**ANGINA DE LUDWIG: UM RELATO DE CASO**

**AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA SIGNOR LAZZAROTTO

**COAUTORES:** WAGNER ROSSO; LAURA LUZZI CASARIL; GABRIELA MARIA HENZ GIOVELLI; ÉDINA GAVIRAGHI; LAURA DE CEZARO MARTINI; MARINA LUÍSA BOTH

**INSTITUIÇÃO:** 1. ATITUS EDUCAÇÃO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL. 2. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO E ATITUS EDUCAÇÃO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL. 3. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL

Masculino, 17 anos, comparece à Unidade de Emergências Médicas do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), encaminhado a equipe da Cirurgia Bucomaxilofacial, para realização de drenagem de abscesso em região submandibular esquerda, após duas semanas da restauração de dois dentes molares inferiores. Iniciou o quadro com edema facial bilateral, mais acentuado à esquerda, febre de 40°C e discreta drenagem de secreção purulenta intraoral. Portador de Diabetes Mellitus (DM) Tipo 1, em uso de Insulina Glargina e Análoga de Ação Rápida. Sem história médica prévia. Na admissão, apresentava-se em regular estado geral, taquicárdico, afebril, com presença de edema em face à esquerda, linfonodomegalia e abscesso com sinais flogísticos em região submandibular esquerda, com queixa de dor no local. Hemoglicoteste acima da capacidade de detecção do aparelho (HI), indicando quadro de cetoacidose diabética. Foi submetido a drenagem de Angina de Ludwig (AL) com equipe bucomaxilofacial com posterior internação em unidade de terapia intensiva (UTI) e tratamento antimicrobiano empírico com Gentamicina, Cefazolina e Metronidazol. Em seguida, reajustado esquema para Ampicilina e Gentamicina, conforme cultura de abscesso, que revelou *Enterococcus* sp. Realizada tomografia computadorizada (TC) após procedimento, evidenciando cavidade de exérese dentária na mandíbula à esquerda, presença de coleção no entorno no ângulo mandibular e focos gasosos, caracterizando osteomielite associada. Observou-se extenso edema e enfisema do tecido subcutâneo cervical bilateralmente. Na sequência, iniciou acompanhamento com a equipe de cirurgia de cabeça e pescoço. Paciente persistia com dor e edema cervical, com áreas evoluindo para necrose, sem delimitação. Sendo assim, foi necessário realizar dois desbridamentos cervicais devido piora da necrose e secreção fétida. Ainda, procedeu-se com uma broncoscopia devido à presença de acometimento pulmonar direito, com cultura e pesquisa de fungos de lavado brônquico, com presença de *Klebsiella aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, pseudohifas e blastoconídios. Assim, alterado esquema antimicrobiano, com inclusão de Tazobactam, Linezolida e Meropenem. Nova TC sem evidência de coleções organizadas e com melhora do enfisema subcutâneo cervical. Nova cultura de secreção cervical demonstrou *Enterobacter amycacina* sensível e *Acinetobacter* multirresistente, ambas sensíveis à Polimixina B, sendo este esquema iniciado. Paciente evoluiu bem, sendo extubado e recebendo alta da UTI. Permaneceu internado em unidade hospitalar, a fim de melhorar seu aporte físico[1]nutricional para realização de enxerto de pele em região cervical, o qual foi realizado com boa evolução e aderência.

AL é rara, predominando em homens e na faixa[1]etária entre 20 a 60 anos. A taxa de mortalidade é elevada. Geralmente é polimicrobiana, e envolve microrganismos da cavidade oral. Esta patologia caracteriza-se por uma celulite infecciosa com alto potencial de agressividade e disseminação, de acometimento bilateral do assoalho oral, composto pelos espaços submandibular, submentoniano e sublingual. Esses espaços estão comunicados pelas porções posteriores, permitindo a disseminação de forma contígua. Comumente, o aparecimento da infecção se dá por uma fonte dentária, geralmente do segundo ou terceiro molar inferior. O diagnóstico é essencialmente clínico e o paciente geralmente apresenta sinais flogísticos na região, linfonodomegalia e disfagia. No entanto, para estabelecer o estágio e a exata localização e extensão, torna-se necessário exames de imagem. Ademais, pacientes com DM por consistir em uma condição comórbida, tornam-se favoráveis para o surgimento de bacteremias, aumentando a suscetibilidade a infecções e complicações, além de prejudicar a capacidade de cicatrização. O tratamento deve ser iniciado prontamente, pois a AL pode resultar em complicações graves até o óbito, e inclui procedimento cirúrgico com realização de drenagem, terapia de suporte e antimicrobiana específica.

Palavras-chave: Celulite; Processo infeccioso; Angina.

**PO066****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Perfil epidemiológico das internações de crianças portadores de fissuras labiais e/ou palatinas na região Sudeste do Brasil nos últimos 5 anos

**AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO ANTÔNIO RAMALHO DE ALMEIDA BARROS

**COAUTORES:** BRUNA MACEDO LÚCIO; DANIELA BATISTA VICENTE; DÉBORA DEL BIANCO; MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADA

**INSTITUIÇÃO:** 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS - UNISL, PORTO VELHO - RO - BRASIL2. UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL3. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - UNISUL, TUBARÃO - SC - BRASIL4. UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE, JAÚ - SP - BRASIL5. UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE - UEM, MAPUTO - MOCAMBIQUE

**Objetivos:** Analisar o número de internações hospitalares de crianças portadores de fissuras labiais e/ou palatinas, em relação à faixa etária, sexo e cor/raça, na região Sudeste do Brasil, no período de 2018 a junho de 2023, comparando com dados nacionais.

**Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e descritivo. Os dados foram colhidos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram selecionados dados acerca da morbidade hospitalar do SUS (SIH/SUS) por local de internação – a partir de 2008, por abrangência Regional e Unidade da Federação. Os números de internações por fenda labial e/ou palatina foram levantados comparando faixas etárias de 0 a 9 anos, sexo e cor/raça em um período de 2018 a junho de 2023.

**Resultados:** Segundo o DATASUS, a região Sudeste liderou os dados acerca das internações por fenda labial e/ou palatina, com 11.528 internações, o que representa 45% dos dados nacionais (25.065), sendo o estado de São Paulo responsável por 32% (8.033) dos dados nacionais. Dentre esses dados, a faixa etária menor que 1 ano foi responsável por 37% (4.364) do número de internação da região Sudeste; de 1 a 4 anos, 45% (5.188) e de 5 a 9 anos, têm-se os menores números de internações, com apenas 17% (1.976). Em relação aos quantitativos de internações de crianças de 0 a 9 anos, desses, 56% (6.471) são do sexo masculino e 44% (5.057) são do sexo feminino. Além disso, a cor/raça branca foi a que possuiu maior prevalência de internações na região Sudeste, com 45% (5.291) dos casos, em relação à preta, parda, amarela, indígena e registros sem informação. No entanto, os dados nacionais apontam para uma prevalência da cor/raça parda, com 38% (9.524).

**Discussão:** Conforme os resultados apresentados, a região sudeste possui o maior número de internações por fenda labial e/ou palatina no período apresentado dentre as demais regiões do país. Em relação aos estados da região Sudeste, nota-se uma nítida concentração das internações no estado de São Paulo. Dentre as internações analisadas de crianças de 0 a 9 anos, a maior prevalência se deu na faixa etária de 1 a 4 anos, do sexo masculino e da cor/raça branca. Segundo estudo realizado por Valente et al. (2013) acerca das cirurgias corretivas primárias de fissuras labiopalatinas realizadas em um hospital de Cuiabá, hospitais de referência do Brasil adotam a realização da queiloplastia entre 3 e 6 meses e a palatoplastia entre 12 e 18 meses de idade. Dessa forma, esses dados podem justificar a alta ocorrência de internações de menores de 1 ano e 1 a 4 anos presentes no presente estudo. Em estudos epidemiológicos realizados acerca da temática da fissura lábio e/ou palatina, percebe-se uma nítida prevalência da população masculina (Costa et al., 2021; Costa et al., 2013; Santana et al., 2015; Matos et al., 2020). Portanto, tais dados corroboram para a alta prevalência do sexo masculino nas internações por fenda labial e/ou palatina do presente estudo.

**Conclusão:** Diante do que foi exposto, é possível observar que as internações de crianças por fissuras labiais e/ou palatinas na região Sudeste no período de 2018 a junho de 2023 revelaram alta prevalência de crianças de 1 a 4 anos, do sexo masculino e da cor/raça branca. A análise epidemiológica realizada pelo presente estudo tem como finalidade trazer dados de alta prevalência para servir como base para a realização de novas pesquisas para aprofundamento do tema e para trazer conhecimento acerca dessa temática para a sociedade, visando a realização de intervenções de assistência à saúde de forma precoce. Como perspectiva futura, sugere-se o desenvolvimento de trabalhos focados em analisar dados quantitativos acerca da assistência e acompanhamento das crianças com fissura labial e/ou palatina.

**Palavras-chave:** Fenda labial;Fissura palatina;Epidemiologia.



**PO067**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Estudo epidemiológico: internações por neoplasia labial, bucal e faríngea em um hospital referência do interior de São Paulo.

**AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO ANTÔNIO RAMALHO DE ALMEIDA BARROS

**COAUTORES:** BRUNA MACEDO LÚCIO; DANIELA BATISTA VICENTE; DÉBORA DEL BIANCO; MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADA

**INSTITUIÇÃO:** 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS - UNISL, PORTO VELHO - RO - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL. 3. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - UNISUL, TUBARÃO - SC - BRASIL. 4. UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE, JAU - SP - BRASIL. 5. UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE - UEM, MAPUTO - MOÇAMBIQUE

**Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico das internações por neoplasia bucal, labial e faríngea no Hospital Amaral Carvalho.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal ecológico que utilizou dados coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), sobre o número de Autorizações para internação hospitalar (AIH) de pacientes no Hospital Amaral Carvalho (Jau, SP) e sua mortalidade nos anos de 2018 a 2022 com neoplasia maligna de lábios, cavidade oral e faringe. A população abrangeu desde crianças a idosos e as variáveis analisadas foram idade, sexo e etnia. Os dados foram analisados conforme análise descritiva.

**Resultados:** Entre 2018 e 2022 foram realizadas 1645 internações que resultaram em 154 óbitos, o que representou uma mortalidade de 9,36%. As faixas etárias com maior taxa de internação foram dos 60 a 69 anos de idade com 549 AIH (33,4%), seguido de 50 a 59 anos com 455 AIH (27,7%), somatizando 1004 internações (61%). A terceira maior faixa etária é a dos 70 a 79 anos com 278 AIH (16,9%). A mortalidade foi maior entre os 50 e 59 anos (11,0% das internações levaram a óbito), seguido de 70 a 79 anos (10,8%) e a partir dos 80 anos (10,71%). A faixa etária entre 60 e 69 anos teve uma mortalidade de 8,38%. O sexo masculino contabilizou 1261 AIH (76,6%) e sua mortalidade foi de 11,0%, enquanto as mulheres com apenas 384 AIH (33,4%) possuíam uma mortalidade de 3,6%. Pacientes brancos representaram 1372 das internações (83,4%), seguidos por pacientes pardos com 189 AIH (11,5%), negros com 76 AIH (4,6%) e amarelos com 2 internações (0,1%). A mortalidade para as etnias foram respectivamente: 9,0%, 13,23%, 6,58% e 50%.

**Discussão:** Dessa forma, o perfil de pacientes internados com neoplasia labial, bucal e faríngea no Hospital Amaral Carvalho entre 2018 e 2022 são homens brancos entre 50 e 69 anos. A mortalidade é maior também para este mesmo sexo entre 50 e 59 anos e a partir dos 80 anos. Apesar dos pacientes amarelos possuírem maior taxa de mortalidade, foram a minoria na internação. As limitações do estudo foram as submissões a um banco de dados que está sujeito à subnotificação e a exclusão de pacientes da rede suplementar, uma vez que o DATASUS utiliza apenas dados da rede pública. Outra limitação é a restrição à apenas uma instituição, o que pode sugerir um perfil epidemiológico em consonância à epidemiologia da região majoritariamente atendida, principalmente no quesito cor/etnia. Faz-se importante ressaltar que a análise foi realizada através do número de internações e dos óbitos na internação, o que não necessariamente indica a prevalência da doença. Apesar disso, os dados encontrados e analisados reforçam o perfil proposto pela literatura de que a maior incidência está entre homens entre a 5ª e 8ª década de vida, o que pode ser explicado pelo uso mais frequente de tabaco e álcool, fatores de risco reconhecidos pela literatura. Apesar da prática ter se estendido entre as mulheres ao longo dos anos, a disparidade entre os sexos continua sendo importante.

**Conclusão:** O estudo confirmou a maior internação por neoplasia maligna de lábios, cavidade oral e faringe entre homens e chamou atenção para a faixa etária restrita dos 50 a 69 anos e para a cor branca. A mortalidade foi maior entre os homens de 50 a 59 anos. Espera-se que esses dados contribuam nos conhecimentos da doença, facilitando diagnósticos, e que possibilitem ações de prevenção e de rastreio na população analisada. Para isso, faz-se necessário que mais estudos confirmem o padrão encontrado e estabeleçam associações com os fatores de risco, principalmente os modificáveis. Também é preciso que estudos confirmem e identifiquem as causas da maior mortalidade entre os 50 e 59 anos, para que mudanças possam ser realizadas, melhorando a sobrevida desses pacientes.

**Palavras-chave:** Neoplasias labiais; Neoplasias bucais; Neoplasias faríngeas.



PO108

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****AValiação da Qualidade do Sono em Motoristas de Táxi****AUTOR PRINCIPAL:** RENATO SOFFNER DISCINI**COAUTORES:** FERNANDO OTO BALIEIRO; THAÍS MOTTA JUSTO; GABRIELA BATISTA HOLANDA; ANA LUIZA DE BORTOLI DE PAULA; ALDO EDEN CASSOL STAMM**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS, SÃO PAULO - SP - BRASIL**RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar a relação entre hábitos profissionais e de vida com os hábitos de sono de motoristas de táxi.

**Métodos:** o presente estudo possui caráter observacional, transversal, descritivo e analítico, envolvendo motoristas de táxi em diversas cidades do Brasil. Foram considerados como critérios de inclusão cidadãos maiores de 18 anos devidamente habilitados para a prática profissional de condutor de táxi, sem distinção de gênero, os quais aceitaram, mediante termo de consentimento livre e esclarecido por escrito, participar deste estudo. Fizeram parte deste estudo 51 participantes. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Edmundo Vasconcelos. Para avaliação dos participantes foi desenvolvido um questionário eletrônico contendo as seguintes variáveis: IMC, presença de roncos, insônia, jornada de trabalho, horas diárias de sono, horário que dorme, horário que acorda, horário que gostaria de acordar, escala de sonolência de Epworth, tipo de pessoa (matutina ou vespertina) e dificuldade para dirigir grandes distâncias.

**Resultados:** não há relação estatisticamente significativa entre as seguintes variáveis: Escore de Epworth e Horas de sono diárias ( $p=0,572$ ); Escore de Epworth e IMC ( $p=0,594$ ); Escore de Epworth e Horário que deseja acordar ( $p=0,845$ ); Escore de Epworth e presença de ronco ( $p=0,729$ ); Escore de Epworth e intensidade de ronco – moderado/intenso ( $p=0,776$ ); IMC e intensidade do ronco ( $p=0,191$ ); Disposição em viagens longas e presença de insônia ( $p=0,516$ ); Tipo de pessoa (matutina ou vespertina) e horas diárias de sono ( $p=0,487$ ). Por outro lado, houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis Tipo de pessoa (matutina ou vespertina) e as variáveis horário que dorme e horário que acorda. Pessoas do tipo vespertina tendem a dormir no intervalo entre 04:00-06:00h ( $p=0,004$ ) e acordar após o meio dia ( $p=0,004$ ) quando comparadas a pessoas do tipo matutina.

**Discussão:** No caso do presente estudo, os resultados apresentados divergem em grande parte dos resultados presentes na literatura. É possível que a metodologia da análise, que mescla questionários já validados internacionalmente como a Escala de Sonolência de Epworth e questões pessoais relacionadas ao cronotipo dos participantes, possa conter vieses. Outro fator a ser considerado é o eventual receio dos participantes em apontar eventuais hábitos que se relacionam com sua atividade profissional, sendo que ambos os casos é possível haver vieses de resposta e classificação por parte dos participantes. A amostragem do presente estudo, no caso de 51 participantes, nos parece adequada para a avaliação proposta. Conclusão: as variáveis Escore de Epworth, IMC, horários de dormir e acordar, presença de roncos, insônia, tipo de pessoa (matutina e vespertina) e dificuldade para dirigir grandes distâncias não apresentaram relação entre si para motoristas de táxi. Houve apenas relação estatisticamente significativa entre tipo de pessoa e horário que dormem ou se levantam.

**Palavras-chave:** DISTÚRBIOS DO SONO; SONO; MOTORISTAS DE TÁXI.

**PO112****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****DE MÉDICO A PACIENTE: MEU RELATO DE EXPERIÊNCIA COM A APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO!****AUTOR PRINCIPAL:** FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA**COAUTORES:** JOSE ROBERTO BENTES CAPELONI; HENDERSON DE ALMEIDA CAVALCANTE; GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY**INSTITUIÇÃO:** HUBFS/UFPA - HOSPITALAR BETTINA FERRO, BELÉM - PA - BRASIL

Este relato de experiência tem como objetivo narrar minha trajetória diagnóstica e terapêutica até o momento, que teve início durante meu primeiro ano de residência em otorrinolaringologia, quando comecei a perceber que algo estava errado em meu sono, impactando nas minhas atividades diárias e profissionais. Neste relato, destaco as dificuldades e desafios enfrentados ao longo do meu tratamento e a mudança de médico para paciente.

FPAS, 28 anos, natural de Santarém (PA), sexo masculino, com roncos persistentes desde a infância, agravados durante a adolescência, afetando a qualidade de vida, associado a persistente obstrução nasal, infecções orofaríngeas na adolescência, sonolência diurna excessiva com uso de altas doses de cafeína, diminuição das habilidades cognitivas e ganho de peso recente. Essas preocupações ganharam nova perspectiva ao iniciar os estudos em medicina do sono. Apresentei indicadores relevantes como a Escala de Sonolência de Epworth, pontuando 13 e indicando sonolência diurna significativa, enquanto o Questionário de Berlim revelou 03 categorias positivas e o Questionário Stop-Bang registrou 05 respostas positivas. O exame físico identificou hipertrofia de cornetos inferiores e desvio septal moderado bilateralmente durante a rinoscopia, hipertrofia de amígdalas grau III, classificação Mallampati IV e oclusão Angle I na oroscopia. Além disso, obtive o diagnóstico de obesidade grau 1, pré-hipertensão, aumento da circunferência abdominal. Exames complementares, incluindo fibronasolaringoscopia e tomografia de seios da face, indicaram obstruções significativas das vias aéreas superiores, com desvios septais moderados bilaterais, palato redundante, obstrução retropalatal e retrolingual, e hipertrofia leve de bases de língua.

A polissonografia tipo IV (Biologix) revelou um índice de dessaturação de oxigênio (IDO) de 144, compatível com apneia do sono acentuada, baixas saturações de O<sub>2</sub>, com tempo considerável abaixo de 90% e 80%, além de variações na frequência cardíaca durante os episódios (FIGURA 1). Ao ser classificado como Friedmann II e observado obstrução multinível, percebemos que antes do CPAP, o procedimento cirúrgico de amigdalectomia, faringoplastia expansora lateral, septoplastia e turbinectomia bilateral para abordar essas obstruções seria o ideal, facilitando a adaptação ao CPAP, posteriormente. O período pós-operatório foi desafiador, caracterizado por dores fortes, disfagia para sólidos, perda de peso considerável e alterações na voz. Após a cirurgia, houve uma notável melhora no quadro clínico, com redução significativa dos roncos, noites de sono mais reparadoras e uma qualidade de vida melhorada. Entretanto, após um ano, ocorreu uma recorrência parcial dos sintomas, incluindo ganho de peso e aumento da sonolência diurna, apesar da diminuição do volume do ronco.

Uma nova polissonografia tipo IV (Biologix) foi realizada, revelando um índice de dessaturação de oxigênio (IDO) de 24, correlato com apneia do sono moderada. Durante o exame, observou-se uma saturação mínima de oxigênio de 75%, média de 95%, além de períodos em que a saturação permaneceu abaixo de 90% por 14,4 minutos, acompanhados de variações na frequência cardíaca (Figura 2). Diante desses resultados, meus preceptores de sono optaram por manter a higiene do sono e implementar o CPAP, com posterior introdução gradual de atividades físicas regulares. Após duas semanas de uso do CPAP Resmed AirSense 10, relato melhorias significativas, incluindo sono mais reparador, redução da sonolência diurna e aprimoramento da capacidade cognitiva, mostrando-me ainda mais determinado na batalha contra a apneia do sono.

Este relato ilustra a complexidade do diagnóstico e tratamento da SAOS, uma jornada singular em que transitei de médico a paciente. Nele, evidencio as dificuldades enfrentadas, como as dores pós-cirúrgicas e os desafios no manejo da condição. Entretanto, enfatizo que, por meio de uma abordagem multidisciplinar, indicações cirúrgicas apropriadas e a utilização do CPAP, é possível recuperar parte da qualidade de vida e continuar a batalha diária contra a apneia do sono do sono.

Palavras-chave: MEDICINA DO SONO; FARINGOPLASTIA; POLISSONOGRAMA.

**PO118****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****ABORDAGEM CIRÚRGICA PARA O TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS OBSTRUTIVOS DO SONO NO HOSPITAL BETTINA FERRO: UM PROTOCOLO EM 10 PASSOS.****AUTOR PRINCIPAL:** FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA**COAUTORES:** JOSE ROBERTO BENTES CAPELONI; HENDERSON DE ALMEIDA CAVALCANTE; JUSSANDRA CARDOSO RODRIGUES; RODRIGO LEMOS DA SILVA; GIOVANA GOMES FERNANDES; ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT; FABIÓLA VASCONCELOS DA SILVA**INSTITUIÇÃO:** HUBFS/UFPA - HOSPITALAR BETTINA FERRO, BELÉM - PA - BRASIL

**OBJETIVOS E MÉTODOS:** Objetiva-se apresentar a elaboração de um protocolo cirúrgico voltado para pacientes com distúrbios obstrutivos do sono em um serviço de referência na região norte do Brasil, baseado em evidências científicas atuais e em experiências clínicas prévias. Para isso, uma revisão literária narrativa foi realizada através de artigos direcionados para indicações e contraindicações cirúrgicas e realizado discussões com uma equipe multidisciplinar, para avaliar as melhores condutas e confeccionar esse protocolo em 10 passos, tornando-se didático para os residentes do serviço.

**PROTOCOLO PASSO A PASSO:** O tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é essencial para prevenir complicações graves e melhorar a qualidade de vida do paciente. O principal objetivo do tratamento é reduzir a gravidade e a frequência das apneias do sono, observando o número de eventos de dessaturação de oxigênio. Existem várias opções de tratamentos disponíveis para a SAOS, que podem ser divididas em duas categorias principais: tratamentos não invasivos e invasivos. Os tratamentos não invasivos incluem mudanças no estilo de vida, dispositivos orais, pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP) e posições específicas para dormir, além de outras estratégias. Já os tratamentos invasivos incluem cirurgias e implantes de estimulação do nervo hipoglosso.

A faringoplastia lateral normal, expansora e uvulopalatofaringoplastia são as técnicas mais comumente utilizadas para tratar a AOS. Sendo sua escolha individualizada para cada paciente.

A faringoplastia lateral normal é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva que envolve a remoção de uma porção do palato mole e a criação de uma cicatrização que enrijece a parede lateral da faringe.

A faringoplastia expansora é outra técnica cirúrgica que visa aumentar o espaço nas vias aéreas superiores. Esta técnica envolve a remoção de uma porção do palato mole, da úvula e das amígdalas palatinas, bem como a expansão do espaço faríngeo.

A uvulopalatofaringoplastia é a técnica mais antiga e mais comumente usada de faringoplastia para o tratamento da AOS. Envolve a remoção da úvula, das amígdalas palatinas e de uma porção do palato mole. No entanto, estudos recentes observaram que a uvulopalatofaringoplastia pode ter uma taxa de sucesso relativamente baixa e pode estar associada a complicações, como disfagia e ronco pós-operatório.

Em termos de eficiência, a faringoplastia lateral normal e expansora são técnicas menos invasivas do que a uvulopalatofaringoplastia e também têm uma taxa de sucesso superior à uvulopalatofaringoplastia, com menos complicações no intra e no pós. No entanto, cada técnica possui suas próprias vantagens e proteção e deve ser avaliada individualmente para cada paciente.

Sugiro fazer o download do poster do evento, onde estão esquematizados o protocolo em 10 passos simples e organizados que realizamos no nosso serviço (IMAGEM INTEIRA)

**CONCLUSÃO:** A elaboração de um protocolo baseado em evidências científicas atualizadas pode contribuir para o aprimoramento dos protocolos clínicos, hospitalares e ambulatoriais para o tratamento da SAOS, garantindo uma abordagem mais eficaz e individualizada para cada paciente.

**Palavras-chave:** MEDICINA DO SONO; FARINGOPLASTIA; PROTOCOLO.

PO147

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**  
**PÊNFIGO VULGAR ORAL****AUTOR PRINCIPAL:** THAIS MARQUES DA COSTA**COAUTORES:** FREDERICO THOMPSEN ALT; FLAVIA DREON CALZA; ISABELLA DE ABREU BRKANITCH; LUCIANA NUNES DA ROSA; CLAUDIANE MACHADO VISINTIN; JÚLIA CATHARINA PEDROLO HENICKA; JÚLIA GIONGO PETRERE**INSTITUIÇÃO:** 1. OTOMED, PASSO FUNDO - RS - BRASIL2. HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL3. UPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente F. O. A, feminina, 33 anos, reside em Passo Fundo, vem ao ambulatório de Otorrinolaringologia com odinofagia há 2 meses, com períodos de melhora, refere que inicia o quadro com bolha na boca, que após se rompe e fica ulcerada (fig.1 e 2). Nega lesões em outros locais. Já fez tratamentos prévios com antibióticos, antifúngicos e corticoides. Exames laboratoriais e sorologias negativas. Foi, então solicitado biópsia da lesão oral e o resultado foi Pênfigo Vulgar. O tratamento com corticoide foi otimizado e a paciente foi encaminhada para o ambulatório de dermatologia para acompanhamento e introdução de imunossupressores.

**DISCUSSÃO**

O pênfigo é uma doença cutânea vesicobolhosa autoimune, incomum, que se caracteriza por autoanticorpos da classe IgG, que agem contra as moléculas e interferem na função de adesão intraepidérmica. O pênfigo é uma doença rara que acomete de 0,1 a 0,5/ 100.000 indivíduos por ano. No pênfigo vulgar, há erosões orais na maioria dos casos e geralmente precedem as bolhas na pele por semanas ou meses e podem ser a única manifestação da doença. O local de acometimento da lesão costuma ser no palato mole em 80% dos casos. Outras mucosas também podem estar envolvidas como conjuntiva, faringe, laringe, esôfago, uretra, vulva e colo do útero. O diagnóstico é feito pela biópsia e o tratamento é através de corticoides orais, sistêmicos e imunossupressores. O pênfigo vulgar afeta principalmente indivíduos com aproximadamente 60 anos de idade, sendo que o pênfigo foliáceo é mais comum entre os 30 e 60 anos. Não está relacionado a gênero ou raça, mas associa-se a HLA DR4 e DQw8 (comum em judeus) e HLA DR6 e DQ5. Evidências epidemiológicas apontam para a presença de um agente ambiental, possivelmente *Simulium pruinatum*, um mosquito. A exposição crônica a antígenos de insetos semelhantes à desmogleína 1 pode estar relacionada com determinação da formação de anticorpos IgG4 (principal subclasse), o que desencadeia uma reação cruzada com antígenos epidérmicos, levando à acantólise. Numerosos casos indicam que diversos membros da mesma família são afetados pela doença. Fatores genéticos podem ter forte relação com a suscetibilidade a fatores ambientais. O gene HLA DR1 está associado ao desenvolvimento do pênfigo foliáceo endêmico.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Odinofagia e lesões orais tem diversas etiologias, sendo importante suspeitar de Pênfigo quando surgirem alterações vesicobolhosas e ulceradas, para que o diagnóstico seja o mais precoce possível, pois é uma doença auto-imune que não tem cura, e sim um tratamento lento, gradual e bastante prolongado, que levará a melhora dos sintomas.

Palavras-chave: PÊNFIGO;ORAL;ODINOFAGIA.

**PO185****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****LEISHMANIOSE MUCOSA COM MANIFESTAÇÕES OROFARÍNGEAS: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MONIQUE MEDEIROS DE MOURA BARRETO ALVES**COAUTORES:** ALICE PEREIRA FERREIRA; MARIA VITTÓRIA DE MACEDO SIMEÃO BRASILEIRO; RAIMUNDO ALMEIDA NETTO; GUSTAVO BARRETO DA CUNHA; AMANDA CANARIO ANDRADE AZEVEDO**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL

**Relato de caso:** OJP, 55 anos, lavrador, procedente da zona rural de Teolândia-BA, previamente hígido e com passado de etilismo e tabagismo, refere disfonia progressiva há um ano e meio, associada a tosse produtiva, disfagia tipo entalo para todas as consistências, globus faríngeo, dispneia aos médios esforços e perda de 18 quilos em um ano. Negava queixas nasais, otológicas e estridor. Ao exame físico otorrinolaringológico, evidenciava-se lesão em palato duro com extensão para palato mole, parede posterior da faringe e laringe de coloração avermelhada, aspecto granulomatoso, elevada e indolor; além de linfonodomegalia em cadeia cervical posterior à direita. Ausência de lesões cutâneas em face, pirâmide nasal e tronco. Endoscopia nasal com crostas em fossa nasal comum anteriormente. Paciente foi submetido à biópsia, com estudo anatomopatológico, imunohistoquímica, sorologias, culturas para BAAR, micobactéria, fungos, aeróbio e PCR para Leishmania. Na amostra, foi evidenciado processo inflamatório crônico inespecífico em mucosa escamosa, PCR para Leishmania e IgG para toxoplasmose positivos e cultura para aeróbio positiva para *Klebsiella aerogenes*. Demais exames negativos. Paciente foi submetido a regime hospitalar com avaliação da infectologia, nutrição e fonoaudiologia, além de início de tratamento com anfotericina B por 14 dias. Após o tratamento, paciente apresentou melhora das lesões, entrou em curva de ganho de peso e apresentou resolução de disfagia. Após 7 meses, ainda refere disfonia residual.

**Discussão:** A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa causada pelo protozoário do gênero *Leishmania* e transmitida por insetos flebotomíneos, mais frequente em homens e adultos. Pode apresentar-se nas formas cutânea, cutânea-mucosa, mucosa concomitante, contígua e primária. Esta corresponde 3 a 6% dos casos e é geralmente causada pelo subtipo *L. (V). braziliensis*, a partir da disseminação por contiguidade ou hematogênica de lesões cutâneas. A Leishmaniose mucosa também pode subclassificar-se pelo Ministério da Saúde em tardia; sem lesão cutânea prévia; e concomitante, quando ocorre à distância de lesões cutâneas. Habitualmente, as lesões do tipo mucoso acometem primariamente a via aérea superior, mais especificamente a via nasal. Este caso possui correlação com a epidemiologia brasileira, porém abrange uma apresentação clínica inabitual, uma vez que não trazia queixas nasais e pela endoscopia nasal com poucas alterações. Aqui, maioria dos sintomas foram orais e faríngeos, sem lesões cutâneas em face ou à distância.

**Comentários Finais:** A LTA é uma doença frequente no Brasil e demanda do profissional de saúde alta suspeição clínica, pois faz diagnóstico diferencial com principalmente com doenças granulomatosas e neoplasias.

**Palavras-chave:** Leishmaniose Mucosa; Lesões orais; Disfagia.

**PO221**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DE EAGLE PELA TÉCNICA TRANSFARÍNGEA: RELATO DE CASO**

**AUTOR PRINCIPAL:** YARA FRANCESCHI SABA

**COAUTORES:** ANGELA CRISTINA GOMES; ANTONIO FERNANDO SALAROLI; BEATRIZ ALMEIDA SPERINI; LUIZ PINHEIRO NETO; FELIPE LAMBERT BITARELLO; SULENE PIRANA; GIOVANNA RODRIGUES PEREZ

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, POUSO ALEGRE - MG - BRASIL

**Introdução:** A síndrome de Eagle foi descrita por Watt Eagle em 1937 e é uma condição clínica incomum. Estima-se que sua frequência seja de 4-8 por 10.000 pessoas e apenas 4-10,3% apresentam sintomas. Ocorre mais frequentemente em mulheres, com uma proporção de 3:1. A etiologia é multifatorial. O desenvolvimento ósseo e a homeostase contribuem para o alongamento do processo estiloide. A síndrome de Eagle é um diagnóstico raro, com apresentação pouco variável, como foi o caso da paciente; entretanto, outros sintomas, como cefaleia, podem ser componentes de sua apresentação, embora com menor frequência do que cervicalgia. É importante conhecer a diversidade de sintomas relacionados à síndrome, pois pacientes mal diagnosticados podem ser submetidos a tratamentos desnecessários e até mesmo a diversos procedimentos cirúrgicos, sem obter melhora clínica. Modalidades de imagem têm sido utilizadas para o diagnóstico da síndrome, principalmente a tomografia computadorizada com reconstrução em 3D. O tratamento da síndrome de Eagle às vezes requer manejo invasivo. As opções de tratamento variam desde o manejo conservador até o tratamento cirúrgico.

**Relato do caso:** B.F.S, 60 anos, sexo feminino, sem comorbidades, com queixa de dor em assoalho de boca à esquerda, há 2 meses. Ligeiro aumento da dor com movimentos do pescoço. Ao exame: proeminência endurecida e dolorosa em assoalho de boca à esquerda, próximo a base de língua. Realizada avaliação dos movimentos de extensão, flexão e rotação do pescoço e palpada a parede anterior da fossa tonsilar e a parede lateral da faringe do lado esquerdo, onde ocorreu episódio de dor relatado pela paciente. Tomografia computadorizada de face evidenciando alongamento do processo estiloide à esquerda, com 5,3 centímetros, enquanto do lado direito não havia alongamento. Portanto, de acordo com as características clínicas e de imagem, o diagnóstico de síndrome de Eagle foi estabelecido. Foi submetida a cirurgia sob anestesia geral. Breve descrição do procedimento: remoção da amígdala esquerda, seguida por acesso transfaríngeo através da loja amigdalana e posteriormente exérese parcial do processo estiloide à esquerda. No controle clínico e de imagem aos 2 meses, a paciente não apresentava sequelas de parestesias ou danos a estruturas adjacentes, com supressão dos sintomas dolorosos. Tomografia computadorizada do pós operatório com processo estiloide à esquerda medindo 2,3 centímetros.

**Conclusão:** A síndrome de Eagle consiste em sinais clínicos inespecíficos, por isso é importante entender a avaliação diagnóstica e a variedade de opções de tratamento para a resolução dos sintomas.

**Palavras-chave:** Síndrome de Eagle;Ligamento estilohioideo;Técnica transfaríngea.

**PO225****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****Gengivoestomatite herpética em uma criança imunossuprimida****AUTOR PRINCIPAL:** MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ**COAUTORES:** RENATA ISIS DE OLIVEIRA CABRAL; NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO; THATIANA PEREIRA SILVA; JULYANA CARNEIRO GOMES; YASMIN DE REZENDE BEIRIZ; WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA; MÁRCIO CAMPO OLIVEIRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Trata-se de uma paciente 03 anos, com histórico de transplante hepático, em uso de tacrolimo, com relato de surgimento de ferimentos vesiculares em lábios, associado a quadro febril, odinofagia e inapetência, após quadro de infecções de vias aéreas superiores. As lesões evoluíram para ulcerações aftosas superficiais após ruptura e posteriormente, com edema importante de lábio, associado a sangramento de mucosas. Durante o período fez uso de antibióticos, antimicóticos, corticoides tópicos e antissépticos sem melhora clínica. Depois de diversos atendimentos, foi encaminhado a um ambulatório específico de bucofaringologia, tendo sido optado por iniciar uso de laserterapia de baixa frequência em lábios. A paciente evoluiu para melhora importante das lesões, de forma progressiva e após 04 sessões de laserterapia a mesma não apresentou mais lesões ulceradas, edema ou sangramentos

**DISCUSSÃO:**

Gengivoestomatite herpética é a manifestação clínica mais comum da primoinfecção pelo vírus do herpes simples em crianças pequenas. O vírus herpes simples (HSV) apresenta dois sorotipos distintos, o HSV-1 e HSV-2, sendo o tipo 1 o principal responsável por infecções orais e periorais.

A primoinfecção quando sintomática, manifesta-se na criança com sinais inespecíficos e intrabucalmente, pode apresentar-se com lesões dolorosas e sangrantes, quadro esse conhecido como gengivoestomatite herpética primária aguda. Nesses casos espera-se regressão espontânea dos sintomas em torno do 10º dia, diferentemente do que ocorreu no presente caso. Vários pontos foram importantes de serem sinalizados, desde por se tratar de uma paciente imunossupressa, pela demora do diagnóstico inicial e pela tentativa de diversos outros tratamentos adjuvantes, sem melhora.

O adoção do uso de laser de baixa frequência pode ser utilizado com bons resultados. Em protocolos realizados as aplicações poderão ser realizadas de duas a três vezes por semana com intervalo de 48 horas entre as sessões, até a total cicatrização das vesículas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

O diagnóstico é primordial para casos da doença em questão por se tratar de uma doença altamente transmissível através de fluidos corporais, associada a possíveis complicações. No presente caso, a patologia em questão requer uma atenção ainda maior, dado o risco de complicação aumentado em indivíduos imunossuprimidos.

Embora apresente um prognóstico favorável e uma atuação clínica que visa o regresso à normalidade, as manifestações do Herpes simples podem deixar consequências. A adoção de procedimentos terapêuticos adequados e oportunos pode minimizar as manifestações clínicas diminuir o tempo de evolução e o desconforto do paciente. A laserterapia de baixa frequência, tem um importante potencial analgésico imediato e a curto prazo acelera a cicatrização das lesões. Dessa forma a paciente obteve um bom resultado, devolvendo dessa forma o bem-estar à criança e ao seu núcleo familiar.

Palavras-chave: Gengivoestomatite herpética;Imunossupressão;Laserterapia.



**PO263**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Síndrome de Lemierre: relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** MANUELLA GOES DOS SANTOS RAPOSO

**COAUTORES:** DANIEL ZUCOLLOTTI CANDEIAS; HENRIQUE SANTOS FERNANDES; VICTOR JACOME SOARES MARTINS; TAMIRES APARECIDA ALVES BORGES; MARIA EDUARDA SPERANDIO; JOÃO MARCOS FAIER ASSUNÇÃO; MARINA PACHECO ROBERT PINTO

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO**

SOD, 16 anos, iniciou dor de garganta e febre, evoluindo com prostração, êmese, odinofagia e edema em região cervical. Admitida em hospital terciário para investigação de massa cervical de aumento progressivo. Exames laboratoriais: leucocitose (contagem de leucócitos: 18.000/mm<sup>3</sup>) e proteína C reativa elevada (17,41 mg/L). Ultrassonografia doppler cervical revelou infiltração edematosa dos planos musculares e adiposos adjacentes ao músculo esternocleidomastoideo direito. Além disso, veia jugular interna (VJI) direita não individualizada em todo seu trajeto cervical, sugestivo de trombose de jugular interna à direita. Tomografia computadorizada (TC) de pescoço com contraste venoso revelou coleção de grande volume com extensão para região retrofaríngea e mediastino superior. Realizada drenagem de coleção purulenta cervical à direita, porém não houve crescimento para cultura. BAAR, PPD, Gene Xpert de coleção cervical e cultura para germes comuns com resultados negativos. Sorologias (hepatite B e C, citomegalovírus, epsteinn barr virus, herpes, rubéola, toxoplasmose, HIV e sífilis) não reagentes. Paciente foi conduzida com esquema de antibioticoterapia venosa: cefepime, clindamicina e ciprofloxacino, com melhora do quadro e alta hospitalar. Principal hipótese diagnóstica do caso foi Síndrome de Lemierre. Realizada anticoagulação durante internação e após alta devido a trombose de VJI direita. Após 1 mês, ainda em anticoagulação, realizado scan duplex venoso com resultado sinais sugestivos de trombose previa de VJI direita e sinais indiretos de compressão extrínseca por massa em base de pescoço à direita e/ou trombose parcial de tronco venoso direito.

**DISCUSSÃO**

A Síndrome de Lemierre é entendida como tromboflebite séptica da VJI podendo posteriormente desenvolver êmbolos sépticos, no contexto de uma infecção orofaríngea que evolui para comprometimento do tecido periamigdaliano e espaço parafaríngeo. Tem como principal agente etiológico a bactéria anaeróbia gram negativa *Fusobacterium Necrophorum*, presente na flora orofaríngea e capaz de causar infecção primária em indivíduos imunocompetentes. O diagnóstico baseia-se na história de infecção recente de orofaringe, evidência clínica ou radiológica de trombose da VJI, isolamento de patógenos anaeróbios e presença de foco séptico. A TC com contraste é o exame mais útil para diagnóstico da tromboflebite, demonstrando edema de partes moles e defeitos de enchimento, ou o próprio trombo no interior da VJI. O duplex scan também é sensível à detecção da trombose de VJI. A identificação do micro-organismo causador por hemocultura, aspiração da veia trombosada ou cultura direta da veia é importante para o diagnóstico, embora haja controvérsias na literatura quanto à classificação dos casos em que o patógeno não foi identificado. Considerando que há culturas negativas em 12% dos casos, a suspeição clínica foi suficiente para manejo precoce afim de evitar um mau desfecho desta grave condição. Não há um esquema terapeutico definido para o tratamento da Síndrome de Lemierre, no entanto convencionou-se prudente ampliar a cobertura de antibioticoterapia para anaeróbios com duração de 3-6 semanas. A terapia anticoagulante é controversa, mas é amplamente utilizada.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A suspeição e manejo precoces da Síndrome de Lemierre são cruciais para garantir desfechos favoráveis ao paciente. Deve-se atentar a essa condição no contexto de infecções orofaríngeas, em meio à atual realidade de desencorajamento da utilização de antibióticos, após tempos de uso irrestrito e corriqueiro dos mesmos.

Palavras-chave: síndrome de lemmierre;faringotonsilite;trombose venosa.

**PO309****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****ERITEMA MULTIFORME NA CAVIDADE ORAL- RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** EDUARDO SUSS CECCON RIBEIRO**COAUTORES:** PAULO EDUARDO PRZYSIEZNY; ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA; JAMILE GARDIN DOS SANTOS; FABIO FERNANDES LABANCA; LAIS GENERO PIZZATTO; PEDRO AUGUSTO FLORES MACHADO; VICTÓRIA CENCI GUARIENTI**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL ANGELINA CARON, CAMINA GRANDE DO SUL - PR - BRASIL**Apresentação do Caso:**

V.J,masculino,48 anos,sem comorbidades prévias. Foi internado no Hospital Angelina Caron dia 17/12/22 devido quadro de sepse abdominal, quadro resolvido com tratamento clinico, utilizou 14 dias de Ceftriaxona e metronidazol. Durante o internamento paciente iniciou com lesões em região orais e nasais associado a leve dor local. Ao exame físico paciente apresentava lesão crostosa em região de lábios e cavidade nasal associado a lesões ulcerativas em região de palato mole e duro. Não apresentava lesões em outros seguimentos corpóreos. Exames laboratoriais com discreta elevação de creatinina,PCR e sódio. Devido as características clinicas foi aventada hipótese de eritema multiforme sendo então iniciado higiene local e dexametasona endovenosa. Em quatro dias de tratamento paciente apresentou boa melhora das lesões, recebendo alta e retorno para seguimento ambulatorial.

**Discussão:**

O eritema multiforme é uma patologia com um grande espectro de manifestações. A etiologia é indefinida, porem pode estar associado a infecções ou uso de medicações, principalmente antibióticos. Esses fatores podem gerar reações imunológicas gerando o quadro patológico. É uma doença aguda e autolimitada, mais comum em homens. Quando apresenta sintomas sistêmicos ou lesões em maior quantidade pode ser chamado de Stevens-Johnson ou quando acomete mais de 20% da superfície corporal se pode chamar Necrólise epidérmica tóxica. Classicamente no eritema multiforme as lesões iniciais são planas e vermelho-escuras, que sofrem ulcerações e produzem crostas. Classicamente temos as lesões em alvo. O diagnóstico geralmente é clinico, podendo a biopsia auxiliar. O tratamento é sempre realizado tratando a causa e tentando remover os prováveis fármacos associados, se pode iniciar terapia com corticoide endovenoso associado.

**Comentários Finais:**

O eritema multiforme apresenta um grande espectro de manifestações podendo se agravar como Stevens-Johnson ou a necrólise epidérmica tóxica. O diagnóstico muitas vezes é um desafio. Na grande maioria das vezes o quadro é autolimitado, porem é ideal que o paciente seja corretamente avaliado e prontamente tratado para evitar complicações do quadro. Alem do tratamento clinico é ideal a suspensao de drogas ou tratamento de infecções que estejam se associando ao caso, no paciente o relato quando foi realizado o diagnóstico os antibioticos ja tinham sido pausados. Na grande maioria das vezes o tratamento deve ser realizado em conjunto com a equipe da clinica médica.

**Palavras-chave:** oral;eritema;multiforme.

**PO321****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****PRÓTESE DENTÁRIA EM OROFARINJE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ODINOFAGIA REFRATÁRIA AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO**COAUTORES:** BRUNO PESTANA GOMES; LARISSA MORAIS BORÉM; FERNANDA CATISANI; CLARICE REIS DE OLIVEIRA MORAIS; RODRIGO PÊGO FRANCO; MILENA GAVA FIM; CHENG T-PING**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL**Apresentação do caso**

Em dezembro de 2022 o paciente R.A.M, 87 anos, acompanhado por familiares, procurou atendimento na clínica Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais, em Belo Horizonte, para avaliação de disfagia, odinofagia crônica associada à emagrecimento e amigdalites/faringites de repetição. A família informou que após procedimento cirúrgico com intubação orotraqueal há 8 meses o paciente passou a apresentar desconforto faríngeo refratário ao tratamento medicamentoso e emagrecimento importante.

Durante a avaliação da cavidade oral foram identificadas placas brancas em uma distribuição atípica na região da parede posterior. O restante do exame físico do paciente estava sem alterações e a palpação cervical estava livre. Foram realizados os exames de vídeo-endoscopia naso-sinusal com ótica flexível e vídeo-faringo-laringoscopia com endoscópio flexível a partir dos quais foi verificado um arco esbranquiçado entre as amígdalas com restos alimentares presos (imagem 1 e imagem 2. Inicialmente, considerando que o paciente estava em cuidados paliativos e havia apresentado emagrecimento importante nos últimos meses; foi suspeitado de uma alteração tumoral.

Após visualização cuidadosa da estrutura observou-se que era similar a uma dentadura. Foi realizada a remoção da prótese de forma manual com anestésico tópico em ambiente ambulatorial, tendo-se feito sua rotação para permitir a retirada. O procedimento foi tolerado pelo paciente, bem-sucedido e com alívio imediato do desconforto faríngeo crônico.

**Discussão**

O idoso relatou que o desconforto que reduzia sua ingesta alimentar há quase um ano cessou imediatamente.

A família informou que a prótese havia sido perdida após o procedimento cirúrgico, há 8 meses. Os episódios de desconforto faríngeo, disfagia e odinofagia que estavam sendo conduzidos como episódios infecciosos e tratados com antibióticos e anti-inflamatórios eram, na realidade, reação ao corpo estranho.

**Comentários Finais**

O presente relato visa alertar os colegas da importância de uma investigação completa dos pacientes, em especial os que apresentam queixas atípicas e que estão em algum grupo de vulnerabilidade. São paciente que em alguns casos não informam bem e a anamnese completa não é suficiente para caracterização adequada da queixa.

O paciente em questão, idoso fragilizado, foi tratado diversas vezes para o que se acreditava ser uma infecção faríngea de difícil resolução, com uso de inúmeros anti-inflamatórios e antibióticos. Uma avaliação cuidadosa permitiu identificar que, na realidade, tratava-se de um corpo estranho.

**Palavras-chave:** Corpo-estranho;Odinofagia;Prótese dentária.

**PO359****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****RELATO DE CASO: LINFOMA NÃO HODGKIN DE TONSILA PALATINA****AUTOR PRINCIPAL:** JAMILE GARDIN DOS SANTOS**COAUTORES:** JORGE AUGUSTO SAVI; EDUARDO SUSS CECCON RIBEIRO; ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA; LAIS GENERO PIZZATTO; FABIO FERNANDES LABANCA; FRANCISCO POLANSKI CORDEIRO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL ANGELINA CARON, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação:** Paciente masculino de 58 anos procurou o serviço de Otorrinolaringologia com sensação de corpo estranho em laringe há 2 meses após ingestão de espinho de peixe. Quando indagado sobre outros sintomas, negava a presença dos mesmos inclusive de perda ponderal. Não apresentava comorbidades mas relatava tabagismo ativo há 10 anos. O histórico familiar era negativo para neoplasias. No exame físico o paciente apresentava abaulamento em região cervical esquerda bem como assimetria importante de tonsilas palatinas. A tonsila palatina esquerda estava hipertrofiada, irregular e com aspecto vegetante. A palpação cervical evidenciava linfadenopatia em cadeias esquerdas. O paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico de amigdalectomia e o material encaminhado para estudo anatomopatológico que evidenciou processo linfoproliferativo atípico intenso sugestivo de linfoma não Hodgkin. A amostra foi também estudada com imunohistoquímica e o paciente foi encaminhado imediatamente para o tratamento Oncológico.

**Discussão:** O câncer da orofaringe tem incidência menor que 1% entre todos os tumores do corpo humano. Muito embora não seja dos mais frequentes no mundo, no Brasil, ocupa lugar entre os de maior incidência e vem aumentando em ocorrência ano após ano. O linfoma por ser originário do tecido linfoide, tem a orofaringe como sítio em maior proporção do que qualquer outro local do trato aerodigestivo. Na orofaringe, a base da língua e a tonsila são as localizações preferenciais, contabilizando cerca de 8% dos tumores da orofaringe. O linfoma de orofaringe não apresenta preferência por sexo, incidindo principalmente entre sexta e sétima décadas. O tipo histológico mais comum é o linfoma não Hodgkin de células B. O diagnóstico histopatológico de biópsias sempre evolui para um estudo imuno-histoquímico. A cirurgia nos casos de linfoma de tonsila palatina possui um papel diagnóstico importante porém o tratamento é realizado com poliquimioterapia, associada ou não à radioterapia. O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento oncológico são determinantes no prognóstico.

**Comentários finais:** Independentemente do progressivo desenvolvimento tecnológico, não apenas no diagnóstico como no tratamento, os resultados do tratamento são ainda precários. Isso se dá pelas dificuldades do diagnóstico precoce, seja pela pobreza de sinais e sintomas da doença em seus estágios mais iniciais devido ao padrão de inervação sensitiva do nervo glossofaríngeo, ou pela falta de uma política preventiva direcionada aos profissionais das diversas áreas que lidam com a boca e a orofaringe.

**Palavras-chave:** Linfoma Não Hodgkin;Tonsila Palatina;Linfadenopatia.

**PO367**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**  
**ANGIOEDEMA DE LÍNGUA INDUZIDO POR CAPTOPRIL**

**AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA FAVORETTO ALMEIDA

**COAUTORES:** GISELLI HELENA SOUZA; RAQUEL RAIANE ALVES LOPES; MAURÍCIO VILELA FREIRE; MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO; JOSE ELIAS DA SILVA MURAD; RONALDO CAMPOS GRANJEIRO

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente sexo feminino, 88 anos, com importante edema em língua iniciado há 2 dias, que impossibilitava a retenção da mesma na cavidade oral. Apresentava ingesta alimentar líquida e pastosa com auxílio de canudo. Negava outros sintomas associados, como dor, febre, náuseas, vômitos e dispneia. Referia já ter apresentado o mesmo quadro anteriormente, porém em menor intensidade e com resolução espontânea em menos de 24 horas. É hipertensa, em uso de captopril e hidroclorotiazida. No exame físico, apresentava importante macroglossia em terço anterior da língua. À palpação, língua de consistência amolecida, ausência de hiperemia ou lesões. Videolaringoscopia com secreção mucoide em valéculas, fenda glótica sem alterações, com boa mobilidade de pregas vocais, ausência de lesão em subglote, recessos piriformes livres. Realizada internação, solicitado laboratoriais e realizada hidrocortisona de ataque e dexametasona de manutenção. Evidenciada leucocitose de 27720 em laboratoriais e alteração de função renal (creatinina 1,6), VHS dentro dos limites de normalidade, sem outros achados. No segundo dia de internação hospitalar, paciente evoluiu com remissão completa de edema, conseguindo falar normalmente e ingerir alimentos. Ao exame, apresentava leve edema residual de base de língua, conseguia manter língua em cavidade oral e verbalizava normalmente. Avaliada em conjunto com a clínica médica, sendo concluído o diagnóstico de angioedema devido ao uso de inibidor de enzima conversora de angiotensina (captopril). Clínica médica orientou substituição de captopril por losartana. Paciente recebeu alta com remissão completa de edema.

**Discussão:** O angioedema pode ser desencadeado por mediadores de mastócitos, como a histamina, manifestando-se como sintomas de reações alérgicas, urticária ou episódios pseudoalérgicos ou mediados pela bradicinina, podendo ser hereditários ou adquiridos. O angioedema adquirido pode ser causado por medicamentos, principalmente pelos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), combinações de um inibidor da ECA com um inibidor da dipeptidil peptidase-4 (DPP) e mais raramente por bloqueadores dos receptores da angiotensina II. O angioedema em função do uso de inibidores da ECA ocorre em 0,2–0,7% dos pacientes. São mais prevalentes em afro-americanos, fumantes, mulheres, idosos e em paciente com histórico de erupção cutânea medicamentosa, alergias sazonais e uso de terapia imunossupressora. Geralmente, o angioedema desencadeado por IECA ocorre nos primeiros meses após o início da medicação, com um período de latência entre a primeira ingestão do medicamento e o angioedema variando na literatura entre 1 dia e 10 anos, com mediana de 6 meses. O angioedema induzido por IECA afeta mais frequentemente a região da cabeça e pescoço, com maior prevalência em língua, seguido de lábios, faringe e laringe. Cerca de 10% dos pacientes podem apresentar obstrução do trato respiratório superior. O primeiro passo do tratamento envolve a suspensão imediata do uso do medicamento causador do angioedema. Não há consenso sobre a melhor abordagem farmacológica, porém anti-histamínicos, esteróides e epinefrina podem ser utilizados. A intubação endotraqueal pode ser necessária nos casos de comprometimento das vias aéreas.

**Comentários finais:** O angioedema adquirido secundário ao uso de medicamentos, principalmente, aos inibidores da ECA afetam principalmente a região de cabeça e pescoço. Assim, deve haver atenção a proteção das vias aéreas superiores. Diante desses casos é fundamental o diagnóstico e terapêutica precoces, suspensão imediata do uso do medicamento causador do angioedema e avaliação via aérea, com realização de intubação traqueal nos casos de comprometimento dessa.

**Palavras-chave:** Angioedema; IECA; Língua.

**PO379**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Avaliação de dados clínicos, demográficos e antropométricos em adultos com suspeita de apneia obstrutiva do sono em um Hospital Universitário

**AUTOR PRINCIPAL:** LORENA CARVALHO DOS SANTOS

**COAUTORES:** LUCIANE DE FIGUEIREDO MELLO; IVIS ANDREA MARQUES FERRO; CHRISTIANO COLUCCI DE MELLO VILLELA; YURI DE MEDEIROS ALCÂNTARA; RENATA ANSELME DA SILVA; FELIPPE FELIX; RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

Avaliação de dados clínicos, demográficos e antropométricos em adultos com suspeita de apneia obstrutiva do sono em um Hospital Universitário: estudo comparativo entre os sexos.

**Objetivos:** A apneia obstrutiva do sono (AOS) é o distúrbio respiratório do sono mais prevalente, apesar de ser frequentemente subdiagnosticada. Dados prévios sugerem diferenças importantes tanto na apresentação clínica quanto nos dados polissonográficos entre os homens e as mulheres, caracterizando, assim, dois fenótipos clínicos distintos. O principal objetivo do estudo foi avaliar possíveis diferenças clínicas e polissonográficas relacionadas ao sexo em pacientes adultos regularmente atendidos no Ambulatório de Distúrbio Respiratório do Sono de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro, os quais foram consecutivamente submetidos à realização de polissonografia noturna domiciliar (Tipo III).

**Métodos:** Foi realizado um estudo transversal contendo uma amostra de conveniência com 261 indivíduos, os quais foram prospectivamente selecionados, no período de 31/02/2020 a 31/08/2023, em um ambulatório especializado do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Todos os dados clínicos, demográficos e antropométricos foram coletados sistematicamente antes da realização da polissonografia domiciliar (ApneaLink Air®), a qual foi realizada em uma única noite, após esclarecimento prévio. Todos os resultados da polissonografia domiciliar foram obtidos por leitura manual do traçado. Foram excluídos os indivíduos menores de idade (< 18 anos), aqueles submetidos à polissonografia completa do Tipo I, aqueles com dados clínicos incompletos, pacientes em uso de oxigênio suplementar noturno e/ou indivíduos com tempo total de gravação da polissonografia < 240 minutos. O diagnóstico e a estratificação da gravidade da AOS foram baseados no índice de evento respiratório (IER) como qualquer AOS ( $\geq 5,0/h$ ), AOS moderada/grave ( $\geq 15,0/h$ ) e AOS grave ( $\geq 30,0/h$ ). 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. O valor de p bicaudal < 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

**Resultados:** Foram incluídos 261 participantes: 138 mulheres (52,9%) e 123 homens (47,1%). A frequência de ronco alto e de apneia presenciada foi estatisticamente similar entre os sexos ( $p = 0,488$  e  $p = 0,313$ ; respectivamente). Contudo, as mulheres apresentaram mais frequentemente cansaço do que os homens: 80,4% versus 61,0% ( $p = 0,001$ ). As mulheres, em relação aos homens, apresentaram maior frequência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e de diabetes mellitus (DM): 65,2% versus 52,0% ( $p = 0,033$ ) e 35,5% versus 20,3% ( $p = 0,009$ ); respectivamente. As mulheres apresentaram maior idade e maior índice de massa corpórea (IMC) do que os homens:  $55,2 \pm 15,3$  anos versus  $51,2 \pm 17,2$  anos ( $p = 0,047$ ) e  $31,2 \pm 6,7$  Kg/m<sup>2</sup> versus  $29,6 \pm 5,9$  Kg/m<sup>2</sup> ( $p = 0,041$ ); respectivamente. Entretanto, os homens apresentaram valores de circunferência de pescoço (CP) estatisticamente maiores do que as mulheres:  $42,4 \pm 3,8$  cm versus  $38,0 \pm 4,2$  cm ( $p < 0,001$ ). A frequência de sonolência diurna excessiva (Escala de Sonolência de Epworth  $\geq 11$  pontos) foi similar entre os sexos ( $p = 0,131$ ). A prevalência de qualquer AOS e de AOS moderada/grave foi similar entre os sexos:  $p = 0,233$  e  $p = 0,072$ ; respectivamente. Contudo, a prevalência de AOS grave foi estatisticamente maior nos homens do que nas mulheres: 25,2% versus 12,4% ( $p = 0,010$ ).

**Discussão:** As mulheres apresentaram uma maior frequência de HAS e de DM, além de reportarem mais cansaço do que os homens. Além disso, apresentaram maior idade, maior IMC e menor CP do que os homens. O homens, por sua vez, apresentaram uma prevalência estatisticamente maior de AOS grave do que as mulheres.

**Conclusão:** Existiram importantes diferenças clínicas, demográficas, antropométricas e relacionadas à polissonografia, indicando que a AOS se comporta de forma distinta entre os homens e as mulheres.

**Palavras-chave:** apneia obstrutiva do sono; polissonografia; apneia grave.

**PO386**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Avaliação de adesão e redução de pressão efetiva em pacientes em uso de CPAP, após tratamento com furoato de mometasona intranasal

**AUTOR PRINCIPAL:** JOSE MAURICIO TERCÍ DE ABREU

**COAUTORES:** AMANDA ANDRAUS SIMONIAN; FERNANDO BRUNO MERELLO; LETICIA GONÇALVES SILVA; MILENA DE ALMEIDA TORRES CAMPANHOLO; PAULA RIBEIRO LOPES; FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR; PRISCILA BOGAR

**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL

**Objetivo:** Avaliar o uso do furoato de mometasona intranasal na redução do P90 do CPAP, bem como seu impacto na adesão ao aparelho, após um mês de uso na dose preconizada.

**Método:** Estudo clínico randomizado duplo-cego onde foram avaliados relatórios de uso de CPAP de 18 pacientes com SAOS e em uso de CPAP, no ambulatório de otorrinolaringologia de um hospital público terciário, para obter a adesão, em dias de uso superior a 4 horas, e o valor de P90. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: com uso de furoato de mometasona (dose: 200 mcg/dia – 2 jatos em cada narina à noite) ou placebo (soro fisiológico). Foram realizadas 2 avaliações, no início do estudo e após um mês de tratamento.

**Resultados:** Foram avaliados 17 pacientes, sendo 9 pertencentes ao grupo controle (GC), 8 pertencentes ao grupo intervenção (GI).

Do total, 9 pacientes eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino, com a distribuição de 5 mulheres no GC e 4 no GI, 4 homens no GC e 4 no GI. A média de IMC (índice de massa corpórea) no GC é de 31,44 kg/m<sup>2</sup> e no GI de 35,63 kg/m<sup>2</sup>. A média de idade dos grupos é de 66,22 anos no GC e de 61,37 anos no GI, com média geral de 63,94 anos. Nenhum dos pacientes referiu efeitos adversos após a intervenção.

No GC, a média do P90 pré-intervenção era de 8,6; após 1 mês de placebo foi de 8,43. No GI, P90 foi em média de 7,93; após o tratamento, foi de 8,15. Dessa forma, observou-se no GC variação de -0,17 (p=0,45; IC 95% -0,31 – 0,65) e no GI, variação de 0,22 (p=0,07; IC 95% -0,45 – 0,02)

A adesão em 30 dias no GI e no GC pré-intervenção era de 28,88 dias e 26 dias, respectivamente. Após o tratamento, se alterou para 29,11 dias e 25,87 dias. Assim, foi observado variação de 0,23 dias (p=0,826; IC 95% -1,17 – 1,42) no GI e de -0,13 dias (p=0,803; IC 95% -2,21 – 1,76) no GC.

**Discussão:** A prevalência de sintomas nasais, como rinorreia e obstrução nasal, são efeitos adversos do uso de CPAP em até 45% dos usuários.

Os sintomas citados acima, são ainda, preditores de má adesão ao CPAP, como sugerem estudos. Segsarnviriya C, Chumthong R e Mahakit P (2020), realizaram estudo clínico randomizado que avaliou a prevalência de sintomas nasais e adesão ao CPAP antes e após o uso de furoato de fluticasona nasal em 83 pacientes. Os resultados evidenciaram melhora importante de sintomas nasais, especialmente rinorreia e congestão nasal, com melhora de adesão ao CPAP após 90 dias de tratamento.

Outro estudo, de Strobel et al (2010) avaliou 63 pacientes em um estudo clínico randomizado, também com o furoato de fluticasona nasal, porém com reavaliação após 30 dias de tratamento. Foram avaliados sintomas nasais e o pico de pressão do CPAP. Não houve redução de pressão máxima do CPAP, bem como redução de sintomas nasais.

O estudo atual não demonstrou alterações significativas na redução de P90 ou na adesão do CPAP após 1 mês de tratamento com furoato de mometasona nasal. Não houve relato de efeitos adversos por parte dos pacientes, que apresentaram boa adaptação e referiram adesão adequada ao tratamento.

O resultado do estudo se mostrou mais parecido com o apresentado por Strobel et al. Apesar de utilizar drogas diferentes, deve se pensar que os resultados ocorreram pela duração do tratamento, de apenas 30 dias.

Um novo estudo com mesma metodologia e tempo de reavaliação em 90 dias, como realizado por Segsarnviriya C, Chumthong R e Mahakit P, pode demonstrar novos resultados e permitir a comparação da ação do furoato de mometasona e do do furoato de fluticasona após 3 meses de uso na população usuária de CPAP.

**Conclusão:** A obstrução nasal e sintomas nasais são frequentes na população usuária de CPAP, sendo relacionados à má adesão. O presente estudo, não demonstrou que o furoato de mometasona nasal tenha sido eficaz na redução de P90 ou no aumento de adesão de CPAP. Novos estudos com um número maior de pacientes e com período de tratamento maior podem ser necessários para melhor avaliação de resposta à intervenção.

**Palavras-chave:** AOS;CPAP;mometasona.



**PO390**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**RELATO DE CASO: GRANULOMA PIOGÊNICO (TUMOR ODONTOGÊNICO)**

**AUTOR PRINCIPAL:** LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO

**COAUTORES:** CAROLINA OLIVER BRANDÃO; GABRIELA BERALDO BELÃO; PATRÍCIA FRANCINA LIMA GOMES MAI; MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO CLÍNICA**

Paciente do sexo masculino, Y.H.C.S, 26 anos, compareceu a este serviço de otorrinolaringologia em consulta ambulatorial queixando-se do aparecimento de lesão em orofaringe, mais precisamente na base da língua há 15 dias. Segundo o mesmo o crescimento foi súbito, progressivo e acelerado, a lesão era indolor e não estava associada a outros sintomas sistêmicos. O paciente não apresentava comorbidades conhecidas ou fazia uso de medicamentos de uso contínuo. Na oroscopia foi possível visualizar lesão com característica vegetaste, ulcerada, recoberta por tecido fibrinoso amarelo-esbranquiçado, medindo aproximadamente 4 centímetros. Foram solicitados exames complementares para guiar os principais diagnósticos diferenciais. Dentre os laboratoriais: hormônios tireoideanos dentro dos valores de normalidade, Teste rápido e sorologias negativas para Sífilis, HIV, Hepatites B e C. Também foram realizados nasofibrolaringoscopia e tomografia computadorizada de pescoço com contraste que detalharam as dimensões da lesão em 5 cm, e a caracterizaram como um tecido heterogêneo, porém sem extensão para estruturas adjacentes, como seios piriformes e valécua. Diante dos achados, a conduta foi realizar biópsia excisional em centro cirúrgico que confirmou anatomopatologicamente se tratar de um granuloma piogênico.

**DISCUSSÃO**

O granuloma piogênico consiste em uma hiperplasia fibrosa inflamatória. Na literatura é descrito como uma lesão reativa semelhante a um tumor, que decorre de um estímulo local de baixa intensidade como: trauma, fatores hormonais e algumas drogas. Descrita pela primeira vez na literatura pelo Inglês Hullihen em 1844; mas o termo "granuloma piogênico" ou "piogênico granuloma" foi posteriormente apresentado por Hartzell em 1904. Tais lesões, também são conhecidas como hemangiomas capilares lobulares, condições vasculares benignas que ocorrem em sua maioria nas membranas da mucosa oral e nas superfícies da pele.

Geralmente se desenvolvem secundariamente à recente irritação ou trauma local e podem se desenvolver rapidamente ao longo de um período de dias a semanas. Clinicamente, as lesões se manifestam como nódulos ou pápulas avermelhadas com base sésil ou pediculada e podem ser sangrantes ao toque. Muitas vezes a superfície é ulcerada e friável, sendo coberta por uma membrana de fibrina amarelada. As lesões variam de poucos milímetros a alguns centímetros. Muitas vezes as lesões adquirem seu tamanho máximo em poucos dias ou semanas, fato este que pode contribuir para pensar em malignidade. Os diagnósticos diferenciais do granuloma piogênico incluem lesões frequentemente encontradas na gengiva e mucosa oral como lesão periférica de células gigantes, fibroma ossificante periférico e hiperplasias gengivais, no entanto, algumas neoplasias malignas devem ser excluídas, como sarcoma de Kaposi e metástases para cavidade bucal. Por esses motivos a biópsia pode ser imprescindível para definir corretamente o tratamento.

O diagnóstico definitivo é confirmado por biópsia e exame histopatológico, A lesão apresenta-se como áreas lobuladas de tecido de granulação hiperplásico, cobertas parcialmente por epitélio estratificado escamoso, delgado e atrófico. Possui áreas localizadas com proliferação endotelial e produção de espaços vasculares. A excisão completa é o tratamento de escolha, mesmo deixando cicatriz, pois outros tratamentos como cauterização, curetagem, separação a laser, crioterapia ou fotocoagulação são menos eficientes em eliminar a recorrência dessas lesões.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Apesar de não possuir uma apresentação clínica específica para o diagnóstico, é importante conhecer as principais características do granuloma piogênico e associá-las a história clínica do paciente diferenciando-as das outras afecções orais, pois uma interpretação errada das características das lesões em geral, pode levar não só a um diagnóstico incorreto, como também a uma conduta terapêutica inadequada.

Palavras-chave: Granuloma piogênico; Tumor de orofaringe; Estomatologia.

**PO405**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Epidemiologia das internações por parotidites virais em Pernambuco nos últimos 5 anos

**AUTOR PRINCIPAL:** MARINA MOURA MACIEL

**COAUTORES:** MARIA EDUARDA ANTUNES PARREIRAS; PEDRO MELO CORDEIRO DE FREITAS; IGOR DOMENICI ARAUJO LANNA

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL

**OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico das internações por parotidites virais em Pernambuco nos últimos 5 anos.

**MÉTODOS:** Estudo epidemiológico, retrospectivo, quantitativo, com objetivo de traçar perfil dos pacientes internados por parotidites virais em Pernambuco entre julho de 2018 e julho de 2023 e comparar com o cenário nacional. Os dados foram obtidos a partir de consultas realizadas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/DataSUS). Foram analisadas as variáveis internações, município, raça/cor, faixa etária e sexo.

**RESULTADOS:** No estado de Pernambuco houve ao total 172 internações por parotidite viral no recorte temporal dos últimos 5 anos, enquanto no território brasileiro houve 2.609 internações. A raça/etnia mais acometida foi a população parda com 54,65%, contrapondo à preta que teve o menor índice (3,48%), porém é válido ressaltar que tais dados apresentam limitação, uma vez que aproximadamente 32% dos pacientes não identificaram a raça. Quanto à faixa etária, a de 1-4 anos liderou, sendo responsável por 30 internações, por outro lado os jovens entre 15 a 19 anos assumiram a menor quantidade, 2 internações. O sexo mais afetado no estado foi o masculino, com 82% do montante total. Ademais, Recife se destacou como a cidade de Pernambuco com maior taxa de internação, representando 76%.

**DISCUSSÃO:** As parotidites virais são infecções agudas da glândula salivar parótida, cujos agentes etiológicos são os vírus da família Paramyxoviridae. Essa patologia não é de notificação compulsória, mas seus surtos devem ser notificados. As internações por parotidite viral se relacionam com quadros subagudos inflamatórios, tais quais a meningite asséptica, tireoidite, cardite, bem como inflamações em gônadas. Mesmo assim, é válido ressaltar que 90% dos casos têm evolução benigna. A racialização de dados epidemiológicos é de suma importância para compreender-se como está o acesso da população aos serviços de saúde, portanto é preocupante a lacuna de identificação racial, mesmo que por parte dos pacientes. A vacinação tem papel central no controle de casos e na redução da mortalidade da doença. Mesmo assim, nota-se que a faixa etária que mais precisou de internação foi a de crianças após o período previsto para a vacinação da tríplice viral, 1 ano. Embora tenha-se visto uma maior prevalência em pacientes masculinos, a literatura não descreve predisposição dessa população a desenvolver parotidites e também não se pontua que nesse estrato populacional a patologia seria mais grave. Por fim, é notável que a capital do estado de Pernambuco, Recife, foi o maior centro de internação. Fato esse facilmente explicável por se tratar de um destino comum de pacientes encaminhados de todo o estado.

**CONCLUSÃO:** Após a análise dos dados, torna-se possível inferir que perfil epidemiológico mais representativo das internações por parotidites virais no estado de Pernambuco são indivíduos pardos, com idade entre um a quatro anos, do sexo masculino e residentes de Recife, cujo quadro apresenta uma evolução benigna, tendo a vacinação um lugar de destaque no combate à morbimortalidade da doença.

**Palavras-chave:** Parotidites virais;Epidemiologia;Pernambuco.

**PO433****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERA ORAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LUIZA MARIA DIAS**COAUTORES:** CAMILO PESSI BRUMATTE; BRUNA FIGUEIRA BRAGA; ANA PAULA DE SOUZA LIMA; RODRIGO BARRETO RODRIGUES CONDÉ; JULIANA LAINO RIBEIRO; LANA PATRICIA SOUZA MOUTINHO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo masculino, 44 anos, militar, feoderma, natural do Pará e residente no Rio de Janeiro, sem comorbidades, procurou atendimento no Hospital Naval Marcílio Dias em 15/05/2023 com queixa de odinofagia intensa há 5 dias, sem febre associada. Realizou consulta médica online, sendo prescrito Penicilina Benzatina, sem melhora. Ao exame: úlcera em palato mole à esquerda, de cerca de 1.5 cm de diâmetro, com profundidade de 0.5 cm, bordos regulares e coberta por material semelhante a fibrina, sem drenagem de secreção. Apresentava ainda exsudato em amígdala esquerda, sem linfonodomegalias ou outras alterações ao exame físico. O paciente foi internado para investigação e controle álgico, sendo prescrito Metronidazol e Clindamicina.

**Laudo anatomopatológico:** Epitélio escamoso exibindo intenso infiltrado inflamatório misto, compatível com borda de úlcera. Ausência de malignidade. Não foram observados fungos nas colorações PAS e Grocott ou bacilos na coloração Ziehl-Neelsen.

Exames laboratoriais sem alterações, exceto VHS de 79 mm e PCR de 10.5. Hemoculturas e sorologias para doenças infectocontagiosas causadoras de úlceras orais negativas, hemograma inalterado. PPD não reagente.

Recebeu alta hospitalar após melhora clínica e foi submetido a biópsia em outro hospital, cujo laudo foi: Proliferação epitelial escamosa e glandular mucosa associada a atipias citológicas e arquiteturais e infiltrado inflamatório misto. O diagnóstico diferencial deve incluir sialometaplasia necrosante e carcinoma epidermoide. Não foram vistas formas amastigotas ou efeito citopático viral característico. Ausência de granulomas, BAAR negativo, PCR para Leishmaniose negativo.

Após 14 dias de uso de Metronidazol e Clindamicina, sua lesão evoluiu de maneira benigna, sendo que em 1 semana sua lesão já se encontrava em processo de re-epitelização. Após 1 mês a lesão involuiu por completo, não deixando cicatriz.

**Discussão:** As úlceras orais são causas frequentes de consultas otorrinolaringológicas e seguem como um verdadeiro desafio para os médicos. O diagnóstico correto das lesões e da sua etiologia é essencial para a condução do tratamento adequado.

Para tanto, é necessária uma análise do histórico médico do paciente, anamnese e exame físico detalhados para identificar os fatores predisponentes e características específicas da úlcera, além dos fatores iniciantes, agravantes, de alívio e a correlação temporal da lesão com outros sintomas sistêmicos.

As úlceras podem ter origem infecciosa, autoimune, neoplásica ou traumática, podendo também ter correlação com diversas doenças sistêmicas. Exames complementares podem auxiliar na elucidação diagnóstica, tais quais sorologias para doenças infectoparasitárias, como Sífilis, HIV, Herpes, Citomegalovírus, Varicela-Zoster, Epstein-Barr e outros, além do PPD na suspeita de Tuberculose.

A análise histopatológica da lesão é importante no diagnóstico diferencial de neoplasias e sempre que possível deve ser realizada. Entretanto, a histopatologia isolada pode provar-se inútil ou deficitária, o que torna uma anamnese minuciosa indispensável.

No caso desse paciente, houve divergência entre o laudo histopatológico dos dois hospitais, o que dificultou o diagnóstico. Entretanto, a evolução favorável do quadro clínico e da própria lesão levou a equipe médica a acreditar na benignidade da úlcera. O paciente segue em acompanhamento regular, assintomático e sem novas lesões após 5 meses.

**Comentários finais:** Trata-se de um tema de relevância médica e que ainda gera muitos debates entre especialistas. Mesmo em grandes centros médicos, com facilidade de acesso a exames laboratoriais, imaginológicos e histopatológicos, o diagnóstico diferencial de úlceras orais ainda é um grande desafio.

**Palavras-chave:** úlcera oral; lesão oral; úlceras orais.

**PO434**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Distúrbios de sono em crianças com Transtornos do Espectro Autista

**AUTOR PRINCIPAL:** MÁRCIO MOREIRA CAJAHIBA JÚNIOR

**COAUTORES:** VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES; BEATRIZ ROCHA CUZZUOL; SANDERSON ENDREW GOMES LEÃO

**INSTITUIÇÃO:** 1. FASA VITÓRIA DA CONQUISTA, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DA BAHIA CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL4. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivo:** Avaliar a prevalência dos distúrbios de sono e seu tratamento em crianças com Transtornos do Espectro Autista.

**Método:** Feita revisão nas bases de dados PubMed e MEDLINE, através dos descritores: “sleep” AND (asd) OR (autism spectrum disorder) e “sleep disorder” and “autism spectrum disorder”. Como critérios de inclusão, definiu-se: artigos nos idiomas inglês e espanhol, publicados nos últimos 5 anos, que fossem ensaios clínicos, meta análise ou ensaio clínico randomizado.

**Resultados:** A partir da busca nas bases de dados, foram encontradas 52 referências. Depois de eliminadas as duplicidades e trabalhos com critérios de exclusão, foram selecionados 6 estudos para essa revisão. Os resultados demonstraram que 40% a 80% das crianças com Transtornos do Espectro Autista (TEA) possuem algum distúrbio do sono, como insônia. Foi encontrado que esses indivíduos possuem maior latência do sono (tempo para iniciar o sono), menor tempo total de sono, menor eficiência de sono, menor tempo na cama, mais problemas com sonolência diurna, dificuldades em iniciar e manter o sono e sudorese noturna além de uma menor proporção de sono REM. “Ainda, os estudos relataram que crianças com TEA, à medida em que apresentam distúrbios de sono, possuem maiores dificuldades comportamentais, como irritabilidade e hiperatividade.” Um dos artigos analisados encontrou que intervenções comportamentais, como criação de horários de sono consistentes, evitar cochilos e psicoeducação sobre sono, foram eficazes em reduzir a latência do sono (-18 minutos) e melhorar a eficiência do sono (5.5%). Por fim 3 dos artigos analisados demonstraram que o uso da melatonina de liberação prolongada apropriada para pediatria (PedPRM) pode ser um tratamento seguro e eficaz a longo prazo em crianças com TEA e insônia. Tal eficácia parece ter relação com o efeito de níveis plasmáticos sustentados por cerca de 10 horas, com ação mimética à melatonina endógena. Junto a isso, o uso dessa terapêutica foi associado à melhora da duração e qualidade do sono, bem como dos comportamentos externalizantes, como hiperatividade, impulsividade e agressividade, e, por consequência, melhorando também a qualidade de vida dos cuidadores.

**Discussão:** Os TEA são um conjunto de transtornos do neurodesenvolvimento caracterizados por deficiências comportamentais, sociais e de comunicação, além de comportamentos repetitivos/restritivos. A razão para crianças com TEA possuírem maior taxa de distúrbios de sono ainda não é bem esclarecida na literatura, porém, há evidências de que esses indivíduos possuem níveis mais baixos de melatonina. Foi visto que a insônia não só exacerba alguns dos sintomas do TEA, mas também pode afetar a eficácia do treinamento de reabilitação, fazendo com que pais e cuidadores sejam submetidos a níveis aumentados de estresse e privação de sono. Os guidelines atuais recomendam intervenções comportamentais como primeira linha de tratamento, com destaque para a psicoeducação sobre a higiene do sono e o uso de técnicas de relaxamento antes de dormir. Caso a criança não responda à abordagem comportamental, os estudos analisados trazem o uso da PedPRM como uma terapia eficiente e segura, sem efeitos deletérios no processo de desenvolvimento e puberdade conhecidos até então. As dosagens de PedPRM utilizadas não foram padronizadas entre os estudos, não sendo possível ainda definir uma dose terapêutica definitiva. Por fim, há limitações na quantidade e qualidade dos trabalhos publicados, sendo importante a existência de novos estudos, com maior amostra populacional e exclusão de fatores de confusão.

**Conclusão:** Crianças com TEA possuem dificuldades comportamentais já conhecidas, porém, os distúrbios de sono exacerbam tais dificuldades. Dessa forma, a melhora dos padrões de sono nesta população é a chave para melhora dos comportamentos externalizantes. Para isso, a combinação de abordagens comportamentais com a PedPRM parece ser uma ferramenta eficiente, porém que carece de estudos com maiores amostras.

**Palavras-chave:** sono;prevalência;transtornos do espectro autista.

**PO436****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Rânula Sublingual Mergulhante: relato de caso clínico.

**AUTOR PRINCIPAL:** VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA**COAUTORES:** MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO; BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO; ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO; DIANA KEUN SOO KIM**INSTITUIÇÃO:** IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**RELATO DE CASO**

D.E.P.D, masculino, 20 anos, encaminhado a hospital terciário de São Paulo com queixa de presença de uma lesão de início insidioso em região submandibular há 4 anos, percebida após perda ponderal por mudança de estilo de vida, de caráter persistente, evolução progressiva, sem fatores de melhora ou piora, indolor, sem alterações salivares, dor em cavidade oral, odinofagia, disfagia, dispneia e disfonia. Ao exame físico, notou-se um abaulamento em região submandibular/submentoniana medial, de aproximadamente 4cm, com consistência cística, bem delimitada, indolor, móvel a deglutição e não aderida a planos profundos. À oroscopia, observou-se abaulamento do terço anterior do soalho da cavidade oral, com consistência amolecida, indolor, evidenciada principalmente à palpação bimanual, sem dor ou saída de secreção à expressão. Realizado exame de nasofibroscopia evidenciando abaulamento de base de língua com posteriorização de epiglote. Optado por realizar Tomografia Computadorizada de pescoço, evidenciou-se lesão de característica cística em região de assoalho de boca, se estendendo até região anterior a epiglote, sugestiva de rânula mergulhante. Paciente fora então encaminhado à equipe de cirurgia de cabeça e pescoço para avaliação e proposição terapêutica.

**DISCUSSÃO**

Rânula é um termo genérico designado a um pseudocisto retentivo, que se desenvolve no assoalho bucal, proveniente de um extravasamento de mucina após um trauma na glândula sublingual ou obstrução dos seus ductos, podendo ser classificada de acordo com a localização da lesão: sublingual (desenvolve-se no assoalho bucal), mergulhante (aumento região submandibular ou cervical superior) e sublingual mergulhante (quando a rânula sublingual tem uma extensão cervical através do músculo milohióideo); visto que a variante mergulhante pode dissecar o músculo milohióideo, podendo causar tumefação na região cervical correspondente. O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo a radiografia com contraste e tomografia computadorizada os exames mais utilizados. O tratamento é cirúrgico, incluindo marsupialização simples, marsupialização com uma gaze contendo iodo, excisão da lesão, excisão da rânula com a glândula sublingual, excisão a laser com vaporização da bolsa e tratamentos mais inovadores, com toxina botulínica tipo A e injeção intralesional de OK-432.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar do diagnóstico essencialmente clínico, através de anamnese e exame físico, o exame endoscópico e de imagem, neste caso, foram fundamentais para avaliação da extensão da lesão, permitindo assim melhor avaliação do caso na decisão da abordagem terapêutica.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. CAMERLINCK, M.; VANHOENACKER, F. M.; DE PRAETER, G. Diving ranula. JBR-BTR: organe de la Societe royale belge de radiologie (SRBR) = orgaan van de Koninklijke Belgische Vereniging voor Radiologie (KBVR), v. 92, n. 4, p. 234, 2009.
2. SHEIKHI, M. et al. Plunging ranula of the submandibular area. Dental Research Journal, v. 8, n. Suppl 1, p. S114-118, 1 dez. 2011.
3. JAIN, P. Plunging Ranulas and Prevalence of the "Tail Sign" in 126 Consecutive Cases. Journal of Ultrasound in Medicine, v. 39, n. 2, p. 273-278, 23 jul. 2019

Palavras-chave: Rânula mergulhante;Estomatologia;Sublingual.

**PO457****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****SONOENDOSCOPIA COMO GUIA PERSONALIZADO NO MANEJO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES COM ÚVULA BÍFIDA****AUTOR PRINCIPAL:** CAIO DE FREITAS MADRUGA**COAUTORES:** DEBORA PETRUNGARO MIGUEIS; ALINE BARBOSA MAIA; GABRIELA AZEVEDO NICODEMOS DA CRUZ; LETÍCIA COSTA MOREIRA SOARES; MARIA CATALINA RODRIGUEZ CHARRY; VICTOR BARRETO GARCIA; THAIS RODRIGUES FERREIRA**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, 29 anos, negro, hipertenso, relata roncos de longa data e sonolência excessiva (ESE: 16). Exame físico: 104 kg, 1,75 m (IMC: 33,9 kg/m<sup>2</sup>), circunferência cervical: 44,5 cm; Oroscopia: hipertrofia amigdaliana (grau 4), Mallampati 1, Classe III de Angle, fenda palatina submucosa com atresia de maxila e úvula bífida; Endoscopia nasal: hipertrofia de cornetos inferiores, desvio septal obstrutivo à esquerda (áreas II, IV e V de Cottle), cavum livre e fechamento incompleto da região velofaríngea. Realizada sonoendoscopia induzido por droga (DISE), sob sedação com Propofol a 2.7 mcg/mL em bomba de infusão, mantendo BIS (Índice Bispectral) entre 70-50. Em decúbito dorsal horizontal, com auxílio do nasofaringolaringoscópio flexível Storz, verificou-se fechamento completo látero-lateral da parede da orofaringe por hipertrofia amigdaliana, sem estreitamentos da epiglote, velofaringe ou base de língua (Escala VOTE: 0/2/0/0). O paciente apresentou ronco intenso e permaneceu com a boca aberta durante o exame. Durante manobras de projeção de mandíbula, houve melhora dos roncos, apesar do estreitamento das paredes laterais da orofaringe. O exame foi refeito com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), havendo melhora dos roncos e do fechamento da orofaringe a uma pressão de 9 cmH<sub>2</sub>O.

Submetido a septoplastia, turbinoplastia inferior bilateral e amigdalectomia palatina bilateral e em 1 mês de pós-operatório, o paciente relatou melhora da sonolência. Realizada nova DISE e apresentando melhora dos padrões obstrutivos (VOTE: 0/0/0/0), não sendo necessário complementação com CPAP.

**Discussão:** A apneia obstrutiva do sono (AOS) é uma condição clínica de alta prevalência que pode comprometer o sistema cardiovascular, cognição e qualidade de vida. Os tratamentos precisam ser personalizados e efetivos, podendo variar entre CPAP, aparelhos orais ou cirurgias. Alguns parâmetros são avaliados durante a anamnese e exame físico. A Escala de Sonolência de Epworth (ESE), por exemplo, quantifica a propensão de adormecer em 8 situações rotineiras e suas respostas variam de 0-24, sendo 10 o divisor da normalidade. A Classificação de Friedman é um preditor preciso para o sucesso da uvulopalatofaringoplastia, tendo como parâmetros: tonsilas palatinas, escore de Mallampati modificado e Índice de Massa Corpórea (IMC).

Alguns pacientes com malformações craniofaciais, como a úvula bífida e fenda palatina submucosa, podem ter a qualidade do sono prejudicada. A úvula bífida é uma anomalia frequente (0,44 - 3,30% dos indivíduos) e quando associada à fenda palatina submucosa, mostra mau posicionamento dos músculos palatais, podendo resultar em insuficiência velofaríngea e, se necessitarem de cirurgia, devem ser avaliados com cautela.

Quando há dúvidas sobre a efetividade do tratamento cirúrgico, a DISE pode ser utilizada como recurso. É um exame realizado com nasofibrolaringoscopia, sob sedação, avaliando a via aérea superior durante o sono, o impacto das manobras de projeção da mandíbula (chin lift e jaw thrust) e exploração da pressão de abertura da faringe. A sedação pode ser utilizada com diferentes anestésicos, como o Propofol (hipnótico de curta duração e rápido início de ação/reversão que, quando atinge concentração cerebral em torno de 3µg/mL, permite monitoramento similar aos estágios N2/N3 do sono e nível ideal de sedação: BIS 70 – 50). A classificação comumente utilizada para caracterizar os achados da DISE é a VOTE (Velum/Oropharynx/Tongue base Epiglottis), que segmenta a via aérea superior em região velofaríngea, orofaringe, base da língua e epiglote. Os parâmetros de obstrução variam de 0 a 2 (sendo 2, obstrução completa) e são caracterizados em anteroposterior, látero-lateral ou concêntrica.

**Comentários finais:** Apesar de o CPAP ser o tratamento padrão-ouro, ainda apresenta baixa adesão. Terapias alternativas são, então, necessárias. O tratamento cirúrgico vem evoluindo nos últimos anos e, quando bem selecionado, os resultados são extremamente satisfatórios.

**Palavras-chave:** sonoendoscopia ;úvula bífida ;apneia obstrutiva do sono.



**PO463**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**RELAÇÃO ENTRE APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO E GRAU DE SONOLÊNCIA EM PACIENTES DE UMA CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA EM JOÃO PESSOA - PB**

**AUTOR PRINCIPAL:** ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS

**COAUTORES:** WEIDINARA DE OLIVEIRA RODRIGUES DA FONSECA; GABRIELLA BENTO DE MORAIS; NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO; RAFAELLA CASÉ DE LIMA; VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE; NICOLE DE CARVALHO DIAS; RODRIGO YURI GOMES DE LIMA

**INSTITUIÇÃO:** SOS OTORRINO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL

**OBJETIVOS:** Analisar relação da apneia obstrutiva do sono (AOS) com o grau de sonolência diurna, gênero e idade em pacientes de uma clínica de otorrinolaringologia particular em João Pessoa- PB.

**MÉTODOS:** Estudo descritivo, comparativo, de corte transversal, com 39 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, gênero masculino e feminino, com queixa de ronco noturno. Acompanhados em uma clínica particular de otorrinolaringologia em João Pessoa- Paraíba. Pacientes foram submetidos ao exame polissonografia tipo três, respondendo aos questionamentos da Escala de Sonolência de Epworth (ESE) durante o período de Setembro à Outubro de 2021. No estudo foi avaliado a pontuação de ESE e o índice de apneia e hipopneia (IAH) da polissonografia. Foi considerado apneia quando o índice de apneia e hipopneia (IAH)) foi maior que 5 eventos/hora de sono com sintomas ou IAH > 15 eventos/hora.

**RESULTADOS:** Maior prevalência síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) no gênero masculino (51,2 % homens), idade média de 49,3 anos e IMC com desvio padrão de 20,8- 48,7kg/m<sup>2</sup>( 46,9% obesos e 22,4% com sobrepeso). 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). Em relação ao 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 vêm 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. Esta consiste em 8 questões, onde as respostas podem atingir um valor máximo de 24 e um valor mínimo de 0 pontos. A pontuação nesta escala maior ou igual a 10 caracteriza sonolência diurna excessiva. Estudos demonstram que cerca de 90% dos pacientes com AOS apresentam sintomas diurnos, enquanto o restante apresenta apenas alterações na monitorização noturna. A ESE pode ser usada para qualificar, mas não para quantificar o grau da doença. O diagnóstico e tratamento precoces são importantes para evitar complicações da apnéia 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 escala 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;SONOLENCIA;SONO.



**PO466****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****SARCOMA DE KAPOSÍ EM CAVIDADE ORAL – IMPORTÂNCIA DA SUSPEITA CLÍNICA E DIAGNÓSTICO PRECOCE****AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA FIGUEIRA BRAGA**COAUTORES:** LAURA GONÇALVES MOTA; FELIPE DE CARVALHO FIGUEIREDO; ANTÔNIO GUILHERME DO PAÇO BAYLÃO; LUIZA MARIA DIAS; ANA PAULA DE SOUZA LIMA; LANA PATRICIA SOUZA MOUTINHO; RODRIGO BARRETO RODRIGUES CONDÉ**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Masculino, 24 anos, com diagnóstico de infecção pelo HIV em Janeiro de 2023, boa resposta clínica ao tratamento antirretroviral, mantendo carga viral indetectável após início de tratamento, evoluindo no mês de maio do presente ano com quadro de odinofagia e tosse seca. Foi avaliado em serviço externo, prescrito antibioticoterapia domiciliar por 10 dias com amoxicilina/clavulanato e azitromicina, porém sem boa resposta clínica, evoluiu com piora da odinofagia, início de febre, aumento de volume cervical, estridor e linfonodomegalia inguinal.

Procurou novamente unidade de atendimento, onde foi realizada internação para elucidação diagnóstica e aventadas hipóteses como: amigdalite bacteriana, mononucleose infecciosa e laringite aguda, sendo escalonado antimicrobiano com Piperacilina/Tazobactam e Vancomicina por 14 dias. Associado a isto, foi realizada biópsia de linfonodo inguinal que evidenciou achados compatíveis com Sarcoma de Kaposi.

Diante da ausência de resposta clínica, foi transferido para hospital de origem, onde realizou seguimento ambulatorial pela Clínica de Doenças Infecto-parasitárias. Ao exame clínico, evidenciou-se em orofaringe, máculas avermelhadas/ violáceas em palato duro (figura 1), lojas amigdalíneas e úvula com aspecto infiltrativo associado a amígdalas recobertas por exsudato de aspecto amarelado (figura 2), linfonodomegalia disseminada em cadeias cervicais anterior e posterior, dolorosas a palpação. Diante do quadro clínico juntamente com o anatopatológico previamente realizado, foi sugerido o diagnóstico de Sarcoma de Kaposi em cavidade oral e programado nova biópsia destas lesões para confirmação da hipótese levantada. Porém durante internação o paciente evoluiu com piora clínica importante associado a trombocitopenia (<10 mil plaquetas) e óbito.

**Discussão:** O sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia angioproliferativa maligna associada a infecção pelo herpesvírus humano tipo 8 (HHV-8), que na maioria das vezes se apresenta na pele e tecido subcutâneo. No entanto, pode se manifestar de forma disseminada em mucosas, por vezes mais agressiva, com disseminação angiolinfática, assim como evidenciado com acometimento em cavidade oral, trato gastrointestinal e pulmonar. O palato duro e a orofaringe são apontados como os locais mais frequentemente afetados. Observamos maior soroprevalência em homens que fazem sexo com homens (HSH) de 20 a 77% destes. O SK e linfoma de células de efusão primário comumente ocorrem em pessoas vivendo com HIV com CD4 abaixo de 200 células, ao passo que aqueles com Doença de Castleman multicêntrica pode ocorrer independente do quantitativo de células CD4. Nas manifestações com risco de morte iminente, tais como obstrução de vias aéreas, sangramento de trato respiratório ou digestivo que podem levar a hipoxemia e choque hipovolêmico, o tratamento radioterápico ou quimioterápico citotóxico rápido é necessário, evidenciando por vezes melhora substancial.

As lesões no palato duro frequentemente não causam nenhum sintoma e podem não ser observadas pelo paciente, logo dificultando o diagnóstico nestas situações. Porém lesões em outras regiões da orofaringe podem tornar-se doloridas e friáveis. A presença de tecido de granulação associado ou não a ulceração da mucosa também pode representar uma armadilha, resultando em um diagnóstico não neoplásico e sim patologias infecciosas, como observado no caso em questão. Além disso, o diagnóstico é complicado pela notável diversidade observada em relação ao estágio da doença, geralmente mais difícil no estágio inicial.

**Conclusão:** Por fim, concluímos a importância do exame físico otorrinolaringológico nas manifestações orofaríngeas das doenças sistêmicas como primeira manifestação diagnóstica e complicações. Neste contexto, caracteriza um importante sinal ao exame clínico que norteia o profissional de saúde na condução do caso principalmente quanto a possibilidade de complicações, mitigando desfechos negativos a despeito do prognóstico por vezes desfavorável.

**Palavras-chave:** SARCOMA DE KAPOSÍ;CAVIDADE ORAL;DIAGNÓSTICO PRECOCE.

**PO483**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**RELAÇÃO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO COM O IMC E IDADE EM PACIENTES EM CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA EM JOÃO PESSOA - PB**

**AUTOR PRINCIPAL:** ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS

**COAUTORES:** WEIDINARA DE OLIVEIRA RODRIGUES DA FONSECA; GABRIELLA BENTO DE MORAIS; NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO; RAFAELLA CASÉ DE LIMA; NICOLE DE CARVALHO DIAS; VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE; RODRIGO YURI GOMES DE LIMA

**INSTITUIÇÃO:** 1. SOS OTORRINO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL2. SOS OTORRINO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL

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

**MÉTODOS:** Estudo descritivo, comparativo, de corte transversal, com 39 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, gênero masculino e feminino, com queixa de ronco noturno, acompanhados em uma clínica particular de otorrinolaringologia em João Pessoa - Paraíba. Foram submetidos à polissonografia tipo três durante o período de Setembro a Outubro de 2021. Foi considerado apneia quando o índice de apneia e hipopneia (IAH) foi maior que 5 eventos/hora de sono com sintomas ou IAH > 15 eventos/hora.

**RESULTADOS:** Maior prevalência de síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) no gênero masculino (51,2% homens), idade média de 49,3 anos e IMC com desvio padrão de 20,8 - 48,7kg/m<sup>2</sup> (46,9% obesos e 22,4% com sobrepeso). Todos da amostra tiveram o diagnóstico de apneia.

**DISCUSSÃO:** A apneia obstrutiva do sono (AOS) é um dos principais distúrbios relacionados ao sono e a obesidade está entre os mais influentes fatores de risco para este distúrbio. 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 ao estreitamento ou fechamento da via aérea superior durante o sono. Um em cada três adultos está acima do peso (IMC  $\geq 25$  kg·m<sup>-2</sup>) e quase um em cada 10 adultos tem obesidade (imc  $\geq 30$  kg·m<sup>-2</sup>) em todo o mundo. Diversos estudos têm demonstrado que a apneia obstrutiva do sono está diretamente associada às 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, observamos que quanto mais grave a apneia, maior o IMC e a idade.

**CONCLUSÃO:** Concluímos que a apneia obstrutiva do sono (AOS) está diretamente associada à obesidade e à idade. O diagnóstico e tratamento precoces são importantes para evitar complicações da apnéia obstrutiva do sono não tratada. Não houve diferença significativa entre o gênero 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:** SONO;APNEIA;IMC.

**PO488**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**EVOLUÇÃO DE 10 ANOS DE UM TUMOR ODONTOGÊNICO DE LOCALIZAÇÃO ATÍPICA, COM INVASÃO ORBITÁRIA E INTRACRANIANA**

**AUTOR PRINCIPAL:** LAURA CARMINATI CIMOLIN

**COAUTORES:** LILIANE JANETE GRANDO; AIRA MARIA BONFIM; ALESSANDRA RODRIGUES DE CAMARGO; MARIÁH LUZ LISBOA; MARIA INÊS MEURER; BRUNO RAFAEL SABEL; FABIO DURO ZANINI

**INSTITUIÇÃO:** 1. HGCR, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL. 2. UFSC, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL

M.A.S.C, 77 anos, masculino, encaminhado ao Ambulatório de Estomatologia em 2013 devido queixa de aumento de volume localizado vestíbulo bucal superior, há 45 dias, de possível relação com trauma crônico por prótese total superior. Associado, referia obstrução nasal e rinorreia à esquerda (Fig 1A).

Ao exame físico foi observado maxila edêntula, com um aumento de volume localizado, fibroso, indolor, com aproximadamente 3x3 cm, avermelhado, superfície lobulada em fundo de sulco vestibular superior esquerdo (Fig 1B). À palpação notou-se rompimento da cortical óssea vestibular, sugerindo origem em seio maxilar. Foi realizada biópsia incisional e o anatomopatológico revelou Ameloblastoma de subtipo histológico Sólido (Fig 1C e 1D), um tumor benigno dos maxilares, originado a partir de epitélio odontogênico.

À tomografia computadorizada e ressonância magnética de face, foi observada lesão expansiva em seio maxilar esquerdo, multiloculada (Fig.2A, B, C e D), de densidade heterogênea de partes moles e captação irregular de contraste, determinando afilamento e erosão óssea deste seio. Havia extensão ao processo frontal da maxila, fossa nasal e seio frontal ipsilaterais, além de invasão orbitária (Fig. 2 E, F).

Foi indicada maxilectomia parcial, pela equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Neurologia. Entretanto, devido possibilidade de sequelas estéticas o paciente optou por não fazer a cirurgia e comprometeu-se a fazer controles periódicos.

Foram feitas inúmeras tentativas de contato, sem sucesso. O paciente retornou ao Ambulatório de Estomatologia em 2023 após abandono de seguimento por dez anos, por dor local e dificuldades em adaptar a nova prótese total confeccionada. Naquele momento, contou com a avaliação clínica também de residentes da Otorrinolaringologia do HGCR, que ajudaram na tomada de decisões sobre o caso. Atualmente apresenta uma lesão oral semelhante a inicial, caracterizada por aumento de volume, com 3,5x3,5 cm, lobulada, centralmente ulcerada, de aspecto friável e coloração semelhante à mucosa oral. Visualizada parcialmente pela fossa nasal esquerda (Fig 3A).

A nova tomografia computadorizada apontou uma lesão maior, causando velamento por material com densidade de partes moles e áreas hiperdensas em seios frontais, etmoidais, seio esfenoidal e maxilar à esquerda (Fig. 4A, B, C, D), associado a erosão óssea e mucocelos, com extensão para as regiões intracraniana à esquerda, intraorbitária bilateral e fossa nasal à esquerda (Fig. 4D, E). Nova biópsia incisional foi realizada, confirmando o diagnóstico de Ameloblastoma do subtipo histológico Sólido.

O Ameloblastoma é uma neoplasia benigna dos maxilares, de origem a partir do epitélio odontogênico, de crescimento lento e gradativo, mas localmente invasiva. Não há predileção por sexo e cerca de 80% dos casos ocorre na região posterior da mandíbula, em região de molares. Os localizados na maxila são raros e possuem curso clínico mais agressivo, por se tratar de um osso esponjoso que possui invasão e disseminação facilitada para as estruturas adjacentes, como cavidade nasal, seios paranasais, órbitas, tecidos parafaríngeos e base do crânio.

O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica com margem de segurança. No paciente relatado, a cirurgia envolveria a ressecção agressiva em bloco, com reconstrução simultânea.

Novamente orientado sobre o agravamento do caso ao longo dos 10 anos de evolução, os possíveis riscos, as possíveis sequelas cirúrgicas, as dificuldades de reconstrução restabelecendo todas as funções, bem como a necessidade de uma equipe multiprofissional no manejo. O paciente novamente optou pelo não tratamento.

Os Ameloblastomas, devido à localização rara em maxila, são considerados um desafio diagnóstico. Apesar da histologia benigna, os Ameloblastomas apresentam uma capacidade inerente de erodir os tecidos duros e moles.

Portanto, considerando a natureza agressiva e o extenso potencial de crescimento, o diagnóstico e tratamento tardios podem dificultar o seu manejo, exigindo equipes cirúrgicas de maior complexidade e comprometendo a reabilitação do paciente.

Palavras-chave: Ameloblastoma;Tumor odontogênico;Maxila.

**PO533****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE SONO E DISTÚRBIOS MICCIONAIS EM ESCOLARES****AUTOR PRINCIPAL:** VINÍCIUS GOMES DE FRANÇA ALMEIDA**COAUTORES:** MICHELLE QUEIROZ AGUIAR BRASIL; ANA ELISA VASCONCELOS; GABRIELA LOPES; LAINNE CIRILO; MARIA CLARA PASSOS; MARIA LUIZA CAFEZEIRO**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL2. UNIÃO METROPOLITANA DE EDUCAÇÃO E CULTURA, SALVADOR - BA - BRASIL**OBJETIVO:** Determinar a relação entre qualidade do sono e disfunções urinárias em crianças**MÉTODOS:** Foi realizado um estudo transversal online, onde foram incluídas crianças e adolescentes de 6 a 14 anos. Foram excluídos portadores de distúrbios neurológicos, portadores de síndromes genéticas, anomalias congênitas do trato genitourinário e disfunção miccional secundária a doenças subjacentes.

O questionário online baseou-se nos questionários validados Dysfunctional Voiding Symptom Score (DVSS) para identificação de disfunção miccional ; Escala de Distúrbios do Sono em Crianças e Questionário Sobre o Comportamento do Sono para avaliar a qualidade do sono. O estudo foi aprovado pelo CEP UNIME, parecer 4.557.408 e consentimento foi obtido de todos os responsáveis pelo preenchimento do questionário. A coleta foi realizada de fevereiro de 2021 a agosto de 2022.

Para análise dos dados, foi utilizado o SPSS versão 25.0 para MAC. Foram empregados os testes de Mann-Whitney e Qui-quadrado ou Fisher para comparação entre os grupos com e sem disfunção miccional. O teste de correlação de Spearman foi utilizado para associação dos escores dos questionários. Foi considerado estatisticamente significativo  $p < 0,05$

**RESULTADOS:** A amostra foi composta por 140 crianças e adolescentes. Foram identificadas correlações de Spearman positivas de intensidades fracas entre pontuações do DVSS e Escala de Distúrbios do Sono ( $r=0,391$ ,  $p=0,000$ ) e Escala de Comportamento do Sono ( $r=0,317$ ,  $p=0,000$ ). As pontuações das Escalas de Distúrbios do Sono e Comportamento do Sono também correlacionaram-se positivamente ( $r=0,666$ ,  $p=0,000$ ).

**DISCUSSÃO:** Há escassez de dados em distúrbios miccionais na população brasileira. Contudo, alguns estudos mostram prevalência de 21,8% de distúrbio urinários em crianças de 6 a 12 anos, corroborando com os dados encontrados neste trabalho.

Foi identificada uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os escores das escalas de distúrbio do sono e distúrbio urinário, demonstrando assim que existe uma relação entre eles, embora não se possa afirmar causalidade. Crianças com disfunção urinária tem maiores escores na escala de distúrbios do sono em relação a distúrbios de início e manutenção do sono (Fator 1) e distúrbios da transição sono-vigília (Fator 4).

A associação entre enurese noturna e distúrbios respiratórios do sono é amplamente estudada. Os distúrbios urinários e sua associação com a qualidade do sono, por sua vez, é tema escasso de estudo na população pediátrica. Dados adicionais sobre essa relação podem servir de alerta aos pais e médicos assistentes, já que as alterações no sono podem ter uma infinidade de apresentações clínicas, e apresentam diversas consequências, inclusive urinárias.

**CONCLUSÃO:** Foi identificada uma correlação positiva entre os escores de disfunção urinária e escala de distúrbios do sono em crianças e adolescentes de 6 a 14 anos.

**Palavras-chave:** SONO;DISTÚRBIOS MICCIONAIS;ESCOLARES.

**PO601****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**  
**MÚLTIPLOS NÓDULOS ORAIS: SERÁ CÂNCER?****AUTOR PRINCIPAL:** ELISA INES DEMUNER VALLANDRO**COAUTORES:** LARISSA RAMOS RIBEIRO; GUILHERME PINHO MORORÓ; CATARINA SOARES BARTASEVICIUS; RENAN DONAIRE CÔNSOLO; ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO; BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO; KAREN MOREIRA ROZEMBERG**INSTITUIÇÃO:** 1. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL. 2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminina, 42 anos, procurou serviço de Otorrinolaringologia devido a quadro de obstrução nasal associado a sintomas alérgicos nasal. Ao exame físico, evidenciou-se uma proeminências ósseas em região mediana do palato duro e em região mandibular bilateralmente, bem delimitadas e de superfície regular. Paciente relatou que nunca havia percebido tal achado ou apresentado qualquer desconforto referente a eles.

**DISCUSSÃO:** As exostoses mais comuns da cavidade oral são os tórus palatino e mandibular, os quais caracterizam-se por um crescimento ósseo benigno localizadas respectivamente na linha média palatina e na face lingual de caninos e de pré molares, podendo ser unilaterais ou bilaterais. No palato podem apresentar-se de forma fusiforme, lobular, nodular ou plano, na mandíbula, geralmente com aspecto multinodular. Ainda, podem apresentar diferentes classificações palatinas de acordo com sua posição em relação à maxila, ao forame incisivo e à espinha nasal. Sua origem, embora ainda desconhecida, tem estudos que sugerem uma etiologia multifatorial, envolvendo fatores ambientais e genéticos. Apoia-se na lei de Wolff, a qual diz que a força de carga solicita a remodelação e o fortalecimento do osso, logo, bruxismo, apertamento dentário e possíveis distúrbios da articulação temporomandibular podem estar relacionados. Outros artigos sugerem uma alteração gênica (mesmo gene para ambas) de herança autossômica dominante com penetrância incompleta: uma história familiar, sobretudo em gêmeos idênticos (90%), tende a apresentar tal lesão. Essas protuberâncias ósseas são, na maioria das vezes, assintomáticas, e, geralmente, apresentam-se isoladas: mandibular ou palatina. Têm como diagnóstico diferencial, principalmente, os possíveis tumores de glândulas salivares menor, mas, por apresentar topografia e consistência características, são facilmente diferenciados. Um exame de imagem, além da oroscopia, facilmente corrobora tal diferenciação. Por não causarem nenhum desconforto, não imperam qualquer tratamento, exceto uma boa orientação ao paciente. Em casos que possíveis adaptações de próteses façam-se difíceis ou que a mastigação possa apresentar algum prejuízo decorrente da massa oral, o desgaste ósseo ou completa exérese pode ser uma possível intervenção a ser realizada.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Embora seja uma afecção benigna, os torus palatino e mandibular podem ser motivos de muita preocupação. Quando corretamente diagnosticados, só devem ser abordados cirurgicamente em casos específicos, quando interfere nas funções do sistema estomatognático ou na instalação de prótese total no palato ou quando repercute negativamente no bem-estar do paciente. Nestes casos, a escolha da técnica de incisão e retalho está diretamente relacionada ao tamanho e à forma do toro.

Palavras-chave: TORUS;TORUS PALATINO;TORUS MANDIBULAR.

**PO609**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**AValiação DO FLUXO NASAL, DOS ÍNDICES POLISSONOGRÁFICOS E DOS ARCOS DENTÁRIOS APÓS EXPANSÃO RÁPIDA DA MAXILA EM CRIANÇAS COM SAOS: UMA SÉRIE DE CASOS**

**AUTOR PRINCIPAL:** YANK SANTA CECILIA MARQUES

**COAUTORES:** GABRIELA MARTINS DE MORAIS GODOY ROCHA; MARIANA MACIEL TINANO; CLÁUDIA PENA GALVÃO DOS ANJOS; HELENA MARIA GONÇALVES BECKER; LETICIA PAIVA FRANCO

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Introdução:** A hipertrofia das amígdalas e adenoide pode levar a uma obstrução das vias aéreas superiores (VAS) causando manifestações clínicas como a respiração oral, ronco e a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). A SAOS, diagnosticada pelo exame de polissonografia, pode levar a uma piora da qualidade do sono noturno, aumento do cansaço diurno, menor rendimento físico e escolar, comprometimento emocional, alterações miofuncionais, posturais e dentofaciais, acarretando em um prejuízo na qualidade de vida do indivíduo. A adenotonsilectomia permanece sendo o tratamento mais indicado para a resolução da SAOS, considerando que o fator etiológico principal nas crianças é a hipertrofia adenotonsilar, entretanto a Expansão Rápida da Maxila (ERM) se apresenta como uma alternativa complementar de tratamento por possibilitar a correção dentária e por melhorar a respiração nasal através do alargamento da cavidade nasal.

**Objetivo:** Avaliar o efeito da ERM no fluxo nasal inspiratório, nos parâmetros polissonográficos e nos arcos dentários em crianças portadoras de SAOS.

**Material e métodos:** Estudo piloto prospectivo com 5 crianças, com idade entre 5 e 10 anos, portadoras de SAOS e com atresia maxilar e/ou mordida cruzada submetidas ao tratamento de ERM. Elas foram avaliadas em dois tempos distintos: T0 (antes da ERM) e T1 (após o período de 6 meses de contenção da ERM, quando o disjuntor foi removido). Foram avaliados: 1- modelos de gesso maxilares com medidas de distância intercaninos em mm (IC) e intermolares em mm (IM); 2- rinomanometria anterior ativa (RAA) com valores de resistência nasal em % (RN) e fluxo nasal inspiratório total (FNIT); 3- polissonografia do sono tipo 1: avaliação do índice de apneia/hipopneia (IAH), saturação mínima (MIN), tempo de oximetria abaixo de 90% em % (Oxi 90%) e de 80% em % (Oxi 80%) e quantidade de dessaturações (DES). **Resultados:** Os resultados obtidos nos mostraram que a ERM promoveu aumento da distância IC e IM em todos os casos; aumento do FNIT em todos os pacientes, mostrando que um maior fluxo de ar entrou pelas narinas; diminuição da RN à passagem de ar em todos os pacientes, mostrando que o fluxo de ar encontrou mais facilidade para entrar pelas narinas; todas as crianças do estudo tiveram redução do IAH, diminuindo em uma modalidade o grau de severidade da SAOS, entretanto nenhuma delas atingiu o índice de normalidade da IAH; saturação mínima aumentou em todos os pacientes, exceto no paciente 3, indicando melhora nos outros casos; tempo de oximetria abaixo de 90% diminuiu em todos os pacientes, exceto no paciente 3, indicando melhora nos demais; tempo de oximetria abaixo de 80% melhorou no paciente 2, já que apenas ele apresentou alteração nessa medida e diminuição da quantidade de dessaturações em todos os pacientes, indicando melhora.

**Conclusões:** A ERM pode ser considerada um método auxiliar no tratamento da SAOS, sendo ideal uma abordagem multidisciplinar para a síndrome. A ERM é um tratamento ortodôntico interceptativo eficaz e eficiente usado tanto para correção dentária como para problemas respiratórios em crianças. Além disso, a ERM tende a apresentar estabilidade a longo prazo com possibilidade de atraso na cirurgia de adenotonsilectomia. Estudos futuros com uma amostra maior e submetidos à análise estatística se fazem necessários para o enriquecimento do presente trabalho.

**Palavras-chave:** Apneia Obstrutiva do Sono; Polissonografia; Técnica de Expansão Palatina.

**PO629****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Abordagem de Infecções de Glândulas Salivares – um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA**COAUTORES:** GUILHERME PINHO MORORÓ; RENAN DONAIRE CÔNSOLO; LARISSA RAMOS RIBEIRO; GABRIELA MARTINS DE MORAES; KAREN MOREIRA ROZEMBERG; ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente I.P.R.S., sexo masculino, 7 anos, foi encaminhado ao pronto socorro da otorrinolaringologia pela equipe de pediatria da Santa Casa. Familiares referiam abaulamento cervical em região submandibular à esquerda intermitente há cerca de um ano, com períodos de melhora e piora, associado a febre. Há um dia, novo episódio, sem melhora com amoxicilina. Relataram também episódios prévios de inflamação da região, com dificuldade para se alimentar devido a dor, sem febre associada. Último episódio de exacerbação do quadro há mais de quatro meses, resolvido com antibioticoterapia domiciliar. Em oroscopia, foi visualizado dentes em mal estado de conservação e dificuldade na abertura da boca. No exame de cabeça e pescoço, notou-se abaulamento em região submandibular à esquerda, local, consistência cística a palpação bimanual, limites bem definidos, doloroso a palpação. Numa antiga ultrassonografia cervical, que apresentava alteração palpável no plano subcutâneo, múltiplas imagens nodulares sólidas de contornos regulares, hipocogênicas, medindo até 48x29 mm, foram identificadas. Na tomografia computadorizada de pescoço, notou-se lesões císticas, por vezes alongadas, em assoalho da boca à esquerda, adjacentes ao ramo mandibular. Para melhor elucidação entre os diferentes possíveis diagnósticos diferenciais, e adequada conduta, uma ressonância magnética foi solicitada, na qual uma inflamação de glândula submandibular secundária a sialoceles, com espessamento de sua parede e edema perilesional, foi identificada. Paciente ficou internado por sete dias recebendo ceftriaxona e clindamicina endovenosa.

As imagens císticas são de difícil caracterização, podendo estar relacionadas a obstrução do ducto sublingual/rânulas, glândula submandibular esquerda heterogênea. Paciente foi avaliado por equipe de odontologia, sendo afastado infecção de foco dentário. Foi então levantado em reunião de departamento os diagnósticos diferenciais de higroma cístico, rânula e submandibulite secundária a sialocel.

**Discussão:** Afecções infecciosas e inflamatórias em glândulas salivares são bem mais frequentes na população adulta (90%), sendo a glândula parótida a mais acometida, seguido da submandibular e das salivares menores.

A principal causa de sialoadenite infecciosa são virais, sendo a caxumba a mais comum. No entanto, a origem bacteriana, sobretudo, na glândula submandibular, pode estar associada a alguma alteração estrutural ou propagação adjacente, como assoalho de boca, dentes, mandíbula e linfonodos cervicais.

A ultrassonografia e a tomografia computadorizada podem apresentar diagnósticos incorretos, sobretudo na sialoadenite de glândula submandibular, sendo a iatrogenia uma das principais causas de excisão da glândula. A ressonância magnética possui a melhor acurácia, tendo maior aplicação clínica. Em casos agudos, as imagens apresentam maior intensidade quando ponderadas em T2, permitindo a diferenciação da glândula normal. Ademais, apesar da intensidade do sinal seja inespecífica, as margens da lesão se correlacionam bem com o quadro.

**Comentários finais:** Apesar de não ser imprescindível, a ressonância magnética permite um diagnóstico mais acurado específico e menores riscos de erro terapêutico. Podendo ser indispensável em alguns casos.

**Palavras-chave:** GLÂNDULAS SALIVARES; SUBMANDIBULITE; RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.



**PO655****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****BRASILEIROS DIAGNOSTICADOS COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO QUE POSSUEM OBESIDADE (IMC >30Kg/m<sup>2</sup>) : UMA REVISÃO SISTEMÁTICA****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA EDUARDA VELHO TIETBÖHL**COAUTORES:** JÚLIA CORRÊA MICHELON; FABIANA VIANA DA SILVEIRA**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - CAMPUS CANOAS RS, CANOAS - RS - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Durante a apneia obstrutiva do sono, distúrbio caracterizado por períodos de apneia e hipopneia, ocorre colapso funcional e recorrente das vias aéreas, o que resulta em redução do fluxo aéreo, apesar do esforço respiratório. A apneia do sono é constatada em 70% dos obesos.<sup>1</sup> O diagnóstico deve ser considerado em qualquer paciente com sintomas como sonolência diurna excessiva, ronco e sufocamento ou gasping durante o sono, principalmente na presença de fatores de risco.

**OBJETIVOS:** Fazer uma revisão sobre o desenvolvimento da apneia obstrutiva do sono em pacientes com obesidade (IMC>30 Kg/m<sup>2</sup>).

**METODOLOGIA:** A pesquisa foi baseada nos artigos científicos da plataforma Scielo, selecionando artigos publicados entre 2018 e 2022, utilizando como descritores “obesidade” e “apneia obstrutiva do sono”, em inglês e português.

**RESULTADOS:** A prevalência de SAHOS na população geral é variável, dependendo da idade da amostra, gênero, país, metodologia aplicada e critério empregado para diagnóstico. O estudo mais citado na literatura, estima que nos Estados Unidos 4% dos homens e 2% das mulheres adultas têm apnéia do sono sintomática. Os estudos mostram que os homens têm a faringe mais colapsável que as mulheres e que o tipo de obesidade masculina implica em acúmulo de tecido adiposo na parte superior do corpo, o que acarreta maior depósito de gordura no pescoço, estreitando as VAS.<sup>2</sup>

A literatura revisada apontou a obesidade como enfermidade de grande prevalência, com grandes custos econômicos para a população sendo um problema de saúde pública. Pessoas acometidas por essa doença apresentam riscos no desenvolvimento de doenças crônicas, incluindo a Apneia Obstrutiva do Sono (AOS). O excesso de peso parece ser o responsável por aproximadamente 40% a 60% dos casos, tendo em vista que essa condição é fator predisponente por meio do estreitamento das vias aéreas superiores.<sup>2</sup> Outros estudos ainda revelam que a AOS está associada, diretamente com algumas alterações endócrinas, como alguns hormônios relacionados à saciedade e à fome, bem como contribui para o aumento da resistência das células humanas à insulina.<sup>3</sup>

**DISCUSSÃO:** Uma possível justificativa de como a obesidade pode levar à SAHOS seria comprometendo a forma das vias aéreas superiores (VAS). Utilizando a RMN em pacientes acordados, observou-se diferenças na forma, mas não no diâmetro da faringe, ao comparar pacientes obesos com controles de peso normal. Quando a faringe era observada em corte coronal, as VAS dos controles apresentavam a forma de uma elipse, com o maior eixo orientado transversalmente; contudo, nos pacientes com SAHOS, o maior eixo era na direção antero-posterior ou longitudinal. Essas alterações podem dificultar a ação dos músculos dilatadores da faringe, embora ainda não esteja claro se a orientação longitudinal da faringe é causada pelo acúmulo de gordura lateral. A obesidade pode causar ainda uma diminuição do volume pulmonar, levando à redução do diâmetro da faringe, aumento da resistência e da colapsabilidade da mesma.<sup>2</sup>

**CONCLUSÃO:** Concluímos com essa revisão que a obesidade, gênero masculino e idade foram importantes fatores de risco para AOS, destacando-se a obesidade como fator mais relevante. Apesar de a obesidade ser o principal fator de risco para a ocorrência da AOS, esta por sua vez, tem influenciado o desenvolvimento de outras doenças crônicas. Logo, o paciente diagnosticado com tal síndrome pode ser portador de outras doenças coadjuvantes, sendo necessário realizar uma terapêutica não isolada mas sim, focada também nas demais comorbidades.

Palavras-chave: apneia ;hipoapneia;obesidade.

**PO662**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Cisto de segunda fenda braquial atípico em orofaringe : Relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELY LERNER BIANCHI

**COAUTORES:** DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS; CYNTHIA CASTILHO MORENO; CRISTYAN CESAR DALL AGNOL; CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA; AMANDA ALMEIDA AGUIAR; MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT; VICTOR RANZULLA DE SOUZA

**INSTITUIÇÃO:** HUJM/UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente L.C.G.S, masculino , 14 anos, comparece em primeira consulta no serviço de ORL HUJM/UFMT para pré operatório de adenoidectomia apresentando quadro de respirador oral com hipertrofia adenoideana obstruindo 90% da rinofaringe em laudo de videonasofaringoscopia. Examinado paciente realizada nova VN o qual foi avaliado além da adenoide obstruindo 90% da rinofaringe, observou abaulamento submural em parede póstero-lateral esquerda, aumento do volume da base da língua. Assim rechaça a epiglote e estrutura laríngea. Dessa forma, para melhor avaliação do quadro, solicitamos TC de pescoço. A qual observou formação hipoatenuante, de aspecto cístico, na orofaringe esquerda, medindo 2,9x1,3x3,5 rechaçando tecidos moles anteriormente, com leve redução da área neste nível, sem realce pelo meio de contraste, sugerindo lesão cística. Laringocele à direita, medindo 0,5 cm. O diagnóstico da lesão de origem cística foi de cisto de 2ª fenda braquial atípico. Portanto, inicialmente optado por seguimento clínico do cisto 2ª fenda braquial atípico e mantida a indicação de adenoidectomia.

**Discussão:** Os cistos de fenda braquial são anomalias congênitas que surgem da primeira à quarta fenda faríngea. O tipo mais comum de cisto de fenda braquial surge da segunda fenda, sendo mais raras as anomalias derivadas da primeira, terceira e quarta fendas. Cistos de segunda fenda braquial são os mais comuns, representando aproximadamente 40-95% das anomalias braquiais. O ponto externo geralmente é encontrado anterior e medial ao esternocleidomastóideo (ECM) na pele do pescoço. É rara a apresentação orofaríngea desse cisto. A verdadeira incidência de anomalias de fenda braquial é desconhecida, apesar de sua frequência relativa. Isto provavelmente se deve à variedade de anomalias e às suas apresentações, que complicam a elaboração de relatórios precisos. Não há predileção étnica ou de gênero. Os cistos de fenda braquial são anomalias embriológicas e são definidos pela abertura interna dos seios braquiais decorrente de obliteração incompleta na embriogênese. Eles podem se apresentar como fístulas, cistos, tratos sinusais ou remanescentes cartilagosos e são encontrados clinicamente na região anterior do pescoço e na parte superior do tórax. Em casos adultos com apresentação faríngea, a doença é frequentemente diagnosticada inicialmente como abscesso parafaríngeo. O cisto pode ocorrer na nasofaringe, o que causa o diagnóstico inicial adequado seja difícil. Se houver presença de trato sinusal, um sinograma pode ser obtido pela injeção de corante radiopaco para delinear o curso e determinar o tamanho do cisto. Para diagnóstico, a USG pode ser obtida para determinar as características císticas do cisto. A TC com contraste mostrará uma massa cística e realçada no pescoço. A ressonância magnética pode ser usada para uma resolução mais precisa. A aspiração com agulha fina é útil para distinguir um cisto de fenda braquial de uma neoplasia maligna. O tratamento de um cisto de fenda braquial é a excisão eletiva devido ao risco de infecção, aumento adicional ou risco extremamente baixo de malignidade.

**Comentários finais:** A falha no desenvolvimento normal dos processos embrionários pode resultar em anomalias do sistema braquial. O espectro dessas anomalias inclui cistos braquiais, seios branquiais e fístulas branquiais. Devido aos poucos casos relatados sobre cisto de segunda fenda braquial em orofaringe, o estudo mostra-se relevante. O diagnóstico é feito com exames de imagem, sendo a PAAF uma adjuvante para definir distinguir a fenda braquial de neoplasia maligna. O tratamento é pela excisão eletiva do cisto.

**Palavras-chave:** orofaringe;Cisto braquial;Atípico.

PO663

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Histiocitose de Células de Langerhans em cavidade oral e ossos da face: um relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** BRUNO RAFAEL SABEL

**COAUTORES:** MARIÁH LUZ LISBOA; LILIANE JANETE GRANDO; AIRA MARIA BONFIM; ALESSANDRA RODRIGUES DE CAMARGO; LAURA CARMINATI CIMOLIN; FABIO DURO ZANINI; MARIA INÊS MEURER

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL. 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFSC, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL

Masculino, 62 anos, tabagista, ex-etilista e ex-usuário de drogas dá entrada no Núcleo de Odontologia Hospitalar apresentando 4 úlceras exofíticas com áreas necróticas, dolorosas, localizadas em rebordo alveolar associada aos dentes amplamente destruídos por cárie. Os exames complementares inicialmente solicitados (radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de seios da face (TCSF)) evidenciaram lesões líticas insuflantes com componente em partes moles no corpo da maxila e mandíbula e dentes sem sustentação óssea.

Os resultados dos exames laboratoriais demonstravam anemia, leucocitose com desvio para linhagens de células jovens e plaquetopenia importante além provas inflamatórias elevadas. Paciente apresentava-se febril e dispneico e a internação hospitalar deu-se devido à suspeita clínica de Pneumonia Comunitária.

Durante a internação, a equipe de Odontologia Hospitalar realizou exodontias e coleta de material para exame histopatológico. O laudo histopatológico de todas as lesões de tecidos moles demonstrou tecido conjuntivo com células plasmocitoides, moderadamente pleomórficas e abundantes mitoses. A análise imuno-histoquímica mostrou marcações positivas: CD68 nos histiócitos; CD138 nos plasmócitos; S100 no infiltrado histiocitário e CD1a nos histiócitos de Langerhans levando ao diagnóstico clínico e histopatológico de Histiocitose de Células de Langerhans. A Tomografia Computadorizada de tórax mostrou extensos cistos aéreos associados à faixas de aspecto fibroatelectásico e micronódulos centronodulares de aspecto vidro fosco. Frente ao diagnóstico e o acometimento em mais de um sítio, paciente iniciou quimioterapia com Citarabina por 5 dias a cada 30 dias com significativa melhora do quadro.

Sintomas como dor facial, inchaço na região da mandíbula e maxila, mobilidade dentária e ulcerações orais apesar de inespecíficos, podem ser encontrados nos quadros de Histiocitose de Langerhans com acometimento de cavidade oral, região mandibular e maxilar. Esses sintomas são encontrados devido à destruição óssea progressiva e à invasão de tecidos moles pelas células de Langerhans. O diagnóstico é frequentemente feito por meio de uma combinação de exames clínicos, radiografias, tomografia computadorizada e biópsias. A análise histológica das amostras de tecido é fundamental para confirmar a presença de células de Langerhans anormais. O tratamento pode ser desafiador e requer uma abordagem multidisciplinar. Geralmente, envolve cirurgia para a remoção das áreas afetadas e restauração da estrutura óssea, especialmente em casos de lesões ósseas extensas. Em alguns casos, a radioterapia é usada para controlar o crescimento das células de Langerhans anormais. Quimioterapia pode ser necessária em casos mais graves, especialmente quando há disseminação sistêmica da doença. É importante coordenar também o tratamento odontológico para restaurar a função mastigatória e estética.

A histiocitose de Langerhans nos ossos da face é uma condição rara e complexa que requer uma abordagem multidisciplinar para diagnóstico e tratamento. É fundamental que os profissionais de saúde: otorrinolaringologistas, dentistas, cirurgiões bucomaxilofaciais, oncologistas e patologistas trabalhem em conjunto para proporcionar ao paciente o melhor resultado possível. Este relato de caso destaca a importância do diagnóstico precoce, da abordagem terapêutica adequada e do acompanhamento a longo prazo para garantir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes afetados por essa condição.

**Palavras-chave:** Histiocitose; Langerhans; cavidade oral.

PO681

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****SCHWANNOMA LINGUAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA**COAUTORES:** LETÍCIA LARA FONSECA; NATÁLIA MATOS MURICY; LUCAS SAMPAIO LUSTOSA NEVES; PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO; DANIELA SANTIAGO PASSOS; MARIA MARTINEZ KRUSCHEWSKY; ALESSANDRO TUNES BARROS**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, SALVADOR - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino, JDJO, 53 anos, procedente de Camaçari-BA, hipertensa, atendida no ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital Santo Antônio-BA em 21/11/2022 com história de que há cerca de 1 ano e meio notou lesão nodular e endurecida em língua. Referiu crescimento progressivo da lesão no período e sialorreia associada. Negou dor, drenagem de secreções, ageusia e outros sintomas. Negou tabagismo e perda ponderal significativa. Negou outras comorbidades. À oroscopia, foi evidenciada lesão nodular séssil em superfície ventral de hemilíngua à esquerda, medindo cerca de 3 cm, de superfície elevada, indolor e não friável. Sem outros achados ao exame físico otorrinolaringológico. Realizadas videolaringoscopia que evidenciou apenas sinais de refluxo faringo-laríngeo e tomografia de face com espessamento mucoso em recessos frontais e eseno-etmoidais. Paciente retornou ao serviço em 29/05/23 para avaliação pré-operatória e foi submetida a biópsia excisional em centro cirúrgico em 05/06/23. No intra-operatório, foi observada cápsula ao redor da lesão, removida em sua totalidade, sem intercorrências. Avaliada em consultas de revisão pós-operatória, sem sinais de recidiva. Laudo anatomopatológico mostrando quadro morfológico e perfil imunohistoquímico compatíveis com schwannoma.

**Discussão:** Schwannomas são tumores benignos derivados das células de Schwann da bainha nervosa, sendo que 25-45% dos casos ocorrem em topografia de cabeça e pescoço. Raramente ocorrem na cavidade oral (aproximadamente 1% dos tumores benignos de orofaringe e cavidade oral), sendo neste caso mais frequente na língua. Os schwannomas da língua geralmente são observados em pacientes de 20 a 40 anos de idade, sem predominância de gênero. São lesões de crescimento lento, geralmente nódulos submucosos assintomáticos, embora tumores maiores na parte posterior da língua possam causar dor, disfagia, roncos e disfonia. No geral, os estudos histológicos realizados foram consistentes com um schwannoma benigno com padrão Antoni A e Antoni B em paliçada, sem alterações malignas na morfologia celular, sendo a excisão completa o tratamento padrão. Recorrência e transformação maligna são muito raras, porém, possíveis, motivo pelo qual todas as lesões sugestivas em língua devem ser biopsiadas. Em uma pesquisa na literatura inglesa realizada de 1988 a 2014 não foram relatados mais de 38 casos de schwannoma linguais. Considerando que lesões grandes na base da língua representam um risco significativo de obstrução das vias aéreas, é fundamental que nesses casos a intervenção cirúrgica seja precoce.

**Comentários finais:** O caso descrito ressalta a importância do diagnóstico preciso e precoce, quando possível, do schwannoma lingual, visto que apesar de ser uma lesão benigna e de crescimento lento, sabe-se que lesões maiores podem gerar risco significativo de obstrução das vias aéreas. Além disso, por ter um excelente resultado cirúrgico, quando ressecado completamente, a chance de recidiva e evolução para malignidade é rara, sendo, portanto, imprescindível o diagnóstico anatomopatológico para sucesso terapêutico do mesmo.

**Palavras-chave:** Schwannoma lingual; Tratamento cirúrgico; Antoni A e B.

**PO697**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**ASSOCIATION OF STOP-BANG QUESTIONNAIRE ITEMS WITH ELEVATED OXYGEN DESATURATION INDEX IN PATIENTS ADMITTED TO A TERTIARY HOSPITAL**

**AUTOR PRINCIPAL:** DAMÁCIO SOARES PAIVA

**COAUTORES:** MARIA LUÍSA NOBRE MEDEIROS E SILVA GUIMARÃES; RAYANE BEZERRA FREITAS; LARA COSTA BELARMINO DE MACEDO; DIANA ANDRADE SAFIEH; CAIO MATEUS DA SILVA; LUCAS ALEXANDRE MELO DE CASTRO; GABRIEL SILVA DE OLIVEIRA

**INSTITUIÇÃO:** UFRN, NATAL - RN - BRASIL

**Introduction**

Obstructive sleep apnea (OSA) is characterized by repetitive collapse of the upper airway, leading to increased cardiometabolic risk and quality of life impairment. Some risk scores are validated, including the STOP-BANG questionnaire, which is a screening tool for OSA and classifies patients as high, intermediate, and low risk, according to eight items. Overnight portable oxygen saturation monitoring is a cost-effective tool that can identify individuals with OSA. This study aimed to determine the association of the STOP-BANG questionnaire items with elevated oxygen desaturation index (ODI) in patients admitted to a tertiary care hospital.

**Methods**

This cross-sectional observational study was approved by the hospital's ethics committee (CAAE: 67086722.5.0000.5292). Data were collected from 65 patients admitted to Onofre Lopes University Hospital in Natal, Brazil. Eligibility criteria included age > 18 years, no prior diagnosis of OSA, informed consent, and ability to read and understand the instructions. Patients completed a brief questionnaire that included the STOP-BANG questionnaire. High-resolution pulse oximetry was used to monitor the patient's oxygen saturation during one night of sleep. An ODI greater than 5 was considered elevated, and these patients were referred to a sleep clinic for further investigation. Chi-square or Fisher's exact test was used to test the association between the dichotomous outcomes and Spearman's rho to investigate the correlation between the screening score and the ODI level.

**Results**

The study included 36 men and 29 women. Twenty-six patients (40%) had elevated ODI, 7 (24.1%) women and 19 (52.8%) men, the difference between the sexes was statistically significant ( $p=0.019$ ). Furthermore, the prevalence of elevated ODI was significantly higher in patients with: hypertension (58.1 %,  $p=0.005$ ); those who feel tired, fatigued, or drowsy during the day (52.8%,  $p=0.019$ ); and those aged > 50 years old (59.4%,  $p=0.002$ ). There was no statistical association between high ODI and patients with: loud snoring (48.5%,  $p=0.156$ ); choking or gasping during sleep (42.9%,  $p=0.683$ ); BMI > 35 (66.7 %,  $p=0.140$ ) and thick neck (53.3%,  $p=0.229$ ). The ODI positively correlated with the STOP-BANG questionnaire (Spearman's rho = 0.484,  $p < 0.001$ ).

**Discussion and Conclusion**

According to the study, the items in the STOP-BANG questionnaire that most associated with elevated ODI indexes were hypertension and those who feel tired, fatigued, or drowsy during the day; and also those aged > 50 years, suggesting that such risk factors should always be taken into account during medical evaluation. The moderate correlation between elevated ODI and STOP-BANG emphasizes the importance of active screening for OSA, especially in patients with hypertension, among whom the prevalence is significantly higher.

**Palavras-chave:** STOP-BANG; oxygen desaturation index; Obstructive sleep apnea.

**PO706**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**Tumor Odontogênico Invasivo: Um relato de caso de Ameloblastoma Mandibular**

**AUTOR PRINCIPAL:** BRUNO RAFAEL SABEL

**COAUTORES:** RAFAEL NUNES GOULART; LARISSA LENZ KNIPHOF DA CRUZ; LAURA CARMINATI CIMOLIN; EMILLI FRAGA FERREIRA; PAULA NIKOLAY; HENRIQUE CARVALHO

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANOPOLIS - SC - BRASIL

Masculino, 35 anos, branco, sem histórias mórbidas pregressas, sem uso de tabaco, álcool ou drogas ilícitas dá entrada em um serviço hospitalar de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia devido a distorções graduais e progressivas na dentição há cerca de 1 ano. Inicialmente, procurou odontologista o qual procedeu investigação com tomografia computadorizada de face e biópsia de região abaulada em arcada dentária inferior. No momento da consulta, paciente queixava-se de parestesia e dor à mastigação em região mandibular direita. Ao exame físico, presença de abaulamento subcutâneo de consistência óssea no corpo mandibular direito com extensão para região mentoniana. Notava-se ainda, ausência do elemento 46, alargamento do rebordo gengival do corpo mandibular direito e discreto desvio da mandíbula para a esquerda. À tomografia computadorizada de face evidenciava-se lesão óssea radio lucente expansiva localizada na face anterolateral direita do corpo/região mental da mandíbula, sem realce pelo meio de contraste. Era possível observar que a lesão envolvia as raízes de diversos elementos dentários além de promover o afilamento da cortical óssea que, por vezes, apresentava discretas descontinuidades, não se podendo excluir a hipótese diagnóstica de ameloblastoma. Ao exame histopatológico evidenciou-se lesão com agrupamentos de células de padrão folicular compostos por células periféricas semelhantes a ameloblastos. Optou-se desta forma por abordagem conjunta entre as equipes de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Bucomaxilofacial com a remoção total da lesão seguida de reconstrução de retalho livre de fibula. Neste relato de caso, descrevemos um paciente do sexo masculino, com 35 anos de idade, que procurou atendimento médico devido a uma série de sintomas preocupantes. O paciente relatou inicialmente distorção dos dentes na arcada inferior, acompanhada de dor localizada e um notável aumento de volume na mandíbula. Esses sintomas despertaram a preocupação clínica e levaram à investigação diagnóstica. O diagnóstico foi inicialmente suspeitado com base nos sintomas e no exame clínico, que revelou assimetria facial e uma expansão notável da mandíbula na região afetada. Para confirmar o diagnóstico, foram realizados exames de imagem. Esses exames demonstraram a presença de uma lesão expansiva na região mandibular, que apresentava características radiográficas típicas de um processo tumoral. A confirmação histopatológica foi obtida por meio de uma biópsia incisional, que revelou características histológicas consistentes com um ameloblastoma. As características microscópicas incluíam padrões foliculares e células epiteliais palisádicas, confirmando assim a natureza odontogênica do tumor. O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, porém localmente invasivo, que se origina a partir das células do órgão do esmalte dental ou de seus remanescentes. A apresentação clínica deste caso, com distorção dos dentes, dor e aumento do volume mandibular, é compatível com as características clínicas típicas do ameloblastoma. Essa expansão localizada e a destruição óssea são características marcantes desse tumor. O tratamento deste paciente envolveu uma abordagem cirúrgica, que é o método de escolha para o tratamento de ameloblastomas. O procedimento cirúrgico consistiu na ressecção completa do tumor, com margens cirúrgicas adequadas, seguida de reconstrução mandibular para restaurar a função e a estética. A escolha de uma abordagem cirúrgica agressiva visava minimizar o risco de recorrência, que é uma preocupação significativa com o ameloblastoma. O prognóstico deste paciente é geralmente bom, uma vez que o tratamento cirúrgico foi realizado de maneira adequada e o tumor foi completamente ressecado. No entanto, o acompanhamento a longo prazo é fundamental para monitorar qualquer sinal de recorrência, pois o ameloblastoma é conhecido por sua taxa de recorrência. Este caso destaca a importância do diagnóstico precoce e da abordagem multidisciplinar no tratamento do ameloblastoma.

**Palavras-chave:** Ameloblastoma; Tumor Odontogenico; Retalho pediculado.



**PO726**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**Amigdalite e Faringite agudas na Bahia: um estudo epidemiológico**

**AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS FELIPE DE OLIVEIRA SILVA

**COAUTORES:** CAROLINE TEIXEIRA DAL PAZ; MARIA CLARA OLIVEIRA NASCIMENTO; PÉROLA MARIA NÓBREGA SILVA; LAURA ISABEL DUARTE DE SANTANA; MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADÁ

**INSTITUIÇÃO:** . UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL2. UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS FORMOSA, FORMOSA - GO - BRASIL3. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL4. UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE, MAPUTO - MOCAMBIQUE

**Objetivo:** Avaliar o número de internamentos por Faringite e Amigdalite Aguda no Estado da Bahia entre os períodos de 2015 a 2023.

**Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo por intermédio de dados coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através da plataforma secundária TABNET, no dia 20/08/2023.

**Resultados:** No período de junho de 2015 a junho de 2023 foram internados 12753 pacientes com faringite e amigdalite agudas no estado da Bahia, com predomínio da parcela masculina 49.94% (6370/12753) e com destaque em Salvador (capital da Unidade Federativa) e no município interiorano de Coribe com 4.6% (593/12753) e 4.56% (582/12753), respectivamente. Os indivíduos pardos e as crianças e jovens foram os mais afetados, apresentando 66.35% (8461/12753) e 73.77% (9400/12753), respectivamente.

**Discussão:** As amigdalite e faringite agudas são infecções bacterianas ou virais que afetam o anel de Waldeyer, o qual se caracteriza por um conjunto de tecido linfóide faríngeo, e são muito frequentes em crianças e jovens, além de manifestar-se com sintomatologia local (odinofagia, odinodisfagia, sialorreia) e sistêmica (febre, astenia, cefaleias e etc). Além do meio de contaminação via patógenos, o desgaste dessas mucosas, a partir do tabagismo, do alcoolismo e do refluxo gastroesofágico, pode ser outra forma para que estes casos clínicos sejam desenvolvidos.

Nesse sentido, este estudo mostrou não haver diferenças significativas na distribuição sexual dos internamentos pelas patologias apresentadas, demonstrando um grau elevado de equilíbrio entre os dados destes grupos. Por outra vertente, a faixa etária inferior a 9 anos é o mais afetado, provavelmente pela presença frequente de infecções das vias respiratórias altas e a frequência muito precoce dos estabelecimentos de ensino pré-primário com transmissão e retransmissão das infecções entre os petizes. Além disso, a frequência em indivíduos pardos é uma pauta de discussão importante por possivelmente apresentar um fator racial envolvido no desenvolvimento do quadro de amigdalite e faringite agudas.

**Conclusão:** Este estudo mostrou que as amigdalites e faringites agudas são mais frequentes em indivíduos jovens, do sexo masculino e de pele parda, com predominância nos grandes centros urbanos, sobretudo quando trata-se da região da Bahia. Porém, entende-se a limitação da estrutura científica utilizada, tendo em vista que os dados foram coletados na plataforma do DATASUS, na qual não há, além da exibição única de valores absolutos ou frequências, nenhuma correlação clara e embasada entre as variáveis pautadas.

**Referências**

PRETO, Amanda. Faringite e amigdalite: quais as diferenças entre as infecções?. Vitat, 2022. Disponível em: Faringite e amigdalite: quais as diferenças entre as infecções? - Vitat

IBGE. Amostra – Características da população. 2010. Disponível em: IBGE | Cidades@ | Bahia | Pesquisa | Censo 2010 | Amostra - Características da população

SINDRA, Ibge. População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo e a idade. 2010. Disponível em: Tabela 3175: População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo e a idade (ibge.gov.br)

DADÁ, Mohamed. Manual de Anatomia Humana. Alcance, 2016.

BECKER, Walter. et tal. Otorrinolaringia Manual Ilustrado. Doyma Livros, 1992.

**Palavras-chave:** Amigdalite e Faringite agudas;Internamentos;Bahia.



**PO736**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Epidemiologia das Neoplasias Malignas do Esôfago da região Nordeste

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA CLARA OLIVEIRA NASCIMENTO

**COAUTORES:** LUCAS FELIPE DE OLIVEIRA SILVA; PÉROLA MARIA NÓBREGA SILVA; LAURA ISABEL DUARTE DE SANTANA; MARCOS PAULO MAIA DE LIMA; CAROLINE TEIXEIRA DAL PAZ

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL4. UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS FORMOSA, FORMOSA - GO - BRASIL

**Objetivo:** Descrever e analisar o perfil epidemiológico de internações por Neoplasia Maligna de Esôfago no Nordeste.

**Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico de Neoplasia Maligna de Esôfago (NME) realizado por meio das informações retiradas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) dos últimos três anos (2020 a 2023).

**Resultados:** Após a consulta, foram identificadas 33.427 internações de NME no Nordeste entre julho de 2020 a julho de 2023. O estado com maior número de casos foi o da Bahia (23%), seguido por Pernambuco (21%) e Rio Grande do Norte (15%). Entre os sexos, há predominância neoplásica sobre o sexo masculino, com 21.396 (64%), contra 12.031 (36%) do sexo feminino. A faixa etária de 50 a 69 anos, representou 52% das internações, sendo seguidas pelas idades entre 70 a 79 anos, que apresentaram 20% das internações.

**Discussão:** A neoplasia esofágica é um tumor com alta agressividade biológica, normalmente identificada em estágios avançados. A falta de uma camada serosa facilita sua rápida propagação para estruturas mediastinais próximas, e uma ampla rede de vasos linfáticos facilita a disseminação do tumor, mesmo nos estágios iniciais. As neoplasias malignas esofágicas mais conhecidas são o Carcinoma de Células Escamosas, que está ligado ao consumo de álcool e tabaco e é a forma mais comum de câncer globalmente conhecida, com maior ocorrência nos países orientais, enquanto sua incidência está diminuindo nos países ocidentais e o adenocarcinoma, que é atualmente a variante mais prevalente nos países ocidentais, devido a um aumento significativo em sua incidência nos últimos anos e está associado à doença do refluxo gastroesofágico e à obesidade. Enquanto o carcinoma de células escamosas é distribuído de maneira uniforme em vários segmentos do esôfago, o adenocarcinoma tende a se localizar no esôfago distal em cerca de três quartos dos casos. Nesse contexto, também é importante associar o desenvolvimento do NME ao diagnóstico tardio, que ocorre principalmente após o quadro sintomático, o que facilita o avanço cancerígeno até estágios mais avançados. Além disso, a alta taxa de ocorrência na região nordeste acende um alerta para esse tipo de neoplasia, sendo necessárias políticas públicas direcionadas para a conscientização da população, a prevenção da sua ocorrência e também a promoção de exames de rastreamento para o adequado controle nos estágios iniciais.

**Conclusão:** A NME pode ser diagnosticada em estágios avançados, o que pode explicar a quantidade significativa de internações na região nordeste brasileira durante o período estudado. Em resumo, este estudo epidemiológico fornece uma visão abrangente deste tipo de neoplasia no nordeste brasileiro, destacando a necessidade contínua de estratégias de prevenção, conscientização e diagnóstico precoce para combater eficazmente essa doença desafiadora.

**Referências:**

Encinas de la Iglesia J, Corral de la Calle MA, Fernández Pérez GC, Ruano Pérez R, Álvarez Delgado A. Esophageal cancer: anatomic particularities, staging, and imaging techniques. Radiologia. 2016 Sep-Oct;58(5):352-65. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rx.2016.06.004. Epub 2016 Jul 25. PMID: 27469407.

Napier KJ, Scheerer M, Misra S. Esophageal cancer: a review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities. World J Gastrointest Oncol. 2014;6:112---20.

Rubenstein JH, Shaheen NJ. Epidemiology, diagnosis, and management of esophageal adenocarcinoma. Gastroenterology. 2015;149:302---17

Gómez Senent S, Gómez Raposo C, Segura Cabral JM. Cáncer de esôfago [Esophageal cancer]. Med Clin (Barc). 2008 Mar 29;130(11):423-8. Spanish. doi: 10.1157/13117853. PMID: 18394368.

**Palavras-chave:** Neoplasia;Esôfago;Nordeste.

**PO763**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**CORRELAÇÃO ENTRE AOS E DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

**AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA MOLINARI MADLUM

**COAUTORES:** LEONARDO BRANDINI SANCHES; FELIPE FERRAZ QUINTAL; ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA; MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT; MARIANA SALVES DE OLIVEIRA GONÇALLES; GUSTAVO SARAIVA DE ALMEIDA; BRUNO BERNARDO DUARTE

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente feminina, 46 anos, queixa de roncos noturnos, despertares, irritabilidade matinal, movimentação excessiva noturna e fadiga ao acordar há 2 anos, nega disfagia. Escala de sonolência de Epworth: 3 pontos. Exame físico: IMC:30, tonsilas grau I, malampatti modificado grau 4, desvio septal a direita zona II não obstrutivo. Antecedentes pessoais: hipotireoidismo, hipertensão arterial e distrofia muscular de Duchenne. Status neurológico: força muscular preservada, Gowers positivo, aumento de CKMB e pseudohipertrofia de panturrilhas, nega perda de força proximal, em seguimento com neurologia. Em uso de losartana e levotiroxina. Solicitada polissonografia tipo I: eficiência do sono de 92%; índice de apneia/hipopneia: 16,45 eventos por hora de sono, sendo destes 118 hipopneias e 14 apneias obstrutivas; saturação mínima de oxihemoglobina 98% e tempo de saturação abaixo de 90% de 0%; roncos de moderada intensidade. Após discussão com equipe de ronco e apneia do sono, foi encaminhada ao cardiologista para avaliação cardiovascular. Ecocardiograma transtorácico e holter sem alterações. Sendo que existem 3 razões para tratamento de um distúrbio respiratório obstrutivo do sono: roncos que atrapalham o parceiro, sintomas diurnos e riscos cardiovasculares, verificou-se que o ronco não atrapalha a relação conjugal; os sintomas diurnos não eram causados pelo DROS não havia risco cardiovascular pela doença do sono. Optou-se por acompanhamento trimestral em ambulatório especializado. **Discussão:** Os colapsos da via aérea superior na AOS ocorrem na faringe, tubo muscular e colapsável. Consideramos importante a correlação entre uma doença que acomete a musculatura esquelética com AOS. A distrofia muscular de Duchenne (DMD) é uma doença ligada ao cromossomo X da distrofina, que possui propensão à mutação espontânea e afeta quase exclusivamente homens, uma incidência de 20:100.000. Portadoras sintomáticas do sexo feminino ocorrem pela inativação aleatória do X. A incidência de AOS em pacientes com distrofia muscular de Duchenne ainda não é bem estabelecida em literatura. Em uma revisão publicada em 2016, a avaliação polissonográfica em pacientes com DMD nos apresentou incidência variável de AOS entre os estudos analisados de 21-80%. Apesar disso, esta incidência é considerada relativa, visto que a incidência de AOS na população geral é de 35% e, além disso, não tem-se estudo comparativo adequado com odds ratio confiável indicando a incidência de AOS em pacientes com DMD. O manejo dos distúrbios respiratórios do sono é uma área frequentemente negligenciada em pacientes com doenças neuromusculares. A disfunção cardíaca e respiratória é responsável por mais da metade das mortes em pacientes com distrofias musculares e a hipoventilação relacionada ao sono tende a preceder a hipoventilação diurna pela redução do impulso respiratório e a fraqueza muscular, muitas vezes coexistindo com apneia obstrutiva do sono devido à fraqueza muscular faríngea. Este acometimento faríngeo ocorre posteriormente à musculatura esquelética proximal, ou seja, em estágios mais avançados da DMD e aumenta o risco de AOS grave com a progressão da doença. Outro fator relevante é a disfagia, pois a fraqueza muscular esquelética faríngea na DMD pode cursar com aspiração alimentar. Apesar disso, sua prevalência é subestimada e varia conforme a progressão da doença no paciente. A ventilação não-invasiva é uma opção de tratamento na AOS moderada/grave na tentativa de limitar as consequências da insuficiência respiratória e prolongar a sobrevida do paciente. Porém, a indicação do uso de aparelhos de pressão positiva deve ser individualizada a depender das repercussões clínica e cardiovascular, além de guiada por exames complementares.

**Comentários finais:** Considerando as possíveis repercussões clínicas que envolvem a doença, é fundamental que se tenha uma colaboração entre a medicina do sono e outras especialidades envolvidas no caso. O tratamento pode envolver desde o seguimento clínico até uso de aparelhos de pressão positiva e deve ser individualizado a depender da condição clínica de cada paciente.

**Palavras-chave:** Distrofia muscular de Duchenne; AOS; colapso faríngeo.

**PO794**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**Infecção por Streptococcus pyogenes acometendo palato mole: Relato de caso**

**AUTOR PRINCIPAL:** CECILIA REZENDE FERNANDES

**COAUTORES:** LEANDRO DIAS QUINELLI; IGOR BALDI DA SILVA; JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO; ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO; ANA ELIZA GARCIA

**INSTITUIÇÃO:** IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LIMEIRA, LIMEIRA - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente sexo feminino, 40 anos, previamente hígida, procurou atendimento no Pronto Socorro da Santa Casa de Limeira com queixa de odinofagia e febre há 01 dia, foi avaliada por plantonista recebendo prescrição de Penicilina Benzatina 1,2M unidades. Retornou ao hospital mais tarde neste mesmo dia com piora da dor e relato de lesão arrocheada em amígdala direita. Realizou Tomografia Computadorizada com os achados de alteração textual e volumétrica dos pilares amigdalianos, notadamente à direita, e linfonodomegalia cervical anterior. Foi prescrito antibiótico via oral e orientado retorno se piora do quadro. Paciente retorna ao Pronto Socorro após 2 dias, em uso Amoxicilina 500 mg + Clavulanato 125 mg de 8/8h, referindo piora importante da dor, incapacidade de alimentação e aparecimento de lesão branca em orofaringe. Ao exame físico, paciente apresentava lesão ulcero-necrótica de aproximadamente 2 cm com conteúdo purulento-acinzentado espesso, localizada em pilar amigdaliano e palato mole à direita. Amígdalas hiperemiadas e com exsudação purulenta bilateralmente.

Optado por internação hospitalar para antibioticoterapia: Clindamicina 600mg 6/6h, Ceftriaxona 1g 12/12h, associado a prescrição de Hidrocortisona 250mg 8/8h, sintomáticos. Coletou-se swab de conteúdo purulento e material foi encaminhado para cultura.

Em investigação laboratorial complementar, exames infecciosos de diagnóstico diferencial de faringotonsilites vieram com resultado dentro da normalidade.

Paciente evoluiu com melhora do estado geral e queixas álgicas; após 3 dias de internação hospitalar recebeu alta com manutenção domiciliar de antibioticoterapia por mais 10 dias.

Ao exame físico paciente apresentava úlcera em palato mole à direita de aproximadamente 2 cm de extensão e 1 cm de profundidade, sem sinais exsudativos. O resultado da cultura apresentou crescimento de Streptococcus pyogenes, Streptococcus mitis e Streptococcus oralis.

**Discussão:** As faringotonsilites são infecções autolimitadas que se desenvolvem nas tonsilas, faringe posterior, palato mole e órgãos linfoides. O Streptococcus pyogenes do grupo A (GAS) é responsável por cerca de 20 - 30% das faringotonsilites agudas em crianças e adolescentes, com prevalência maior entre 5 e 15 anos. Sabe-se que com o avançar da idade, a maturação do sistema imunológico cria condições favoráveis ao combate de infecções oportunistas, reduzindo o número de faringites em adultos.

O quadro clássico da doença se dá pela associação de adenopatia, febre e odinofagia de início súbito. O exame físico mostra hiperemia e hipertrofia de amígdalas com ou sem exsudato, petéquias em palato e nódulos linfáticos anteriores dolorosos à palpação, na ausência de sintomas virais (coriza, rouquidão, tosse e diarreia).

A paciente em questão apresentou um quadro de evolução rápida com acometimento não apenas restrito às fossas amigdalianas, mas sim com exsudação principalmente coalescendo-se em região de palato mole.

A transmissão da GAS se dá através do contato direto com secreções das vias aéreas de indivíduos contaminados. O hemograma pode sinalizar leucocitose e o diagnóstico pode ser confirmado a partir de exames por meio de cultura (padrão-ouro), detecção antigênica (teste rápido) e uma elevação no título de anti-estreptolisina O (ASLO), aproximadamente 2 a 3 semanas após a infecção.

O tratamento com antibióticos é indicado com o objetivo de melhorar os sintomas da infecção aguda, diminuir o período de contágio e prevenir complicações supurativas, invasivas e não supurativas, principalmente a febre reumática e a glomerulonefrite.

O aumento da ocorrência de infecções com manifestações atípicas associadas ao S. pyogenes, descritas na literatura, sugere que cepas potencialmente virulentas estejam sendo selecionadas nas últimas décadas.

**Conclusão final:** Torna-se necessário que os profissionais de saúde atentem para a possibilidade de ocorrência de quadros atípicos e instituem abordagem terapêutica antimicrobiana precoce, orientando os familiares quanto à evolução esperada da doença, devendo-se procurar auxílio médico imediato na vigência de evolução clínica anormal.

**Palavras-chave:** Streptococcus pyogenes; Faringotonsilite; Dor de garganta .

**PO808****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****ANÁLISE DA OCORRÊNCIA SINCRÔNICA DE PAPILOMA ESCAMOSO EM CAVIDADE ORAL/OROFARINJE E EM OUTROS SÍTIOS DA VIA AÉREA SUPERIOR****AUTOR PRINCIPAL:** PRISCILLA FALCON LACERDA**COAUTORES:** PABLO PINILLOS MARAMBAIA; ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS; MILENA MENEZES MARQUES SALLES; LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL; LUMA BORGES OLIVEIRA; PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA**INSTITUIÇÃO:** INOOA, SALVADOR - BA - BRASIL**OBJETIVO:** Descrever casos de pacientes com papiloma escamoso em cavidade oral e/ou orofaringe que foram submetidos à videonasofibrolaringoscopia flexível, para análise da ocorrência de lesões sincrônicas em outros sítios da via aérea superior.**MÉTODOS:** Trata-se de uma série de casos realizada em um serviço privado de otorrinolaringologia de Salvador-BA, através de dados secundários disponíveis em prontuários de pacientes que foram submetidos à exérese cirúrgica de papilomas escamosos, comprovados através de anatomopatológico, em cavidade oral e/ou orofaringe. Conjuntamente, esses pacientes foram submetidos à videonasofibrolaringoscopia flexível para análise da ocorrência sincrônica de lesões em outros sítios da via aérea superior como cavidade nasal, rinofaringe, hipofaringe, laringe. Os dados coletados foram idade, sexo, sítio anatômico da lesão, lesão única ou múltipla, presença de lesões sincrônicas em outros sítios da via aérea superior.**RESULTADO:** Foram incluídos 13 pacientes que realizaram a exérese cirúrgica de papilomas escamosos em cavidade oral/orofaringe em um período entre março de 2017 a maio de 2022. Desses, a média de idade da amostra foi de 49 anos e a prevalência foi do sexo masculino (53,84 %). Na análise comparativa entre as idades, a maioria dos pacientes (30,77%) apresentou idade entre 61-70 anos, seguido por pacientes com 31-40 anos e 41-50 anos (23,08% cada) e por último pacientes entre 21-30 anos, 51-60 anos, 71-80 anos (7,69% cada). Apenas um paciente (7,69%) apresentou mais de uma lesão em cavidade oral/orofaringe, totalizando duas. Demais pacientes (92,3%) apresentaram lesão única.

Dentre as 14 lesões avaliadas, os sítios anatômicos preferencialmente acometidos foi a úvula (28,57%), seguido de amígdala (21,43%), palato mole e pilar posterior (14,29% cada), pilar anterior e palato duro (7,14% cada). Um paciente (7,14%) previamente amigdalectomizado apresentou lesão em loja amigdalina esquerda. Em nenhum dos pacientes foi detectada a ocorrência sincrônica de lesões em fossas nasais, rinofaringe, hipofaringe, laringe.

**DISCUSSÃO:** É cada vez mais frequente em consultórios de otorrinolaringologia, durante a oroscopia, o achado de papiloma escamoso na cavidade oral ou orofaringe. Muitas vezes, encontrado de forma “incidental”, o papiloma escamoso é um tumor benigno, cuja patogênese tem sido associada à infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV).

Estudos apontam que o papiloma escamoso pode acometer qualquer região da cavidade oral, informação essa concordante com o presente estudo, no qual foram encontradas lesões em grande variedade de sítios anatômicos (ex. úvula, amígdalas, palato mole, pilares amigdalinos, palato duro e loja amigdalina).

Em relação a predileção por gênero, estudos anteriores evidenciaram uma incidência entre os sexos bem semelhantes, com uma ligeira predominância masculina. Dados concordantes com o atual estudo, que evidenciou uma discreta preferência discreta pelo sexo masculino (proporção homem-mulher, 1,17:1).

Em relação a distribuição de lesões por faixa etária, descobertas anteriores revelaram que o papiloma escamoso oral é comum em adultos da terceira à quinta décadas de vida. Já o presente estudo, tem como faixa etária principal de acometimento a 7ª década de vida.

Já é sabido que a infecção pelo HPV é um dos fatores de risco associado ao desenvolvimento dos carcinomas da cavidade oral, faríngeos, laríngeos, cervicais e anogenitais. Como o diagnóstico do papiloma escamoso é clínico e histopatológico e seu tratamento de escolha é a remoção cirúrgica, torna-se de fundamental importância a exérese e anatomopatológico de lesões encontradas durante oroscopia, além da avaliação da ocorrência de lesões sincrônicas em outros sítios da via aérea superior.

**CONCLUSÃO:** Os dados obtidos por esse estudo ratificam a literatura, evidenciando que papilomas escamosos orais e/ou de orofaringe são em sua maioria lesões únicas, com uma ligeira preferência por indivíduos do sexo masculino, podendo acometer qualquer sítio anatômico da região. Em nenhum dos pacientes foi observada a ocorrência sincrônica de lesões papilomatosas em outros sítios da via aérea superior.

Palavras-chave: PAPILOMA ESCAMOSO ORAL;PAPILOMA;HPV.

**PO837**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**DIAGNÓSTICO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO VIA OXIMETRIA DE PULSO NOTURNA (BIOLOGIX®): UMA OU TRÊS NOITES?**

**AUTOR PRINCIPAL:** BARBARA SOUZA LEÃO SANTIAGO

**COAUTORES:** SOFIA HIOKI SANTOS; STEFANI GARBULIO AMARAL; JOÃO PAULO BISPO GONÇALVES; TAIS FERREIRA VILELA; RENAN GOMES VIANA NIERO; BIANCA LINS SANTIAGO; FERNANDA MADEIRO LEITE VIANA WEAVER

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE SANTO AMARO, SÃO PAULO - SP - BRASIL. 2. FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE, RECIFE - PE - BRASIL

**OBJETIVO:** Identificar quantas noites de sono são necessárias para estabelecer o diagnóstico de apneia obstrutiva do sono (AOS) na polissonografia (PSG) do tipo 4 utilizando o dispositivo Biologix®. Nossa hipótese é que uma noite será suficiente para o diagnóstico apropriado da AOS, mesmo esse sendo um exame simplificado do sono.

**MÉTODOS:** Quarenta e dois pacientes, com alto risco para AOS foram incluídos no estudo, onde utilizaram o dispositivo Biologix®. Os pacientes realizaram o exame por três noites consecutivas e foram comparados: o índice de dessaturação de oxigênio (IDO) da primeira noite com a média das três noites; o maior IDO com o IDO da primeira noite; a proporção de pacientes que mudaram sua classificação de gravidade da AOS, a correlação entre as noites 1 e 2, 1 e 3, e noites 2 e 3, a saturação mínima na primeira noite com a média da saturação mínima das 3 noites e o tempo de saturação abaixo de 90% da primeira noite comparado à média das 3 noites.

**RESULTADOS:** Não houve diferença quando comparados o IDO da primeira noite do exame com a média do IDO das 3 noites ( $p=0,5058$ ). Quando comparados o maior IDO registrado entre as 3 noites com o IDO da primeira noite de exame, observamos que 83,3% dos pacientes não mudaram sua classificação de gravidade. Em relação à mudança de classificação ao longo das 3 noites, identificamos que 59,5% dos participantes não mudaram de categoria em nenhuma noite. Quando comparado entre as noites constatamos que: entre a primeira e a segunda noite 78,6% dos pacientes não mudaram de categoria de gravidade; entre a primeira e terceira noite 68,7% e entre a segunda e a terceira noite 71,4%. Não houve diferença no tempo de saturação abaixo de 90% na primeira noite com a média das 3 noites ( $p=0,2046$ ) porém houve com a saturação mínima de oxigênio  $p=0,0003$ .

**DISCUSSÃO:** Os resultados deste estudo sugerem que o diagnóstico da AOS com apenas uma noite de PSG do tipo 4 traz resultados semelhantes quando realizada em três noites consecutivas. Apenas 19% ( $n=8$ ) dos pacientes mudaram de classificação de gravidade quando comparado a primeira noite com a média das três noites, porém vale ressaltar que a mudança de classificação foi devido a pequenas alterações de IDO (delta 1,6-10,3 e média 4,92), tal variabilidade também é encontrada com a PSG do tipo 1. Ao longo das três noites o achado se repete com mudanças de apenas 1 categoria de gravidade e com variações pequenas de IDO. Contudo, pequenas variações não geram grandes repercussões clínicas e nem alteram a decisão da terapêutica do paciente. Quando avaliado o ganho de detecção de AOS em pacientes com primeira noite de exame negativa, observamos um ganho de apenas 4,7% na detecção de AOS, contrastando com o estudo de Le bon et al onde o ganho variou de 15 a 25%, provavelmente devido ao efeito da primeira noite quando realizado PSG do tipo 1. Quando comparamos o maior IDO das três noites com o da primeira noite, encontramos que 83,3% dos pacientes não mudaram de gravidade, taxa bem parecida com a encontrada por Stepnowsky et al quando realizou PSG do tipo 3 por três noites. Em relação à relevância estatística observada na comparação entre a saturação mínima de oxigênio da primeira noite com a média das 3 noites, observamos que apesar de ser fato a relação da saturação mínima com risco cardiovascular, uma pequena alteração numérica também não tem relevância na tomada de decisão terapêutica.

**CONCLUSÃO:** Concluiu-se que a realização de uma noite de exame com polissonografia do tipo 4, utilizando Biologix®, mostrou-se suficiente para o diagnóstico de AOS em paciente com alto risco.

**Palavras-chave:** Apneia obstrutiva do sono; Oximetria; Diagnóstico.

**PO865****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Abscesso Intra Amigdaliano: um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** LUÍZA CAMPOS DE PAULA**COAUTORES:** JOÃO CASSINDI GONÇALVES; GILBERTO MORIO TAKAHASHI; NYCOLLE SAMARA LEITE DE ALMEIDA; KARIS DE CAMPOS AMARAL; GIULIANA GRAICER; DOUGLAS SALMAZO ROCHA MORALES**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, de 39 anos, diabética tipo 2 não insulino dependente, tabagista 8 anos-maço, procura o Pronto Socorro do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, com quadro de odinofagia há 15 dias, sensação febril não aferida, refratária ao uso de 1 dose de Penicilina Benzatina e Amoxicilina por 10 dias. Curso com disfagia, sialorreia, dor cervical. Apresentava história de abscesso periamigdaliano esquerdo drenado em pronto socorro há 1 ano. Ao exame físico: 39°C, eupneica, restrição de mobilidade cervical para à esquerda; oroscopia com trismo de 2+/4+, tonsilas palatinas assimétricas: à esquerda 3+/4+, hiperemiada, e à direita 2+/4, com discreto desvio de úvula para à direita. Exames laboratoriais com leucocitose de 16.710 e Proteína C Reativa de 83. Realizada tentativa de punção periamigdaliana à esquerda com gelco 15, sem saída de secreção purulenta. Optado então, por realização de Tomografia Computadorizada, que identificou: abscesso loculado em loja amigdaliana esquerda, com volume estimado de 12 mL, linfonodomegalias reacionais bilaterais junto ao espaço vascular e nível cervical V, sem demais alterações. Devido à refratariedade dos sintomas à antibioticoterapia e recorrência de abscesso amigdaliano esquerdo, foi optado por antibioticoterapia com Ceftriaxone e Clindamicina por 3 dias e realização de amigdalectomia. Paciente evoluiu com melhora completa dos sintomas e recebeu alta hospitalar com Amoxicilina-Clavulanato.

**DISCUSSÃO:** O abscesso intra amigdaliano é uma complicação rara de amigdalite bacteriana, dado que em geral o acometimento é no espaço periamigdaliano. O abscesso intratonsilar cursa com odinofagia, assimetria amigdaliana, podendo não ocorrer voz abafada e edema do tecido circundante. Porém a dificuldade na diferenciação dos dois processos leva ao subdiagnóstico e muita das vezes a tentativa de drenagem do espaço periamigdaliano, mesmo em casos de acometimento intra amigdaliano, contribuindo com falha terapêutica. A fisiopatologia pode ser explicada por extensão direta devido oclusão da cripta tonsilar, com aumento amigdaliano ou através do sistema linfático e via corrente sanguínea. Não levaria a trismo por não acometer o espaço masseterico e também não causaria com otalgia por não acometer o nervo glossofaríngeo. A conduta ainda é controversa, com relato de alguns casos cursando com sucesso terapêutico após instituição de antibioticoterapia venosa. Em geral é recomendada tentativa de aspiração com agulha, porém não em espaço periagmidaliano, e sim no parênquima tonsilar. Em caso de falha, ou em concomitância com abscesso periagmidaliano, pode ser realizada a amigdalectomia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** É importante distinguir o abscesso intra amigdaliano do peri amigdaliano, dado que cada um apresenta um respectivo ponto de drenagem. A falta de consenso sobre conduta pode ser justificada pela baixa incidência de tal patologia e por poucos estudos publicados sobre o tema. Desse modo, o abscesso intra amigdaliano deve ser considerado como diagnóstico diferencial de complicações de amigdalite bacteriana, principalmente em casos de odinofagia intensa e progressiva, dor cervical, sem voz abafada, sem abaulamento periamigdaliano.

**Palavras-chave:** Abscesso Intra Amigdaliano; Abscesso Peri Amigdaliano; Diagnostico Diferencial.



**PO875****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

Manejo do respirador oral portador de fissura labiopalatina

**AUTOR PRINCIPAL:** ADRIANA TORRES DA SILVA**COAUTORES:** VINICIUS SALGADO RABELO; RAFAEL BASTOS ALVIM; GIULLIA AMARAL SILVA; GABRIELE SANTOS PONTELLO NEVES; LARISSA MARIA FERRAREZ FARIA**INSTITUIÇÃO:** FCMMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL**Objetivo:** Abordagem e relato de experiência acerca das melhores estratégias de tratamento da otite média de efusão, em pacientes portadores de fissuras labiopalatinas.**Métodos:** Os dados foram levantados a partir da revisão de literatura e relato de experiência ambulatorial com crianças portadoras de fissuras labiopalatinas com tratamento de Otite Média de efusão.**Resultados:** Existe insuficiência de dados primários fortes que ofereçam base de evidência suficiente para se determinar quando a rotina de inserção precoce de tubos de ventilação em paciente com FLP tem benefícios a longo prazo para audição, fala e linguagem e desenvolvimento psicossocial.

**Discussão:** Constatou-se que há diferença internacional nos protocolos usados para tratar Otite Média de efusão em crianças com fissura palatina. Como a inserção rotineira de tubo ventilatório (TV) no momento da palatoplastia ou em algum momento posterior de desenvolvimento de doença sintomática de orelha média. Contudo, estudos apuraram que crianças que receberam rotineiramente os tubos ventilatórios durante a palatoplastia, apresentavam piores resultados audiológicos e otológicos, além de alta incidência de anormalidades na membrana timpânica. Outro estudo, correlaciona o desenvolvimento de fala e palatoplastia funcional associado ao tratamento cirúrgico simultâneo da Otite média com efusão em pacientes fissurados, demonstrando que a palatoplastia associada a inserção precoces dos tubos reduzem a incidência de Otite média de efusão, melhorando audição, refletindo assim, no melhor desenvolvimento da fala. No tratamento de perfurações timpânicas, observaram que a média de tempo para a recuperação da função da tuba auditiva após a palatoplastia foi de seis anos e que 79% dos pacientes demonstraram função normal da TA após os 12 anos de idade. Apesar de Hartzel et al. recomendarem a miringoplastia por volta dos 6-7 anos de idade em crianças com FLP, os pesquisadores preconizam adiar a cirurgia até que não houvesse mais sinais de disfunção da tuba auditiva, após os 12 anos de idade. Em alguns casos, eles ainda recomendam a colocação de tubo de ventilação em T subanular para manter a ventilação da orelha média. Ficou demonstrado que a maioria (63%) das crianças se beneficiaram com a colocação precoce dos tubos de ventilação aos quatro meses de idade e que esse grupo é ainda maior (86%) com o fechamento precoce do palato mole. “Em relação ao tratamento cirúrgico, a colocação de tubos de ventilação é benéfica para pacientes com hipoacusia bilateral decorrente de OMCS (Otite Média Crônica Secretora ou OME), considerando-se a história natural da doença, os riscos de resistência bacteriana, os benefícios comprovados e a técnica simples de colocação. Estes tubos de ventilação serão indicados sempre que o curso da OMCS, acompanhada ativamente por três a seis meses, evoluir desfavoravelmente naquelas crianças de baixo risco. Não devemos esquecer que um único procedimento cirúrgico não soluciona o problema do paciente em tratamento, uma vez que a resolução para a OMCS está baseada no crescimento da criança com o desenvolvimento da tuba auditiva e da sua imunidade de forma adequada”.

**Conclusão:** Não há consenso, até o momento, sobre a oportunidade da intervenção cirúrgica nos pacientes portadores de FLP, tentando-se evitar prejuízos auditivos e sequelas sobre as membranas timpânicas. Os tubos de ventilação devem ser introduzidos levando-se em consideração o estado da orelha média e membranas timpânicas, sendo precocemente introduzidos e/ou selecionados de acordo com a necessidade. O tratamento multidisciplinar é fundamental, devendo o paciente ter o acompanhamento de equipes experientes de Odontologia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, Genética, Cirurgia, Otorrinolaringologia e Psicologia, acolhendo o paciente e sua família, a partir de um tratamento humanizado, minimizando o sofrimento dos envolvidos.

**Palavras-chave:** fissura labiopalatina; otite média com efusão; tubos de ventilação.



**PO880****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****PÓLIPO DE TONSILA PALATINA - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO VEIGA RODRIGUES**COAUTORES:** JÔNATAS SOUZA PINTO PORTO; EMANUELLE RODRIGUES ROLANDO; CARLA PIRES NOGUEIRA; CANDICE MAGALHAES BORGES; FERNANDO MATHIAS PEREIRA DE MIRANDA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL2. FACULDADE SANTO AGOSTINHO, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL3. OTORRINO MED, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL4. INSTITUTO DE MEDICINA ESPECIALIZADA, LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente E. S. O., 36 anos, feminino, natural e procedente de Boquira-BA. Procurou atendimento com otorrinolaringologista devido sensação de corpo estranho na garganta. Relatou tratamento prévio com antibióticos, mas sem evolução de melhora. À oroscopia foi visto lesão polipoide com inserção na amígdala direita. Foi realizada também uma videolaringoscopia evidenciando estruturas laríngeas sem alterações. Como seguimento, foi submetida a amigdalectomia bilateral e o material retirado encaminhado para biópsia. O laudo anatomopatológico evidenciou hiperplasia linfoide reacional bilateral, associado a fibrolipoma na tonsila palatina direita, sem sinais de malignidade. No pós-operatório apresentava uma boa evolução e recebeu alta após a cicatrização completa da cirurgia.

**Discussão:** Em literatura, a hiperplasia linfoide reacional compreende a uma condição benigna e rara, enfatizada pelo aumento tecidual de células linfoides em qualquer região corporal que tenha tecido linfático, decorrente de alguma infecção ou inflamação, cujo objetivo é a destruição do agente etiológico naquele lugar específico. Nesse caso, a localização se deu na orofaringe, mais especificamente nas tonsilas palatinas. Em relação a hiperplasia, tem-se o fibrolipoma, que nada mais é do que uma neoplasia benigna e infrequente na cavidade oral, constituído de células adiposas neoplásicas entremeadas por tecido conjuntivo denso, além de grandes quantidades de tecido conjuntivo fibroso ao seu redor, interpondo-se no tecido adiposo maduro. Não possui preferência por sexo ou raça, mas alguns estudos evidenciaram maiores manifestações em homens entre os 30 e 50 anos, e sendo raramente encontrado em crianças. Por ser uma variante do lipoma, apresenta características semelhantes, como nódulo submucoso, ovóide ou circular, bem delimitado, de crescimento lento, base sésil e pediculada, normocrômico e mole à palpação. Sua coloração pode diversificar segundo a sua localização, uma vez que as lesões profundas se apresentam de cor rósea e as superficiais de cor amarelada. Sintomas como disfagia e dispneia são comuns nesses casos. O padrão ouro para seu diagnóstico é a histopatologia. Embora seja de crescimento lento, ele pode evoluir para tamanhos grandes, e então o tratamento sugerido é a remoção cirúrgica, como visto no presente caso. Ademais, lipomas orais podem ser transformados em lipossarcomas como visto na bibliografia, porém são raros.

**Comentários finais:** os fibrolipomas de tonsilas palatinas são neoplasias benignas e raras, sendo de escassa evidência bibliográfica. Sua confirmação diagnóstica pode ser a histopatologia em conjunto com as manifestações clínicas apresentadas. A retirada cirúrgica é o tratamento mais eficaz apresentado.

**Palavras-chave:** Pólipo em tonsila palatina ;Fibrolipoma ;Histopatologia.

**AUTOR PRINCIPAL:** ROBERTO BECKER GUIMARAES

**COAUTORES:** LAURA BASTOS FERREIRA; CLARA GOMES FRANCISCO; HELENA MARIA GONÇALVES BECKER; JÚLIA BECKER GUIMARÃES; ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES

**INSTITUIÇÃO:** NÚCLEO DE OTORRINO DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Objetivo:** Associar o uso de benzodiazepínicos e antidepressivos à gravidade da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono em pacientes adultos diagnosticados por Polissonografia em clínica privada de Belo Horizonte, entre abril e julho de 2022.

**Métodos:** Trata-se de estudo transversal, composto por 525 pacientes de uma clínica privada de Belo Horizonte, Brasil, entre abril e julho de 2022. Os pacientes foram submetidos à Polissonografia visando avaliar a presença e o grau de apneia/hipopneia e responderam a um questionário previamente considerando comorbidades e medicações de uso crônico. Foram excluídos pacientes menores de 18 anos, em uso de qualquer medicação com ação direta no sistema nervoso central, dados insuficientes de polissonografia, diagnóstico de qualquer outra síndrome do sono, neuromuscular ou neurológica que tenham impacto na SAOS, malformação craniana ou genética com impacto nas síndromes respiratórias do sono. A associação entre esses pacientes, a gravidade da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono e as alterações nos parâmetros do sono foi feita por meio do teste Qui-Quadrado.

**Resultado:** No grupo analisado, 93,5% foi diagnosticado com SAOS. dentre estes, considerando-se o nível da gravidade a partir da comparação do índice apneia e hipopneia, 22,5% foram classificados como leve, 29,3% como moderado e 41,7% como grave. À partir da análise do número de usuários de benzodiazepínicos com diagnóstico de SAOS (4,9%), não houve associação do uso da medicação com o diagnóstico da síndrome ( $p = 0,078$ ). Na análise dos usuários de antidepressivos com diagnóstico de SAOS (27%), também não foi possível estabelecer relação entre o uso desta medicação com o diagnóstico de SAOS ( $p=0,175$ ). Em relação às variáveis de analisadas, evidenciou-se associação estatística significativa entre o uso de antidepressivos e/ou associação de antidepressivos com benzodiazepínicos com aumento da latência do sono REM ( $p=0,000$ ), entre o uso de benzodiazepínicos ou uso de nenhum medicamento e diminuição da fase N1 do sono ( $p=0,022$ ), entre o uso de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos com aumento de fase N2 do sono ( $p=0,003$ ) e entre o uso de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos com diminuição da fase REM do sono ( $p=0,001$ ).

**Discussão:** Considerando os benzodiazepínicos, o seu efeito na coordenação do diafragma e músculos da via aérea superior é mal documentado, e, tais drogas, podem estar associadas à baixa saturação de oxigênio em pacientes diagnosticados com apneia. No entanto, a relação entre o uso de benzodiazepínicos e SAOS não foi observada ( $p=0,078$ ). Percebe-se, então, que não há consenso científico a respeito da associação medicação-patologia. Ainda, no presente estudo foi observado um número considerável de pacientes que fazem uso de antidepressivos e apresentam SAOS, mas não houve associação entre o uso destes medicamentos e a SAOS. Apesar disso, foram identificadas alterações importantes na arquitetura do sono compatíveis com o estudo em questão.

**Conclusão:** Neste estudo, não foi encontrada associação entre o uso de benzodiazepínicos e/ou antidepressivos e a ocorrência de SAOS. Entretanto, o uso destes medicamentos parece alterar algumas das variáveis polissonográficas analisadas, como a latência para o sono REM e a duração das fases do sono. Assim, mais estudos são necessários, com a utilização de uma população maior, para elucidar melhor estas variáveis.

**Palavras-chave:** Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono; Ansiolíticos; Agentes Antidepressivos.

**PO895****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****Rothia mucilaginosa, um caso de abscesso parafaríngeo recidivante.****AUTOR PRINCIPAL:** IGOR BALDI DA SILVA**COAUTORES:** LEANDRO DIAS QUINELLI; CECILIA REZENDE FERNANDES; ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO; JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO; ANA ELIZA GARCIA**INSTITUIÇÃO:** ISCML, LIMEIRA - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente I.B.S. 24 anos, acolhida em pronto atendimento, devido quadro de febre, trismo, abaulamento e odinofagia localizada em região de pilar anterior direito com extensão à região de palato ipsilateral. Acionada equipe de otorrinolaringologia, após realizada Tomografia Computadorizada de região cervical, com pequena coleção presente – já em uso de Amoxicilina/Sulbactam – receberia tratamento pautado em drenagem por punção e antibioticoterapia correspondente (Clindamicina). Após resolução, avaliada em ambulatório da especialidade, é descrito amigdalectomia prévia há 3 anos do ocorrido devido abscesso peritonsilar, sem intercorrências ou quadro infeccioso outro descrito. A partir de então, paciente recebendo seguimento, apresentava-se após dois meses recidiva local com sintomatologia de mesmo espectro porém maior toxemia – prontamente internada, realizaria então drenagem cirúrgica com envio de material para rotina laboratorial. Dias após aguardo de culturas, evoluindo com melhora clínica e antibioticoterapia (Ceftriaxona em associação com Clindamicina) às vésperas da alta médica, é recebido resultado da cultura: *Rothia mucilaginosa* – para qual não se havia testagem de antibiograma disponível. Não obstante, no mês seguinte ao procedimento, terceira recidiva é tratada sob regime de internação hospitalar, nesta feita com auxílio da equipe de Infectologia que programaria alta com Levofloxacino em terapia estendida após discussão entre ambas equipes a saber do alvo isolado.

**Discussão:** O impacto clínico e prevalência dos abscessos peritonsilares e parafaríngeos constituem parte da rotina na otorrinolaringologia. Contempla risco em complicações locais, regionais e sistêmicas, abrangendo risco de via aérea, mediastinite e abscessos paravertebrais, meningites, tromboflebitides entre outras condições ameaçadoras. O tratamento de primeira linha consiste em antibioticoterapia e drenagem seja ou não cirúrgica. Em certas oportunidades, a depender das características, tamanho e localização dos mesmos, podem ser exclusivamente tratados através de antibioticoterapia sistêmica com altas taxas de sucesso, como por exemplo, pacientes com faixa de idade pediátrica.

Contudo, a *Rothia mucilaginosa* (*R. mucilaginosa*) - outrora *Stomatococcus mucilaginosus* - coco Gram positivo e anaeróbio facultativo, é considerada parte da flora comensal da naso e orofaringe. Para o presente estudo, dá-se a notoriedade para qual a *R. mucilaginosa* apresenta risco de infecções, tanto para pacientes imunodeprimidos, mas também imunocompetentes.

Rui Freitas et al. (2022), evidencia cepas estudadas com perfis de suscetibilidade variáveis mantendo, no entanto, boa suscetibilidade a medicações de fácil manejo, tais como: sulfametoxazol/trimetropim e às fluoroquinolonas. Já outras drogas com suscetibilidade vistas como razoáveis, entre elas, penicilina G e clindamicina.

Maraki e Papadaki et al (2015) ainda reforçam que infecções pela mesma podem ser subdiagnosticadas, uma vez que podem ser identificadas em cultura erroneamente com estafilococos ou estreptococos de um modo geral, além da chance de haver falha no crescimento em meio habitual ou ainda ser considerada contaminação no material de coleta.

**Comentários finais:** Conhecer o tratamento de condições como abscessos dessa ordem e suas apresentações é de importância ímpar, desde drenagem do mesmo, quando indicado, tanto no contexto ambulatorial ou cirúrgico, em suas variáveis. Não menos importante, compreender a antibioticoterapia empregada de maneira empírica para cobertura polimicrobiana é indispensável no prognóstico, precaução de recidivas e falhas terapêuticas, além de reconhecer alternativas no tratamento a depender do microorganismo isolado, seu comportamento, e portanto, ampliar o arsenal terapêutico.

Consequentemente, conhecer o perfil epidemiológico de seu paciente, imunocomprometido ou não é permitir diagnóstico de doenças concomitantes, prevenção de agravos e oferta de cuidado continuado para além do primo diagnóstico.

**Palavras-chave:** *Rothia Mucilaginosa*; Abscesso parafaríngeo; Imunocompetentes.

**PO898****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****PERFIL DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ AVALIADOS PELO ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH****AUTOR PRINCIPAL:** CAMILA MARTINS RICARTE**COAUTORES:** LUDMYLLA DA LUZ DUTRA; LARISSA NAVARRO BARROS; ANA CAROLINA SOARES SUCCAR; MATHEUS SODRÉ DE ARAÚJO; ADALBERTO ALVES MOREIRA NETO**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, MARABÁ - PA - BRASIL**OBJETIVO:** Definir o perfil dos acadêmicos de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA) avaliados pelo Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI).**MÉTODOS:** Estudo transversal com amostra estratificada de discentes de medicina da UEPA Campus VIII, regularmente matriculados do 1º ao 12º período, com idade igual ou superior a 18 anos. Os dados foram coletados a partir do questionário PSQI no período de maio a junho de 2023. O questionário avalia componentes do sono e gera um escore máximo de 21 pontos, sendo que pontuações acima de 10 indicam possível distúrbio do sono. Para a análise da pesquisa, verificou-se a significância estatística com o teste Qui-quadrado de Pearson no aplicativo IBM® SPSS® Statistics versão 25 2017. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UEPA, sob o parecer nº 6069481/2023.**RESULTADO:** A amostra final foi composta por 181 acadêmicos. A média do PSQI em nosso estudo foi de 7,61 pontos. A maioria dos acadêmicos (n=123) possui uma qualidade de sono ruim totalizando 68%, sendo que 31 (17,1%) acadêmicos têm uma boa qualidade de sono e 27 (14,9%) acadêmicos possuem algum distúrbio do sono. A média de idade foi de 23,23 anos com 9,9% dos acadêmicos na faixa etária entre 18-19 anos, 65,7% entre 20-24 anos e 24,3% entre 25-40 anos. Em relação ao gênero 59,1% eram do sexo masculino e 40,9% do sexo feminino. Quanto ao período da graduação, 35,9% alunos estavam no ciclo básico, 39,2% no ciclo clínico e 24,9% no internato.**DISCUSSÃO:** Ao analisar as características dos acadêmicos com uma qualidade de sono ruim acordo com índice PSQI, observou-se maior prevalência de pessoas na faixa etária de 20-24 anos (47%) e do sexo masculino (41,4%). Ainda que faltem evidências comprobatórias do mecanismo responsável por isso, acredita-se que mulheres estão mais suscetíveis a fatores de estresse devido a variações hormonais e fisiológicas. Já por outro lado, nas pesquisas apresentando o sexo masculino com classificação de sono ruim, a hipótese é que a maior prevalência de vícios e abuso de medicações e ilícitos entre estes seja uma justificativa para os resultados encontrados. Entre alguns estudos, foram evidenciadas relações relevantes no que se refere ao período da graduação e a qualidade do sono. Ao que parece, esses aspectos relativos à qualidade de sono não têm a princípio predisposições relacionadas a essas características (idade, sexo e período de graduação) e são homogeneamente distribuídos. Além disso, variam de acordo com a particularidade das amostras analisadas em cada estudo por haver interferência do ambiente e fatores, como alimentação, atividade física, doenças prévias e situação financeira não investigada nas pesquisas. Ademais, a presença de uma maioria de acadêmicos na faixa etária de adolescentes e adultos jovens pode se dar pela metodologia educacional aplicada no ensino médio e superior no Brasil que permite o acesso precoce.**CONCLUSÃO:** Em nosso estudo o perfil predominante foi de acadêmicos de 20 a 24 anos de idade, do sexo masculino e no ciclo clínico. Em vista da preocupação com a grande parcela de estudantes de medicina apresentando uma qualidade de sono ruim neste estudo, é importante a definição de medidas de melhoria em saúde no campo universitário. A diferença entre diferentes sexos, idade e ciclo de graduação possibilita avaliar possíveis desfechos para uma amostra específica, além de permitir relacionar fatores diferentes envolvidos neste quadro de sono ruim de acordo com suas características pessoais e explorá-los cientificamente.**Palavras-chave:** Medicina do Sono; Estudantes de Medicina; Qualidade do Sono.

**PO909****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****SIALOMETAPLASIA NECROTIZANTE NO PALATO DURO APÓS VÔMITO INDUZIDO SEQUENCIAL****AUTOR PRINCIPAL:** ELAINE COSTA**COAUTORES:** GABRIEL CAETANO DE JESUS; BRUNO SIQUEIRA BELLINI; ANA CRISTINA COELHO DAL RIO TEIXEIRA**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A sialometaplasia necrosante é uma condição rara, benigna e autolimitada. Porém, faz diagnósticos diferenciais com tumores malignos; portanto, podem ocorrer erros de diagnóstico. Este relato de caso descreve uma lesão ulcerada de aparecimento espontâneo na região posterior do palato duro.

**RELATO DE CASO:** Paciente, feminino, 21 anos, previamente hígida, procurou atendimento ambulatorial com otorrinolaringologista devido a lesão em palato duro de início há dez dias. Sua apresentação inicial foi de mácula associada a parestesia local, evoluindo progressivamente para ulceração, com sangramento autolimitado e halitose. O exame físico identificou lesão de 2,0 x 2,5 cm no lado esquerdo do palato duro com tecido necrótico central e edema perilesional. Não ultrapassou a linha média e poupou as gengivas. Não havia sinais de exposição óssea ou fístula oronasal. (Figura 1)

Tomava anti-inflamatórios não esteroides para alívio da dor e fazia uso de enxaguatório bucal com Clorexidina 0,12%. Ela relatou episódios eméticos diários auto-induzidos associados a um quadro depressivo semanas antes do aparecimento da lesão. Não havia história de abuso de substâncias psicoativas, atividade sexual oral, contato com animais peçonhentos, lesões cutâneas associadas, aparecimento de lesões genitais, corrimento ou disúria. Ela possuía um gato doméstico com vacinas em dia.

O paciente foi submetido a biópsia com anestesia local na primeira consulta para análise histopatológica e cultural. (Figura 2) A equipe recomendou medidas de apoio e forneceu orientações e encaminhamento para avaliação na unidade de saúde mental sem indução adicional de vômitos durante o acompanhamento.

A avaliação do meato inferior de ambas as narinas pela nasofibrolaringoscopia não evidenciou fístula em assoalho nasal. Radiografia panorâmica da face sem sinais de erosão óssea. (Figura 3) O resultado das culturas para fungos e bactérias foi negativo e a histopatologia mostrou extenso infarto de glândulas salivares mucosas e tecidos adjacentes com vários vasos trombosados em diferentes estágios de organização. (Figura 4) O paciente apresentou redução progressiva da lesão até cicatrização completa no seguimento de 2 meses. (Figura 5)

**DISCUSSÃO:** A sialometaplasia necrosante é uma condição benigna e rara, com incidência de 0,03% de todas as biópsias orais, mimetizando carcinoma mucoepidermóide e espinocelular.<sup>1</sup> A prevalência exata e as taxas de incidência de sialometaplasia necrosante não estão bem estabelecidas na literatura médica. Afeta as glândulas salivares. A morte dessas células leva a ulcerações. A teoria mais aceita para explicar a sialometaplasia necrosante é que se trata de um evento vascular isquêmico secundário a trauma mecânico, químico ou térmico.<sup>2</sup> Os fatores de risco associados incluem trauma local, cirurgia, radiação, inflamação e bulimia.<sup>3</sup> Pode apresentar dor, parestesia e ulceração circunscrita de 1 a 3 cm de diâmetro com bordas edematosas e eritematosas. Geralmente afeta a parte posterior do palato duro, mas outras áreas que contêm glândulas salivares maiores ou menores na cavidade oral podem ser afetadas. Eventualmente, pode apresentar-se como mucosa intacta com região flutuante. O diagnóstico requer anamnese detalhada e amostragem de biópsia adequada. O diagnóstico incorreto de tumores malignos pode levar a procedimentos invasivos desnecessários. Esta lesão autolimitada remite em 2 ou 3 meses com medidas de suporte. Geralmente apresenta bom prognóstico, sem recidivas após cura.<sup>3</sup>

**CONCLUSÃO:** Os profissionais de saúde devem avaliar as ulcerações orais. Dada a variedade de diagnósticos diferenciais, a anamnese detalhada com atenção aos fatores de risco ajuda a esclarecer o diagnóstico em associação com uma biópsia adequada. A histopatologia neste caso confirmou o diagnóstico de sialometaplasia necrosante. Através do tratamento clínico de suporte, observamos cura completa no seguimento de 2 meses.

**Palavras-chave:** Sialometaplasia necrosante; úlcera oral; Estomatologia.

**PO921**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO PITTSBURGH E DISFUNÇÃO DIURNA EM ACADÊMICOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**

**AUTOR PRINCIPAL:** LUDMYLLA DA LUZ DUTRA

**COAUTORES:** CAMILA MARTINS RICARTE; LARISSA NAVARRO BARROS; ANA CAROLINA SOARES SUCCAR; MATHEUS SODRÉ DE ARAÚJO; ADALBERTO ALVES MOREIRA NETO

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, MARABÁ - PA - BRASIL

**OBJETIVO:** Avaliar a qualidade do sono em alunos da graduação de medicina da Universidade do Estado do Pará com o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, identificando o grau de disfunção diurna destes e correlacionando com o Índice.

**MÉTODOS:** Estudo transversal com uma amostra estratificada de discentes de medicina da Universidade do Estado do Pará Campus VIII, regularmente matriculados na graduação de medicina do 1º ao 12º período do primeiro semestre de 2023, com idade igual ou superior a 18 anos. Os dados da pesquisa foram coletados a partir da aplicação do questionário “Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh” (PSQI) no período de maio a junho de 2023. O questionário avalia sete componentes do sono, que podem ser graduados em escores de 0 (nenhuma dificuldade) a 3 (dificuldade grave), chegando-se a um escore de no máximo 21 pontos, sendo pontuações acima de 10 pontos indicam possível distúrbio do sono. Foram excluídos acadêmicos com irregularidade institucional e que apresentavam comorbidades que alteram o ciclo sono-vigília. Para a análise da pesquisa, verificou-se a significância estatística com o teste Qui-quadrado de Pearson com o aplicativo IBM® SPSS® Statistics versão 25 2017. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Pará Campus VIII, sob o parecer nº 6069481/2023.

**RESULTADO:** A amostra final foi composta por 181 acadêmicos. A média do PSQI em nosso estudo foi de 7,61 pontos. A maioria dos acadêmicos (n=123) possui uma qualidade de sono ruim totalizando 68%, sendo que 31 (17,1%) acadêmicos têm uma boa qualidade de sono e 27 (14,9%) acadêmicos possuem algum distúrbio do sono. Quando avaliou-se o grau de disfunção diurna dos acadêmicos a maioria possuía uma leve disfunção (46,4%). Quando relacionado com o Índice PSQI, a maioria era de acadêmicos com disfunção diurna leve e com uma qualidade do sono ruim (32,0%), como mostrado pela Tabela 1.

Tabela 1 – Relação entre disfunção diurna e Índice PSQI. Marabá, PA. 2023.

|                        |            |            |
|------------------------|------------|------------|
| Índice PSQI            | 12 (6,6%)  | 4 (2,2%)   |
| Grau de liberdade (gl) | 0,000      | 56 (30,9%) |
| Variáveis              | 6          | 11 (6,1%)  |
| Boa                    |            | 71 (39,2%) |
| Ruim                   | Leve       |            |
| Distúrbio de sono      | 20 (11,0%) | Severo     |
| Disfunção diurna       | 58 (32,0%) | 0 (0,0%)   |
| Nenhum                 | 6 (3,3%)   | 4 (2,2%)   |
| 7 (3,9%)               | 84 (46,4%) | 10 (5,5%)  |
| 5 (2,8%)               |            | 14 (7,7%)  |
| 0 (0,0%)               | Moderado   |            |

Fonte: Autores, 2023.

**DISCUSSÃO:** Este estudo evidenciou que 68,8% dos estudantes apresentaram qualidade de sono ruim de acordo com o índice de PSQI, semelhante a outros estudos. Uma das consequências de um sono não regular é a disfunção diurna, uma das competências avaliadas pelo PSQI. Em nosso estudo, 37,6% dos acadêmicos tinham um problema leve em manter ânimo habitual das atividades diárias e 58,6% tinham algum grau de dificuldade para ficar acordado durante atividades diurnas. A mudança constante na rotina, o excesso de atividades acadêmicas e extracurriculares devido aos componentes da graduação, além do sofrimento psicológico pela necessidade de dedicação para manter o alto nível de rendimento implicam em alterações no estilo de vida como a privação do sono ou inversão do ciclo sono-vigília, com o agravante da possibilidade do uso de estimulantes para ficar acordado. O uso inadequado desse grupo de medicamentos pode contribuir ainda mais para o “looping estimulação-sedação”, em que por não corrigir os aspectos negativos do seu sono, o indivíduo utiliza desse mecanismo para dormir e para ficar acordado.

**CONCLUSÃO:** Conclui-se que o PSQI é uma excelente ferramenta para a avaliação do sono. Este estudo revelou também que a qualidade do sono dos estudantes de medicina é preocupante, devidos os resultados de altas prevalências de distúrbios do sono que podem ser influenciados pela disfunção diurna.

**Palavras-chave:** Medicina do Sono; Estudantes de Medicina; Disfunção Diurna.



**PO931****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****MANEJO DE COMPLICAÇÃO OPERATÓRIA IMEDIATA DE AMIGDALECTOMIA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS ABREU ARANTES**COAUTORES:** AMANDA AZEVEDO; GRAZIELA MORAIS LOURENÇO; ANA CAROLINA ROBADELO DA SILVA FREIRE; ROBERTA BAK FERRO; ROSANE SICILIANO MACHADO BARCELOS; LUIZ CLAUDIO COSTA PINTO DA SILVA; WALLACE NASCIMENTO DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente do sexo masculino, 18 anos, com história de amigdalites de repetição (cerca de 4 amigdalites bacterianas por ano nos últimos 03 anos) e obstrução nasal crônica refratária ao uso de corticoides nasais. Obteve indicação de realizar Tonsilectomia e Septoplastia conforme critérios de Paradise e em virtude de desvio septal sintomático. Durante o procedimento cirúrgico foi realizado a Septoplastia seguida da Amigdalectomia que transcorreu com sangramento intraoperatório moderado e notada fibrose na cápsula amigdaliana, sendo realizada hemostasia e fechamento da loja amigdaliana com fio vicryl, com controle do sangramento. Cerca de uma hora após extubação, apresentou sangramento oral de grande volume sendo reconduzido à cirurgia de revisão. Identificado sangramento moderado e constante em polo inferior de loja amigdaliana esquerda de difícil controle, refratário a tamponamento temporário, pontos hemostáticos e cauterização com pinça bipolar. Realizada Laringoscopia de suspensão para identificação de possíveis locais de sangramento em hipofaringe e laringe sem novos achados. Após cerca 5 horas de procedimento, reposição de plasma e concentrado de hemácias, foi optado pelo encaminhamento do paciente a Unidade de Terapia Intensiva com intubação orotraqueal e manutenção de plano anestésico com tamponamento de gaze reparada (tampão vaginal) em oro e hipofaringe. Foi realizada solicitação e agendamento de arteriografia. Após 01 dia paciente realizou o exame onde foi constatado foco de sangramento de ramo da artéria facial esquerda, realizando embolização com partículas de P.V.A pela equipe de hemodinâmica. Paciente evoluiu bem, com interrupção imediata do sangramento, sendo extubado em seguida e encaminhado para enfermaria para observação clínica, recebendo alta após 02 dias de internação.

**DISCUSSÃO:**

É indiscutível que a Adenoamigdalectomia é a cirurgia mais realizada dentro da especialidade de Otorrinolaringologia, por isso a importância do conhecimento das complicações do intra e pós operatório inerentes ao procedimento. Alguns fatores de risco têm sido apontados para o aparecimento de hemorragia, sendo, a idade adulta, sexo masculino, amigdalites de repetição ou história de abscesso periamigdalino os mais documentados. A hemorragia destaca-se como a complicação mais grave pois é a que traz maior risco ao paciente, apresenta uma incidência baixa de aproximadamente 0,23-1,6%, normalmente com controle adequado através de sutura com pontos hemostáticos durante revisão cirúrgica das lojas amigdalianas. Porém, em alguns casos pode ser necessário medidas mais agressivas para controle hemorrágico, como ligadura dos ramos da artéria carótida externa e embolização seletiva. Geralmente esses procedimentos são necessários em casos mais graves, quando ocorre formação de pseudoaneurismas traumáticos de artérias facial, lingual ou carótida externa. A embolização endovascular de pseudoaneurismas tem como vantagem ser menos agressivo, gera menos riscos de lesão de estruturas vizinhas, como nervos vago e acessório, sendo que a oclusão do vaso acometido pode ser feita com partículas de P.V.A, espirais ou micromolas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

É importante uma investigação de antecedentes familiares de sangramento e suspensão correta de drogas que alteram a coagulação, por isso uma boa avaliação pré operatória se torna necessária para prever situações de risco. Conforme apresentado no caso, o manejo dessas complicações necessita de procedimentos de alta complexidade, em virtude disso, sugerimos a escolha criteriosa de hospitais com equipe de hemodinâmica disponível de sobreaviso ou possibilidade de transferência imediata para rede terciária que abrange tal especialidade.

**Palavras-chave:** AMIGDALECTOMIA;SANGRAMENTO;EMBOLOGIZAÇÃO.



**PO938**

**E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO**

**USO DE MEDICAMENTOS E QUALIDADE DE SONO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**

**AUTOR PRINCIPAL:** LUDMYLLA DA LUZ DUTRA

**COAUTORES:** CAMILA MARTINS RICARTE; LARISSA NAVARRO BARROS; ANA CAROLINA SOARES SUCCAR; MATHEUS SODRÉ DE ARAÚJO; ADALBERTO ALVES MOREIRA NETO

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, MARABÁ - PA - BRASIL

**OBJETIVO:** Avaliar a qualidade do sono em alunos da graduação de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA) com o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), identificando a frequência e o uso de medicamentos para dormir correlacionando com o Índice.

**MÉTODOS:** Estudo transversal com amostra estratificada de discentes de medicina da UEPA Campus VIII, regularmente matriculados do 1º ao 12º período, com idade igual ou superior a 18 anos. Os dados foram coletados a partir do questionário PSQI no período de maio a junho de 2023. O questionário avalia componentes do sono e gera um escore máximo de 21 pontos, sendo que pontuações acima de 10 indicam possível distúrbio do sono. Para a análise da pesquisa, verificou-se a significância estatística com o teste Qui-quadrado de Pearson no aplicativo IBM® SPSS® Statistics versão 25 2017. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UEPA, sob o parecer nº 6069481/2023.

**RESULTADO:** A amostra final foi composta por 181 acadêmicos. A média do PSQI em nosso estudo foi de 7,61 pontos. A maioria dos acadêmicos (n=123) possui uma qualidade de sono ruim totalizando 68%. Quando se avaliou o uso de medicação para dormir por acadêmicos a maioria não fazia uso de nenhuma medicação para dormir em nenhuma vez no último mês (79%). Quando relacionado com o Índice PSQI obteve-se grande significância estatística, como mostrado pela Tabela 1.

Tabela 1 – Relação entre uso de medicação pra dormir e Índice PSQI. Marabá, PA. 2023.

|                              |                        |                         |
|------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Índice PSQI                  | 103 (56,9%)            | 0 (0,0%)                |
| Grau de liberdade (gl)       | 9 (5,0%)               | 3 (1,7%)                |
| Variáveis                    | 143 (79,0%)            | 6 (3,3%)                |
| Boa                          | 0,000                  | 9 (5,0%)                |
| Ruim                         | 6                      | 3 ou mais vezes/ semana |
| Distúrbio de sono            | Menos de 1 vez/ semana | 0 (0,0%)                |
| Total                        | 0 (0,0%)               | 6 (3,3%)                |
| p valor                      | 11 (6,1%)              | 9 (5,0%)                |
| Uso de medicação para dormir | 3 (1,7%)               | 15 (8,3%)               |
| Nenhuma no último mês        | 14 (7,7%)              |                         |
| 31 (17,1%)                   | 1 ou 2 vezes/ semana   |                         |

Fonte: Autores, 2023.

**DISCUSSÃO:** O uso de medicamentos para dormir é alvo de vários debates científicos, tendo em vista a relação da automedicação e o abuso por acadêmicos de medicina, processos que podem ser facilitados pelo ambiente ambulatorial e/ou hospitalar em que estão inseridos, estratégias usadas por estes como mecanismo de resolução rápida para o problema em questão. Estudos semelhantes revelam que as drogas mais utilizadas pelos estudantes são os hipnóticos, ansiolíticos e analgésicos. O uso dessas substâncias pode ser resultado das crescentes exigências acadêmicas, fatores estressantes da graduação como irregularidade do padrão do sono e comprometimento da saúde mental ao longo do curso, gerando cada vez mais ansiedade e transtornos psiquiátricos. O uso irregular desses medicamentos pode se tornar um ciclo vicioso não resolutivo ao distúrbio do sono, devido à falta de substrato basal como a higiene do sono, alimentação adequada e regulação hormonal para que haja eficiência e qualidade do sono. O uso de medicações hipnóticas, principalmente de benzodiazepínicos, é extremamente preocupante devido às repercussões silenciosas e significativas do consumo inadequado e à associação bem descrita na literatura entre efeitos colaterais perigosos, com sedação residual, prejuízos na memória, depressão do centro respiratório, quedas, acidentes de trânsito e de trabalho, insônia rebote, taquiflaxia e dependência. Nosso estudo verificou relação significativa entre uso de medicações e a qualidade de sono, obtendo dados superiores a estudos nacionais semelhantes e outras médias.

**CONCLUSÃO:** Em suma, o uso de medicamentos para dormir entre acadêmicos de medicina é um tema que suscita preocupações relevantes. Evidenciamos que a automedicação e o abuso de medicamentos são práticas relativamente comuns entre esses estudantes, muitas vezes impulsionadas por motivações associadas à formação médica. Além disso, o uso inadequado de medicamentos para dormir, além de estar relacionado com uma qualidade de sono ruim pode resultar em consequências graves ao acadêmico. Portanto, é imperativo promover estratégias mais eficazes para melhorar a qualidade do sono dos estudantes de medicina, para o manejo dos desafios da vida acadêmica e dos distúrbios do sono nesse contexto.

**Palavras-chave:** Medicina do Sono; Estudantes de Medicina; Qualidade do Sono.

**PO956****E-PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO****PROTOCOLO ASSISTENCIAL EM AMBULATÓRIO DE RONCO E APNEIA****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA EDUARDA DEON CECCATO**COAUTORES:** LUIZA CABREIRA BRUST; LETICIA ROSSETO DAUDT; NATALIA BOCACCIO MAINARDI; CASSIANA BURTET ABREU**INSTITUIÇÃO:** HCPA, POA - RS - BRASIL**OBJETIVO**

Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é uma condição prevalente marcadamente na população adulta. Frequentemente associa-se ao comprometimento da qualidade de vida e sonolência diurna dos pacientes acometidos.

**MÉTODOS**

Foi desenvolvido um Protocolo Assistencial no Ambulatório de Ronco e Apneia (ROA) do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para avaliação de risco de apneia (características demográficas, questionário de Berlim), avaliação de sonolência diurna (questionário de Epworth), duração do sono, avaliação da prevalência de apneia (Polissonografia), avaliação de qualidade de vida (questionário SF-12) e avaliação de qualidade de sono (questionário de Pittsburgh). Esse protocolo padrão foi aplicado na primeira consulta dos pacientes atendidos desde março de 2023 até setembro de 2023 com queixas de ronco e/ou apneia, sendo repetida a avaliação após terapêutica instituída.

**RESULTADOS**

Foram arrolados 16 indivíduos adultos (> 18 anos) encaminhados como primeira avaliação com queixa de roncos e apneias. Os pacientes apresentaram mediana de idade de 52 anos (IQR 28-65), sendo homens 25%. A mediana de tempo de sintomas foi de 10 anos (IQR 2-40). Os homens apresentaram maior prevalência de questionário Berlim positivo, sendo que 100% dos homens apresentaram Berlim positivo nas 3 categorias. Em relação às mulheres, 91,6% apresentou Berlim positivo na Categoria 1; 75% na Categoria 2 e 91,6% na Categoria 3. Em relação à sonolência diurna excessiva, medida pela escala de Epworth, 75% dos homens e 91,6% das mulheres tiveram pontuação maior ou igual a 7. A prevalência de apneia aumentou com a idade e correlacionou-se com o sexo masculino. Participantes com alto risco de apneia obstrutiva do sono e diagnóstico de apneia moderada a grave apresentaram menor qualidade de vida para ambos domínios físico e mentais.

**DISCUSSÃO**

Menor qualidade de vida e qualidade de sono relacionam-se com alto risco de apneia obstrutiva do sono, independente das características fenotípicas dos pacientes.

**CONCLUSÃO**

Utilização de protocolos assistenciais em serviços terciários parece auxiliar de forma importante a padronização e qualificação dos atendimentos, além de contribuir para o aprendizado de médicos residentes e estimular pesquisas futuras. Buscamos, portanto, o desenvolvimento de protocolo abrangente que contemple fatores de risco, diagnóstico e possivelmente prognósticos de Apneia Obstrutiva do Sono.

Palavras-chave: RONCO ;APNEIA;ASSITÊNCIA

PO114

**E-PÔSTER - CIÊNCIAS BÁSICAS E ESTUDOS TRANSLACIONAIS****ANÁLISE DOS ÍNDICES DE RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS NA BAHIA:  
PANORAMA DE UMA DÉCADA****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA FERNANDA CARVALHO MARTINS MOREIRA**COAUTORES:** LUANA COUTO AMPARO; EMERSON PELLIN; SARAH CATHERINE CRUZ ANDRADE**INSTITUIÇÃO:** 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL2. UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, JOAÇABA - SC - BRASIL3. CERTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC, SALVADOR - BA - BRASIL**Objetivo:** Analisar o quantitativo de internações por retirada de corpos estranhos (CE) de ouvido, faringe, laringe e nariz na Bahia entre o período de 2013 e 2022.**Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico, observacional do tipo transversal, de abordagem quantitativa e descritiva, com dados coletados entre janeiro de 2013 a dezembro de 2022. A análise se deu pelo total de internações por local de residência para retirada de CE de ouvido, faringe, laringe e nariz notificados no estado da Bahia. A coleta de dados foi realizada através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), obtido da plataforma DATASUS. Foram selecionadas as variáveis caráter de atendimento e ano de processamento.**Resultado:** Entre o período de 2013-2022, houve um total de 1810 internações por retirada de CE na Bahia, sendo que destas, 1590 (87,8%) foram de caráter de urgência, 219 (12%) de caráter eletivo e 1 (0,05%) de outros acidentes de trabalho. Deste resultado, 2016 foi o ano de maior registro com o total de 218 (12%) internações notificadas, seguido de 2017, com 215 (11,8%) casos. Já os anos de 2013 e 2020 apresentaram os menores números, com 147 (8,1%) casos em cada ano. Conquanto, no primeiro, do total de casos daquele ano, 92 foram de urgência, enquanto que no segundo, esse valor aumenta para 127 da totalidade de casos daquele período.**Discussão:** A presença do corpo estranho (CE) em ouvido, nariz e orofaringe é uma queixa frequente em serviços de urgência otorrinolaringológica. Apesar de mais comum em crianças, também pode ocorrer em adultos e os casos podem ser propositais ou acidentais. Conforme a literatura, os casos de CE mais encontrados foram os otológicos, seguido pelos nasais e orofaríngeos e o diagnóstico é feito pela visualização direta do CE. Assim, para impedir essas complicações, deve-se evitar a permanência do CE nas cavidades otorrinolaringológicas por mais de 72h, devendo o manejo desses pacientes ser realizado apenas pelo otorrinolaringologista.**Conclusão:** Os dados observados mostram um aumento entre 2016 e 2017 e uma diminuição em 2020. Esse estudo apresenta algumas limitações, a exemplo da subnotificação das internações devido ao uso de dados secundários e a incapacidade de relacionar causas e efeitos. Desse modo, é necessário estudos que busquem compreender a redução de serviços realizados em 2020 e políticas que ofereçam a promoção de saúde da população brasileira a fim de prevenir eventos de inações de corpos estranhos e, consequentemente, diminuir o quantitativo de atendimento de internações.**Palavras-chave:** Transversal;Corpo estranho;Bahia.

PO702

**E-PÔSTER - CIÊNCIAS BÁSICAS E ESTUDOS TRANSLACIONAIS****ANÁLISE DE AVALIAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NO ANO DE 2022 EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO NOROESTE PAULISTA: UM ESTUDO DE PERFIL EPIDEMIOLÓGICO****AUTOR PRINCIPAL:** WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA**COAUTORES:** RAFAELA DESIDERIO SAAD; AMANDA THIEMY MANO SHIMOHIRA; WENDELL ALLAN HANZAWA; MARIA LUIZA ROHR ZANON; RENAN CÉSAR DE FREITAS; PAULO RENATO BARCHI; ATILIO MAXIMINO FERNANDES**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL

**Objetivos:** analisar dados atualizados de pacientes atendidos pela otorrinolaringologia em 2022, possibilitando compreensão das áreas mais frequentes como motivo de solicitação de parecer, análise de indicação cirúrgica e desfecho clínico nos prontuários avaliados, dessa forma permitindo uma melhor distribuição de serviços humanos e financeiros para atendimento da população.

**Métodos:** o estudo foi delineado a partir de revisão de prontuários de pareceres solicitados do período de janeiro de 2022 a fevereiro de 2023. Foram incluídas todas as avaliações solicitadas para nossa equipe independente se eram de emergência ou pacientes internados. Foram excluídos do estudo todas as avaliações de pacientes menores que 15 anos, avaliações que faltaram dados devido a mal preenchimento do prontuário médico e pacientes que evadiram antes da avaliação pela nossa equipe.

**Resultados:** Nos 1476 prontuários analisados, houve predomínio de homens (65%), e faixa etária predominante entre quarta e sétima década de vida (62%). Notou-se maior número de avaliações por fraturas de face (32%) seguido por causas otológicas (21%), cabeça e pescoço (17%), rinologia (16%) e em menor proporção faringoestomatologia (13%). Dos pacientes avaliados, apenas 12% tiveram indicação cirúrgica, sendo 39% devido a comorbidades de cabeça e pescoço, seguidos por trauma 34%, faringoestomatologia 12%, rinologia 9% e otologia 3%. Analisando a etiologia das comorbidades vemos uma maior prevalência de traumas de face (31.4%), seguido por doenças inflamatórias/infecciosas (27.8%) e desordens sensório-neural (12.2%).

**Discussão:** Nossa instituição abrange uma área de atendimento equivalente à 2 milhões de pessoas, responsável pelo atendimento de complexidade terciária da região. Porém quando analisamos a etiologia das avaliações verificamos doenças de baixa complexidade que apresentam melhora com tratamento clínico sem necessidade de internação ou abordagem cirúrgica. Nota-se um alto índice de avaliações por trauma craniomaxilofacial devido sermos um hospital referência em toda a região dos traumas graves. Quando avaliamos as abordagens cirúrgicas notamos que a maior necessidade fora de pacientes da equipe de cirurgia e pescoço devido a etiologia inflamatória/infecciosa e de tumores que evoluem com necessidade de traqueostomia na urgência devido a doença avançada clinicamente.

**Conclusão:** No estudo é possível analisar que apesar de hospital terciário de alta complexidade, muitas solicitações têm baixa complexidade e demandam tratamento clínico que possibilitaria resolução de grande parte dos casos em hospitais de menor complexidade.

**Palavras-chave:** OTORRINOLARINGOLOGIA; EPIDEMIOLOGIA; COMORBIDADES.

**PO001****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****ADENOLIPOMA DE PARÓTIDA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** DÉBORA CAROLINA ESTEVES REIS**COAUTORES:** CLARA ROSENBERG SCHNEIDER; IGOR GOUVEIA SOARES; DANIELLE LUIZE FAVARO FUZATO; NINA DE JESUS SOUSA PIRES DE MOURA; JOSE ELI BAPTISTELLA; DANIEL GUARDA MANSO**INSTITUIÇÃO:** CHOV, CHOV CAMPINAS - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Este artigo relata o caso de paciente de 57 anos que deu entrada em ambulatório de um Hospital terciário de referência em otorrinolaringologia e cabeça e pescoço com queixa de abaulamento submandibular a direita de crescimento progressivo há 2 anos, negava dor e flogose. Em exame ultrassonográfico de glândulas salivares observada parótida direita de aspecto grosseiramente nodular, heterogênea, predominantemente hipoecogênica, com maior eixo paralelo a pele circunscrita, localizada na projeção do polo superior da glândula, medindo cerca de 2,1 x 2,0 x 0,8 cm, sem fluxo vascular significativo ao estudo Doppler, inespecífica ao método. Optado então por realização de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulo de parótida direita, com anatomopatológico apresentando resultado de material acelular, não sendo possível definir o diagnóstico. Devido dúvida de benignidade de lesão optado por realização de exérese de lesão com parotidectomia superficial. Procedimento realizado com incisão de Blair modificada, visualizada em intraoperatório lesão de aspecto lipomatoso junto a parótida. Realizada parotidectomia superficial para ressecção de lesão com margem de segurança. Estudo anatomopatológico da peça evidenciou adenolipoma. Paciente evoluiu bem em pós-operatório, sem intercorrências. O caso está sendo acompanhado ambulatorialmente sem sinais de recidiva.

**DISCUSSÃO**

O lipoma constitui-se de gordura e é um dos tumores benignos mais comuns de origem mesenquimal. A epidemiologia do lipoma de parótida ainda é pouco conhecida devido à sua raridade. No entanto, estudos têm relatado uma ligeira predominância em mulheres em comparação com homens. A faixa etária mais comum de apresentação varia entre a quarta e sexta décadas de vida. São raramente encontrados na região de cabeça e pescoço, principalmente em topografia de parótida. Do ponto de vista histológico, o lipoma de parótida é caracterizado por células adiposas maduras com núcleos achatados e periféricos. Além disso, podem estar presentes septos fibrosos, vasos sanguíneos e tecido conjuntivo. A confirmação diagnóstica é obtida por meio da análise histopatológica de uma amostra obtida por biópsia ou após a remoção cirúrgica completa do tumor. A fisiopatologia do lipoma de parótida ainda não é completamente compreendida, mas acredita-se que seja multifatorial. Estudos sugerem que a origem desse tumor pode estar relacionada a um distúrbio no desenvolvimento embrionário das células adiposas. Além disso, alterações genéticas e fatores hormonais também podem desempenhar um papel no seu desenvolvimento.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

No caso apresentado, a parotidectomia foi realizada devido à alta prevalência de tumores malignos de parótida em mulheres na faixa etária do paciente e à PAAF inconclusiva. Em resumo, o lipoma de parótida é uma condição benigna que requer confirmação histopatológica. A parotidectomia é uma opção de tratamento quando há incerteza quanto à natureza da lesão. O paciente está sendo acompanhado sem sinais de recidiva.

Palavras-chave: Glândulas salivares; Câncer Parotídeo; Glândula parótida.

**PO003****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO EM ASSOALHO DE BOCA: UM RELATO DE CASO RARO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIANA NEVES CERATTI**COAUTORES:** JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE; GUILHERME HENRIQUE FERREIRA DAMASCENO; PAULA BELONE GARCIA; DIEGO SANCHES GALAVOTI GUSSON; PAULA MORTOZA LACERDA BEPPU; LETICIA RODRIGUES MELO; JOSE VICTOR MANIGLIA**INSTITUIÇÃO:** HIORP, HIORP São JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** MFPD, 63 anos, feminino, hipertensa controlada com uso de Enalapril, foi ao Serviço de Otorrinolaringologia, do Hospital Instituto de Otorrinolaringologia de Rio Preto (HIORP), em novembro de 2022 por nodulação em assoalho de boca a direita notada há 1 mês e meio, com crescimento progressivo nesse período, não dolorosa, ausência de sinais flogísticos ou saída de secreção. Refere que quando notou a lesão tinha aproximadamente 1.5 cm de tamanho e no momento da consulta, apresentou ao exame físico 4cm de circunferência, bem delimitada, endurecida, com aspecto de mucosa sadia. Não foram palpados linfonodomegalias ou nodulações cervicais. O restante do exame otorrinolaringológico e videolaringoscopia eram normais. Tendo como hipóteses diagnósticas rânula, sialoadenite de glândula sublingual ou algum tipo de tumor benigno, porém não podendo excluir tumores malignos pelo crescimento rápido, foi optado pela biópsia excisional, que teve como resultado anátomo patológico tumor fibroso solitário com margens cirúrgicas livres, não observadas áreas de necrose e índice mitótico de zero por dez campos, com baixo risco de progressão tumoral. A paciente apresentou bom resultado pós operatório mantendo-se sem queixas e com oroscopia normal, boa cicatrização e ausência de sinais de recidiva, até o último retorno em março de 2023. Paciente mantém seguimento pós operatório no serviço.

**DISCUSSÃO:** Tumores fibrosos solitário são neoplasias raras, representam menos de 2% dos tumores de partes moles, tem origem mesenquimal de células intersticiais dendríticas CD34 positivas e composta de células fusiformes. Seu sítio de acometimento mais comum é torácico, principalmente a pleura visceral, raramente são relatados casos de acometimento extra pleural, como pélvicos, mama, abdominais, retroperitoneais e de cabeça e pescoço, pouquíssimos casos são descritos em cavidade oral. Ainda não é consenso na literatura sobre o comportamento biológico desse tipo de tumor, mas sabe-se que são fatores de pior prognóstico margens cirúrgicas comprometidas, tamanho maior que 10 cm e histologia maligna. O diagnóstico pré operatório em localidade de assoalho de boca é difícil, tendo como diferenciais desde rânulas e lesões dermóides até carcinoma espinocelular, linfomas, tumores não epiteliais, hemangiomas, higroma cístico, entre outros. Sendo assim, é necessário confirmação pós operatória com anatomopatológico e imuno-histoquímica. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica total, com seguimento rigoroso a longo prazo, devido ao fato do comportamento biológico ainda incerto.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O tumor fibroso solitário é uma lesão rara, principalmente em assoalho de boca, que tem difícil diagnóstico pré cirúrgico levando em conta seus diagnósticos diferenciais e a melhor conduta é sempre a exérese total da lesão com seguimento pós operatório cuidadoso. Mais estudos nessa área devem ser desenvolvidos para maior conhecimento do comportamento do tumor a longo prazo e diferenciação das características e consequentes condutas em cada sítio acometido, gerando assim um melhor suporte e instrução ao paciente e também a equipe médica responsável.

**Palavras-chave:** TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO;TUMOR RARO;CAVIDADE ORAL.

**PO009****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Corpo estranho em espaço parafaríngeo: sintomas tardios e manejo transoral

**AUTOR PRINCIPAL:** VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA**COAUTORES:** MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO; TARCÍSIO REDES XAVIER; RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES; IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO; THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA; KARINA DOS SANTOS ALENCASTRO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINO, CUIABÁ - MT - BRASIL**Objetivo**

Esse estudo objetiva relatar um caso envolvendo a remoção de um corpo estranho alojado na região parafaríngea após um ferimento por arma de fogo na região facial há 8 anos, incluindo uma análise da literatura, bem como descrevendo a abordagem completa do caso.

**Método**

Um paciente, homem, 31 anos, com histórico de lesão por arma de fogo na região maxilofacial há 8 anos, sem outras comorbidades, procurou nosso centro de otorrinolaringologia devido a disfagia, sensação de corpo estranho na garganta e odinofagia. Antes do primeiro atendimento em nosso serviço, foram solicitados exames de endoscopia digestiva e raio-X do pescoço que revelaram presença de corpo estranho localizado na região parafaríngea a direita, ao nível do osso hióide, porém sem identificação do objeto e sem sucesso de remoção durante o exame de endoscopia. Após nova avaliação, foi observado a necessidade de complementação diagnóstica com exame de videolaringoscopia, que evidenciou o objeto metálico e somado a anamnese, concluído que se tratava de possível fragmento de projétil de arma de fogo. O paciente foi levado ao centro cirúrgico para abordagem cirúrgica, sendo realizada intraoralmente, sob anestesia geral, dissecando o espaço parafaríngeo direito e removendo o corpo estranho, que foi identificado como fragmento de um projétil de arma de fogo.

**Resultados**

Documentamos meticulosamente nossa avaliação e a excisão cirúrgica bem-sucedida do corpo estranho por meio da utilização de um resumo em vídeo. Esse resumo abrange uma compilação de imagens pré-operatórias, intraoperatórias e documentação em vídeo. O paciente evoluiu bem em pós-operatório imediato e já se encontrava assintomático no retorno em 10 dias. A revisão da literatura realizada, enfatiza as complexidades profundas que podem surgir da retenção de um corpo estranho nessa região, apoiando assim a intervenção cirúrgica para a remoção do corpo estranho, desde que, seja realizada com devidas considerações às questões de segurança.

**Conclusão**

Considerando a viabilidade e eficácia estabelecidas da extração transoral de corpos estranhos do espaço faringoepiglótico, juntamente com um consenso substancial na literatura, defendemos a remoção cirúrgica de corpos estranhos situados no trato aerodigestivo superior, especialmente em pacientes estáveis. Essa abordagem visa prevenir complicações imediatas e de longo prazo que possam afetar negativamente a funcionalidade da deglutição, a estabilidade das vias aéreas e a integridade das estruturas vitais do pescoço.

**Palavras-chave:** Corpo estranho ;Parafaríngea;Arma de fogo.



**PO034****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Casuística das Cirurgias de Cabeça e Pescoço efectuadas em cinco regiões brasileiras em 2023

**AUTOR PRINCIPAL:** LETICIA DE MELO BARRETO

**COAUTORES:** VICTÓRIA ELIZABETH BAPTISTA DA LUZ; ALICE PIRES DA ROCHA FONTAN; ANDRÉ DE OLIVEIRA REIS; MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL2. FACULDADE DE MEDICINA SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL3. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL4. FACULDADE DE MEDICINA EDUARDO MONDLANE, MOPUTO - MOCAMBIQUE

**OBJETIVOS:** Avaliar os dados do SUS (DATASUS) referentes a cirurgias de cabeça e pescoço efectuadas no ano de 2023 nas regiões brasileiras do Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo do tipo ecológico baseado na base de dados obtidos do SUS (DATASUS), selecionados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) correspondentes às regiões brasileiras do Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, no ano de 2023 sobre as cirurgias realizadas na cabeça e pescoço.

**RESULTADOS:** Com base nos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), os internamentos por procedimentos cirúrgicos das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço podem ser resumidas da seguinte forma nas diferentes regiões: Região do Norte: Foram aprovadas 10.061 AIH; Região do Nordeste: Houve 1.998 AIH aprovadas; Região do Sudeste: O número de AIH aprovadas foi de 4.336; Região do Sul: Foram registradas 2.432 AIH aprovadas, Região do Centro-Oeste: Totalizou 678 AIH aprovadas. Esses dados, referentes aos últimos seis meses e sujeitos a atualização, refletem a distribuição de internamentos por procedimentos cirúrgicos em diferentes regiões do Brasil.

**DISCUSSÃO:** Os dados apresentados sobre as cirurgias de cabeça e pescoço no ano de 2023 entre as diferentes regiões do Brasil revelam padrões interessantes. Por exemplo, a Região Norte parece ter um número significativamente maior de aprovações de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em comparação com outras regiões. Isso pode estar relacionado a fatores demográficos, de saúde ou de acesso aos serviços médicos nessa região. Além disso, a diferença nas quantidades de AIHs aprovadas entre as regiões também pode sugerir desigualdades no acesso à saúde e serviços médicos especializados. Seria relevante investigar mais a fundo as razões por trás dessas disparidades, considerando fatores como infraestrutura médica, distribuição de profissionais de saúde e políticas de saúde regionais. Outra abordagem interessante seria comparar esses números com anos anteriores para identificar tendências de longo prazo e possíveis mudanças no cenário das cirurgias de cabeça e pescoço nas diferentes regiões. Em termos de políticas de saúde pública, esses dados podem ajudar os gestores a alocar recursos humanos e materiais de forma mais eficaz, garantindo que todas as regiões tenham acesso adequado a serviços cirúrgicos adequados. Ao considerar como os números de aprovações de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para cirurgias de cabeça e pescoço se relacionam com as condições de saúde prevalentes em cada região do Brasil, podemos ter uma compreensão mais profunda do cenário clínico. Por exemplo, se observarmos que a Região Norte tem um número significativamente maior de aprovações de AIH para esses procedimentos, poderíamos investigar se há um aumento na prevalência de condições específicas que requerem intervenções cirúrgicas naquela área. Isso pode estar relacionado a fatores ambientais, demográficos ou até mesmo a disponibilidade de serviços médicos especializados. A relação entre as condições de saúde e a demanda por esses procedimentos pode ser complexa. Poderíamos considerar se há diferenças no estilo de vida, exposição a fatores de risco ou acesso a tratamentos preventivos em cada região. Além disso, a análise poderia destacar a importância do diagnóstico precoce e do tratamento de certas condições para evitar procedimentos cirúrgicos mais complexos no futuro. Em resumo, essa abordagem de análise nos permitiria entender não apenas os números, mas também as razões por trás das disparidades regionais e como as condições de saúde influenciam a demanda por cirurgias de cabeça e pescoço em diferentes partes do Brasil.

**Palavras-chave:** Pescoço; Cirurgia; Cabeça.

PO053

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO, UM DIAGNÓSTICO INCOMUM APÓS AMIGDALECTOMIA****AUTOR PRINCIPAL:** EUVALDO NETO BORGES TOMAZ**COAUTORES:** ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA; PALOMA FEITOSA PINHO GOMES; RAYANE CARNEIRO DE AMORIM; FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA; HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA; GABRIEL BORGES TOMAZ DE SOUZA; ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA MARTA, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** O carcinoma adenoide cístico é uma neoplasia maligna de crescimento lento e indolor, com uma alta taxa de invasão, consequentemente com alto índice de metástases. Se origina das glândulas salivares menores ou maiores, e sua incidência é relativamente rara, representando cerca de até 15% das neoplasias de glândulas salivares maiores e de 12.3% das neoplasias de glândulas salivares menores. O objetivo deste artigo é o de estudar e discutir as características clínicas, histopatológicas, diagnóstico diferencial e tratamento para o caso exposto.

**RELATO DE CASO:** Paciente do gênero masculino, 53 anos de idade compareceu ao Hospital Santa Marta com queixa de aumento de volume, de amígdala direita, associado a odinofagia e recorrência dos sintomas mesmo após diversos ciclos de antibióticos para amigdalectomia. Ao exame linfonodos cervicais com consistência e tamanho normais. À oroscopia, observado hipertrofia de amígdala direita em relação à amígdala esquerda. À palpação da amígdala direita, apresentava consistência firme e aparentemente fibrosa.

Diante do aspecto clínico da lesão, o paciente foi submetido a exames laboratoriais, para avaliação de achados sugestivos de linfoma, e exames pré-operatórios para realização de amigdalectomia.

O exame anatomopatológico mostrou a presença de ilhas e cordões tumorais compostos por células hiper Cromáticas, circundando e invadindo o feixe vículo-nervoso. Observado também tecido epitelial pavimentoso estratificado queratinizado, revestindo tecido conjuntivo denso não-modelado apresentando, no seu interior, ilhas e cordões epiteliais hiper Cromáticos com padrão ora cribiforme, ora tubular. Fechando assim o diagnóstico histopatológico de carcinoma adenoide cístico.

A paciente foi encaminhada ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço para remoção completa da lesão e simultaneamente à oncologia para seguimento clínico e radioterápico, O caso não apresentou evidências de recidivas e/ou metástases por um período aproximado de um ano.

**DISCUSSÃO:** O diagnóstico de carcinoma adenoide cístico após amigdalectomia é raríssimo, não sendo encontrado nenhum estudo prévio sobre condição semelhante. O diagnóstico preciso, deve ser instituído rápido e preciso a fim de evitar erros e tratamentos inadequados como descrevem Gonçalves et al. (2000). No caso apresentado, também foi encontrado dificuldade na elaboração do diagnóstico definitivo, tanto que as presunções não coincidiram com o resultado final.

A estatística de recidiva e metástase dos pacientes com CAC são altos. Alguns autores evidenciaram que, dependendo da terapia, até 100% dos casos podem recidivar e/ou emitir metástases (NAMAIE et al., 2001). Davis e Neville (2000) defendem que as metástases distantes são mais frequentes do que a recorrência local através do envolvimento dos linfonodos cervicais e afirma que os CAC na região de palato sempre demonstram extensão intracraniana. No quadro exposto pelo caso a metástase do tumor de origem de glândula salivar em amígdala, o torna ainda mais raro. Em toda a revisão de literatura realizada para descrever este artigo, não foi encontrado nenhum estudo onde a suspeição e o diagnóstico foi possível depois de sintomas amigdalíacos.

Alguns fatores podem influenciar, de maneira decisiva o prognóstico nesses casos, como o tamanho da lesão, o tipo histológico, o tipo de terapia empregada a dose de radiação (PROTT et al., 2000), a localização do tumor e a presença de metástases (OCHOA; ALAS 2001). Sendo que a forma de tratamento dos CAC é ainda muito controversa. S (DAVIS; NEVILLE, 2000, NAMAIE et al., 2001, PROTT et al., 2000).

**CONCLUSÃO:** Considerando que o CAC pode apresentar evolução relativamente rápida e apresentar sintomatologia variável e por se tratar de um tumor maligno com amplo diagnóstico diferencial, deve ter seu diagnóstico final baseado em características clínicas, histológicas e imunohistoquímicas; não sendo a primeira hipótese diagnóstica quando houverem sintomas amigdalíacos, mas sendo uma hipótese rara que pode ser considerada.

**Palavras-chave:** CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO;AMIGDALECTOMIA;METÁSTASE.

PO065

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

RELATO DE CASO: VÍTIMA DE PAF COM PROJÉTIL ALOJADO EM RETROFARINGE

AUTOR PRINCIPAL: ELYZANDRA DE ARAUJO FREITAS

COAUTORES: FERNANDA DE SÁ BARRETO LÓCIO DE PAULA; MARIANNA ORNELLAS SAMPAIO LEITE; THIAGO DE ALMEIDA REIS; PEDRO MINO VIANNA; DENIS MELO RANGEL; LUCAS DE ABREU LIMA THOME DA SILVA

INSTITUIÇÃO: 1. HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL2. HOSPITAL CENTRAL DO EXERCITO, RIO DE - RJ - BRASIL3. HOSPITAL CENTRAL DO EXERCITO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 19 anos de idade, sexo masculino, deu entrada na Emergência do Hospital Central do Exército (HCE) - RJ, com relato de que fora vítima de assalto, em que fora alvejado por projétil de arma de fogo (PAF) em região cervical posterior à direita. Paciente queixava-se de dor em local de entrada do projétil, sem mais queixas. Ainda na emergência, fora solicitado Tomografia de crânio e pescoço, que evidenciou presença de PAF em região retrofaríngea com artefatos metálicos na imagem (imagem 1 e 2). Paciente fora encaminhado para o serviço de otorrinolaringologia do mesmo nosocômio que realizou anamnese detalhada. Na ocasião, paciente negava odinofagia, disfagia ou disfonia. Ao realizar a oroscopia, apresentava equimose em parede posterior de orofaringe. O mesmo fora submetido a videolaringoscopia (imagem 3) em que fora observado a equimose já descrita anteriormente, e não fora visualizado o projétil. Não havia demais alterações anatômicas dignas de nota. Fora instituída conduta expectante.

Um mês após o incidente, paciente retorna referindo abaulamento em região retrofaríngea, sem dor associada, e sensação de corpo estranho. Ao exame físico, paciente apresentava nódulo em parede posterior de orofaringe, medindo aproximadamente 2,5 x 2,0 cm, com coloração de mucosa preservada (imagem 4). Não havia sinais infecciosos, paciente não apresentava dor ou febre associado ao quadro. O mesmo ainda encontra-se sendo acompanhado pelo serviço, com a orientação de retorno breve em caso de piora evolutiva dos sintomas e sinais de gravidade.

**DISCUSSÃO:** O mecanismo fisiológico causado por um projétil atravessar os tecidos, é inicialmente esmagando-os e depois dilacerando-os e o espaço deixado forma uma cavidade. Projéteis de alta velocidade criam uma onda de pressão que forçam os tecidos para longe, criando uma cavidade secundária, que muitas vezes é maior que a própria bala.

Ferimentos por PAF em região de pescoço, podem ser fatais devido ao grande número de estruturas anatômicas vitais existentes nessa região. Essas lesões penetrantes do pescoço são uma causa frequente de abscesso retrofaríngeo. Se um corpo estranho ficar alojado nos tecidos retrofaríngeos, sua remoção pode evitar essa complicação, mas a cirurgia por si só pode ser perigosa. Entre 10 e 15% dos casos de celulite retrofaríngea resultantes de qualquer causa não progridem para a formação de abscesso se tratados conservadoramente.

Fazendo uma análise do risco-benefício da abordagem cirúrgica, nesse caso optamos por uma conduta conservadora. Paciente foi orientado quanto aos riscos e possíveis complicações que poderiam haver nesse caso em questão e portanto fora orientado a retornar o mais breve possível para uma avaliação.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Em casos como esse, se faz importante ponderar a indicação cirúrgica, e caso seja contraindicada, se faz necessário o acompanhamento longitudinal desses pacientes, bem como a orientação dos sinais de gravidade e retorno imediato no aparecimento dos mesmos.

**BIBLIOGRAFIA:**

- 1) Cook JA, Dawkins RS. Lesões no pescoço da pelota de pistola de ar comprimido. J Laryngol Otol. 1989 Abr;103(4):432-4. doi: 10.1017/s0022215100109181. PMID: 2715705.
- 2) Pickles JM. Abscesso retrofaríngeo complicando uma ferida no pescoço (um relato de caso). J Laryngol Otol. 1988 Jun;102(6):552-3. doi: 10.1017/s002221510010564x. PMID: 3397664.
- 3) Derobert L. Les blessures par projectiles d'armes a feu: essai d'interpretation du mecanisme physico-physiologique des lesions [Wounds caused by firearm projectiles : interpretation of the physical-physiological mechanism of the lesions]. Forensic Sci. 1975 Aug-Oct;6(1-2):41-52. French. doi: 10.1016/0300-9432(75)90222-8. PMID: 1213624.

Palavras-chave: PROJÉTIL ALOJADO EM RETROFARINGE; CORPO ESTRANHO EM RETROFARINGE; RETROFARINGE.

PO102

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****ABSCESSE RETROFARÍNGEO E SÍNDROME DE LEMIERRE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** PAULA CARVALHO LISBOA JATOBA**COAUTORES:** ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR; MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA; PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE; LELIA MARIA ALVES DUARTE; OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR; KATIANNE WANDERLEY ROCHA**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIÓ - AL - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente AMC, sexo masculino, 13 anos, iniciou quadro de cefaleia holocraniana e abaulamento retroauricular a direita, procurou atendimento de emergência e foi tratado com sintomáticos. Em cerca de 03 dias houve progressão do abaulamento, que se estendeu para região mandibular e cervical ipsilateral, associada a intensa dor local, febre, faringite, trismo e disfagia, foi quando procurou novamente o hospital e foi realizada ultrassonografia e tomografia cervical, com diagnóstico de abscesso retrofaríngeo e falha de enchimento nos seios sigmoides e jugular direitos, sendo dada a hipótese de Síndrome de Lemierre. Paciente foi admitido para internação hospitalar e iniciou anticoagulação e antibioticoterapia venosa com meropenem e vancomicina, além de realizar drenagem guiada por TC do abscesso retrofaríngeo. Após conduta, paciente evoluiu com melhora do quadro clínico.

**DISCUSSÃO:** Localizado lateralmente ao músculo constritor superior da faringe e medial ao músculo pterigoideo, o espaço parafaríngeo conecta-se a todos os grandes compartimentos faciais do pescoço e é dividido em compartimentos anterior e posterior pelo processo estiloide. O compartimento posterior contém artéria carótida, veia jugular interna e numerosos nervos. Infecções neste espaço usualmente se originam em tonsilas ou faringe. O abscesso no espaço posterior pode dissecar artéria carótida ou causar tromboflebite séptica da veia jugular interna (síndrome de Lemierre). A síndrome de Lemierre é uma doença rara, mais comum em jovens, descrita pelo francês Dr. Andre Lemierre em 1936. O *fusobacterium necrophorum* é o agente causador mais comum. O quadro inicia com os sintomas de infecção orofaríngea, que se estende ao espaço parafaríngeo, podendo atingir veia jugular interna, artéria carótida, nervo vago e linfonodos. A tromboflebite da veia jugular interna se manifesta com dor e edema unilateral no ângulo da mandíbula e ao longo do músculo esternocleidomastoideo, associada com trismo e disfagia. Em geral, a suspeita clínica deve acontecer quando um paciente com qualquer infecção em cabeça e pescoço desenvolve sinais de tromboflebite de veia jugular interna, sepse, ou propagação de êmbolos sépticos para órgãos à distância. O diagnóstico deve ser iniciado pela identificação do micro-organismo por meio da hemocultura, aspiração ou cultura direta da veia trombosada ou também por TC com contraste, flebografia, ecografia simples ou duplex scan. O tratamento baseia-se em antibioticoterapia, preconizando os beta-lactâmicos resistentes a beta-lactamases, embora não exista um esquema terapêutico definido. O uso de anticoagulantes permanece controverso. A exploração cirúrgica, com ligadura e excisão da veia jugular interna, não costuma ser necessária.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A síndrome de Lemierre, apesar de rara, continua a surgir com novos casos potencialmente fatais e com aumento do número de casos nas últimas décadas, provavelmente associado ao uso cada vez mais criterioso de antibióticos no tratamento das amigdalofaringites e outras infecções respiratórias altas. Torna-se essencial o uso de antibioticoterapia apropriada, principalmente de amplo espectro para anaeróbios. A anticoagulação terapêutica, apesar de controversa, é bastante utilizada. O desconhecimento da doença e o aparecimento recente de novos casos sugere que esta situação clínica possa estar a ser subdiagnosticada. É necessário o reconhecimento oportuno e precoce desta síndrome, pois as manifestações sistêmicas são graves caso atrase o diagnóstico, diminuindo assim a morbidade e mortalidade da doença.

Palavras-chave: Abscesso; Retrofaríngeo; Lemierre.

**AUTOR PRINCIPAL:** JOYCE MARIA DE OLIVEIRA BENDER

**COAUTORES:** DAVID LIVINGSTONE ALVES FIGUEIREDO; FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO; NATHALIA RODRIGUES; VICTORIA BEATRIZ PODOLAN SAUKA; VITÓRIA DE PAULA SANTOS

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE, GUARAPUAVA - PR - BRASIL2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL

#### **Apresentação do Caso:**

Homem, 60 anos, ex-tabagista, ex-etilista, referindo disfonia, com piora progressiva, e tosse seca, há cerca de 3 meses. Nega dispneia, disfagia, odinofagia e histórico familiar de câncer. Ao exame físico: oroscopia sem alterações, pescoço N0, videolaringoscopia com evidência de lesão nodular ocupando ventrículo e terço médio da prega vocal esquerda, com mobilidade preservada. Submetido à laringoscopia de suspensão para biópsia, sendo realizada ressecção endoscópica de toda a lesão. Exame anatomopatológico sugestivo de sarcoma pleomórfico e material enviado para a análise imuno-histoquímica, confirmando o diagnóstico de pseudossarcoma de laringe e afastando a suspeita de malignidade. Com a hipótese diagnóstica definida, o paciente seguiu em acompanhamento, sem novas queixas ou sinais de recidiva em videolaringoscopia e tomografia.

#### **Discussão:**

O pseudossarcoma consiste em uma variante benigna muito rara do carcinoma de células escamosas pouco diferenciadas e é composto de células escamosas e de células fusiformes de origem epitelial, mas com aparência mesenquimatosa. Em muitos casos, o termo “pseudossarcoma” é empregado para descrever uma lesão que possui características histológicas ou clínicas que se assemelham a um sarcoma, mas na verdade não se trata de um sarcoma verdadeiro. Seu rápido crescimento, atipia citológica e atividade mitótica os tornam suscetíveis a serem erroneamente interpretados como nocivos, no entanto, essa é uma variação benigna que mimetiza uma neoplasia maligna.

Essa patologia pode ocorrer em qualquer parte do corpo, sendo a região de cabeça e pescoço a mais acometida, com destaque para as glândulas salivares maiores, e corresponde a menos de 1% de todas as neoplasias de laringe. Macroscopicamente, é comum que esses tumores apresentem-se como massas polipóides as quais explicam os sintomas obstrutivos da neoplasia. A histogênese do pseudossarcoma é pouco descrita e controversa na literatura, assim como o prognóstico e as formas de tratamento. Todavia, as publicações mais recentes sugerem que, na imuno-histoquímica, os sarcomas mostram reatividade tanto para marcadores epiteliais quanto mesenquimais, ao contrário dos pseudossarcomas, que apresentam falta de reatividade.

Embora haja registros, na literatura, de os termos “pseudossarcoma” e “carcinossarcoma” serem usados de forma sinônima, artigos mais recentes traçam diferenças entre essas neoplasias. Os pseudossarcomas não requerem a mesma abordagem agressiva exigida por sarcomas malignos, os quais têm forte tendência à metástase. A identificação precisa por meio de exames de imagem, biópsias e técnicas como a imuno-histoquímica é fundamental para evitar tratamentos excessivos invasivos. A conduta a ser adotada em casos de pseudossarcoma, portanto, consiste em acompanhamento contínuo do paciente, com monitorização da progressão da lesão.

#### **Comentários Finais:**

No caso apresentado, o exame macroscópico revelou mucosa escamosa infiltrada por células fusiformes polimórficas e mitoses atípicas, sendo tal descrição compatível com o diagnóstico de sarcoma pleomórfico. Porém, a ausência de positividade dos marcadores do teste imuno-histoquímico, associada aos achados morfológicos, revelou atipias reacionais, corroborando o diagnóstico de pseudossarcoma laríngeo.

Assim, esse caso atípico e pouco descrito na literatura enfatiza a importância de considerar o pseudossarcoma de laringe como uma possibilidade diagnóstica em casos de lesões aparentemente malignas, destacando a necessidade de uma avaliação abrangente que inclua análises laboratoriais, exames de imagem, achados clínicos e históricos pessoal e familiar do paciente, para garantia do cuidado adequado.

**Palavras-chave:** Pseudossarcoma de laringe;Sarcoma;Malignidade.

PO129

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Hemangioma arteriovenoso intraósseo: relato de caso e revisão da literatura

**AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO**COAUTORES:** ALÍCIA BATISTA DE ALMEIDA BARBOSA; NAYARA SCHUG DA SILVEIRA; ANA PAULA YUMI KIMURA; JULIA FARTO VIANA OLIVEIRA; DAVID LIVINGSTONE ALVES FIGUEIREDO**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL, LONDRINA - PR - BRASIL2. UNICENTRO, GUARAPUAVA - PR - BRASIL**Apresentação do Caso**

Paciente VLFG, feminino, 66 anos, referindo ter sido identificado lesão em seio da face durante exames para investigação de vertigens. Negava dor, epistaxe, obstrução nasal ou amolecimento de dentes, porém relatava aumento de volume em topografia nasogeniana à esquerda. Ao exame físico apresentava tumoração de consistência óssea em topografia nasogeniana junto à asa nasal à esquerda. Ausência de lesões à rinoscopia anterior e oroscopia. Pescoço N0. A tomografia de seios da face evidenciou lesão expansiva óssea no processo nasal da maxila esquerda, esclerótica com pequenas áreas radiolúcidas, com extensão para partes moles adjacentes, de natureza indeterminada, medindo cerca de 16 mm. Submetida à cirurgia com ressecção, sendo laudo anatomopatológico compatível com Hemangioma Arteriovenoso.

**Discussão**

O hemangioma intraósseo primário ou ósseo é relativamente raro, representando apenas 1% de todos os tumores ósseos. Surge no interior do osso e afeta mais comumente a coluna vertebral e os ossos do crânio secundariamente. O osso frontal costuma ser o mais frequentemente acometido, destacando-se também os ossos temporal e parietal, e o processo zigomático. Esses hemangiomas intraósseos, bem como outras categorias de hemangiomas, podem ser classificados em tipos histológicos como capilar, cavernoso, venoso ou arteriovenoso, com base no tipo predominante de canal vascular. O hemangioma arteriovenoso é uma neoplasia benigna vascular e consiste na persistência do leito capilar fetal com comunicação anormal entre as artérias e veias. Tal permanência é representada por espaços vasculares, cujas paredes são espessas e possuidoras de camada de elastina, além de alto fluxo sanguíneo. Contudo, histologicamente, os hemangiomas intraósseos contêm tecido vascular hamartomatoso no interior do endotélio ao redor das trabéculas ósseas e medula, além de gordura, músculo liso, tecido fibroso e trombos, os quais também podem estar presentes.

A maior incidência se dá em mulheres, especialmente na região da cabeça e pescoço. As implicações estéticas e o comprometimento funcional, como mastigação, fala e deglutição, são as queixas clínicas mais comuns. O diagnóstico se dá por meio de anamnese e exame físico majoritariamente, podendo ser realizado exame de imagem. Os tratamentos variam de acordo com a característica da lesão e os possíveis danos acarretados, podendo ser indicados observação, preservação da lesão, intervenção cirúrgica, uso de propranolol, prednisolona oral, radioterapia, eletrocoagulação, laser, crioterapia, embolização e outros.

**Comentários Finais**

Hemangiomas intraósseos, também chamados de centrais, são raros e de difícil diagnóstico. Geralmente ocorrem na maxila ou na mandíbula, como no caso relatado. Costumam se apresentar com uma tumefação, a qual é identificada como uma massa palpável mole. Entretanto, a paciente possuía uma apresentação atípica, unicamente com uma tumoração de consistência óssea na região nasogeniana. Além disso, em exames de imagem os hemangiomas intraósseos costumam ter aspecto radiolúcido, uni ou multilocular, fazendo-os serem confundidos com cistos. Isso não ocorreu no exame tomográfico de seios da face da paciente, no qual foi encontrada uma lesão expansiva intraóssea junto ao processo nasal na maxila esquerda, o que levou a hipótese diagnóstica inicial de osteoma. A ressecção cirúrgica é uma das opções para o tratamento de hemangiomas intraósseos, e o caso relatado teve boa evolução, com ausência de recidivas no período de 18 meses de acompanhamento.

**Palavras-chave:** Hemangioma; Intraósseo; Vascular.



PO145

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****LARINGECTOMIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS NA BAHIA: ANÁLISE DE UMA DÉCADA****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA FERNANDA CARVALHO MARTINS MOREIRA**COAUTORES:** EDUARDA ARAÚJO DE GUSMÃO LÔBO; SILVIA JORDANIA BARBOZA DA SILVA**INSTITUIÇÃO:** 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL2. AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE - BRASIL3. FUNDACIÓN HÉCTOR ALEJANDRO BARCELÓ, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES - ARGENTINA**Objetivos:** Realizar uma análise quantitativa das internações hospitalares por laringectomia em pacientes oncológicos na Bahia entre os 2012 e 2022.**Métodos:** estudo ecológico, que contou com dados secundários obtidos via consulta à base de dados DATASUS, tendo levantado informações referentes ao ano de 2012 a 2022 no estado da Bahia. Foram analisadas as internações por ano e local de atendimento por laringectomia parcial, total e com esvaziamento cervical em oncologia. Considerando ser um banco de dados de domínio público, não foi necessário submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa.**Resultados:** Na última década foram notificadas um total de 2.339 internações por ano de atendimento para procedimento de laringectomia parcial, total e com esvaziamento cervical em oncologia, sendo desses 97,74% (n=2291) laringectomia parcial, 1,66%(n=39) laringectomia total e apenas 0,6% (n=14) laringectomia total com esvaziamento cervical. Os casos dos pacientes no estado da Bahia acometidos por neoplasia maligna de laringe que passaram pelo procedimento de laringectomia não sofreram grandes variações. A menor quantidade de internações foi registrada em 2012 (n=54), destoando muito dos outros anos, podendo significar subnotificação. Destaque para 2018(n=257) com o maior número de casos, seguido de 2016 (n=254) e 2013 (n=250). Os anos com menor prevalência, excluindo 2012, foram 2015 (n=162), 2021 (n=205), 2014 (n=215) e 2022 (n=215).**Discussão:** De acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) brasileiro, a quantidade estimada de novos casos de câncer de laringe, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 7.790 casos. Os tratamentos desenvolvidos, a exemplo da laringectomia total, intensificaram consideravelmente a sobrevida dos pacientes, porém com alguns desfechos negativos, como a incapacidade vocal laríngea e a disfagia. A análise dos dados revelou que a quantidade de procedimentos de laringectomia entre 2012 e 2022 manteve-se relativamente estável, com flutuações discretas. Em relação ao número total de casos, observou-se um registro de 9,18% no último ano, 10,96% para o ano com maior notificação de procedimentos (2018) e apenas 2,30% em 2012. Esse menor percentual de internações, em contraste com os outros anos, pode ser atribuído a falhas no sistema de notificação.**Conclusão:** Em suma, os resultados revelam variações sutis no período de 2012 a 2022, entretanto há um número significativo de internações de pacientes oncológicos contemplados por procedimentos de laringectomia parcial, total e com esvaziamento cervical. A técnica cirúrgica mais utilizada é a laringectomia parcial, o que implica em melhor desfecho em relação à qualidade de vida do paciente. Dada a projeção do INCA para o próximo triênio, torna-se urgente a planificação de protocolos baseados em evidências na atenção primária, sobretudo no que se refere ao diagnóstico precoce e redes de tratamento multidisciplinar, a fim de proporcionar um prognóstico favorável a esse público.**Palavras-chave:** Epidemiologia;Laringectomia;Bahia.



PO149

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Um carcinoma escamocelular bem diferenciado de parótida apresentando-se com paralisia facial e metástase óssea

**AUTOR PRINCIPAL:** RENATA ISIS DE OLIVEIRA CABRAL

**COAUTORES:** DIAGO RAFAEL MOTA FASANARO; CLÁUDIA ROCHA PARANHOS VIANNA DIAS DA SILVA; WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Apresentação Clínica**

Paciente 63 anos, tabagista de longa data, sem outras comorbidades conhecidas, passou a cursar com quadro de forma súbita de otalgia e otorreia em ouvido esquerdo, evoluindo para paralisia facial em hemiface esquerda (House-Brackmann VI). Com histórico de perda ponderal de 10kg em cerca de 07 meses e tendo feito uso de diversos tratamentos sem melhora clínica. Após período de investigação, paciente passou a cursar com abaulamento, associado a edema e hiperemia em região pré e retroauricular a esquerda, sem déficits focais. Ao exame físico apresentava otoscopia a esquerda com lesão avermelhada pulsátil, ocupando conduto auditivo externo e ectoscopia com paralisia facial periférica a esquerda. Ao exame de imagem apresentava ressonância magnética (RNM) de pescoço e tomografia de mastoide com alteração de sinal com realce pelo meio de contraste acometendo amplamente a loja parotídea, espaço mastigador e meato acústico externo, com imagem cística/necrótica intraparotídea medindo 1,5x1,1cm e com conteúdo de hiper sinal na sequência T2 nas células aéreas da mastoide a esquerda. Além de erosão óssea em mastoide e cavidade timpânica a esquerda. Foi submetido inicialmente a uma biopsia com achado de fragmentos superficiais de lesão escamosa bem diferenciada e uma segunda, mais ampla, com identificação de infiltração por carcinoma escamocelular bem diferenciado, optado por seguimento com radioterapia.

**Discussão**

Os tumores malignos da glândula parótida são raros. Geralmente, apresentam-se com crescimento lento e com massas assintomáticas. Quando há presença de paralisia do nervo facial, há uma forte suspeita para um tumor maligno, já que pode ser secundário a compressão ou estiramento do nervo por tumores volumosos. No relato de caso apresentado o paciente já iniciou o quadro com queixas otológicas e paralisia facial, porém, com o quadro já avançado e envolvimento ósseo foi optado pela radioterapia.

O prognóstico e a sobrevida descritos na literatura são difíceis de interpretar devido à diversidade histopatológica e a sua raridade. Sabe-se que o tratamento combinado entre procedimento cirúrgico e radioterapia parece ser o mais apropriado para os tumores avançados. Porém, pacientes com alto risco para metástase devam ser tratadas eletivamente com radioterapia, como foi o caso do paciente em questão.

**Comentários Finais**

As glândulas salivares dão origem a uma variedade surpreendente de tumores benignos e malignos, onde o diagnóstico patológico é a chave para o manejo dessas lesões uma vez que os graus de agressividade dependem dos seus subtipos histológicos

Pela sua baixa prevalência, o pronto reconhecimento da neoplasia exige atenção do médico especialista. Porém não há critérios clínicos confiáveis para diferenciar massas benignas e malignas, sendo necessário solicitar exames complementares. A suspeita diagnóstica é importante para o diagnóstico precoce e, consequentemente, para a instituição precoce do tratamento

**Palavras-chave:** Carcinoma escamocelular; parótida; paralisia facial.

**PO153****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****ANGINA DE LUDWIG NA MUSCULATURA PRÓPRIA DA LÍNGUA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE**COAUTORES:** LUCILENE LISBOA FERRAZ; YURI FERREIRA MAIA; ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS; NICOLE DE CARVALHO DIAS; RAFAELLA CASÉ DE LIMA; NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO; GABRIELLA BENTO DE MORAIS**INSTITUIÇÃO:** SOS OTORRINO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** B.B.S., 57 anos, sexo masculino, tabagista e sem comorbidades, apresentou-se à emergência com quadro de trismo, sialorréia, odinofagia e febre há cerca de 5 dias. Ao exame físico, na oroscopia foi evidenciado elementos dentários residuais em péssimo estado de conservação, edema em língua e assoalho bucal, dor importante durante o exame físico e sem sinais de insuficiência respiratória. Tomografia de pescoço apresentou uma formação ovalada, hipodensa e com captação periférica pelo contraste, localizada na intimidade da musculatura da língua, medindo cerca de 3,4 x 2,3 x 1,6cm, correspondendo a abscesso em formação. Optou-se por terapia antimicrobiana empírica venosa, com ceftriaxona (1g 12/12h) e clindamicina (600mg de 6/6h) por 10 dias, associada à corticoterapia venosa com hidrocortisona (300 mg/dia) durante 5 dias. Paciente evoluiu com boa resposta ao tratamento clínico e sem necessidade de intervenção cirúrgica. Indicado seguimento com equipe de cirurgia bucomaxilofacial para realizar tratamento odontológico.

**DISCUSSÃO DO CASO:** A angina de Ludwig é um grave processo infecto-inflamatório nos espaços submandibulares, sublinguais e submentoniano. Embora a infecção odontogênica esteja presente em mais de 70% dos casos, outros focos infecciosos têm sido relatados, dentre eles, a infecção de tonsilas palatinas, sialoadenites, epiglote e cisto tireoglossal infectado, podendo ser também resultante da infecção de uma fratura de mandíbula, ferimento perfurante de assoalho de boca ou trauma por intubação endotraqueal. Os indivíduos mais susceptíveis são aqueles com comprometimento sistêmico, com comorbidades como AIDS, alcoolismo, glomerulonefrite, desnutrição, diabetes mellitus, uso de anti-inflamatórios hormonais ou imunossupressores, anemia aplásica, entre outras doenças imunossupressoras. A sintomatologia varia de dificuldade respiratória, disfagia, trismo e toxemia, podendo evoluir ao óbito. Na maioria dos casos, a infecção é polimicrobiana, sendo os agentes etiológicos mais comuns o *Streptococcus* e *Staphylococcus*. O diagnóstico é feito através da tomografia computadorizada com contraste, onde pode ser encontrado qualquer coleção de fluido e edema, principalmente nos espaços submandibulares, sublinguais e submentoniano. É o exame mais completo pois pode mostrar com precisão as dimensões e a localização da infecção, avaliando tridimensionalmente através de cortes axiais e coronais, diferenças de densidade dos tecidos moles, além de ser um exame não invasivo. A tomografia computadorizada também possibilita planejar a melhor abordagem cirúrgica e avaliar a efetividade do tratamento instituído, facilitando a escolha correta do tratamento. A antibioticoterapia empírica venosa precoce é a terapêutica inicial, mas se evolução desfavorável a abordagem cirúrgica pode ser realizada. Além disso, a manutenção das vias aéreas é a principal preocupação e para protegê-la pode ser necessário traqueostomia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Angina de Ludwig é uma infecção potencialmente fatal, com evolução rápida e que pode necessitar de intervenção cirúrgica. Esse caso demonstra uma angina de Ludwig de localização atípica, em musculatura própria da língua, e a importância de uma suspeita e diagnóstico precoce com conduta imediata, propiciando um desfecho favorável apenas com o tratamento conservador. A prevenção se inicia em uma boa higiene de cavidade oral e a busca ao pronto socorro ao início dos sintomas.

**Palavras-chave:** ANGINA DE LUDWIG; INFECÇÃO ODONTOGÊNICA; MUSCULATURA PRÓPRIA DA LÍNGUA.

PO163

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****ABORDAGEM CIRÚRGICA DE TORCOCOLO MUSCULAR CONGÊNITO EM PACIENTE ADULTO: Relato de Caso.****AUTOR PRINCIPAL:** LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO**COAUTORES:** LUCIANO HENRIQUE ANTONIOLI; LUIZ FELIPE SALOMÃO SIQUEIRA CUNHA; ANDRE LUIZ MAION CASARIM; FERNANDO ANTONIO MARIA CLARET ARCADIPANE; ANDRÉ AFONSO NIMTZ RODRIGUES**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE MEDICINA JUNDIAI, JUNDIAÍ- SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Relatamos um caso de uma paciente do sexo feminino, 36 anos, com diagnóstico de torcicolo congênito. Os dados sobre período neonatal são escassos, porém paciente relata que devido quadro de eclampsia, foi optado por parto cesariana evoluindo com distócia de ombro, fratura de clavícula e necessidade de fórceps durante o parto. Apresenta dores na coluna e quadril desde a infância, mas procurou atendimento somente aos 16 anos, quando iniciou aulas de natação, sessões de fisioterapia e reeducação postural global. Sem melhora da mobilidade cervical, persistência das dores em ombro, pescoço e quadril, além de cefaleia persistente foi encaminhada ao ambulatório de Cirurgia Cabeça e Pescoço para avaliação cirúrgica. O exame clínico evidenciou presença de escoliose e flexão lateral da cabeça ipsilateral ao lado acometido com rigidez a movimentação da cabeça ao lado contralateral.

Após avaliação, devido ausência de melhora da mobilidade com tratamento conservador, dores frequentes e alterações posturais foi optado por correção cirúrgica. Realizada incisão transversal na pele, em dobra cutânea lateroinferiormente a inserção distal do ECM. Foram identificadas e liberadas as inserções clavicular e esternal do ECM e ressecadas contraturas adicionais de partes moles. Realizado inversão de parte contraída para evitar recorrência.

No pós-operatório imediato paciente apresentou melhora da mobilidade cervical encaminhada para seguimento fisioterápico para reeducação postural e com objetivo de evitar recidivas.

**DISCUSSÃO**

O Torcicolo Muscular Congênito (TMC) é uma afecção benigna definida como contratura ou fibrose do músculo esternocleidomastoideo (ECM), alteração evidente ao nascimento ou nas primeiras semanas de vida. Trata-se da terceira causa mais comum de anormalidade musculoesquelética congênita, após a displasia congênita de quadril e pé torto congênito. A etiologia do TMC ainda não está claramente definida, porém, existem teorias que sugerem origem multifatorial, causado pela má posição intrauterina e tocotraumatismo ou, ainda, um fator isquêmico levando a uma síndrome compartimental.

O diagnóstico do TMC é clínico e os achados mais frequentes são: inclinação da cabeça, limitação da rotação e flexão lateral do pescoço, uma massa e/ou cordão fibroso palpável na topografia do ECM. O

Embora, alguns casos de TMC possam resolver espontaneamente, em outros isso não ocorre, sendo necessário lançar mão de um programa ativo de estimulação, alongamento muscular e até uso de órteses. Quando não tratado precocemente, o TMC, pode levar a assimetria cranial e facial, alterações de equilíbrio e de mecânica muscular.

O tratamento cirúrgico, por sua vez, fica reservado aos pacientes com maior faixa etária; para aqueles que apresentam inclinação persistente da cabeça e déficit de rotação; ou ainda para os pacientes que não apresentaram melhora com tratamento conservador. O tratamento cirúrgico do TMC pode ser realizado através da tenotomia unipolar ou bipolar, em uma abordagem a céu aberto ou por via endoscópica. Durante o procedimento, cuidados devem ser tomados como danos ao nervo facial e espinhal, além de extremo cuidado com o feixe vascular nervoso na bainha carotídea, incluindo a artéria carótida comum, veia jugular interna e nervo vago, situados posteriormente ao ECM.

O tratamento pós-operatório também é controverso. Alguns estudos defendem o uso de órteses ou imobilizações gessadas por um período que varia de três semanas a seis meses, enquanto outros indicam apenas a fisioterapia precoce e continuada para a reeducação postural e evitar recidivas.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O TMC é uma anormalidade musculoesquelética congênita comum, que mesmo sendo uma afecção benigna, quando não tratada precocemente pode desencadear deformidades faciais, alteração postural e muscular. Na maioria das vezes, o tratamento conservador é resolutivo. No entanto, em crianças mais velhas e adultos, a fisioterapia sozinha pode não ser eficaz e deve ser associado a cirurgia para liberação das inserções do músculo esternocleidomastoideo.

Palavras-chave: congenital muscular torticollis; sternocleidomastoid muscle; surgical intervention.

**AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO

**COAUTORES:** VICTORIA LEBEDENCO BARBOSA; DAVID LIVINGSTONE ALVES FIGUEIREDO; MARIA IZABEL BELOTI; MARIA EDUARDA GATTO BORDIGNON; HENRIQUE MENEGUCI DA SILVA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL, LONDRINA - PR - BRASIL2. UNICENTRO, GUARAPUAVA - PR - BRASIL

#### Apresentação do casos

1)Mulher, 57 anos, procurou atendimento devido à presença de uma massa cervical direita, nível IV, há 7 meses. A massa, indolor, apresentou crescimento rápido em 2 meses. Ao exame físico, tumor de consistência amolecida com 5 cm de diâmetro, não aderido a planos profundos. A tomografia revelou uma massa supraclavicular heterogênea, 7x4cm, com características sugestivas de lipossarcoma devido à hipervascularização. A peça cirúrgica evidenciou um tumor encapsulado bem delimitado e densamente vascularizado, sem critérios de malignidade na biópsia de congelamento intraoperatória. O exame anatomopatológico identificou uma massa cervical de 3x3x2 cm, coloração marrom-amarelada, lobulada, de consistência macia e elástica, além de uma massa supraclavicular com características semelhantes.

2)Mulher, 27 anos, apresentou uma massa cervical direita, nível IV, com 3 cm de diâmetro, há 2 meses, assintomática. A ressonância magnética demonstrou uma lesão de 3,6 cm, com área central de densidade semelhante à gordura e realce difuso aprimorado. A cirurgia revelou uma lesão bem delimitada com cápsula definida e hipervascularização. O exame anatomopatológico indicou um segmento irregular de tecido amarelado com 5x2,5x1,8 cm, de consistência macia e elástica. As células exibiram citoplasma granular eosinofílico, entremeadas com células adiposas, sem evidência de malignidade.

3)Homem, 57 anos, com massa amolecida em região cervical posterior, 5 cm de diâmetro, há 3 meses, assintomático. A análise histopatológica da lesão identificou uma massa de 5x4x1,1 cm, coloração marrom-amarelada, consistência macia e elástica, composta por células gigantes multinucleadas compatíveis com hibernoma, sem características malignas.

#### Discussão

Os hibernomas representam tumores benignos raros, originários do tecido adiposo marrom fetal remanescente. Sua incidência é mais comum em adultos jovens, com idade média de 40 anos, e tendem a se desenvolver em áreas onde persiste o tecido adiposo marrom (pescoço, axila, área interescapular, mediastino, extremidade inferior, cavidade abdominal e retroperitônio). Os três casos apresentados são exemplos de hibernoma, diagnosticados após percepção de massas cervicais pelos pacientes e confirmados por análises histopatológicas após ressecção cirúrgica.

Os hibernomas frequentemente são assintomáticos, crescendo lentamente e causando desconforto pela compressão de estruturas adjacentes devido à sua vascularização pronunciada. Sua etiologia permanece obscura, mas envolve diferenciação anômala de células mesenquimais ou migração de células adiposas pardas.

O tecido adiposo em mamíferos se divide em dois tipos funcionais: o branco e o marrom. O tecido adiposo marrom (BAT) desempenha um papel crucial no gasto energético e na termogênese, enquanto o tecido adiposo branco (WAT) é responsável pelo armazenamento de energia. Nos seres humanos, o BAT diminui após o período embrionário, persistindo em quantidades reduzidas na vida adulta, propiciando o desenvolvimento de hibernomas. Apenas cerca de 1% dos tumores adipocíticos são hibernomas, sendo mais prevalentes em adultos jovens entre 30 e 50 anos, com maior predileção pelo sexo feminino.

O diagnóstico diferencial entre hibernoma e lipossarcoma apresenta desafios tanto clínicos quanto histopatológicos. A RNM desempenha um papel fundamental no diagnóstico, mas a confirmação requer análise histopatológica.

Macroscopicamente, os hibernomas se assemelham a massas encapsuladas, bem definidas e predominantemente marrom-claras. Suas características morfológicas se aproximam do tecido adiposo branco. A análise citológica pode auxiliar na diferenciação pré-operatória de tumores lipomatosos.

#### Comentários finais

O hibernoma, apesar de sua raridade, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de massas cervicais. A ressonância magnética desempenha um papel crucial no diagnóstico, mas a confirmação requer biópsia e cirurgia. Até o momento, não foram relatadas recorrências ou transformações malignas em hibernomas. Durante a cirurgia, é fundamental um controle cuidadoso da vascularização tumoral para minimizar complicações pós-operatórias.

**Palavras-chave:** Hibernoma;Cervical;adipocítico.

**PO191****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****Cisto de Primeiro Arco Branquial: Caso Clínico e Revisão da embriologia ao diagnóstico****AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA SOUZA MAGALHÃES**COAUTORES:** LEONARDO DE MOURA VOLPI; KAREN MOREIRA ROZEMBERG; ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO; MARIANA MOTA KERTZMAN; CATARINA SOARES BARTASEVICIUS; DIANA KEUN SOO KIM; GABRIELA MARTINS DE MORAES**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo feminino, 28 anos, procurou o pronto socorro Otorrinolaringológico queixando-se de saída de secreção em região retroauricular esquerda há sete dias, seguida de otorreia de aspecto semelhante há três dias. Negava febre, hipoacusia, otalgia e tontura, porém relatou episódios similares, especialmente na infância, já tendo sido submetida a três drenagens em diferentes serviços.

Ao exame, notava-se secreção purulenta em região retroauricular, discreta hiperemia local, retração cicatricial, mas sem abaulamentos. Na otoscopia, apenas um abaulamento ínfero-posterior de conduto auditivo externo (CAE) esquerdo com orifício com drenagem de material semelhante.

Na tomografia computadorizada de osso temporal, evidenciava-se mastoide bem aerada bilateralmente, nenhum velamento de orelha média e um cisto em região temporal esquerda. Sob hipótese de cisto congênito infectado, solicitou-se ressonância magnética de crânio que identificou uma formação arciforme póstero-inferiormente ao CAE esquerdo, no plano subcutâneo, com contato com glândula parótida esquerda, sugestivo de remanescente do aparato do primeiro arco branquial.

O quadro infeccioso agudo foi adequadamente controlado com antibioticoterapia via oral. No momento, paciente em acompanhamento conjunto com equipe de cabeça e pescoço, em programação de abordagem de fístula do primeiro arco branquial.

**DISCUSSÃO**

Durante a quarta semana de gestação, o aparato branquial do embrião é composto de seis arcos branquiais de cada lado, recobertos por endoderme internamente e ectoderme externamente. Na evolução, diferente dos arcos branquiais, o folheto ectodérmico do aparato branquial, também chamado de fissura branquial, será reabsorvido quase completamente. Apenas a ectoderme do primeiro aparato branquial permanece, formando o CAE<sup>1</sup>.

Os cistos, fístulas ou seios branquiais são remanescentes embriológicos do folheto ectodérmico do aparato branquial. Cada arco branquial pode dar origem uma única ou um conjunto destas alterações, com trajetos e localizações diferentes<sup>2</sup>. As alterações do primeiro arco branquial são as mais raras, contribuindo com apenas 1% dos casos dentre todos os cistos branquiais<sup>3</sup>. A classificação de Work<sup>4</sup> subdivide os cistos de primeiro arco branquial em tipos 1 e 2, com base na origem histológica e no quadro clínico. O tipo 1 provém da porção membranosa do CAE e é composto exclusivamente por ectoderme. O tipo 2 é formado por ectoderme e mesoderme devido à duplicação das porções membranosa e cartilaginosa do CAE e, por isso, costuma apresentar estruturas foliculares e sebáceas além do epitélio escamoso.

Os cistos de primeiro arco branquial são um desafio diagnóstico devido à gama de diagnósticos diferenciais na região, como linfonodos cervicais ou lesões de parótida. A presença de seios e fístulas auxiliam no diagnóstico clínico, mas devem ser diferenciados de seios intra ou pré-auriculares. Estes últimos são remanescentes da fusão incompleta dos tubérculos de His e costumam estar localizados anteriormente ao CAE<sup>5</sup>. Curiosamente não são infrequentes as fístulas retroauriculares. Nesses casos, a malformação é justificada pela duplicação do CAE, cuja origem embriológica também deriva do primeiro arco branquial<sup>6</sup>. O padrão-ouro para diagnóstico é a Ressonância Nuclear Magnética, para diagnóstico diferencial e avaliação de estruturas adjacentes para melhor planejamento cirúrgico<sup>7</sup>.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O remanescente do primeiro arco branquial é uma entidade rara e de difícil identificação. O conhecimento da embriologia é essencial para compreensão das diferentes apresentações e diagnóstico preciso.

Palavras-chave: cisto branquial; fístula retroauricular; congênito.

**AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO

**COAUTORES:** YASMIM ZANI MAGRO; KARIN FERNANDA DE ARRUDA; JULIANA APARECIDA DE SUSS; DAVID LIVINGSTONE ALVES FIGUEIREDO

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL, LONDRINA - PR - BRASIL2. UNICENTRO, GUARAPUAVA - PR - BRASIL

#### Apresentação caso

Paciente de 55 anos, sexo masculino, procurou o serviço de cirurgia de cabeça e pescoço queixando-se de aumento de volume cervical à esquerda, em topografia parotídea, há 4 anos. Progrediu com aumento, desconforto local e otalgia ipsilateral ocasional. Negava patologias pregressas. Ao exame físico, o paciente apresentava extensa tumoração à esquerda, no pescoço em níveis II e III, causando abaulamento da orofaringe. Ressonância nuclear magnética (RNM) identificou lesão expansiva ovalada com bordos regulares no espaço carotídeo esquerdo, apresentando hipersinal heterogêneo na sequência T2 e hipossinal na sequência T1 com sinal heterogêneo de 66 X 45 X 33 mm \*CC X LL X AP). A lesão determinava descolamento das porções inferiores da orofaringe e da epiglote. A conclusão da RNM sugeriu que a tumoração se tratava, provavelmente, de um schwannoma perifaríngeo. Foi indicado cirurgia, via mandibulotomia, com laudo histopatológico descrevendo achado de células fusiformes com núcleos longos e áreas alternantes de hiper e hipocelularidade, compatível com schwannoma. O paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, sem intercorrências. Seguimento clínico e radiológico (RNM) por 4 anos, sem sinais de recidiva.

#### Discussão

Schwannomas, também conhecidos como neurolemomas, são tumores benignos derivados das células de Schwann, encapsulados, de crescimento lento e geralmente solitários. A maior incidência se dá entre mulheres entre a quarta e a quinta década de vida. No espaço perifaríngeo, o schwannomas representam 0,5% dos tumores de cabeça e pescoço, sendo, portanto, uma patologia raríssima. Possui apresentação clínica inespecífica ou assintomática e crescimento lento, dificultando o diagnóstico inicial. Seu tamanho varia de milímetros até acima de 24 cm. A RNM é importante no diagnóstico, contudo, a confirmação só é consolidada a partir do estudo histológico e imuno-histoquímico, devido à grande quantidade de diagnósticos diferenciais, como neurofibromas, tumores de glândulas salivares menores e linfomas. O tratamento é feito através de cirurgia de enucleação do tumor e preservação da função dos pares cranianos da região, sendo necessário, para evitar recidivas, ressecção completa da tumoração.

#### Comentários finais

Schwannoma de espaço perifaríngeo é uma patologia de baixa incidência e rara e, mesmo sendo de natureza benigna, exige cuidados especiais e específicos em relação ao diagnóstico e ao tratamento. O diagnóstico é feito através de exame clínico com biópsia por punção aspirativa associado a exames de imagem (RNM) e tomografia. O tratamento é sempre cirúrgico, a fim de preservar estruturas vizinhas e diminuir a morbidade.

**Palavras-chave:** Schwannoma; Perifaríngeo; Benigno.



PO209

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****ACTINOMICOSE EM PACIENTE COM FATORES DE RISCO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** RAYANE CARNEIRO DE AMORIM**COAUTORES:** ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA; FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA; HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA; EUVALDO NETO BORGES TOMAZ; PALOMA FEITOSA PINHO GOMES; ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA MARTA, BRASÍLIA - DF - BRASIL**Apresentação do caso:**

J.B.A., sexo masculino, com 76 anos, com histórico de tratamento quimioterápico para câncer de próstata, diabético e intervenção dentária prévia. Refere obstrução e secreção nasal, dor e edema em hemiface direita, nega febre. Ao exame físico, oroscopia demonstrava fistula orossinusal direita com drenagem espontânea de secreção purulenta e rinoscopia com mucosa hiperemiada e em meato médio. Iniciado tratamento com amoxicilina com clavulanato 870mg por 10 dias e solicitado exames laboratoriais e de imagem.

No retorno paciente evoluiu com piora do quadro clínico e aumento da drenagem de secreção pela fistula. Exames laboratoriais dentro da normalidade e tomografia de seios da face demonstrou sinusopatia crônica de seio maxilar direito com presença de fistula orossinusal com edema de tecidos adjacentes. Diante dos achados inespecíficos optou-se pela biopsia e cultura da lesão.

A biópsia mostrou tecido ósseo permeado por colônias de bactérias filamentosas que sugeriam *Actinomyces* spp. e polimorfonucleares. Iniciado tratamento medicamentoso direcionado com ampicilina, por via endovenosa por 15 dias e após amoxicilina com clavulanato via oral ambulatorial por 5 meses. Paciente evoluiu com fechamento de fistula e melhora dos sintomas nasais.

**Discussão:**

O *actinomyces* é um comensal saprófita presente na microbiota da cavidade oral, pode ser encontrado nas criptas das tonsilas palatinas e sua patogenidade é relativamente rara, entretanto pode desenvolver-se como uma infecção progressiva, quando o meio se torna propício.

A actinomicose está diretamente relacionada com fatores que reduzem a capacidade imunológica do hospedeiro, como diabetes mellitus, neoplasias malignas, tratamento quimioterápico e radioterápico. O paciente em questão tinha um histórico de tratamento quimioterápico para câncer, o que tornava a sua imunidade potencialmente comprometida, aumentando o risco de infecções. Além disso, a intervenção dentária anterior pode ter desempenhado um papel na manifestação da fístula, destacando a importância da comunicação entre médicos e dentistas.

A actinomicose pode apresentar-se clinicamente como uma infecção aguda, de rápida progressão ou como uma lesão crônica que se dissemina lentamente, com formação de fibrose. A lesão caracteriza-se pela presença de uma massa endurecida, circundada por parede fibrosa com área de abscesso central e secreção purulenta. A secreção purulenta tende a se concentrar nos tecidos, difunde-se através dos tecidos moles, drenando, por vezes, através fístulas. Quando acomete a região da cabeça e pescoço, afeta particularmente a região da mandíbula após tratamentos dentários.

O diagnóstico diferencial inclui várias condições, entre elas a tuberculose, a leishmaniose e o paracoccidiodomicose que podem mimetizar a apresentação clínica da actinomicose. O exame clínico detalhado e a tomografia computadorizada dos seios da face são instrumentais na exclusão dessas condições. Sendo que a biopsia e a cultura de secreção são a chave para se identificar o patógeno.

O diagnóstico é feito por meio da biópsia da lesão, que identifica os grânulos de actinomicose, também chamados de grânulos de enxofre, em virtude da sua coloração amarelada e friabilidade característica. Normalmente, há uma reação inflamatória ou necrose em torno desse micélio de actinomicose.

O tratamento da actinomicose consiste no debridamento cirúrgico da lesão associada à antibioticoterapia prolongada que é essencial para evitar recidivas.

**Comentários finais:**

Destaca a importância da vigilância clínica cuidadosa e da consideração de diagnósticos incomuns em pacientes com apresentações clínicas desafiadoras. A actinomicose é uma infecção rara, muitas vezes subdiagnosticada, e a sua inclusão no diagnóstico diferencial é crucial para evitar atrasos no tratamento. A alta taxa de sucesso no tratamento desse caso em questão reforça a importância do diagnóstico precoce e do tratamento apropriado para evitar recidivas e complicações a longo prazo. Este caso demonstra a complexidade e a gratificação da prática clínica ao enfrentar desafios diagnósticos e terapêuticos únicos.

Palavras-chave: actinomicose; fistula orossinusal; sinusite crônica.



**PO222****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****Apresentação incomum do Adenoma de paratireoide- Massa cervical inflamatória: Relato de caso****AUTOR PRINCIPAL:** BIANCA COLACIOPPO OLIVEIRA AMANCIO**COAUTORES:** SONYARA RAUEDYS OLIVEIRA LISBOA; MARIA FERNANDA GONZALEZ TAVARES; CARLOS EDUARDO ROCHA MACEDO; ISABELLA STAGLIORIO DUMET FARIA; MARIA JOAO DE ARRUDA ARAUJO; FLAVIA GOIS DE DEUS; CATHARINA PEIXOTO SILVA**INSTITUIÇÃO:** ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente LTM, sexo feminino, 66 anos, inicialmente procurou atendimento no serviço de emergência devido a quadro de edema, hiperemia e dor em região cervical esquerda iniciados no dia anterior. A este quadro se associava sintoma de disfagia e piora da dor cervical ao tossir. A paciente negava trauma na região, patologias cervicais, sintomas gastrointestinais e renais, fadiga ou outros sintomas prévios. Relatava já estar em seguimento por nódulos tireoidianos, menores que 1cm e com PAAF prévia Bethesda II. Negava tabagismo, cirurgia ou radiação cervical anteriores. Durante avaliação ainda no pronto socorro, foi realizada TC de pescoço com identificação de imagem nodular com realce pelo meio de contraste localizada em espaço visceral cervical à esquerda, lateralmente ao esôfago e anteriormente à vértebra cervical C7, medindo cerca de 2,7 x 1,7 x 1,4 cm, associada a borramento / edema de partes moles do pescoço adjacente. Sem outros achados ao exame. Administradas medicações para dor e dose única de corticóide para edema. Houve melhora parcial dos sintomas, sendo a paciente liberada para prosseguir investigação diagnóstica com equipe de cirurgia de cabeça e pescoço via ambulatorial. Paciente passou em consulta 2 dias após primeira avaliação no PS. Ao exame físico notava-se hiperemia e aumento do volume da metade inferior do pescoço à esquerda. Uma massa endurecida, mal delimitada, algo dolorosa e profunda era sentida à palpação do nível VI esquerdo. A paciente foi então encaminhada para cirurgia com indicação inicial de biópsia da lesão. Cirurgia de cervicotomia exploradora para biópsia de lesão realizada no dia 20/09/2021, sem intercorrências. Durante o procedimento foi identificada paratireoide inferior esquerda aumentada, endurecida e com coloração escura, além de discreta aderência aos tecidos adjacentes. Durante a exploração do nível VI esquerdo, não foram observadas outras lesões ou nódulos suspeitos. Optado por paratireoidectomia inferior esquerda, com envio de peça para anatomia patológica e seguimento com dosagens de PTH e cálcio. Paciente evoluiu de forma satisfatória, com melhora total das queixas após procedimento e sem intercorrências ou eventos adversos.

**DISCUSSÃO:** Várias características do caso apresentado se destacam quando observamos a literatura vigente. A abertura do quadro com sinais inflamatórios cervicais, dor e massa palpável não é sintomatologia recorrente nos casos clássicos de adenoma de paratireoide. Encontramos relato de caso onde a adenoma gigante (considerada aquela glândula com peso superior a 3,5mg) estava associada a aumento do volume cervical e fadiga, porém sem os sinais clássicos de hiperemia e dor encontrados na nossa paciente. No presente relato de caso podemos observar uma apresentação incomum do hiperparatireoidismo primário secundário a adenoma de paratireoide, não apenas pela sintomatologia não usual apresentada, como o fato de uma glândula com o tamanho da encontrada em nossa paciente não ter causado maior elevação de PTH e do cálcio, e nem lesões de órgão alvo ou queixas prévias. Isso em parte explica porque inicialmente não foi aventado como principal diagnóstico diferencial uma patologia da paratireoide, visto que tanto exames diagnósticos como abertura do quadro foram fatores confundidores, o que levou em princípio a tomada de decisão de abordagem cirúrgica visando cervicotomia exploradora e biópsia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Acreditamos que o caso apresentado irá servir como um novo olhar para a tomada de decisão quanto as massas inflamatórias cervicais. Os adenomas de paratireoide sabidamente se manifestam com uma gama de sinais e sintomas, porém não usualmente com hiperemia cervical de início súbito. Aqui mostramos que o hiperparatireoidismo e sua causa mais comum, o adenoma de paratireoide, pode confundir até mesmo as equipes de cirurgia e radiologia mais experientes, devendo sempre ser considerada em diagnósticos diferenciais, principalmente se o nível VI cervical estiver acometido.

**Palavras-chave:** Adenoma; Inflamação; Lesões do Pescoço.

PO223

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****COMPARAÇÃO DE PRÓTESES DE TITÂNIO E TEFLON EM ESTAPEDOTOMIA PRIMÁRIA PARA OTOSCLEROSE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE****AUTOR PRINCIPAL:** VITOR CAVALCANTE MONICI**COAUTORES:** HENRIQUE DE LA ROCQUE VIEIRA DE MELLO DOS REIS; IGOR MOURÃO ALMEIDA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL 2. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA - ES - BRASIL

**OBJETIVO:** A estapedotomia representa uma abordagem cirúrgica eficiente no tratamento de pacientes com otosclerose. Entretanto, atualmente não existem diretrizes ou protocolos claros para a escolha do material da prótese. Sendo assim, esse estudo tem como objetivo explorar a aplicação da prótese de titânio em comparação com a de Teflon, para pacientes que são submetidos a cirurgias primárias de otosclerose, avaliando resultados audiométricos como Air-Bone Gap (ABG). Esta investigação foi feita através de uma revisão sistemática com metanálise.

**MÉTODOS:** Uma busca sistemática foi realizada nas bases de dados PubMed, Embase e Cochrane Central para identificar estudos que comparavam a prótese de titânio e Teflon em pacientes submetidos a cirurgias primárias de otosclerose. Os critérios de desfecho escolhidos foram baseados em critérios audiométricos como o Air-Bone Gap. A metanálise foi realizada utilizando o software Review Manager 5.4. A heterogeneidade entre os estudos foi avaliada usando a estatística  $i^2$ . Para os estudos randomizados, o risco de viés foi avaliado através da ferramenta RoB 2, enquanto a ferramenta ROBINS-I foi empregada para os estudos não randomizados. Foram incluídos, ensaios clínicos e randomizados, somente os que comparavam as duas próteses diretamente com o mesmo desfecho e seu respectivo desvio padrão.

**RESULTADO:** Os resultados dessa revisão sistemática e meta-análise incluíram dados de 641 pacientes, de 6 estudos. Entre os pacientes 368 (53.9%) receberam a cirurgia com a prótese de titânio, enquanto 273 (46.1%) restantes foram designados para a prótese de Teflon. O período de acompanhamento variou de 1 a 12 meses com uma duração média de 6 meses. A idade média dos pacientes era de 39.96 anos. A maioria dos pacientes, 359 (55.5%) era do sexo feminino. O Air-Bone Gap (ABG) foi usado como medida de desfecho audiométrico neste estudo. Pacientes tratados com a prótese de titânio mostraram ABG variando de 8.1 a 18.1, enquanto aqueles tratados com a prótese de Teflon tiveram escores variando de 6 a 17.8. A diferença média entre todos os estudos foi de 0.01 pontos favorecendo o teflon, com um intervalo de confiança de 95% [-0.15 - 0.17] e heterogeneidade  $i^2 = 0\%$ . A diferença não alcançou significância estatística ( $p = 0.89$ ), demonstrando que o grupo tratado com a prótese de titânio em comparação com a de Teflon não alcançou superioridade estatística significativa no tratamento. Como um dos estudos contribuiu de forma desproporcional para os resultados globais. Dada pela sua influência potencial, foi realizada uma análise de sensibilidade. Após a exclusão temporária do estudo dos cálculos da metanálise, foi observado que  $p = 0.27$ , diferença média de 0.71 com intervalo de confiança 95% [-0.55, 1.97], esta análise demonstrou que a remoção não alteraria significativamente a conclusão, sugerindo que os dados são robustos não dependentes excessivamente de um único estudo.

**DISCUSSÃO:** A otosclerose é frequentemente tratada com estapedotomia. A seleção do material da prótese é vital para o sucesso da cirurgia. Esta metanálise comparou o desempenho audiométrico das próteses de titânio e Teflon. Ambos os materiais mostraram-se eficazes, mas não houve diferença estatisticamente significativa nos resultados do Air-Bone Gap entre eles. A consistência notável nos estudos, com heterogeneidade  $i^2$  de 0%, reforça a confiabilidade da análise. Contudo, outros fatores como custo, disponibilidade e possíveis complicações a longo prazo podem influenciar a escolha do material. Pesquisas futuras devem considerar esses aspectos.

**CONCLUSÃO:** Em conclusão, os resultados do ABG para pacientes submetidos a estapedotomia primária de otosclerose com prótese de titânio, não se mostrou estatisticamente superior comparado a prótese de teflon.

**Palavras-chave:** Estapedotomia; Prótese de teflon; Prótese de titânio.

PO233

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Massa cervical por metástase de carcinoma renal: Relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ**COAUTORES:** MARCELO EMIR REQUIA ABREU; CAROLINA SARCINELLI SPINELLI; GABRIELA RECH**INSTITUIÇÃO:** GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**Apresentação do caso:**

A.N.S, masculino, 72 anos, ex-etilista e ex-tabagista, com história médica pregressa de obesidade, HAS, DM2, ICC em oxigenoterapia domiciliar. Foi encaminhado ao serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Nossa Senhora da Conceição, por quadro de tumoração progressiva há 1 ano em região cervical à direita. Paciente com queixa de dor cervical e disfagia progressiva. Ao exame físico apresentava massa cervical pétreia de cerca 10 cm à direita, ausência de lesões visíveis ou palpáveis em oroscopia e exame de nasofibrolaringoscopia sem alterações. Resultado de tomografia computadorizada externa de pescoço, realizada 1 mês antes da avaliação, demonstrou lesão expansiva em região pósterior inferior à glândula parótida, com extensão para espaços cervicais profundos e base do crânio ipsilateral, medindo 9,0 x 7,0 x 6,0 cm.

Em primeiro momento foi realizada tentativa de core biopsy ambulatorial sem a obtenção de material adequado para análise histológica. Após, o paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico para realização de biópsia incisional de massa cervical. Material de cerca 2,7 x 1,6 x 1,3 cm foi encaminhado para anatomopatológico com resultado de carcinoma de células claras, em seguida material foi encaminhado para análise imunohistoquímica que confirmou compatibilidade com metástase de carcinoma renal. Após confirmação de resultado paciente foi encaminhado para acompanhamento com equipe da oncologia clínica e urologia da mesma instituição.

**Discussão:**

Carcinoma de células renais é o nono câncer mais comum no mundo, sendo o de células claras sua variante histológica mais comum. É responsável por 14,3% dos casos de metástase em região de cabeça e pescoço, os quais ocorrem principalmente em linfonodos cervicais, tireóide, glândulas parótidas, língua, base de crânio e seios paranasais. Apenas 7,5% dos pacientes com carcinoma de células renais apresentam queixa clínica secundária às metástases de cabeça e pescoço. Apesar do carcinoma de células renais ser comumente descrito como radioresistente, existem estudos que demonstram resposta em doença metastática, apresentando a melhor resposta em tecidos moles e osso, podendo ter papel de redução de morbidade em ressecções.

**Comentários finais:**

Por meio do exposto destaca-se a importância de considerar a possibilidade de metástase de carcinoma de células renais como diagnóstico diferencial em casos de lesões de rápido crescimento em topografia de cabeça e pescoço durante o processo de investigação das mesmas.

**Palavras-chave:** Massa cervical; Metástase; Carcinoma renal.

PO235

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Doença de Castleman como diagnóstico diferencial em quadro de linfadenomegalia cervical: Relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ

**COAUTORES:** MARCELO EMIR REQUIA ABREU; CAROLINA SARCINELLI SPINELLI; GABRIELA RECH

**INSTITUIÇÃO:** GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do Caso:**

D.A.S.T, masculino, 18 anos, com história médica pregressa de asma. Foi encaminhado ao Hospital Nossa Senhora da Conceição para avaliação com Equipe de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço devido quadro de aumento de volume cervical à direita com progressão há 3 mês após quadro de COVID-19. No momento da avaliação paciente negava dor local, perda de peso ou febre. Ao exame físico, apresentava conglomerado linfonodal de cerca 4 cm em nível II à direita, oroscopia e nasofibrolaringoscopia sem evidências de lesões. Foram solicitados exames laboratoriais e sorológicos, apresentando hemograma dentro da faixa da normalidade, anti-HIV negativo, VDRL negativo, CMV IgM não reagente, Rubéola IgM não reagente e Toxoplasmose IgM. Além de ultrassonografia cervical com PAAF com identificação apenas de linfócitos maduros.

Frente a persistência do quadro de linfonodomegalia foi indicada realização de biópsia excisional de linfonodo em nível II em bloco cirúrgico com congelção transoperatória planos de eventual linfadenectomia com amigdalectomia ipsilateral caso fosse confirmada metástase. Durante o procedimento foi informado resultado de congelção negativa para metástases e presença de células linfóides em vários estágios de maturação. Anatomopatológico de material coletado com presença de hiperplasia folicular.

Após resultados paciente foi encaminhado à Equipe de Infectologia para investigação complementar, à pedido da equipe foi realizada nova biópsia excisional para além de nova avaliação anatomopatológica fosse feita solicitação de pesquisa direta para bactérias, fungos e micobactérias no material. Exames culturais realizados vieram com resultados negativos para agentes infecciosos. Novo resultado de anatomopatológico compatível com hiperplasia folicular com padrão tipo transformação progressiva de centro germinativo. Sendo assim solicitada análise imuno-histoquímica complementar com resultado positivo para Doença de Castleman HHV-8 negativa. Frente o resultado paciente foi encaminhado para acompanhamento com a Equipe de Hematologia.

**Discussão:**

Doença de Castleman (DC) é uma patologia linfoproliferativa rara que consiste em uma hiperplasia angiofolicular de linfonodos, que pode cursar com eventual progressão para linfoma. É dividida em unicêntrica quando cursa com linfonodomegalia em somente uma única cadeia linfonodal e multicêntrica quando afeta mais sítios. Os quadros podem ser associados com infecção pelo HIV, ou HHV-8, ou idiopático caso negativo para ambas infecções. Nos Estados Unidos a incidência anual da DC é de 6500 casos.

Geralmente pacientes com DC unicêntrica apresentam quadro clínico assintomático e buscam avaliação médica por quadro de linfonodomegalia percebida em exame físico e exames de imagem. Sintomas constitucionais como febre, sudorese noturna e perda de peso são frequentes.

Atualmente, a abordagem cirúrgica com ressecção de linfonodo acometido segue como padrão-ouro na DC unicêntrica. Sendo radioterapia somente indicada para casos irresssecáveis ou em recidiva de doença.

**Comentários finais:**

Por meio do caso exposto destaca-se a importância da Doença de Castleman como diagnóstico diferencial para linfonodomegalias, tanto restritas à uma única cadeia linfonodal ou generalizada. Além da importância da análise histológica minuciosa e com complementação de imunohistoquímica para fornecer diagnóstico preciso ao paciente.

**Palavras-chave:** Linfadenomegalia;Doença de Castleman;Diagnóstico diferencial.

PO238

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Carcinoma epidermóide de seio maxilar: Relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ**COAUTORES:** CAROLINA SARCINELLI SPINELLI; MARCELO EMIR REQUIA ABREU; GABRIELA RECH**INSTITUIÇÃO:** GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**Apresentação do caso:**

I.B.S, feminina, 59 anos, tabagista, sem demais comorbidades. Internou no Hospital Nossa Senhora da Conceição através da Emergência Clínica devido história de dor em arcada dentária superior à esquerda e quadro de edema progressivo em região maxilar à esquerda. No momento da internação foi solicitada TCSF que demonstrou opacificação subtotal do seio maxilar esquerdo do qual se observam calcificações delicadas, erosões nas paredes medial e anterior do seio maxilar e assoalho da órbita à esquerda, além projeção de material com densidade de partes moles através das erosões ósseas, especialmente para o inferior da órbita por meio do defeito no assoalho.

Paciente teve avaliação no setor de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço após tomografia. Ao exame físico, apresentava edema importante em região maxilar esquerda, movimentação ocular preservada e sem piora de acuidade visual referida, palpação cervical com ausência de linfonodomegalias, oroscopia com abaulamento em região de palato e sulco gengival em arcada superior esquerda. Endoscopia nasal com ótica rígida sem visualização de lesões em cavidade nasal esquerda, somente foi identificado abaulamento da parede lateral em nível de meato médio. Durante consulta foi realizada biópsia transoral através de incisão em sulco gengivo-jugal superior à esquerda, material colhido foi enviado para anatomopatológico com resultado compatível com carcinoma epidermóide. Após resultado, foi solicitada TC de tórax para estadiamento sem evidência de metástases e RNM para planejamento de abordagem cirúrgica demonstrando lesão expansiva osteolítica no seio maxilar esquerdo, principalmente no aspecto anterior, com cerca de 6,6 x 4,0 cm. Paciente foi estadiada como cT4a cN0 M0.

Paciente foi submetida ao procedimento de hemimaxilectomia esquerda com exenteração de órbita ipsilateral para remoção de tumor em monobloco e esvaziamento cervical ipsilateral em níveis II à IV com parotidectomia. Em conjunto com a equipe da odontologia foi confeccionada prótese obturadora visando melhora da articulação da fala e possibilitar manutenção da dieta por via oral por interromper comunicação da cavidade oral e nasal pós operatória. Atualmente o paciente segue acompanhamento no ambulatório de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, além do acompanhamento com equipe da Oncologia e Radioterapia.

**Discussão:**

Os carcinomas da cavidade nasal e dos seios paranasais representam 0,2-0,8% de todas as neoplasias malignas humanas. Dentre eles, o carcinoma epidermóide é um dos mais raros a acometer tal localização anatômica.

O carcinoma epidermóide de seio maxilar é caracterizado pelo crescimento agressivo e prognóstico reservado com taxa de sobrevida de 17.7% em 5 anos. Na maior parte dos casos o diagnóstico é realizado em estágios avançados da doença, no momento que as manifestações clínicas são mais evidentes variando de sintomas nasais (obstrução nasal, rinorreia e epistaxe), até sintomas como dor dentária, queda de dentes, edema em face, proptose e lacrimejamento.

Atualmente, a abordagem cirúrgica associada com radioterapia adjuvante segue como tratamento padrão-ouro visando controle loco-regional e aumento da sobrevida dos pacientes. Radioterapia isolada é comumente indicada como opção paliativa em pacientes com critérios de irressecabilidade como invasão da base de crânio ou acometimento da artéria carótida interna.

**Conclusão:**

Por meio do caso exposto destaca-se a importância de manter alta suspeição clínica em quadros que possam ser compatíveis com carcinomas de cavidade nasal, uma vez que a inespecificidade dos sintomas pode atrasar o diagnóstico durante a investigação do paciente e reduzir as chances de tratamento em estágios iniciais da doença.

**Palavras-chave:** Carcinoma;Epidermóide;Seio maxilar.

PO239

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****MANEJO CIRÚRGICO DE ESTENOSE VELOFARÍNGEA SEVERA PÓS RADIOTERAPIA – RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ISABELA BORG MARINHO**COAUTORES:** NICOLAU TAVARES BOEHEM; ALEXANDRA TORRES CORDEIRO LOPES DE SOUZA; LUCAS JUSTO SAMPAIO; JESSICA AREIAS COELHO PEREIRA; LUCAS GRAZZIOTTI CEOLIN; THAMIRIS DIAS DELFINO CABRAL; MARIANA FLORIANO LIMA**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL 2. INCA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 61 anos, branca, com diagnóstico de neoplasia maligna de nasofaringe foi submetida à radioterapia com quimioterapia adjuvante, em maio de 2018.

Evoluiu após 1 ano com rinorreia abundante e refratária ao tratamento clínico, mantendo hipoacusia unilateral direita. Retorna ao serviço de otorrinolaringologia sendo diagnosticado estenose bilateral dos óstios tubários com sinequias nasais acentuadas e sinusopatia crônica bilateral. Em dezembro de 2020, foi submetida à pansinusectomia endoscópica e timpanotomia com colocação de tubo de ventilação bilateral. Apresentou melhora importante dos sintomas infecciosos e da qualidade respiratória.

Em fevereiro de 2022, retorna referindo piora da qualidade respiratória progressiva nos últimos 3 meses. Observado ao exame endoscópico estenose acentuada velofaríngea, com boa abertura de coanas e fossas nasais.

Realizou Tomografias de pescoço, tórax e PET/TC oncológico sem alterações sugestivas de recidiva.

Foi submetida à cirurgia de estenose velofaríngea por via endoscópica combinada (endonasal e transoral) com colocação de sondas (stents) bilaterais, em março de 2023. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral, com intubação oral. Realizada flap mucoso parede posterior de nasofaringe/estenose, seguido de abertura de estenose com termo dissecação. Ampliada posteriormente abertura com lâmina de shaver angulada por via transoral. Após debridamento máximo de tecido cicatricial foi fixado posteriormente o retalho com ponto de vicryl 3-0 e passada sonda nasogastrica nº16, em ambas fossas nasais, e fixadas uma à outra com ponto de prolene 2-0 na borda da transição para orofaringe e na porção externa nasal. O stent foi retirado após 30 meses. A rinofaringe apresentou boa epiteliação e permeabilidade. Em seis meses de follow-up a paciente está assintomática e com boa passagem aérea.

**Discussão:** A estenose de nasofaringe é uma patologia rara e majoritariamente adquirida, de difícil tratamento, consiste na obstrução parcial ou completa da comunicação fisiológica entre a nasofaringe e a orofaringe, devido à formação de tecido cicatricial, gerando grandes impactos, principalmente, na respiração e fala.

No passado, na era pré antibióticos a sífilis era a principal responsável pela afecção. Atualmente, a principal causa é o trauma cirúrgico, complicação pós operatória da uvulopalatofaringoplastia e adenoamigdalectomia.

Recentemente, alguns estudos relataram a radioterapia para tratamento de carcinoma de nasofaringe um fator causal. Outras etiologias menos frequentes estão difteria, rinoscleroma, penfigoide bolhoso, epidermólise bolhosa, tuberculose e lúpus.

As estenoses podem ser classificadas quanto à severidade: tipo I – leve, tipo II – moderada, tipo III – severa (com fusão total da parede posterior e lateral do palato, deixando um diâmetro menor que 1 cm); mas também, quanto ao tempo de diagnóstico após o trauma inicial/radioterapia: Tipo I – Até 3 meses; Tipo II – 3-6 meses; Tipo III – Após 6 meses (resultado da contratura excessiva da mucosa durante a cicatrização ou por remoção excessiva da mesma).

Dessa forma, o quadro clínico pode ser bem variado, desde obstrução nasal, voz anasalada, respiração oral e disfagia, até rinorréia crônica, rinossinusite de repetição, otite média de efusão e distúrbio da olfação.

Diversos tratamentos e técnicas já foram implementados na tentativa de evitar recorrência dos sintomas, contudo, até o presente momento, nenhum mostrou-se totalmente eficaz a longo prazo, tornando o tratamento ainda um grande desafio. As técnicas, com maiores índices de sucesso, envolvem uso retalhos, próteses e ou dilatações.

**Comentários Finais:** Apesar de ser infrequente, a estenose de nasofaringe, quando ocorre, gera um problema incapacitante ao paciente. É uma patologia de manejo difícil, pois possui alta taxa de reestenose.

Vale ressaltar também, a falta de literatura adequada sobre a patologia, em especial causada por radioterapia e seu manejo adequado.

Neste relato, apresentamos o manejo cirúrgico com bom resultado em estenose velofaríngea pós radioterapia com cirurgia endoscópica e colocação de stents.

**Palavras-chave:** NASOFARINGE; ESTENOSE; RADIOTERAPIA.

PO249

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Cisto branquial infectado em achado anatomopatológico pós operatório

AUTOR PRINCIPAL: LETICIA LEAHY

COAUTORES: FERNANDO AZEVEDO FERREIRA; ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ; RAFAELA SILVA WALTRICK; ANDRE RICARDO MERKLE; DEBORA MATTANA VASCONCELLOS TEIXEIRA; CAROLINA ALBINO WALTRICK; LUISI MARIA MEZZOMO

INSTITUIÇÃO: HC UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente feminina, 38 anos, caucasiana, admitida em emergência de Hospital Terciário por massa em região cervical a direita, com cerca de 1 mês de evolução, apresentando piora há 7 dias concomitantemente a quadro de infecção de vias aéreas superiores (IVAS), com a presença de rouquidão, associado a dor e discreta disfagia. Em ultrassonografia pré internamento apresentou volumosa lesão expansiva heterogênea, localizada na região cervical anterior direita, com insinuação para fossa supraclavicular deste lado. As possibilidades de cisto complicado com conteúdo espesso e lesões expansivas sólida de natureza neoplásica podem ser consideradas entre os diagnósticos diferenciais, sendo necessário prosseguir investigação com tomografia computadorizada de tórax.

Foi então realizado tomografia computadorizada sem contraste (TC), em que se observou grande coleção com nível líquido e ar a direita, com possível comunicação com o esôfago. Já na tomografia com contraste, foi descartada comunicação com esôfago, tendo às imagens apresentando possível abscesso retrofaríngeo. Foi optado então pela abordagem cirúrgica primária da lesão, com anatomopatológico demonstrando parede de cisto de arco branquial infectado. Não realizado a abordagem completa devido a intensa inflamação e adesão a vasos cervicais calibrosos. Após retirada do dreno, paciente foi de alta para casa, no entanto apresentou novo processo inflamatório, sendo iniciado antibioticoterapia e abordagem cirúrgica secundária após esfriamento do processo, retirando-se toda a parede do cisto. Paciente não apresentou recidivas até então e teve resultado pós operatório satisfatório.

**Discussão:** Os aparelhos branquiais são compostos por cinco arcos de origem mesodérmica, separados por sulcos (ectodérmicas) e bolsas (endodérmicas) que dão a origem às estruturas osteocartilaginosas, musculares, neurais e vasculares do pescoço. Cistos branquiais são mal formações derivadas da má absorção das fendas branquiais, ainda durante o desenvolvimento embrionário, provenientes do 2º arco branquial, se manifestando lateralmente na região cervical, especialmente próximos ao músculo esternocleidomastoideo.

**Comentários finais:** Ainda que seja incomum a presença de cistos branquiais inflamados no diagnóstico diferencial de possíveis abscessos cervicais, deve-se levar em conta tal probabilidade em seu diagnóstico de exclusão, tanto para correto diagnóstico, quanto para correta abordagem ou evitar possíveis iatrogenias.

**Palavras-chave:** CISTO BRANQUIAL;INFECTADO;ABSCESSO.



PO250

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Anemia de Fanconi: 3ª recorrência de Carcinoma Espino Celular

**AUTOR PRINCIPAL:** LUISI MARIA MEZZOMO**COAUTORES:** GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI; LETICIA LEAHY; LOUISE FERREIRA IUNKLAUS; ERIKA YUMI NAKAGAWA; ANDRE RICARDO MERKLE; LUCAS SPINA; ROGERIO HAMERSCHMIDT**INSTITUIÇÃO:** HC UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, 21 anos, caucasiano, em acompanhamento de longa data no ambulatório de hospital terciário com necessidade de seguimento por dois quadros anteriores de Carcinoma Espino Celulares (CEC) em labio inferior e mucosa jugal a direita detectados previamente. Devido ao surgimento de novas lesões em palato duro, foi necessário submeter o paciente a mais uma nova biópsia, com laudo subsequente de mais um Carcinoma Espino Celular. Foi realizada então mais uma vez a exérese da lesão apresentada, com possibilidade de margens livres junto de retalho e enxertia em sítios da lesão, em abordagem conjunta com a cirurgia plástica no mesmo tempo cirúrgico. O paciente apresentou boa recuperação pós exérese e sem apresentar sequelas ou recidivas até o respectivo momento. Não houve necessidade de abordagem quimio ou radioterápica associada, mesmo que na literatura observe-se a opção de alguns autores por tal medida. Sabe-se que os pacientes com Anemia de Fanconi conseguem tolerar diversos tipos de abordagens e reconstruções, no entanto, necessitam de cuidados pós operatórios adequados para redução da morbimortalidade, especialmente por sua baixa sobrevida devido às diversas e sucessivas recidivas.

**Discussão:** Anemia de Fanconi (AF) é uma desordem autossômica rara causada por mutações em genes responsáveis por reparos no DNA, na replicação e em diversos outros processos que ocorrem em níveis celulares. Quando ocorre alguma respectiva alteração, o DNA se torna instável e suscetível a alterações genéticas em fase precoce da vida em suas diversas partes, o que explica características clínicas como o surgimento ou alteração de manchas na pele, malformações diversas, neoplasias malignas (como carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço-forma de câncer sólido mais comumente associada, bem como seu tropismo por lesões orais), além de um risco sobremaneira e elevado de insuficiência da medula óssea (IMO), síndromes mielodisplásicas (SMD) e leucemia mielóide aguda (LMA).

**Comentários finais:** a excisão cirúrgica da lesão com margem de segurança favorável permitiu um bom prognóstico momentâneo ao respectivo paciente, ainda que não tenha interferido na possibilidade do surgimento de novas lesões em outros sítios diversos, mostrando a necessidade de vigilância de forma pró-ativa nos pacientes portadores de Anemia de Fanconi, dada a grande instabilidade para erros e no reparo de DNA de seus respectivos portadores e a susceptibilidade a cânceres de cabeça e pescoço.

**Palavras-chave:** Anemia de Fanconi; Câncer Espino Celular; Recidiva.

PO261

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****TÉCNICA DE RECONSTRUÇÃO DA ORELHA APÓS TRAUMAS E CIRURGIAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** LUCIANA BEZERRA MOURA CAVALCANTE**COAUTORES:** GABRIELA LOPES GALVÃO BEZERRA DA CUNHA; MICHELLE SALES BARROS DE AGUIAR; HELOÍSA MOREIRA ESTRELA DINIZ RAMOS**INSTITUIÇÃO:** UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL

**Objetivo:** Descrever a técnica de retalho retroauricular como procedimento estético na reconstrução da orelha após traumas e cirurgias.

**Métodos:** O presente estudo é uma revisão de literatura, de caráter descritivo e exploratório. Utilizou-se os descritores “reconstrução”, “orelha”, “retalho”, “retroauricular”, “traumas” separados pelos operadores booleanos “AND” e “OR” na base de dados BVS e “ear”, “surgery”, “retroauricular flap” na base de dados Pubmed. Foram utilizados 9 trabalhos, sendo 5, relatos de caso. A pesquisa se concentrou em estudos publicados nos últimos 20 anos, considerando artigos em inglês e português. Artigos relevantes foram selecionados com base em critérios de inclusão, com ênfase em técnicas de reconstrução auricular, traumas ou cirurgias auriculares, e estudos que apresentavam descrições das técnicas utilizadas. Aplicando, também, o protocolo prisma.

**Resultados:** A carência de tecido cutânea na área auricular faz com que a técnica seja um desafio para a reconstrução, sendo assim o processo deve se basear na reposição de tecidos perdidos. Entretanto, as características, como coloração, textura e espessura e área doadora com poucas cicatrizes visíveis, fazem com que o retalho seja uma ótima opção para reconstruções auriculares, por ser simples, segura e esteticamente adequada.

**Discussão:** A procura pelas cirurgias plásticas para reparação auricular vem aumentando ao longo dos anos, em maior decorrência de traumas, relacionados a acidentes e violência, como também de cirurgias de remoção de tumor, exemplo o carcinoma basocelular, uma neoplasia maligna que acomete, principalmente, as áreas que ficam expostas a luz solar. O uso da técnica do retalho retroauricular para a reconstrução da orelha foi usada para solucionar a extensão da lesão. As técnicas adotadas para o restauro de defeitos auriculares externos parciais dividem-se em duas categorias principais. Uma delas é a remoção do tecido, o que resulta em orelhas assimétricas e menores. A segunda, utiliza-se a interposição de enxertos e retalhos, com o intuito de manter o volume tecidual. O retalho retroauricular refere-se a um retalho cutâneo da região retroauricular e mastoídeo, podendo se estender até 2cm, posteriormente, para dentro da linha do cabelo e até 2 cm abaixo do lobo da orelha, anteriormente. Assim, a área doadora deve ser enxertada com pele parcial ou total para que no momento da elevação do retalho a preservação do pericôndrio auricular posterior e do periósteo mastoídiano seja indispensável. No entanto, o retalho retroauricular ao ser planejado segue duas correntes de acordo com o pedículo. O de pedículo superior firmado nos vasos temporais superficiais, considerado de fluxo retrógrado, como inferior firmado nos vasos auriculadas posteriores com fluxo anterógrado, reconhecendo o fato que existe anastomose entre esses vasos. O entendimento dessa abordagem ajuda a moldar o avanço contínuo da reconstrução auricular, proporcionando melhores resultados estéticos e funcionais para o paciente.

**Conclusão:** A reconstrução da orelha após traumas e cirurgias é uma área que se desenvolve e aperfeiçoa-se gradativamente ao longo dos anos. Esta revisão da literatura destacou as técnicas disponíveis para restaurar a forma e a função da orelha de maneira eficaz. É evidente que avanços significativos foram feitos ao longo dos anos, trazendo ótimos resultados estéticos e funcionais para os pacientes. Além disso, a colaboração interdisciplinar de especialistas é essencial para continuar aprimorando essas técnicas para proporcionar, ainda, mais facilidade e segurança de execução.

**Palavras-chave:** Reconstrução de orelha; Retalho retroauricular; Traumas.

PO264

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****INFECÇÃO CERVICAL PROFUNDA COM EXTENSÃO PARA MEDIASTINO SECUNDÁRIA A AMIGDALITE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA**COAUTORES:** GABRIEL NEVES FARIAS; GUSTAVO CEDRO SOUZA; ROSANA DUARTE LUZ; MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI; GISLANE BORGES PEREIRA; MARIA IZADORA SENA MACIEL; IEDA CARVALHO DE MELO**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ - AL - BRASIL2. HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ-AL - AL - BRASIL3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MACEIÓ, MACEIÓ-AL - AL - BRASIL

**Apresentação do caso:** Sexo feminino, 15 anos, admitida por abaulamento em região cervical, associado a febre, disfagia, trismo e dificuldade de mobilização cervical progressiva, com 15 dias de evolução. Ao exame físico, estado geral comprometido, febril e desidratada. Região cervical com abaulamento doloroso em região IIA à esquerda. Dor à movimentação cervical. Oroscoopia com abertura bucal reduzida e abaulamento periamigdaliano à esquerda, com desvio contralateral da úvula. Hipertrofia de tonsilas palatinas grau III de Broadsky. Exames laboratoriais com importante leucocitose e desvio para esquerda. Dada hipótese diagnóstica de abscesso periamigdaliano e cervical profundo, foi submetida a TC e RM de pescoço com uso de contraste endovenoso, que constatarem coleção periamigdaliana à esquerda, sugestiva de abscesso, associada a edema dos planos adiposos retrofaríngeos, estendendo-se pelo danger space até o mediastino, com espessamento pleural apical à esquerda; linfonodomegalias nas cadeias cervicais anteriores bilaterais e retrofaríngeas, e hipertrofia das tonsilas amigdalíneas. Paciente foi submetida à antibioticoterapia endovenosa prolongada com melhora satisfatória.

**Discussão:** Causado sobretudo por faringotonsilites, o abscesso peritonsilar é a forma mais comum de abscesso do segmento aerodigestivo alto, sobretudo em crianças. Os abscessos do espaço parafaríngeo são resultantes da disseminação do foco infeccioso. As infecções do espaço retrofaríngeo podem ter origem no comprometimento dos linfonodos que repousam nesse espaço e progredir para o mediastino por meio do danger space e do espaço pré-vertebral, cursando com elevada mortalidade. Os métodos de imagem são imprescindíveis para a avaliação de infecções dos espaços profundos do pescoço, tanto na avaliação do sítio e extensão da afecção como no planejamento e no controle terapêutico, que envolve antibioticoterapia de amplo espectro e drenagem cirúrgica, quando resposta insatisfatória.

**Comentários finais:** As infecções cervicais profundas incluem a fáscia cervical superficial e profunda, e os espaços retrofaríngeo, parafaríngeo e peritonsilar. Embora raras, associam-se a alta morbimortalidade. O envolvimento do mediastino, através do danger space, provoca complicações por vezes fatais. A rápida abordagem terapêutica se faz necessária e métodos de imagem, como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM), são imprescindíveis para a avaliação do sítio e extensão da afecção e planejamento terapêutico.

**Palavras-chave:** AMIGDALITE;ABSCESSO PERIAMIGDALIANO;MEDIASTINITE.

PO274

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****NEOPLASIA MALIGNA DE LÁBIOS, CAVIDADE ORAL E DE FARINGE EM ALAGOAS: UMA ANÁLISE DOS DADOS DISPONÍVEIS DO DATASUS****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA**COAUTORES:** GABRIEL NEVES FARIAS; GUSTAVO CEDRO SOUZA; ROSANA DUARTE LUZ; MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI; GISLANE BORGES PEREIRA; MARIA IZADORA SENA MACIEL; JOÃO PRUDENCIO DA COSTA NETO**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ - AL - BRASIL2. HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ-AL - AL - BRASIL3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MACEIÓ, MACEIÓ-AL - AL - BRASIL**OBJETIVO:** Analisar o quantitativo de internamentos por neoplasia maligna de lábios, cavidade oral e faringe no estado de Alagoas no período de 2015 a 2022, comparando com dados nacionais.**MÉTODOS:** Estudo descritivo e retrospectivo dos dados disponíveis no DATASUS para internamentos por neoplasia maligna de lábios, cavidade oral e orofaringe 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 128.148 internamentos por neoplasia maligna de lábios, cavidade oral e faringe. A região nordeste foi responsável por 27.412 destes (21,39%). Em Alagoas, foram registrados 2.706 internamentos no mesmo período (2,1%), desses, 1.768 foram indivíduos do sexo masculino (65,3%) e 938 do sexo feminino (34,6%). A faixa etária de maior acometimento foi de 50 a 54 anos (12,8%). Contudo, casos acima de 50 anos totalizaram 1.927 (71,7%). No Brasil, foram contabilizados 15.393 óbitos no mesmo período, com taxa de mortalidade de 12,01. O estado de Alagoas, por sua vez, foi responsável por 312 óbitos (2,1%) no intervalo analisado, o que corresponde por uma mortalidade de 11,5, destes, 204 (65,3%) foram indivíduos do sexo masculino e 108 (34,6%) do sexo feminino.**DISCUSSÃO:** Os cânceres de lábios, cavidade oral e faringe mantém destaque dentre os tumores de cabeça e pescoço pela expressiva incidência e taxa de mortalidade, além de estarem associados, geralmente, ao diagnóstico tardio. Estudos de tendências de sobrevida para esses cânceres mostraram poucas alterações durante as últimas décadas, principalmente pelo diagnóstico em estágio avançado e pelas dificuldades de acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento. A taxa de mortalidade por câncer de lábio, cavidade oral e faringe, além de espelharem a exposição a fatores de risco – tabagismo, etilismo, HPV... - também são influenciadas por aspectos sociodemográficos e socioeconômicos e pela disponibilidade, eficácia e qualidade do tratamento ofertado aos doentes. Piores condições socioeconômicas estão associadas a piores desfechos, incluindo óbito. A disponibilidade de acesso oportuno aos serviços de saúde é um aspecto importante para a mortalidade por essa doença, pois está relacionada ao atraso diagnóstico, presente em mais de 50% dos casos de acordo com a literatura.**CONCLUSÃO:** Em Alagoas, verifica-se que os índices de mortalidade por neoplasia maligna de lábios, cavidade oral e faringe situam-se próximos da média nacional, mas ainda aquém de valores encontrados 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 tratamento.**Palavras-chave:** NEOPLASIA;CAVIDADE ORAL;FARINGE.

PO301

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****RABDOMIOSSARCOMA PLEOMÓRFICO PRIMÁRIO DA TIREOIDE EM ADULTO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO**COAUTORES:** BRUNO MACHADO CUNHA; VITOR TAKASHIBA; VINICIUS SIMON TOMAZINI; MAYARA ROSANELLI; MAYSA VARGAS DUZANSKI; JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO; ANDRÉ ARMANI**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL, LONDRINA - PR - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente de 29 anos, feminina, tabagista 5 maço/ano, primigesta de 34 semanas, foi encaminhada ao Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, para investigação de um abaulamento em região cervical direita há três meses. Massa de aumento progressivo, associado a odinofagia e disfonia, de aparecimento espontâneo. Evidenciando em Tomografia Computadorizada uma lesão expansiva, heterogênea, no lobo direito da tireóide com extensão até mediastino, infiltrando musculatura, medindo aproximadamente 10,4 x 6,2 x 10,2 cm, sem sinais de linfonodomegalias ou massas de sítio primário. Realizado core biopsy, apresentando carcinoma pouco diferenciado, com áreas de necrose, ausência de tecido tireoideano normal. PAAF compatível, sugerindo malignidade, encaminhado para a imunohistoquímica, a qual revelou rabdomiossarcoma pleomórfico com expressão de Desmina e Miogenina, p53 positivo difuso.

Paciente evoluiu com desconforto respiratório, optado por resolução da gestação e realização de traqueostomia. Encaminhada para serviço de oncologia externo, evoluindo com piora clínica progressiva e óbito.

**DISCUSSÃO**

Os sarcomas primários de tireóide são extremamente raros, tendo somente cinco casos descritos em literatura, sendo eles apenas três em adultos. Rabdomiossarcoma (RMS) consiste em um tumor maligno do músculo esquelético que se origina no tecido mesenquimal embrionário. É o sarcoma de tecidos moles mais comum na faixa pediátrica e responsável por 4-6% da malignidade entre crianças e adultos jovens, sendo 40% descrito em cabeça e pescoço, mas somente três casos relatados em tireoide. A incidência reduz com o passar da idade, tornando-se rara em adultos, onde a variante pleomórfica em membros inferiores torna-se mais comum. A apresentação clínica dos RMS variam de acordo com o local de origem, idade do paciente e pela presença ou ausência de metástase a distância. Nos casos primários de cabeça e pescoço podem surgir na órbita (25%), locais parameníngeos (ouvido médio, cavidade nasal, seios paranasais, nasofaringe e fossa infratemporal, 50%), ou outros locais, incluindo tireoide, paratireoide e pescoço. A biópsia diagnóstica é recomendada ser realizada em um centro especializado, em caso de suspeitas, devendo ser identificado características da linhagem do músculo esquelético, normalmente com identificação microscópica de rabdomioblastos ou estrias cruzadas características do músculo esquelético. Na ausência dessas características, a imunohistoquímica (IHQ) ou microscopia eletrônica podem dar informações relevantes ao diagnóstico. Os exames de imagem devem estar presentes para o estadiamento, podendo incluir radiografias simples do local acometido, bem como tomografia computadorizada ou ressonância magnética do local primário e estruturas adjacentes.

Atualmente, as experiências de tratamento do RMS em adultos é limitada, com alguns dados sugerindo resultados inferiores comparada a faixa etária pediátrica, com sobrevida pior em cinco anos. No entanto, os estudos defendem abordagem cirúrgica associado a radiação e quimioterapia nesses pacientes.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O rabdomiossarcoma primário de tireoide é extremamente raro, rapidamente progressivo, com altas taxas de morbidade e mortalidade, logo, muitos casos têm desfechos desfavoráveis. Seu diagnóstico deve ser rápido, tendo os critérios histológicos e imuno-histoquímicos importantes para elucidação precisa, possibilitando uma abordagem precoce na tentativa de resolução do caso e melhora do prognóstico.

Palavras-chave: RABDOMIOSSARCOMA; PLEOMÓRFICO; TIREOIDE.

PO327

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

A Adenoidectomia como Ferramenta Terapêutica para Distúrbios do Sono em Crianças:  
Uma Revisão Integrativa

**AUTOR PRINCIPAL:** KARINA ROSSATTO STEFANELLO

**COAUTORES:** INGRID WENDLAND SANTANNA; YASMIN LAMBERT MILDNER; KADRISE GUIZONI LEITE MORAES; FERNANDA LUIZA BACK; CAIO PEIXOTO QUEIROZ DE BUSTAMANTE; VICENTE SALZANO ROCHA; ISADORA BRAGÉ POLETO

**INSTITUIÇÃO:** UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL

**OBJETIVOS:** Realizar uma revisão acerca da relação da adenoidectomia com a melhora do sono na infância.

**MÉTODOS:** Conduziu-se uma busca utilizando as bases de dados PubMed e Scielo, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde “Adenoidectomy”, “Sleep Quality” e “Child Health”. Na busca, encontraram-se 103 trabalhos, dos quais oito estudos foram selecionados, considerando como critério de seleção artigos publicados no período de 2018 a 2023. Foram selecionados trabalhos tanto em língua inglesa quanto em portuguesa, sendo excluídos os duplicados e que não abordavam o tema.

**RESULTADOS:** Pode-se dizer que a adenoidectomia contribui para a melhora significativa do estado do sono, sintomas físicos e emocionais, vida diurna e status parental, sendo estes os subgrupos do questionário coreano sobre Apneia Obstrutiva do Sono composto por 18 questões (KOSA-18). Além disso, é comprovado que há melhora nos parâmetros respiratórios em pacientes submetidos à cirurgia, assim como se obtém a diminuição do índice médio de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Outros sintomas subjetivos como ronco, apneia, respiração pela boca, dificuldade com atividades matinais, enurese noturna e obstrução nasal, também podem sofrer alterações benéficas com o procedimento. Em compensação, se tratando de tempo total de sono, a eficiência dele, dor de cabeça pela manhã e memória reduzida não são observadas alterações significativas.

**DISCUSSÃO:** A apneia obstrutiva do sono (AOS) faz parte dos distúrbios respiratórios obstrutivos do sono (DRS), condição que engloba problemas respiratórios durante o sono, devido a uma obstrução das vias aéreas superiores, incluindo ronco, aumento do esforço respiratório e apneia obstrutiva do sono (AOS). Os DRS afetam 1%–4% da população pediátrica em geral, além da população adulta, e se não tratada a doença pode resultar em morbidades tanto cardiovasculares como cor pulmonale, disfunção ventricular direita e esquerda e hipertensão sistêmica, quanto cognitivas como déficit de atenção. Nesse viés, casos de indivíduos com ronco e respiração bucal ou hipertrofia tonsilar é necessário o encaminhamento para um otorrinolaringologista ou especialista em sono para avaliação adicional. O padrão ouro para o diagnóstico correto e precoce da AOS é a polissonografia laboratorial noturna (PSG, também conhecida como estudo do sono), sendo o único método capaz de identificar definitivamente a presença de eventos obstrutivos e quantificar a gravidade da doença. Além disso, sabe-se que a causa mais comum dos DRS é a hipertrofia adenoamigdaliana, na qual a remoção cirúrgica das amígdalas e adenóides é considerada o tratamento de primeira linha para AOS em crianças saudáveis acima de dois anos de idade com essa condição. Nesse cenário, a adenoidectomia contribui significativamente para melhora da qualidade de vida e sono das crianças, uma vez que atenua sintomas presentes na hipertrofia adenotonsilar como roncos, apneia, respiração pela boca, obstrução nasal e despertar noturno. Desse modo, com a instalação de um sono reparador e de qualidade é evidente os benefícios tanto na questão sistemática quanto cognitiva dos pacientes pós tratamento cirúrgico. Assim, é possível identificar diminuição na frequência cardíaca média durante o sono, como também nos níveis de insulina e de triglicerídeos, além de avanços no desenvolvimento cognitivo das crianças por meio da redução nos níveis de hiperatividade e déficit de atenção.

**CONCLUSÃO:** Conclui-se que adenoidectomia desempenha um papel fundamental na promoção da qualidade do sono em crianças com distúrbios obstrutivos do sono, especialmente a apneia obstrutiva. Essa intervenção alivia sintomas como ronco, apneia e obstrução nasal, ao mesmo tempo em que traz benefícios cognitivos e fisiológicos. Contudo, uma avaliação criteriosa e recomendações de proteção são cruciais para determinar a necessidade da cirurgia. A detecção precoce e o tratamento adequado não apenas melhoram a qualidade de vida das crianças, mas também podem prevenir complicações futuras.

**Palavras-chave:** Adenoidectomia; Qualidade do Sono; Saúde da Criança.

**PO328****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****ANÁLISE ESPAÇO-TEMPORAL DA REALIZAÇÃO DE AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA NO BRASIL ENTRE 2017 E 2022****AUTOR PRINCIPAL:** CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS**COAUTORES:** ELEDILTON ROCHA VIEIRA; GIULIA LINS REMOR; LUCAS DE OLIVEIRA MENEZES; MANUELA MEIRA LOBATO GOMES; LUCAS DA SILVA VINAGRE; YAN RAFAEL REIS CASTILHO; ANGELICA CRISTINA PEZZIN**INSTITUIÇÃO:** 1. NÚCLEO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E MEDICINA DO SONO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA), BELÉM - PA - BRASIL. 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ (CESUPA), BELÉM - PA - BRASIL. 4. CENTRO UNIVERSITÁRIO METROPOLITANO DA AMAZÔNIA-UNIFAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL**OBJETIVOS:** Este trabalho tem como objetivo realizar uma avaliação do perfil epidemiológico a análise espaço-temporal da realização de amigdalectomia com adenoidectomia no Brasil entre 2017 e 2022.**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal de série temporal, realizado a partir de dados secundários disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na aba Assistência à Saúde - Produção Hospitalar (SIH/SUS). Foram obtidas informações acerca da quantidade de procedimentos, total por região e Unidade da Federação e ano de realização, tendo como referencial o período de 2017 a 2022.**RESULTADOS:** No período de 2017 até 2022 foram realizadas 135.043 cirurgias envolvendo a amigdalectomia com adenoidectomia. Das cirurgias realizadas, a região sudeste obteve 70.306 (52%), onde o estado de São Paulo obteve maior destaque com 50.841 (72%), seguido por Minas Gerais 10.333 (14,6%), Rio de Janeiro 5.901 (8,3%) e Espírito Santo 3.231 (4,5%). Por outro lado, o menor número de cirurgias encontrado foi na região do Norte, na qual foram realizadas somente 3.503, sendo o estado do Pará mais expressivo com 1.756 (50%) cirurgias, seguido por Tocantins 583 (16,6%), Acre 458 (13%), Roraima 275 (7,8%), Rondônia 221 (6,3%), Amazonas 110 (3,1%) e Amapá 100 (2,8%). Na região Nordeste, a Bahia se destacou com 7.017 (35%) procedimentos e Sergipe obteve o menor número de cirurgias feitas com 771 (3,8%). No Sul, o estado do Paraná contou com maior número 17.014 (51%) e o Rio Grande do Sul com o menor em 7.502 (22,8%). E, por fim, na Região Centro-Oeste, o estado do Mato Grosso teve o maior número 1.417 (16,4%) e o Distrito Federal o menor valor com 976 (11,3%). Além disso, percebeu-se que no ano de 2019 ocorreu o maior número de cirurgias, 30.665 (22%), seguido de perto pelo ano de 2018 no qual foram realizados 29.909 (22,1%) procedimentos. Durante o ano de 2017, 26.547 cirurgias aconteceram, revelando um crescimento significativo de 2017 para 2019. Entretanto, nos anos de 2020 e 2021 observou-se uma queda nas cirurgias, com os valores de 14.234 (10,5%) e 10.950 (8,1%), seguido por um novo crescimento em 2022, no qual foram registrados 22.738 (16,8%) procedimentos.**DISCUSSÃO:** A amigdalectomia constitui em uma das intervenções cirúrgicas mais realizadas em todo o mundo. Ao longo da história, foram vários os métodos experimentados, acompanhando a evolução clínica, técnica e tecnológica da medicina. Nas últimas décadas, numerosos estudos foram realizados com vista a comparar as diversas técnicas cirúrgicas praticadas, de forma a averiguar aquela com menor mortalidade e morbidade, menos complicações e mais rápida recuperação da atividade de vida diária. A realização de amigdalectomia com adenoidectomia no Brasil entre 2017 e 2022 foi marcada por avanços na pesquisa médica, resultando em técnicas cirúrgicas mais avançadas e uma compreensão mais precisa das indicações. Embora essas cirurgias ofereçam benefícios como alívio de sintomas graves, como apneia obstrutiva do sono, elas também apresentam riscos, como sangramento e infecções pós-operatórias. No entanto, as diferenças regionais no Brasil desempenham um papel significativo nesse contexto. Em áreas urbanas e regiões mais desenvolvidas, o acesso a serviços de saúde e cirurgias pode ser mais fácil e ágil, com maior disponibilidade de infraestrutura médica e profissionais especializados. Em contraste, áreas rurais e regiões menos desenvolvidas enfrentam desafios no acesso a esses procedimentos devido à falta de recursos médicos e financeiros.**CONCLUSÃO:** Portanto, percebe-se que a maioria das cirurgias aconteceram na região Sudeste, no estado de São Paulo e entre 2017 e 2019, sendo este último ano o período com maior número de procedimentos.**Palavras-chave:** Amigdalectomia; Adenoidectomia; Perfil Epidemiológico.



PO401

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Schwannoma parafaríngeo: relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE**COAUTORES:** MATEUS HENRIQUE GUIOTTI MAZAO LIMA; VINÍCIUS DOMENE; PEDRO JULIANO DE MESQUITA FERREIRA; TACIANE ADAMI DE ARRUDA; THOMAS PETER MAAHS; VANESSA CARVALHO DE OLIVEIRA; CARLOS TAKAHIRO CHONE**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente do sexo feminino, hígida, 55 anos, com quadro de rinorréia e obstrução nasal há 1 ano, evoluindo com dispneia aos esforços, disfagia para sólidos e voz anasalada. Ao exame físico, presença de massa arredondada com abaulamento anterior de palato mole e com projeção inferior à laringe, impossibilitando a visualização da faringe. Realizou Nasofibrolaringoscopia flexível, evidenciando extensa massa projetando-se em rinofaringe à direita e ocupando quase todo o cavum, sem comprometimento de glote ou supraglote. Realizada biópsia de lesão sob anestesia local com resultado compatível com neurilemoma (schwannoma). Em tomografia de pescoço com contraste foi evidenciada massa em aparente topografia em espaço parafaríngeo direito e fazendo compressão sobre a faringe adjacente e deslocando lateralmente o espaço carotídeo direito. Realizou complementação de imagem com ressonância magnética, lesão expansiva heterogênea de limites relativamente bem definidos de aspecto neoplásico, bem vascularizada com centro geométrico na parede posterior da transição da rinofaringe com a orofaringe com componente à direita da linha média medindo aproximadamente 4,7x2,3cm em seus maiores eixos, lateralmente e direita envolve cerca de 50 % da carótida interna, posteriormente apresenta íntima relação com músculo longo do pescoço, à direita com o corpo vertebral de C2 e arco de C1.

Devido a quadro compatível com benignidade foi optado por realização de ressecção com acesso intra-oral e intranasal. Anatomopatológico da peça cirúrgica com achados morfológicos e o perfil imunoistoquímico favorecendo o diagnóstico de schwannoma benigno/neurilemoma. Em exame de imagem de controle (tomografia computadorizada de pescoço) para avaliar presença de lesão remanescente a qual evidenciou formação expansiva residual em topografia de região do espaço retrofaríngeo cranial à direita, em contato com o espaço carotídeo adjacente e ocupando parcialmente o espaço parafaríngeo desse lado. Linfonodos visualizados e inespecíficos bilateralmente.

Em reunião com equipe multidisciplinar, visto caráter benigno e localização da lesão, foi optado por encaminhar paciente para complementação com Radioterapia.

**Discussão:**

Cerca de 25 a 45% de todos os schwannomas surgem na cabeça e no pescoço. O pescoço está menos frequentemente envolvido e o local mais comum no pescoço é o espaço parafaríngeo. O Schwannoma pode ser observado em todas as idades (20 a 70 anos) sem predominância sexual. Apresenta-se na forma de uma massa lateral do pescoço assintomática, isolada e de crescimento lento. O diagnóstico é baseado em exame histológico com estudos imuno-histoquímicos. O tratamento é cirúrgico com ressecção completa da massa e sacrifício do nervo na maioria dos casos.

**Comentários finais:**

O local mais comum para schwannoma na área da cabeça e pescoço é o espaço parafaríngeo, e o nervo de origem pode ser o IX, X, XI ou XII nervos cranianos ou a cadeia simpática cervical. Apesar da natureza benigna de lesão, a mesma pode ocasionar compressão de estruturas neurovasculares e aerodigestivas, necessitando de tratamento cirúrgico com a ressecção da massa, podendo ocasionar sacrifício do nervo.

Schwannomas raramente têm uma transformação maligna; no entanto, isso pode ocorrer. O desafio em schwannomas é seu diagnóstico adequado devido ao seu crescimento lento e curso quase assintomático, levando a achados inesperados em tomografias computadorizadas ou ressonância magnética. O diagnóstico e o tratamento de tumores parafaríngeos são complexos devido à sua anatomia complexa, estruturas muito importantes próximas e acessibilidade precária. Métodos radiológicos, como TC e ressonância magnética, são de principal importância ao estudar o tumor e planejar a remoção cirúrgica. O principal objetivo é a remoção da neoplasia e a preservação das principais estruturas no espaço parafaríngeo.

Palavras-chave: schwannoma;parafaríngeo;neurilemoma.

PO404

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****NEOPLASIA DE LÍNGUA EM PACIENTE NÃO TABAGISTA****AUTOR PRINCIPAL:** MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO**COAUTORES:** GABRIELA CARDOSO LIMA; PAULO TINOCO; ALFREDO VIEIRA BERNARDO; CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI; JÉSSICA CHAVES RIBEIRO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI, ITAPERUNA - RJ - BRASIL

**Apresentação do Caso:** E.C.P., 55 anos de idade, sexo feminino, chega ao ambulatório de otorrinolaringologia, referindo aumento de lesão dolorosa em borda direita da língua. Ao ser questionada sobre os detalhes da evolução do quadro, relata acompanhamento com dentista há 3 anos, onde fez tratamentos tópicos, porém, apenas com melhora parcial do quadro. Nega tabagismo, nega uso de prótese dentária, nega história familiar de câncer. Durante o exame físico, na oroscopia, foi observada tumoração vegetante, friável, e endurecida, com tamanho de 2,5 centímetros em seu maior eixo, localizada em borda lateral direita da língua. Como tratamento proposto, foi realizada glossectomia parcial com exérese total da lesão e encaminhamento do material retirado para o histopatológico, a qual constatou margens livres e confirmou o diagnóstico de carcinoma de células escamosas queratinizante. Posteriormente, a paciente foi encaminhada ao serviço de oncologia para seguimento terapêutico.

**Discussão:** O câncer de boca é uma neoplasia maligna que pode afetar a cavidade bucal. As localizações anatômicas mais afetadas são língua, assoalho de boca e lábio inferior. O tipo histológico mais frequente é o carcinoma de células escamosas (CCE), que corresponde à faixa de 90 a 95% de todas as malignidades orais. Esse tumor predomina no sexo masculino, sendo que a grande maioria dos casos ocorre entre 50 e 70 anos de idade, havendo uma prevalência maior em indivíduos leucodermas. É de pleno conhecimento que o tabaco é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer na cavidade oral. Além destes, a exposição solar excessiva sem a devida proteção ao longo dos anos constitui-se em um considerável fator de risco para o câncer de boca, especialmente o de lábio. Outros fatores, como papilomavírus humano (HPV), dieta e ocupação, vêm sendo estudados com o intuito de investigar sua implicação na carcinogênese bucal. Os resultados apontam para uma associação entre tais fatores e o câncer de boca. Entretanto, na ausência do consumo de tabaco, esses tumores também podem surgir e devem ser identificáveis por meio de diagnóstico clínico e investigação minuciosa do quadro. A falta de detecção precoce pode resultar em pior prognóstico.

**Comentários Finais:** É imprescindível conduzir uma investigação minuciosa com o propósito de identificar precocemente os tumores de língua. Ademais, é crucial levar em consideração o estadiamento da doença, bem como a resposta ao tratamento e o estado geral do paciente, a fim de reduzir a morbimortalidade e proporcionar um prognóstico mais favorável ao paciente.

**Palavras-chave:** carcinoma de células escamosas; glossectomia; língua.

PO410

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO EM REGIÃO MALAR: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR**COAUTORES:** FERNANDO AZEVEDO FERREIRA; ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ; GABRIELA ALVES MARRONI; AURENZO GONÇALVES MOCELIN; LUCAS SPINA; GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI; DEBORA MATTANA VASCONCELLOS TEIXEIRA**INSTITUIÇÃO:** COMPLEXO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 59 anos, encaminhado por lesão expansiva em face de surgimento há 2 anos, com crescimento progressivo. Ao exame físico, foi evidenciado uma lesão em região malar esquerda, de margens bem definidas, móvel, medindo cerca de 4 cm, sem pulsação ou calor local, indolor a palpação e sem ulcerações para pele ou mucosa jugal. Tomografia de face mostrou lesão de contornos lobulados medindo 39x28mm em partes moles da região malar esquerda. RNM apresentava lesão sólida de hiper-realce arterial e restrição a difusão. Citologia oncológica com proliferação fusocelular atípica. Realizada ressecção de lesão, que apresentou quadro histológico e perfil imunohistoquímico compatíveis com tumor fibroso solitário (CD-34 positivo e Ki-67 positivo em 2-3%).

**DISCUSSÃO:** O tumor fibroso solitário é uma neoplasia rara, de origem mesenquimal fibroblástica. Acomete principalmente indivíduos entre 40 e 70 anos, sem predileção por sexo. A maioria destes tumores apresenta comportamento benigno, sendo que 10-15% podem ser mais agressivos, caracterizados por hiper celularidade, >4 mitoses por campo, pleomorfismo celular e necrose. O sítio de aparecimento mais comum é a pleura e, raramente, acomete apenas pele e subcutâneo. Ao exame de imagem, tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética, o tumor fibroso solitário representa lesão circunscrita, por vezes infiltrativa, com áreas sólidas e císticas, podendo ter calcificações. O diagnóstico é dado a partir da análise histopatológica e pela imunohistoquímica com positividade para o marcador CD-34 (95% dos casos), especialmente quando associado a CD-99 (70%) e/ou Bcl-2 (50%). Em relação ao tratamento, a extensão da ressecção é o principal fator de prognóstico, sendo que invasão ou metástase pode ocorrer em tumores com aspecto benigno com ressecção incompleta. Além disso, a localização extratorácica aumenta o risco de recorrência, assim como margens cirúrgicas comprometidas e presença de histologia com características de malignidade são fatores de recorrência. Por fim, margens comprometidas, tumor maior que 10 cm e componente histológico maligno relacionam-se com menor sobrevida livre de metástases.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Devido a raridade e apresentação inespecífica destes tumores, seu diagnóstico se torna desafiador. Desse modo, a ressecção cirúrgica com margens de segurança e posterior avaliação histopatológica e imunohistoquímica são essenciais para o reconhecimento e acompanhamento desses casos. O prognóstico é geralmente favorável. No entanto, num pequeno número de casos, as lesões recorrem, sofrem transformação maligna ou metastatizam. O acompanhamento no pós-operatório é indicado para rastreamento de recorrência que pode acontecer décadas após o tratamento cirúrgico. A quimioterapia e a radioterapia das lesões recidivadas ou malignas devem ser avaliadas, mas não há dados suficientes na literatura para determinar sua eficácia.

**Palavras-chave:** TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO;IMUNOHISTOQUÍMICA;NEOPLASIA DE FACE.

PO431

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS – METÁSTASE CERVICAL DE SÍTIO PRIMÁRIO OCULTO****AUTOR PRINCIPAL:** MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO**COAUTORES:** CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI; PAULO TINOCO; ALFREDO VIEIRA BERNARDO; GABRIELA CARDOSO LIMA; CATHARINA VIEIRA DE LIMA ALVES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ, ITAPERUNA - RJ - BRASIL

O câncer de cabeça e pescoço é o sétimo mais comum no mundo. Além de fatores genéticos ligados, possui como fatores predisponentes, o tabagismo e o alcoolismo, bem como à infecção do Papiloma vírus humano, a qual pode ser silenciosa, com predomínio acima dos 50 anos, em população de baixa escolaridade e no sexo masculino. O câncer possui a característica de se disseminar e provocar metástases próximas ao sítio de origem ou a distância pelo organismo. Muitas das vezes não é possível descobrir o sítio primário no qual a neoplasia se desenvolveu, mesmo sendo realizada uma pesquisa completa, sendo denominado nesses casos como câncer de sítio primário desconhecido. Esses casos são raros.

A presença de nódulos em região cervical é um sinal que deve-se sempre estar atento. É importante observar a sua consistência, se é mole ou endurecido, o tempo de crescimento, se sua evolução foi rápida ou lenta, se é doloroso ou indolor, fixo ou móvel. Essas características são importantes para atentar-se a presença de neoplasia. Os nódulos cervicais quando apresentam atributos de malignidades, são fixos, aderidos, indolores, de evolução rápida. Nesses casos, deve-se atentar-se a necessidade de biopsia e investigação.

O objetivo do presente trabalho é discutir a relevância do Papiloma Vírus Humano como fator de risco para o desenvolvimento de câncer na região de cabeça e pescoço e abordar sobre os cânceres de sítio primário desconhecido e a importância de seu reconhecimento e diagnóstico.

**RESUMO:** J.S.D., 38 anos, sexo feminino com relato de aparecimento de tumoração em região cervical esquerda há 2 meses, com crescimento importante desde então, sem outros sintomas associados. Paciente nega comorbidades. Nega tabagismo. Ao exame físico, nódulo de consistência endurecida e aderido em região cervical; oroscopia e rinoscopia sem alterações. Foi realizada videolaringoscopia a qual estava dentro da normalidade e tomografia de pescoço que constatou adenomegalias ganglionares no espaço carotídeo esquerdo, de limites imprecisos, envolvendo o músculo esternocleidomastoideo ipsilateral. Realizou-se então, a biopsia da tumoração na qual o resultado imuno-histoquímico foi de carcinoma de células escamosas HPV relacionado. Paciente foi encaminhada para oncologia para seguimento terapêutico de metástase linfonodal de sítio primário oculto.

Deve-se sempre estar atento ao aparecimento de nódulos em região cervical para realização de diagnóstico precoce, rastreamento e seguimento terapêutico, aumentando a qualidade e expectativa de vida do paciente.

**Palavras-chave:** câncer de cabeça e pescoço; papiloma vírus humano; linfonodomegalia cervical.

PO442

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****TRAJETO ANÔMALO DO NERVO LARÍNGEO RECORRENTE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA**COAUTORES:** ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO; LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA; GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO; MARIANE WEIZENMANN DA MATTA; ARTHUR FERREIRA DE OLIVEIRA; ANDRÉ LIMA VALENTE; SÁVIA MOURA TRINDADE VIANA**INSTITUIÇÃO:** 1. HUB-UNB, BRASÍLIA - DF - BRASIL2. HUB-UNB, BRASÍLIA - DF - BRASIL**Apresentação do caso**

N.A., 69 anos, sexo feminino, obesa, portadora de transtorno misto de ansiedade e depressão, história prévia de etilismo e tabagismo de 2 maços/ano, apresentou aumento progressivo de volume tireoidiano há cerca de 6 anos, em acompanhamento com equipe de endocrinologia. Deu entrada em ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço em dezembro de 2020. Apresentava à primeira consulta, queixa de desconforto em região cervical anterior, sem queixas vocais ou demais queixas associadas. Ao exame físico apresentava tireoide aumentada, móvel e sem adenopatia palpável. Oroscofia sem lesões suspeitas evidenciadas e sem demais alterações ao exame físico. Ultrassonografia de tireoide de dezembro de 2020 demonstrava volume tireoidiano total de 33,9 cm<sup>3</sup>, bócio multinodular com aparente componente mergulhante à esquerda, lobo direito apresentando nódulo sólido cístico em terço superior, medindo 26x17x33mm, nódulo sólido cístico em terço médio/superior, medindo 29x20x31mm e nódulo sólido cístico em lobo esquerdo, medindo 20x20x31mm. Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de dezembro de 2020 evidenciava classificação Bethesda 2. Exames laboratoriais prévios demonstravam TSH de 0,75 UI/ml e T4 livre de 0,8 ng/dl. Indicado tireoidectomia total.

Submetida a tireoidectomia total em julho de 2021 em Hospital Universitário do Distrito Federal. Durante procedimento cirúrgico, foi evidenciado nervo laríngeo recorrente esquerdo em posição anômala, localizado sobre o lobo esquerdo da tireoide. Realizada cirurgia com preservação de nervo bilateralmente. Paciente evoluiu com disfonia em pós-operatório imediato. Em exame de videolaringoscopia (VL) foi evidenciado paralisia de prega vocal esquerda. Iniciado corticoterapia e encaminhada para acompanhamento com equipe de fonoaudiologia.

Exame histopatológico evidenciou carcinoma papilífero, variante clássica, com margens livres de neoplasia, estadiamento patológico TNM pT1a.

Manteve acompanhamento ambulatorial pós-operatório com equipe de cirurgia de cabeça e pescoço e fonoaudiologia, apresentando melhora de qualidade vocal. Em videolaringoscopia de dezembro de 2021 paciente apresentava pregas vocais móveis e simétricas, sem paralisia. Cintilografia de corpo inteiro de abril de 2022 sem evidencia de lesões secundárias. Exames laboratoriais de abril de 2022 demonstraram TSH 123,5 UI/ml, tireoglobulina de 1,38 ng/dl e anti-tireoglobulina de 13,15 UI/ml. Atualmente paciente faz uso diário de Levotiroxina 75 mcg e mantém acompanhamento semestral com equipe de endocrinologia e cirurgia de cabeça e pescoço do Distrito Federal.

**Discussão**

A tireoidectomia total ou subtotal pode resultar em distúrbios vocais por inúmeros motivos, dentre eles lesões dos nervos laríngeos. A disfonia pode ocorrer em até 90% dos pacientes, especialmente no pós-operatório imediato, e persistir por três a seis meses em 11% a 15% dos casos (1).

O nervo laríngeo recorrente (NLR), bem como o ramo externo do nervo laríngeo superior (NLS), pode ser temporariamente ou permanentemente lesionado (1).

Lesões do nervo laríngeo recorrente são a principal causa de disfonia após tireoidectomias (1,2). Usualmente, esse nervo tem relação direta com a artéria tireoidiana inferior, e pode ser lesionado quando a artéria é dividida, podendo resultar em imobilidade da corda vocal do lado afetado e consequente disfonia e fadiga vocal, em decorrência da insuficiência glótica (1,3).

Pacientes com diagnóstico de câncer de tireoide possuem risco elevado de comprometimento do nervo laríngeo por infiltração tumoral e podem apresentar sintomas vocais pré-operatórios, podendo se instalar de forma lenta e insidiosa.

**Comentários finais**

A cirurgia da glândula tireoide requer um conhecimento aprimorado da anatomia da cabeça e pescoço e de suas variações anatômicas. A lesão do nervo laríngeo recorrente é uma possível complicação deste procedimento, e o risco desta ocorrência aumenta quando o nervo não apresenta seu trajeto habitual. Desse modo, somente a sua dissecação e identificação assegura ao médico cirurgião que esta estrutura foi completamente preservada, evitando assim, possíveis complicações.

Palavras-chave: Laríngeo recorrente; Tireoidectomia; Disfonia.

PO445

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Neoplasia Maligna de Seio Maxilar - Tratamento Cirúrgico: Um Relato de Caso

**AUTOR PRINCIPAL:** JOÃO CLEBER MOREIRA DE OLIVEIRA**COAUTORES:** MATHEUS LISATCHOK; RENAN VIEIRA DE BRITO; LORENZO MORAES MELOTTI; THOMAS PETER MAAHS; CARLOS TAKAHIRO CHONE**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente de 68 anos, masculino, sem comorbidades, sem histórico de tabagismo ou etilismo, iniciou obstrução nasal, secreção serosanguinolenta pela fossa nasal à esquerda (FNE) há 6 meses, com abaulamento em região maxilar e extrusão de massa friável pela FNE, sem linfonodos palpáveis.

Realizada biópsia de lesão em FNE, com diagnóstico anatomopatológico (AP) de carcinoma epidermóide (CEC) pouco diferenciado (HPV negativo; AE1/AE3, P63 e CK5/6 positivos). Estadiamento com tomografia computadorizada (TC) de seios da face e pescoço evidenciou formação expansiva em seio maxilar e cavidade nasal esquerda, erosão das paredes do seio maxilar, invasão dos seios etmoidais, tecido mole da face, fossa pterigopalatina, palato duro, assoalho e parede medial da órbita, e linfonodos acometidos em nível cervical II (T4bN2bM0).

Iniciada quimioterapia (QTx) de indução no esquema TPF (docetaxel, cisplatina e -fluoracil, 3 ciclos, espaçados por 1 mês) e após, realização de 12 sessões de radioterapia (RTx) + QTx, com carboplatina semanal por 12 semanas, com proposta curativa.

Após conclusão do esquema, paciente manteve sintomatologia. Reestadiamento com TC identificou possível foco de lesão residual em seio maxilar invadindo a cavidade nasal esquerda, em contato íntimo com o septo, áreas de necrose e destruição óssea, medindo 5,4 x 3,2 cm, confirmada por biópsia.

Indicada maxilectomia à esquerda, com reconstrução de assoalho de órbita com músculo temporal, acesso cirúrgico de Weber-Ferguson modificado, retirada em bloco da maxila, assoalho da órbita e lâminas pterigoideas lateral e medial, e ressecção de margens esfenoidal e etmoidal, com margens negativas em biópsia de congelação.

Resultado de AP confirmou diagnóstico prévio, com margens profundas, posterior e lateral comprometidas, invasão perineural e sem invasão vascular. Aguarda TC (avaliação de resposta) e PET-CT (reestadiamento), sem proposta de QTx e RTx. Paciente em seguimento ambulatorial em reabilitação pós-operatória com fonoaudiologia e fisioterapia.

**DISCUSSÃO:**

As neoplasias de cabeça e pescoço representam o 5º grupo de neoplasias mais prevalente em adultos no Brasil. Neste grupo, as neoplasias de seios paranasais são as mais raras (5%), sendo o acometimento do seio maxilar o mais comum (80%), e o CEC representando o tipo histológico mais comum.

Os principais fatores de risco das neoplasias de cabeça e pescoço são o consumo de álcool e tabaco, o último sendo o principal para neoplasias de seios da face, além da inalação ocupacional ao arsênio e resíduos de soldagem.

O diagnóstico ocorre principalmente nos estágios mais avançados, sendo 18% no estadiamento T3 e 12% no estadiamento T4. Já a mortalidade nestes casos está diretamente relacionada ao estágio da doença ao diagnóstico, com sobrevida em 5 anos de 49% para estadiamento T4, e 91% para estadiamento T1.

O tratamento em estágios iniciais geralmente baseia-se na ressecção cirúrgica com proposta curativa, com realização de RTx adjuvante conforme o tipo histológico e presença de margens livres. Na doença localmente avançada, o tratamento ainda é alvo de ampla discussão, com poucos relatos na literatura e a grande morbidade relacionada.

O tratamento multimodal (QTx, RTx e cirurgia) mostrou melhor resultado de sobrevida em 3 e 5 anos, com a realização da RTx neoadjuvante ou adjuvante mostrando resultados semelhantes. A QTx de indução é mais eficaz nos tipos histológicos epidermóide ou indiferenciado, com resposta superior no segundo. Nos casos de doença localmente avançada, a única cirurgia com nível de evidência descrita é maxilectomia radical, com reconstrução da base do crânio.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

As neoplasias de seios da face acarretam grande morbidade aos pacientes. O diagnóstico precoce da doença é fundamental para melhora do prognóstico. A definição de um tratamento padrão-ouro ainda carece de evidências mais robustas. A empregabilidade de novas técnicas cirúrgicas e de RTx para o tratamento da doença localmente avançada ou àquelas que não responderam ao tratamento inicial são necessárias, considerando a atual morbidade relacionada.

Palavras-chave: Neoplasia; Nasossinusal; Seio Maxilar.

PO446

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****ABORDAGEM CIRÚRGICA EM RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** HENRIQUE CARVALHO**COAUTORES:** BRUNO RAFAEL SABEL; PAULA NIKOLAY; EMILLI FRAGA FERREIRA; LAURA CARMINATI CIMOLIN; LARISSA LENZ KNIPHOFF DA CRUZ**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS (HGCR), FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** OMS, 56 anos, masculino, portador de Leucemia Linfocítica Crônica, encaminhado para avaliação devido suspeita de Rinossinusite Fúngica Invasiva (RFSI). As queixas haviam iniciado há 16 dias, durante curso de corticoterapia em dose imunossupressora devido Anemia Hemolítica Autoimune (AHA), com lesão enegrecida de crescimento progressivo em região de glabella e canto medial do olho esquerdo. Havia realizado 12 dias de tratamento com Vancomicina, Ceftriaxona e Anfotericina B, sem melhora. No momento da avaliação clínica em centro terciário o paciente apresentava queixa de epífora à esquerda e edema doloroso em pálpebras, região malar esquerda e frontal. Ao exame físico foi identificado lesão enegrecida em face, de aproximadamente 2,0 x 2,0cm, alguma hiperemia em conjuntiva esquerda, sem alterações na acuidade visual ou motricidade ocular. A videonasoscopia demonstrou lesão crostosa de tons marrom-amarelado no quadrante anteroinferior do septo nasal à direita, sem acometimento do soalho, e lesão de mesmo aspecto em terço inferior de concha média esquerda. No mesmo dia o paciente foi submetido a desbridamento cirúrgico da lesão em face pelo Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, sem abordagem endonasal, com resultado de exame anatomopatológico demonstrando: processo inflamatório granulomatoso supurativo e necrotizante acometendo derme, hipoderme e tecido esquelético, presença de hifas e esporos, com focos de invasão vascular e pequenos trombos. Após abordagem o paciente manteve Anfotericina lipossomal endovenosa com plano de reconstrução da área operada com retalho microcirúrgico. Aproximadamente 120 dias após desbridamento e acompanhamento ambulatorial com trocas de curativo em centro cirúrgico, foi realizada reconstrução da área cruenta da face com retalho microcirúrgico paramediano frontal cobrindo toda a exposição óssea.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A RFSI é uma doença com alta morbimortalidade e afeta principalmente pacientes imunocomprometidos. O número de pacientes acometidos vem crescendo nas últimas décadas devido ao aumento do uso de drogas que induzem imunossupressão para o tratamento de diversas condições. O exame clínico, endoscópico e tomográfico norteiam o diagnóstico, porém, este só pode ser definido com avaliação anatomopatológica. A terapia deve ser prontamente iniciada com o uso de antifúngicos sistêmicos, desbridamento cirúrgico de lesões e controle da doença de base. A mortalidade é alta, podendo variar de 10 a 40%, e muito dependente da etiologia da imunossupressão.

**DISCUSSÃO:** O crescimento da expectativa de vida e da utilização de drogas que causam imunossupressão vem causando aumento na incidência de RFSI. A doença é grave e apresenta alta mortalidade, portanto, qualquer paciente sob suspeita deve ser prontamente avaliado. O tratamento, quando bem indicado e iniciado de forma precoce, diminui a mortalidade geral e a morbidade cirúrgica.

Palavras-chave: rinossinusite;invasiva;mucormicose.



PO450

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****FIBROSSARCOMA PEDIÁTRICO DE CABEÇA E PESCOÇO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARCELLA FERREIRA BARROS**COAUTORES:** MARCIA MARIA PESSOA DOS SANTOS; MARIA CECÍLIA AMORIM DE BARROS; FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS; CAMYLA ROLIM SOUTO DE ANDRADE; GIOVANNI HENRIQUE BARBOSA SANTOS DA SILVA; RAQUEL DE SOUZA SARAIVA; JESSICA FERREIRA BARROS**INSTITUIÇÃO:** 1. IMIP, RECIFE - PE - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL

Paciente, ACSM, sexo feminino, 11 meses, natural e procedente de Olinda, deu entrada no pronto socorro com história de abaulamento em região de hemiface à direita associada a obstrução nasal progressiva ipsilateral há 30 dias. Menor tinha história de trauma prévio ao quadro. Realizado ultrassonografia da lesão que revelou imagem bem delimitada, hipoecoica, localizada em região paranasal direita de aspecto inespecífico. Tomografia de seios da face com contraste foi realizada de maneira complementar evidenciando imagem cística de contornos parcialmente calcificados e conteúdo heterogêneo, discreta e irregularmente captante de contraste, localizada na hemiface direita, entre os ossos maxilar, etmoidal e próprios do nariz, promovendo erosão com remodelagem local, em aparente continuidade com as respectivas cavidades nasais e paranasais, sendo sugestiva de mucocele. Exames laboratoriais da admissão dentro da normalidade. Programada abordagem cirúrgica da lesão por acesso nasolabial. Durante o procedimento, observado lesão de partes moles, circunscrita, endurecida, sem invasão de estruturas adjacentes. Optado por realizar biópsia estendida e enviado material para análise. Exame histopatológico revelou proliferação fusocelular de baixa atipia. Realizado perfil imuno-histoquímico que sugeriu fibrossarcoma de baixo grau (vimentina, CD99 e Ki67 positivos). Paciente foi encaminhada para seguimento com equipe de oncologia pediátrica do serviço para continuação de plano terapêutico.

Fibrossarcomas são tumores malignos raros de origem mesenquimal com apresentação epidemiológica semelhante em ambos os sexos. Menos de 0,1% deles surgem na região de cabeça e pescoço. Nesta região, apresentam-se de maneira geral dois subtipos principais: o dermatofibrossarcoma e o fibrossarcoma infantil. O primeiro acomete crianças mais velhas e adolescentes, enquanto que o segundo acomete crianças mais novas, geralmente nos primeiros dois anos de vida. O diagnóstico sugestivo dessa neoplasia envolve o quadro clínico, com relato de sintomas como epistaxe, dor, tumoração palpável e obstrução nasal unilateral, e a realização de exames de imagem, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Para o seu diagnóstico definitivo faz-se necessário análise histológica e imunohistoquímica da lesão com achado patognomônico de células fusiformes organizadas em padrão estoriforme (em espinha de peixe), além de coloração positiva para vimentina. O tratamento depende da ressecabilidade da tumoração, podendo abranger tanto a exérese da lesão com margens amplas associada à quimioterapia ou apenas a realização desta última, em caso de se irressecabilidade. A resposta à quimioterapia tende a ser positiva, visto a alta quimiossensibilidade desse tipo de tumor. A recidiva do tumor no local de origem costuma ocorrer com certa frequência, entretanto, a metástase à distância é rara. Crianças mais jovens tendem a apresentar um prognóstico melhor com uma alta taxa de sobrevida.

Fibrossarcomas são tumores raros de origem mesenquimal com clínica semelhante a diversas outras tumorações localizadas na região de cabeça e pescoço. Dessa forma, torna-se primordial a realização de biópsia da lesão para confirmação do diagnóstico histopatológico e imunohistoquímico e início do plano terapêutico do paciente. O tratamento cirúrgico da lesão associado a quimioterapia tende a proporcionar uma boa resposta terapêutica, sendo importante, assim, o diagnóstico precoce. O caso apresentado tem sua relevância devido a raridade desse tipo de tumoração na prática clínica e da importância do seu diagnóstico precoce para a cura e sobrevida dos pacientes diagnosticados.

Palavras-chave: FIBROSSARCOMA;ONCOLOGIA PEDIATRICA;TUMORES MALIGNOS.

PO458

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****CARCINOMA PAPILÍFERO COM INVASÃO TRAQUEAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JASMIN DEZOTTI LOVISI**COAUTORES:** CAROLINA DISCONZI DALLEGRAVE; DANIEL SIQUEIRA SILVA; LUMA MOREIRA DA COSTA; LETICIA DE MORY VOLPINI; ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA; VINICIUS NICKEL; LEONARDO GUIMARAES RANGEL**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**APRESENTAÇÃO DE CASO**

Paciente feminina, 73 anos, apresenta diagnóstico de carcinoma papilífero de tireoide localmente invasivo T4aN0M0 com invasão de traqueia necessitando de traqueostomia devido a estridor respiratório para posterior abordagem oncológica. A paciente foi submetida a tireoidectomia total alargada à traqueia com ressecção de 5 arcos traqueais e traqueoplastia, realizada anastomose primária entre cricoide e traqueia e esvaziamento cervical perilesional, suturado ponto de Grillo ligando o mento ao tórax para proteger as suturas na traqueia. A paciente apresentou boa evolução no pós operatório sem sinais de fístula aérea, retirado ponto em grilo após 48h e recebeu alta hospitalar no 5º dia. Porém após realizar esforço físico em domicílio paciente referiu inchaço em região cervical e submentoniana, sendo orientada a retornar ao hospital. Ao exame apresentava crepitação extensa em pescoço sendo retirados os pontos de sítio cirúrgico com abertura da pele para drenar fístula aérea através de dreno de Penrose número 2 necessitando de nova internação. Após 10 dias de tratamento hospitalar, paciente apresentou resolução completa de fístula aérea recebendo alta hospitalar com reforço de orientações e encaminhamento a iodoterapia sem demais complicações de pós operatório, mantendo-se eufórica sem traqueostomia.

**DISCUSSÃO**

A principal invasão extra tireoidiana do carcinoma papilífero de tireoide são os músculos pré – tireoidianos, seguido por invasão do nervo laringeo recorrente e em terceiro a invasão traqueal. No caso apresentado se trata de um carcinoma papilífero localmente invasivo com invasão traqueal, sendo um caso de dificuldade de técnica cirúrgica. Considerando que o principal modificador prognóstico do Carcinoma Papilífero de tireoide consiste na retirada da lesão primária preferencialmente com margens macroscópicas livres deve ser avaliada a viabilidade cirúrgica com atenção. No geral, se deve optar pela cirurgia com ressecção completa de lesão neoplásica, visto que a iodoterapia e radioterapia tem função complementar após a ressecção. Mesmo com a possibilidade de complicações pós operatórias, a cirurgia é a melhor opção.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O carcinoma papilífero de tireoide é uma doença neoplásica que não costuma acometer outros órgãos. No entanto, em caso de acometimento deve ser avaliada a melhor opção cirúrgica priorizando a ressecção completa da lesão, visto que é o maior modificador de prognóstico do carcinoma papilífero. Dessa forma, apesar da complicação tardia de fístula aérea, a paciente apresentou boa evolução pós operatória e tratamento oncológico satisfatório.

**Palavras-chave:** CARCINOMA PAPILIFERO;TRAQUEOPLASTIA;TIREOIDECTOMIA.

PO464

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****NERVO LARÍNGEO NÃO RECORRENTE: A IMPORTANCIA DA MONITORIZACAO INTAOPERATÓRIA.****AUTOR PRINCIPAL:** ANTONELLA IRENE BELLEZZA**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, PASSO FUNDO - ARGENTINA

Apresentamos o caso de uma paciente, 30 anos, que consulta por um achado ocasional de nódulos em tireoide visualizado por USG, realizado por presença de linfonodo cervical palpável há 3 anos. Nega sintomas compressivos na região cervical anterior, dor no pescoço, disfagia, odinofagia, perda de peso, dispneia ou disfonia. Relata história familiar de hipotireoidismo, sem antecedente familiar de câncer de tireoide. No exame físico, se palpa um nódulo tireoidiano endurecido, móvel em lobo esquerdo de 2 cm, com linfonodos cervicais no nível II, bilaterais de 2 cm, fibroelásticos, pouco dolorosos, moveis e 1 linfonodo endurecido junto ao ângulo da mandíbula a esquerda. Solicitado um novo USG, revelou nódulo solido em terço médio do lobo esquerdo, TIRADS 5 e PAAF sugestivo de carcinoma papilar, BETHESTA V e linfonodos atípicos nos níveis II e V. Exames laboratoriais com TSH, T4L e T3 normais, tireoglobulina aumentada e calcitonina, antitireoglobulina, anti TRAB e anticorpos antimicrosossomais dentro dos valores de referência. Laringoscopia indireta revelou funcionamento normal das pregas vocais. Realizada tireoidectomia total com linfadenectomia cervical até nível II com monitorização intraoperatória dos nervos laríngeos. Ao abordar o lado direito da tireoide, foi localizado o nervo laríngeo superior e quando se foi a procurar o nervo laríngeo inferior direito, observou-se uma estrutura de curto trajeto transversal e paralela à artéria tireóidea superior que graças à testagem com MIOP se confirmou que se trataria de um nervo, com a contração da musculatura da prega vocal direita. Quando se tentou dissecar, se observou que se originava diretamente do tronco vagal cervical, entrando na laringe de forma transversal: era um nervo laríngeo não recorrente. O nervo foi preservado. A paciente cursou o pós-operatório sem intercorrências e sem alterações na voz.

A lesão cirúrgica do nervo laríngeo recorrente é uma complicação temida e grave em uma tireoidectomia. Pode causar ronquidão, disfagia e até dificuldade respiratória, afetando, assim, a qualidade de vida. A incidência de lesões transitórias do nervo varia entre 5-8% e os danos permanentes entre 0,3-a 3%. Para prevenir tais complicações, deve-se expor o nervo para alcançar uma visualização direta da anatomia, realizar uma disseção cuidadosa, além de ter um conhecimento profundo sobre a anatomia e as possíveis variações anatômicas. No entanto, a visualização de um nervo anatomicamente intacto não significa que o nervo não possua algum dano funcional. O uso de neuromonitorização intraoperatória permite a preservação das estruturas anatômicas e a integridade funcional do nervo e reconhecimento de lesões não visíveis. Deve-se enfatizar que pacientes que apresentam variações anatômicas, como a presença de um nervo laríngeo não recorrente, tem maior risco de lesão iatrogênica. Por esse motivo, a importância de um conhecimento profundo da anatomia, variações anatômicas e o uso da monitorização intraoperatória para sua detecção. Já foi comprovada que a neuromonitorização é o melhor método para identificar os nervos em comparação com a identificação visual.

O nervo laríngeo não recorrente é uma variante anatômica rara que todo cirurgião de cabeça e pescoço deve estar atento, a fim de evitar lesões intraoperatórias que levam a morbidade pós-operatória. Pode estar associado a anomalias vasculares como artéria subclávia direita retro esofágica. Com o uso da neuromonitorização é mais fácil identifica-o e verificar sua integralidade funcional e anatômica.

Palavras-chave: Nervo laríngeo não recorrente;Neuromonitorização;Tireoidectomia.

**PO471****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****PÓLIPO HAMARTOMATOSO DE HIPOFARINGE: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO**COAUTORES:** MARCELO EMIR REQUIA ABREU; MARCOS ANDRÉ DOS SANTOS; SABRINA AMARAL RESCHKE; MURIEL FERREIRA DA SILVA; ELISE EDELE PIMENTEL; NATÁLIA REBELATTO VANZ; CAROLINA SANDI KUNZ**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

B.M.W, 64 anos, deu entrada no Hospital Universitário da ULBRA no dia 4/12/21 devido exteriorização por cavidade oral de lesões pediculadas e de aspecto sacular há 5 dias. História de disfagia há 10 anos com investigação com EDA e avaliação gastroenterológica sem achados conclusivos. Há 6 meses iniciou com sensação de “bola na garganta” e dispneia, piorada nos últimos 5 dias quando procurou UPA e foi transferida para esse hospital, onde foi avaliada pela Equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Solicitada TC pescoço com contraste que observou uma imagem exofítica de tecidos moles adjacentes ao corpo da mandíbula à esquerda com comprometimento visceral sem sinais de compressão ou realce anômalo. Não havia sinais de linfonodomegalias cervicais. Ao exame físico da cavidade oral e exame de videolaringoscopia, visualizou-se 3 lesões de coloração de mucosa, sem ulcerações, exofítica, de base pediculada, exteriorizando-se por parede posterior de hipofaringe à esquerda através de três projeções volumosas sendo duas agrupadas, com cerca de 4cm e outra lesão arredondada de 4cm, pediculada na lesão descrita anteriormente. As lesões se exteriorizavam em cavidade oral. As pregas vocais e demais estruturas laríngeas não tinham alterações. Durante o exame a paciente apresentou dispneia e estridor, necessitando de oxigenoterapia e manobra endoral para exteriorização da lesão. A fim de evitar novos episódios, a lesão foi seccionada em sua base pedicular, que ficou mais evidente após a manobra, e enviada para análise anatomopatológica, que concluiu: pólipos hamartomatosos fibrilipovasculares, constituído morfologicamente por três tentáculos, medindo no eixo longitudinal 7,3 cm de comprimento e 10 cm no eixo transversal. Após a realização do procedimento, a paciente apresentou melhora significativa e estava em bom estado geral, permaneceu mais 48h em observação na internação hospitalar e, após, recebeu alta mantendo acompanhamento no ambulatório.

**DISCUSSÃO**

Os hamartomas são formações benignas semelhantes a tumores que podem ser observadas em todas as partes do corpo e que ocorrem devido ao crescimento anormal de tecido em quantidade incomum e com uma mistura incomum de células. Os hamartomas são geralmente indolores e podem apresentar um padrão de crescimento indolor. São congênitos, com taxa de 15% a 20%, e geralmente são diagnosticados no período neonatal. Os hamartomas que afetam a região da cabeça e pescoço são considerados raros. Semelhante aos hamartomas laríngeos, os hamartomas hipofaríngeos são ainda mais inusuais. Embora os hamartomas possam ser negligenciados em alguns casos devido à ausência de quaisquer sintomas, os hamartomas de grande porte podem apresentar dificuldade de deglutição e até respiratória, impondo risco de vida ao paciente. Além disso, os sintomas relacionados à deglutição podem envolver disfagia e a sensação de um corpo estranho ao engolir. No caso apresentado, foi observada uma prega poliposa que causava a sensação de um corpo estranho na garganta, acompanhada de disfagia e um episódio de asfixia. Até o momento, não foi encontrada regressão espontânea ou transformação maligna em hamartomas. A excisão cirúrgica total é a técnica mais importante para o tratamento destas patologias raramente observadas. Hamartomas têm um prognóstico muito bom. A taxa de recorrência é muito baixa, mesmo no caso de excisão inadequada.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Dado o referido caso de pólipos hamartomatosos de hipofaringe, um tumor não maligno e extremamente raro, cujos sintomas incluem disfagia e dispneia, podemos observar um prognóstico favorável da paciente em questão graças à manobra endoral correta e posterior ressecção da lesão. Ademais, conclui-se que o exame clínico com videolaringoscopia com uma boa correlação da história clínica e exame de imagem, pode-se realizar um diagnóstico aproximado para que se possa realizar a cirurgia e a paciente possua um desfecho promissor.

Palavras-chave: pólipo; hamartomatoso; hipofaringe.

PO482

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA EM PRONTO SOCORRO OTORRINOLARINGOLÓGICO****AUTOR PRINCIPAL:** TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA**COAUTORES:** ANA PAULA DIAS SOUTO SCHMITZ; ELIANA RODRIGUES BIAMINO; PRISCILA CAVALIERI MASSON; LUCAS CHOI MARCHESANO; KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS; LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI; INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO**INSTITUIÇÃO:** IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Paciente E.S., 29 anos, sem comorbidades e sem antecedentes otorrinolaringológicos deu entrada no PS da Otorrinolaringologia do hospital do IAMSPE com odinofagia (escore de dor 10/10) associado a trismo, hipersalivação e sem febre há 2 semanas. Previamente esteve em consulta há 7 dias em outro serviço tendo sido orientado uso de Penicilina Benzatina 1 200 000 ui e Cefalexina 500mg 6/6hs sem melhora do quadro de dor de garganta. Ao exame clínico de entrada apresentava regular estado geral, afebril, com desidratação moderada, múltiplos linfonodos cervicais fibroelásticos, palpáveis de até 0,5cm, bilaterais e móveis. À oroscopia observou-se trismo (3+/4+), edema de palato mole em tonsilas pronunciadas e desviadas medialmente com pseudomembrana sobre elas. Realizado internação, suporte hidroeletrólítico e tratamento sintomático. Exame de tomografia de face e pescoço com contraste revelou hipertrofia das tonsilas palatinas e abscesso periamigdaliano bilateral. À direita medindo 1,0 x 0,9 x 0,7 cm e à esquerda medindo 1,8 x 1,2 x 0,8 cm associados a linfonodomegalias cervicais no nível IIA bilateralmente. Entre os exames laboratoriais solicitados o hemograma mostrou: Hb 4,0 Ht 11 VCM 93 HCM 32,1 CHCM 34,4 RDW 15,6 leuco 50 mil 12% blastos 80% promielócitos 3% mielócitos 1% segmentados, observadas células de Faggot, plaquetas 6 mil, promielócitos 40, mielócitos 1,5, PCR 37,86, VSH 140. Diante das alterações laboratoriais expressivas e do quadro clínico da paciente, aventamos a possibilidade de Leucemia Mielóide Aguda e solicitamos interconsulta da hematologia que fechou o diagnóstico em Leucemia Promielocítica Aguda FISH com PMLRARA em 25% das 200 células. Exame de cariótipo evidenciou translocação entre os braços longos do cromossomo 15-17 em 16/20 metáfases e estudo molecular apontou para a presença de rearranjo PML: RARA em 90% das 200 interfases analisadas. A equipe de Hematologia iniciou tratamento quimioterápico com ácido Transretinóico - ATRA e Dexametasona seguidos de Citarabina para citorredução e Mitoxantrona. Ademais, fez uso de Tazocin, Vancomicina e Meropenem utilizados como profiláticos devido à neutropenia grave. Paciente evoluiu com resolução das queixas iniciais sem necessidade de intervenção cirúrgica peça otorrino. Recebeu alta após 30 dias com programação de internações espaçadas para ciclos quimioterápicos subsequentes. Leucemia Promielocítica Aguda representa 10 a 15% das Leucemias Mielóides Agudas. Os pacientes normalmente apresentam quadro clínico e laboratorial de coagulação intravascular disseminada (CIVD) e abrem o quadro sintomático com febre, perda de peso, hiporexia e astenia. Os sangramentos são a manifestação clínica mais comum da doença, estando presente em cerca de 60% dos pacientes ao diagnóstico, sendo o maior responsável pelos óbitos no início do tratamento. O diagnóstico da doença é firmado com exames nem sempre disponíveis em pequenos centros porém o hemograma pode apresentar ao médico informações importantes para diagnóstico e prognóstico do paciente. Frente a pacientes com resultado crítico como anemias acentuadas, leucocitoses ou leucopenias intensas, plaquetoses ou plaquetopenias graves e presença de células jovens (blastos), o médico deve prosseguir a investigação e iniciar tratamento precoce afim de evitar o avanço rápido da doença. No caso relatado acima, o paciente iniciou o quadro com odinofagia intensa sem episódios de sangramento atípico tendo sido diagnosticado inicialmente como Tonsilite bacteriana. A não investigação laboratorial adicional, ocasionou atraso no diagnóstico e consequentemente no início do tratamento. Abscessos cervicais são queixa frequente no pronto atendimento otorrinolaringológico. Entendemos a importância da realização de exames complementares para avaliação da gravidade e para lançar luz sob possíveis diagnósticos diferenciais. A paciente supracitada esteve duas vezes em serviço externo e permaneceu por duas semanas em tratamento de amigdalite bacteriana antes da suspeita da condição hematológica. Tendo o serviço infraestrutura para a realização de exames complementares, advogamos a favor da sua realização

Palavras-chave: leucemia; odinofagia; abscesso amigdaliano.

**PO491****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS NO TRATO NASOSSINUSAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** SAULO EDSON SOARES TIMBÓ**COAUTORES:** MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA; VIVIANE CARVALHO DA SILVA; ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES; EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA; TINO MIRO AURÉLIO MARQUES; ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO; JOANA CYSNE FROTA VIEIRA**INSTITUIÇÃO:** HC-UFC, FORTALEZA - CE - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, masculino, 73 anos, natural do interior do Ceará e procedente de Fortaleza, relatando que, há 2 anos, havia iniciado quadro de epistaxe unilateral, à esquerda, de moderada intensidade, intermitente, o que o fez buscar atendimento médico de urgência em 3 ocasiões. Há cerca de 7 meses, relatava evolução para obstrução nasal, à esquerda, e percepção, ao espelho, de tumoração em cavidade nasal ipsilateral. Buscou atendimento médico especializado, sendo encaminhado ao atendimento terciário, quando foi identificada lesão tumoral em cavidade nasal esquerda polipoide, violácea, ocupando toda a fossa nasal correspondente. Referia rinorreia hialina bilateral e gotejamento pós nasal. Foi indicada exérese da tumoração e análise histopatológica em fevereiro de 2023, com achados, no intraoperatório, de mucosa hiperplásica, no seio maxilar ipsilateral, e tumoração extensa, ocupando toda a cavidade nasal, de aspecto verrucoso e carnososo, com aparente inserção em etmoide anterior. Posteriormente, a análise histopatológica confirmou carcinoma pouco diferenciado infiltrativo em trato sino-nasal e imuno-histoquímica carcinoma neuroendócrino de pequenas células. A conduta adotada nesse serviço foi encaminhar o paciente para realização de radioterapia adjuvante. O paciente encontra-se negando novos episódios de epistaxe e obstrução nasal, com melhora das queixas referidas antes do procedimento cirúrgico.

**DISCUSSÃO:** O carcinoma neuroendócrino de pequenas células (SCNEC) é um tumor maligno que usualmente acomete o pulmão, porém, raros casos de acometimento primário nasossinusal foram relatados, com cerca de 2,5-5% do total. Pode acometer todo o trato aerodigestivo superior, sendo o SCNEC de cabeça e pescoço responsável por 10-15% dos casos extrapulmonares, com o local mais comum de acometimento na laringe, seguido de cavidade nasal e seios paranasais, sendo o seio etmoidal o mais comum. SCNEC do trato nasossinusal costuma acometer pessoas com idade entre 24 e 79 anos, com idade média de 50 anos. Apesar de poucos relatos, há indícios de predominância no sexo masculino e possível associação com o tabagismo. As manifestações clínicas do SCNEC são inespecíficas, o que dificulta o diagnóstico, comumente apresentando-se com epistaxe e obstrução nasal. No entanto, pode manifestar-se também com exoftalmia e proptose ocular, dor facial e diplopia, além de redução da mobilidade ocular e cefaleia. Dessa forma, é imperativa a análise histopatológica e imuno-histoquímica das lesões para firmar o diagnóstico. No que concerne ao tratamento, não há guidelines que formalizem a melhor escolha terapêutica, sendo assunto controverso. Estudos recentes concordam que o tratamento de SCNEC nasossinusal pode ser similar ao SCNEC de sítio pulmonar. Para doença localizada, recomenda-se cirurgia radical e radioterapia definitiva. Quimioterapia deve ser reservada para casos com doença localmente avançada ou metastática. Contudo, há estudos apontando para a opção de cirurgia radical seguida de radioquimioterapia como o melhor manejo para reduzir risco de recidiva tumoral e metástases a distância. Outrossim, o prognóstico dos pacientes acometidos é reservado, devido ao alto risco de recorrência local e de metástases à distância apesar do tratamento instituído, com média de tempo de recidiva tumoral de 9 meses. Alguns artigos relatam taxa de sobrevida para SCNEC nasossinusal maior do que SCNEC de outros sítios, com sobrevida média em 1 ano de 81% e em 5 anos de 71% dos pacientes.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** É evidente a raridade de acometimento de SCNEC no trato nasossinusal, e seu relato na literatura ajuda a difundir o conhecimento acerca das principais manifestações clínicas, tratamentos instituídos e resposta apresentada. É um tumor que pode apresentar queixas inespecíficas e vários diagnósticos diferenciais. Sua melhor forma de abordagem se resume ao tratamento cirúrgico para diagnóstico histopatológico e exérese, associado à radioterapia e à quimioterapia, a depender do estadiamento da doença. Apresenta prognóstico reservado em relação à cura, porém com sobrevida maior que a doença pulmonar.

**Palavras-chave:** carcinoma neuroendócrino;trato nasossinusal;tumor de pequenas células.



PO501

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****FRATURA DE LARINGE POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA CARVALHO SILVESTRE**COAUTORES:** BRISA JORGE SILVEIRA; JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO; LAISSON RONNAN SILVA DE MELO; LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES; DÉBORA GONÇALVES PEREIRA GUIMARÃES; PAULA CORRÊA COTTA; BÁRBARA ALENCAR SOARES FONSECA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIMONTES - HUCF, MONTES CLAROS - MG - BRASIL. 2. HOSPITAL OTORRINO CENTER, MONTES CLAROS - MG - BRASIL. 3. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA, MONTES CLAROS - MG - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente JSP, 50 anos, compareceu ao serviço de otorrinolaringologia queixando faringalgia e disfonia após acidente de motocicleta ocorrido há três dias. Relata que utilizava capacete no momento do acidente e que a alça ajustável do equipamento havia gerado compressão excessiva na região cervical. Não apresentava queixas respiratórias. Ao exame físico, não foi evidenciada a presença de abaulamentos ou hematomas em região cervical e à palpação não haviam crepitações na região. Solicitada videolaringoscopia (VDL) que evidenciou hematoma em estruturas laríngeas à direita, principalmente em seio piriforme, aritenóide e prega ariepiglótica direitas. As pregas vocais estavam móveis, sendo observada hiperemia e edema leve de prega vocal direita, com a formação de fenda fusiforme posterior. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de pescoço, que mostrou fratura da porção anterior da cartilagem tireoideia, determinando leve redução da coluna aérea local. Além disso, foi evidenciado alargamento do espaço cricótireoideo direito e obliteração do recesso piriforme ipsilateral. Discutido caso com cirurgião de cabeça e pescoço do serviço, foi optada por conduta conservadora e tratamento ambulatorial com prednisolona por sete dias, período no qual o paciente deveria retornar imediatamente se sinais de insuficiência respiratória. Paciente apresentou melhora completa dos sintomas após 15 dias do trauma. Realizou nova videolaringoscopia, que não evidenciou alterações.

**DISCUSSÃO:** A lesão traumática da laringe é pouco comum, ocorrendo predominantemente em pacientes do sexo masculino. Cerca de metade dos pacientes que sofrem trauma laríngeo, evoluem com asfixia no local do acidente. Em alguns casos, a obstrução das vias respiratórias ocorre após um período praticamente assintomático. O mecanismo de trauma mais comum é o penetrante, sendo a maioria causada por projétil de arma de fogo. No traumatismo fechado, que corresponde a cerca de 15% dos casos, o exame físico pode não revelar sinais externos significativos. Um frequente achado ao exame físico são as crepitações, que não foram evidenciadas no paciente deste relato. No atendimento do paciente com sinais de angústia respiratória, preconiza-se o estabelecimento da via aérea, sendo necessária traqueostomia de emergência e abordagem da lesão em bloco cirúrgico. A intubação orotraqueal não está indicada de rotina devido à alteração anatômica secundária ao trauma, que pode tornar a intubação difícil. Se vias respiratórias estáveis, como no caso do paciente do relato, é necessária uma avaliação através da laringoscopia de fibra óptica flexível para avaliar a mobilidade das cordas vocais bem como verificar a existência de lacerações e cartilagem exposta. Se o exame de fibra óptica mostrar hematoma, edema, redução da mobilidade ou outro tipo de distorção, será necessário fazer TC. Se a TC mostrar fratura com deslocamento, o reparo cirúrgico deverá ser realizado. Neste relato, apesar do paciente apresentar alterações à VDL e à TC, optou-se pelo tratamento conservador com corticoide oral devido à estabilidade do quadro e à boa evolução do paciente.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Lesões na laringe são raras. No entanto, é um diagnóstico que deve ser feito prontamente, visto que a identificação e o tratamento precoces levam a melhores resultados. Proteger as vias aéreas é a primeira prioridade, sendo a traqueostomia o método de escolha na grande maioria dos casos. Em pacientes sem comprometimento das vias aéreas, a videolaringoscopia e tomografia computadorizada de pescoço podem determinar quais pacientes necessitarão de reparo cirúrgico da fratura.

Palavras-chave: TRAUMA;LARÍNGEO;DISFONIA.



PO504

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Remissão completa de carcinoma escamoso da conjuntiva após quimioterapia de indução pré-operatória: um relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** DANIEL FERREIRA LANA E SILVA

**COAUTORES:** INGRID DE MORAES RIBEIRO; ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA; LETICIA DE MORY VOLPINI; LUMA MOREIRA DA COSTA; VINICIUS NICKEL; CAROLINA DISCONZI DALLEGRAVE; LEONARDO GUIMARAES RANGEL

**INSTITUIÇÃO:** UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

E.M.C, sexo feminino, 66 anos, sem comorbidades, vem ao ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Pedro Ernesto para consulta de primeira vez em Junho de 2022, referindo lesão exofítica na conjuntiva do olho direito há 8 meses. Foi submetida à biópsia incisional com oftalmologista do município de origem em abril de 2022 com laudo histopatológico de carcinoma espinocelular invasivo, bem diferenciado, infiltrativo.

Ao exame clínico, observava-se lesão exofítica na porção medial e inferior da conjuntiva do olho direito, com acometimento da porção palpebral inferior e extensão até a carúncula.

A tomografia de seios da face e crânio realizada em 04/08/2022 descrevia olho direito com irregularidade do contorno no aspecto anteromedial com abaulamento de partes moles pré-septais e obliteração do tecido subcutâneo do canto medial.

A priori, para garantir margem oncológica, seria necessária a enucleação à direita. De maneira a evitar tal procedimento radical, optou-se, após discussão multidisciplinar com oncologia clínica, oftalmologia, cirurgia de cabeça e pescoço e a própria paciente, pela quimioterapia de indução e posteriormente reavaliação cirúrgica, na tentativa de preservação do órgão. Foi prescrito pelo serviço de oncologia clínica três ciclos de indução, com a associação da Cisplatina e Paclitaxel, com intervalo de 21 dias, término em 10 de outubro de 2022.

Imagem 1: olho direito pré-tratamento, junho/22.

Imagem 2: olho direito pós-quimioterapia, setembro/23.

Os carcinomas da conjuntiva são entidades raras, cuja incidência anual varia entre 0,03-1,9 casos a cada 100.000 pessoas/ano (EUA). Seu principal fator de risco é a exposição a radiação ultravioleta e há ainda associação ao HPV, principalmente subtipos 16 e 18. O carcinoma escamoso é o tumor maligno mais comum da conjuntiva, nessa lesão as células anormais não mais se limitam ao epitélio da conjuntiva, passando agora a invadir o estroma conjuntival. Sua localização mais comumente encontrada é o limbo, na conjuntiva bulbar, sendo raramente encontrado na conjuntiva palpebral ou isolado no epitélio da córnea. O aspecto da lesão é em placa ou em forma de nódulo, exofítica e pedunculada. Dados da literatura indicam que o carcinoma escamoso apresenta baixa probabilidade de metastatizar, contudo pacientes imunodeprimidos apresentam maior risco para tal fato. O seu tratamento padrão-ouro é a excisão cirúrgica com margens de segurança e adjuvância com quimioterápicos tópicos. Porém em casos de doença localmente avançada, pode ser necessário tratamento com quimioterápicos sistêmicos.

O carcinoma escamoso da conjuntiva é uma patologia rara, porém de fácil identificação em exame físico ambulatorial, ressaltando a importância do conhecimento sobre a patologia a fim de acelerar a confirmação diagnóstica por histopatologia. O tratamento na grande maioria dos casos envolve enucleação ou exenteração da órbita, entretanto, no caso em questão houve resposta completa com quimioterapia sistêmica exclusiva, sem sinais de recidiva no período de um ano de follow-up, poupando a paciente de abordagem cirúrgica invasiva. Destaca-se ainda a importância de discussão multidisciplinar dos casos oncológicos em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

**Palavras-chave:** Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Carcinoma escamoso; Conjuntiva e olho.

PO508

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****MELANOMA SURGINDO EM NEVO AZUL EM COURO CABELUDO****AUTOR PRINCIPAL:** NATALIA MELO ABRAHÃO**COAUTORES:** LAÍSA NUNES KATO; VANESSA SILVA SOLEDADE; VALMIR TUNALA JUNIOR**INSTITUIÇÃO:** UBERLÂNDIA MEDICAL CENTER, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL**RELATO DE CASO**

B.A.O, 25 anos, sexo masculino, comparece em consulta com relato de hemangioma em couro cabeludo, desde o nascimento, com crescimento rapidamente progressivo há 5 meses, sem dor importante ou outros sintomas. Ao exame físico identificada lesão amolecida e de coloração azulada. Tomografia de crânio revela formação expansiva no subcutâneo do couro cabeludo em região parietal direita, medindo 4,8 X 3,5 cm com remodelamento ósseo associado.

Realizada resseção cirúrgica, com remoção total da lesão tumoral e manutenção de área descoberta para fechamento por 2ª intenção. Material enviado para anatomopatológico, que resulta “melanoma surgindo em nevo azul”, ulcerado, invadindo até tecido adiposo subcutâneo, com > 45 mm de espessura e margens comprometidas.

Solicitado PET Scan para investigação de metástases, com nódulos pulmonares, lesão hepática, um linfonodo nível V e lesão lítica em L5. Paciente encaminhado ao oncologista, com início de imunoterapia.

**DISCUSSÃO**

O nevo azul representa uma proliferação benigna de melanócitos dérmicos com produção ativa de melanina. Pode ser congênito ou adquirido e é caracterizado como lesão em pápula, placa ou nódulo de coloração azul, afeta majoritariamente a pele, porém pode atingir outros locais. Apresenta-se geralmente como lesão única, assintomática e bem delimitada.

Possui subtipos, como nevo azul comum, que constitui a variante mais comum e caracteriza-se por pequena mácula ou pápula (<0,5 cm); nevo azul celular apresenta maior tamanho e elevação, variando de 1-3 cm; nevo azul combinado, quando há associação do nevo azul com outra população distinta de células névica. Já o nevo azul maligno, é considerado uma variante do melanoma, que possui como característica principal o crescimento súbito de lesões, até então estáveis. Apresenta-se como placas > 3 cm, de superfície irregular e multinodular, mais frequente no couro cabeludo (50% dos casos) e os linfonodos são o principal sítio de metástase. Na maioria dos casos relaciona-se com nevo azul celular e possui prognóstico reservado, devido seu comportamento agressivo. Devido a semelhança clínica e microscópica do nevo azul do subtipo celular com o melanoma, o reconhecimento e diagnóstico precisos são necessários.

O melanoma resulta da transformação do melanócito, ocorrendo em qualquer região onde esta célula está presente, surgindo de lesões melanocíticas preexistentes (30%) ou sem lesão precursora (70%). Tratando-se daqueles que surgem de lesões precursoras, uma pequena parcela advém de nevos azuis, principalmente do subtipo celular e com maior frequência no couro cabeludo. Possui como fatores de risco indivíduos caucasianos e exposição à radiação solar.

Constitui cerca de 5% dos tumores cutâneos malignos, com crescente mortalidade e incidência, sendo responsável pela maioria dos óbitos por câncer de pele, devido seu alto potencial metastático. Assim, quando realizado seu diagnóstico, deve-se procurar por metástases, que são mais frequente na pele, subcutâneo, linfonodos, pulmões, fígado, SNC e ossos; e que se presentes indicam prognóstico ruim, com sobrevida média de 9 meses.

Sobre o diagnóstico, a suspeita se inicia com um exame clínico adequado, confirmando-se com análise anatomopatológica. A cirurgia precoce continua sendo a melhor opção terapêutica, embora a aplicação de outras abordagens têm possibilitado terapias individualizadas e contribuindo para maior possibilidade de cura, tais como a terapia-alvo e a imunoterapia, que estão melhorando a sobrevida de pacientes com doença avançada.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Sabe-se que o câncer de pele é a neoplasia mais comum entre os caucasianos, sendo que sua incidência aumenta, apesar das campanhas de prevenção e cerca de 70% das lesões ocorrem na região de atuação do médico Otorrinolaringologista. Assim, cabe aos profissionais o conhecimento destas afecções para proporcionar ao paciente um diagnóstico certo e precoce, a fim de oferecer tratamento adequado e evitar complicações e disseminação da doença, que se diagnosticada precocemente possui altas chances de cura.

Palavras-chave: Melanoma; Nevo azul; Hemangioma.

PO518

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****Carcinoma papilífero associado a adenoma folicular em tireoide ectópica: um relato de caso****AUTOR PRINCIPAL:** ANTONELLA IRENE BELLEZZA**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, PASSO FUNDO - ARGENTINA**Apresentação do Caso**

Paciente masculino, 53 anos, história médica de dispepsia. Em ressonância magnética da região cervical investigando cervicalgia, foi detectado nódulo indeterminado de 3,8cm em contato com polo inferior esquerdo da tireoide. Em tomografia computadorizada subsequente, identificou-se lesão expansiva nodular inferior ao lobo esquerdo da tireoide, introito mediastinal e região paratraqueal esquerda 3,7x3,3cm. Detectado também nódulo tireoideano em istmo 2,3x1,5cm. Ao ultrassom de tireoide, a lesão mediastinal foi definida como indeterminada, com vascularização periférica e o nódulo na tireoide eutópica TIRADS-4. Realizado PAAF do nódulo: Bethesda II e da lesão mediastinal: negativo para neoplasia. Diante da difícil definição diagnóstica da lesão mediastinal e do achado ultrassonográfico do nódulo, optado por realização de tireoidectomia total, performada sem intercorrências. No mesmo tempo cirúrgico, a lesão mediastinal foi retirada através da pela mesma incisão cervical. A peça evidenciou Carcinoma Papilífero 1,3cm restrito ao parênquima do nódulo direito. A lesão mediastinal mostrou-se compatível com tireoide ectópica com adenoma folicular 5,0x3,3x2,cm.

**Discussão**

Posições ectópicas da tireoide podem ser encontradas desde o forame cego da língua (tireoide lingual – variação mais comum, representando 90% dos casos) até o mediastino (mais raro, 1% dos casos), geralmente ao longa da linha média. Em sua maioria apresentam etiologia embriológica multifatorial. Não raro, encontra-se mais de uma tireoide ectópica. Vários fatores de transcrição, como NKX2-1, PAX8, HHEX e FOXE1 estão envolvidos na embriogênese da tireoide eutópica, bem como, diante de mutações nos genes que os transcrevem, no desenvolvimento de tecido ectópico. Apresenta prevalência de 0,0001 a 0,0003% em indivíduos saudáveis e 0,025% a 0,012% em pacientes com afecções de tireoide. Apresenta distribuição igual entre sexos e o diagnóstico é mais comum entre 40 a 60 anos diante da investigação de doenças tireoideanas. A maioria dos indivíduos são eutireoideos, mas podem desenvolver hipotireoidismo ou, raramente, hipertireoidismo. Em sua maioria, os pacientes apresentam-se assintomáticos, porém pacientes com tireoide mediastinal podem desenvolver tosse seca, dispneia e hemoptise. Alguns raros casos de síndrome da veia cava superior estão descritas na literatura. A maioria dos diagnósticos são acidentais, quando da investigação de doença tireoideana. Quanto ao tipo histológico, raramente as lesões ectópicas apresentam malignidade.

**Comentários Finais**

A tireoide mediastinal, que representa apenas 1% das massas mediastinais, se destaca pelo difícil diagnóstico diferencial das neoplasias de mediastino, como linfoma, timoma e cisto dermoide. Representa rara afecção, de etiologia multigênica e de achado geralmente acidental.

**Palavras-chave:** Tireoide ectópica; Massa mediastinal; Carcinoma papilífero.

**PO538****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****SARCOMA SINOVIAL MONOFÁSICO DE ATM - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** SIMIRAMIS CAROLINE PALMEJANI**COAUTORES:** MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN; MARIA GABRIELA SCARAMUSSA OFRANTI; ANSELMO VAGNER DA SILVA; RODRIGO DOS SANTOS NEVES; JOSE RICARDO GURGEL TESTA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PAULISTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**RELATO DE CASO**

Paciente masculino, 24 anos, compareceu ao hospital A.C. Camargo com otalgia e há 3 anos (inicialmente leve). Diagnóstico inicial de ATM e após 2 anos foi submetido a cirurgia devido a deslocamento de disco de ATM, manteve algia. PAAF: Schwanoma, repetido exame e constatado sarcoma condroblástico. EF: cicatriz retroauricular E, abaulamento da região parotídea E, extremamente doloroso a palpação, com limites imprecisos e trismo acentuado. Otoscopia: lesão avermelhada ocupando a porção anterior do conduto acústico externo (CAE) próximo a membrana timpânica. Audiometria: perda auditiva neurosensorial leve em agudos; RNM e TC: tumor de partes moles em região retromandibular E, ao nível da ATM, infiltrando osso e circulando a mandíbula em 180°; comprometimento de CAE esquerdo com destruição óssea petrosa. Imunohistoquímico (revisão de lâmina): Sarcoma Sinovial Monofásico Fibroso.

Em junho de 2023 foi submetido a cirurgia de Parotidectomia total E + mastoidectomia + secção e reconstrução do nervo facial + ressecção de tumor infratemporal + reconstrução de defeito com retalho de músculo grácil + tarsorrafia a esquerda. Após, radioterapia adjuvante seguida de quimioterapia com Ifosfamida e Epirubicina (ainda em seguimento). Apresentou radiodermite grau I em região irradiada, alteração de paladar e dor a mastigação.

**DISCUSSÃO**

O propósito desse artigo é relatar um caso de sarcoma sinovial monofásico em uma de suas formas mais raras.

O Sarcoma sinovial (SS) é uma neoplasia maligna rara. Afeta mais os homens jovens, possui evolução lenta e é oligo ou assintomático. Pode gerar metástases e apresenta altas taxas de recidiva. Os tipos histológicos mais comuns são o monofásico, bifásico e pouco diferenciado, sendo o primeiro confundido com fibrossarcoma. No caso, o paciente apresentou uma forma mais rara do tumor, pois o SS afeta mais os membros inferiores. Quando o SS acomete a região de cabeça e pescoço, a preferência é pela hipofaringe, sendo uma raridade atingir cavidade oral ou maxilofacial. De acordo com a literatura, um quadro oligossintomático gera atraso na busca de atendimento especializado, fato que aconteceu com o paciente em questão. O resultado da biópsia após PAAF caracterizando Schwanoma e posteriormente condrossarcoma, consistiu em uma falha comum no diagnóstico, uma vez que a morfologia do tumor é muito variável, tornando-se um diagnóstico confuso e difícil. Estas patologias consistem em diagnósticos diferenciais do SS monofásico, assim como o fibrossarcoma, entre outros. Fatores como tamanho e invasão de partes ósseas ou neurovasculares são as piores características para a sobrevida do paciente. No caso descrito, o paciente apresentou tais sinais somado ao fato do tumor localiza-se em área incomum, ser do sexo masculino, apresentar manipulação prévia, margens comprometidas e variação monofásica, o que piora o prognóstico. O Tratamento inicial proposto foi ao encontro da literatura e consistiu na ressecção cirúrgica ampla seguida pela radio e quimioterapia adjuvante.

**CONCLUSÕES FINAIS**

O sarcoma sinovial monofásico é uma neoplasia maligna rara e sua presença em região da ATM acentua tal rareza. O diagnóstico é realizado com ajuda da RNM e anatomopatológico, porém costuma ser tardio, confuso e de difícil exatidão devido a semelhança com outros tumores. Métodos diagnósticos precisos são importantes para um diagnóstico precoce e correto, melhorando o prognóstico do paciente.

Palavras-chave: sarcoma sinovial; neoplasia de cabeça e pescoço; tumor raro.

PO541

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****FÍSTULA FARINGOCUTÂNEA PRECOCE EM LARINGECTOMIA TOTAL SECUNDÁRIA A INGESTÃO DE BISCOITO POR VIA ORAL - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** DANIEL SIQUEIRA SILVA**COAUTORES:** CAROLINA DISCONZI DALLEGRAVE; JASMIN DEZOTTI LOVISI; LUMA MOREIRA DA COSTA; ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA; LETICIA DE MORY VOLPINI; INGRID DE MORAES RIBEIRO; LEONARDO GUIMARAES RANGEL**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - HUPE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

Paciente masculino, 56 anos, hipertenso e tabagista 80 maços-ano, foi submetido à laringectomia total com esvaziamento cervical bilateral por carcinoma espinocelular (CEC) glótico T4N1M0 em 14/06/2023, sem intercorrências, nutrindo por sonda doobhoff.

No terceiro dia de pós operatório, o paciente ingere cerca de 3/4 de um pacote de biscoito salgado fora da supervisão de enfermagem. Evolui instantaneamente com formação de fístula faringocutânea e exteriorização de massa dos biscoitos ingeridos pela ferida operatória cervical esquerda e pelo traqueostoma [imagem 1].

As condutas tomadas foram expor novamente ao paciente e as melhores formas de se lidar com o pós operatório, instituição de antibioticoterapia e irrigação generosa do trajeto da fístula para retirada de dejetos residuais, com irrigação diária desde então.

O paciente foi mantido internado com irrigação diária de trajeto da fístula por 21 dias, até que foi indicada reabordagem da ferida operatória. Em 05/07 houve nova cirurgia com reavivamento dos bordos de ferida cervical, orientação de fístula para melhor controle e resolução, além de reavivamento dos bordos do traqueostoma que corria risco de desabamento.

O paciente evoluiu de forma muito satisfatória à reabordagem, com redução de débito da fístula e subsequente alta hospitalar em duas semanas. Segue em acompanhamento ambulatorial do serviço.

Após avaliação da psiquiatria no caso, o paciente foi diagnosticado com ansiedade e abstinência ao tabagismo, fatores que podem ter apresentado relação com a atitude de consumir alimentos por via oral mesmo com repetidas adversões quanto aos cuidados em pós operatório. A irrigação precoce de trajeto da fístula somados à reabordagem no momento oportuno foram cruciais para resolução da fístula e prevenção de novas complicações da cirurgia, como desabamento do traqueostoma e infecção da fístula.

O alimento foi adquirido por meio de uma visita, sem consentimento da equipe de enfermagem. Acolher o paciente e a rede de apoio é fundamental para o melhor desfecho do pós operatório.

O tratamento de neoplasias malignas de laringe apresentam importante impacto físico e psicológico no paciente. É imprescindível que o acompanhamento seja conjunto com psicologia, fonoaudiologia e nutrição para melhor seguimento.

No caso de complicação por fístula faringocutânea, a detecção precoce e adoção de medidas conservadoras é essencial, assim como a indicação de reabordagem cirúrgica caso as medidas conservadoras não se mostrarem resolutivas,

Palavras-chave: Fístula faringocutânea;laringectomia total;Neoplasia maligna de laringe.

**PO552****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****CARCINOMA ESPINOCELULAR DE RINOFARINGE EM PACIENTE COM HIPOCAUSIA DE LONGA DATA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ANA PAULA DIAS SOUTO SCHMITZ**COAUTORES:** JOSE SPECK FILHO; PEDRO MONTEBELLER; PEDRO SAMPAIO ALMEIDA**INSTITUIÇÃO:** IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Paciente, JPI, 75 anos, branco, hipertenso e dislipidêmico, ex tabagista 20 maços-ano compareceu em primeira consulta no nosso ambulatório devido à nódulo cervical à esquerda há cerca de 4 meses. quando questionado, referiu e epistaxe intermitente por fossa nasal esquerdo há 6 meses. fazia uso de AASI, também à esquerda, por hipoacusia e plenitude aural unilateral há 12 meses. A despeito do uso da prótese, paciente progrediu com piora das queixas auditivas.

Ao exame, apresentava lesão nodular fixa de aproximadamente 5cm, indolor, lisa e endurecida em nível IIa/IIb. À nasofibrolaringoscopia, observamos lesão úlcero-infiltrativa, friável de cerca de 1x1cm em parede póstero-lateral esquerda e teto de rinofaringe.

Diante da alta suspeita de lesão maligna, realizamos tomografia de face e pescoço com contraste de urgência pelo pronto-socorro da otorrino e identificamos lesão expansiva sólida em rinofaringe esquerda com obliteração de recesso lateral com realce irregular do tórus tubário até o limite com a orofaringe e aumento dos linfonodos níveis II e V, mastoidopatia esquerda e velamento de seios paranasais esquerdos.

Ainda na primeira consulta, realizamos biópsia da lesão. no retorno, 3 semanas após, anatomopatológico confirmou a suspeita de carcinoma de células escamosas de rinofaringe invasivo não ceratinizante - ebv+ (kl-67+/p16-/p63+).

Neoplasias de nasofaringe são frequentemente diagnosticadas no consultório otorrinolaringológico. A epidemiologia aponta para tabagismo, etilismo, sexo masculino, etnia branca e idade maior que 50 anos como fatores de risco. Ademais, o carcinoma espinocelular encabeça a lista como subtipo mais frequente em até 95% dos casos de nasofaringe.

A peculiaridade do caso exposto, reside na primeira queixa apresentada pelo paciente ter sido plenitude aural unilateral. motivo que fez o paciente procurar atendimento especializado pela primeira vez, 12 meses antes do diagnóstico. o segundo sinal apresentado, foi epistaxe autolimitada recorrente unilateral, 6 meses após a primeira queixa, seguida de linfonodomegalia cervical ipsilateral, que o fez buscar novamente atendimento, desta vez no nosso serviço.

O atraso no diagnóstico de tumores de nasofaringe é fator fundamental de mau prognóstico nestes doentes visto que acaba por comprometer as terapêuticas possíveis e, consequentemente, reduzir a sobrevida e aumentar a morbimortalidade dos doentes.

Dispor de nasofibroscopia, tomografia computadorizada de urgência e expertise para realização de biópsia em ambulatório já na primeira consulta foram fatores importantes no estabelecimento do diagnóstico de uma doença grave com a maior brevidade possível. compreendemos que nem todo serviço possui a mesma tecnologia dura à disposição, mas o encaminhamento destes doentes como prioridade deve ser feito sempre que houver suspeita de doença maligna, especialmente de rinofaringe.

O paciente em questão foi vinculado às equipes de CCP e radioterapia e segue em acompanhamento na otorrinolaringologia.

Palavras-chave: hipoacusia;câncer de rinofaringe;diagnóstico.

PO565

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****LARINGECTOMIA E RECONSTRUÇÃO ESOFÁGICA COM ALÇA DE JEJUNO: relato de caso****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS MENDES SOARES**COAUTORES:** PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA; BETHINA SILVA BARRETO; CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO; AMANDA LARISSA KADOR ROLIM; BEATRIZ REZENDE MONTEIRO; PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA; CHRISTIANE RIBEIRO ANIAS**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Apresentação do Caso:**

O carcinoma espinocelular de laringe é uma neoplasia maligna que afeta a laringe, uma estrutura importante para a fonação e respiração. O tratamento usual para essa condição inclui terapias como quimioterapia e radioterapia, e, em casos de recidiva, pode ser indicada a cirurgia de resgate, como a laringectomia. Apresentamos aqui um caso clínico de um paciente diagnosticado com carcinoma espinocelular de laringe, com uma recidiva local após tratamento inicial e a subsequente evolução clínica.

O paciente em questão é um homem com histórico de carcinoma espinocelular de laringe diagnosticado em outubro de 2016. Na época, o tratamento recomendado consistiu em quimioterapia à base de CDDP (cisplatina) em três ciclos, associada à radioterapia, que foi concluída em maio de 2017. O paciente inicialmente respondeu bem a essa abordagem terapêutica e permaneceu em acompanhamento regular.

Entretanto, após um período de seis anos de remissão, o paciente desenvolveu uma disfonia progressiva, levando à suspeita de recidiva. Exames complementares, incluindo uma nova biópsia em maio de 2022, confirmaram a recidiva local do carcinoma espinocelular de laringe.

O paciente também tinha comorbidades, incluindo hipertensão arterial sistêmica (HAS) controlada com Hidroclorotiazida e Losartana, além de asma brônquica. Diante da recidiva, foi indicada uma cirurgia de resgate com laringectomia total, uma intervenção que o paciente recusou devido ao temor de viver com uma mutilação permanente.

Com o agravamento da disfonia e o surgimento de disfagia para sólidos, o paciente decidiu procurar tratamento cirúrgico. Em fevereiro de 2023, uma tomografia computadorizada (TC) de pescoço revelou um espessamento assimétrico da região glótica, mais pronunciado na comissura anterior e à direita, sem presença de linfonodomegalias. Uma TC de tórax realizada na mesma data não apresentou sinais de doença metastática pulmonar.

Dado o estagio evolutivo da doença, foi proposta uma cirurgia de resgate, envolvendo a remoção do tumor, reconstrução com alça de jejuno e enterectomia segmentar com anastomose término-terminal. A cirurgia foi realizada no início de agosto de 2023, e o paciente foi transferido para uma unidade de terapia intensiva (CTI) para monitoramento pós-operatório.

**Discussão:**

A decisão de realizar a cirurgia de resgate foi motivado pela ausência de metástases a distância, bem como a expectativa curativa do tratamento. No entanto, o curso pós-operatório do paciente foi complicado por várias razões.

Primeiramente, houve a ocorrência de choque séptico de foco pulmonar, exigindo o uso de antibióticos de amplo espectro (meropenem e vancomicina) para tratamento. A persistência da infecção apesar do tratamento agressivo sugere uma vulnerabilidade imunológica do paciente, possivelmente relacionada à neoplasia subjacente e ao tratamento prévio.

Em seguida, cerca de 15 dias após a cirurgia, o paciente apresentou hemorragia no sítio cirúrgico, levando à realização de cervicotomia exploradora e faringostomia, além do fechamento do esôfago cervical com gastrostomia devido à perda do enxerto.

**Comentários Finais:**

Infelizmente, o paciente veio a óbito no final de agosto de 2023 devido ao choque séptico e às complicações associadas à cirurgia de resgate. Este caso destaca os desafios enfrentados no tratamento de recidivas de carcinoma espinocelular de laringe e ressalta a importância da avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios das opções terapêuticas disponíveis. Além disso, enfatiza a necessidade de um acompanhamento próximo e multidisciplinar desses pacientes, especialmente quando se consideram intervenções cirúrgicas menos convencionais.

Este relato de caso serve como um lembrete das complexidades envolvidas no tratamento de cânceres de cabeça e pescoço e destaca a necessidade contínua de pesquisa e desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes para pacientes com recidiva da doença.

**Palavras-chave:** Carcinoma de Laringe; Laringectomia; Cirurgia de Resgate.



PO572

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Tireoidectomia devido à neoplasia maligna de glândula tireoide na população pediátrica no Brasil entre 2018 a 2022

**AUTOR PRINCIPAL:** INGRI ROCHAEL AGUIAR XISTO BRITO

**COAUTORES:** MATHEUS SANTOS VICENTE DIAS; LÍVIA THABATA DE OLIVEIRA; CÉSAR ROMERO ANTUNES JÚNIOR; AGNEL TEIXEIRA DOS SANTOS JÚNIOR

**INSTITUIÇÃO:** 1. MEDICINA FTC, SALVADOR - BA - BRASIL2. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL3. UNEB, SALVADOR - BA - BRASIL

**Introdução:** O câncer de tireoide em crianças e adolescentes é considerado o câncer endocrinológico mais comum na faixa etária. No Brasil, a neoplasia da tireoide pode ser considerada a mais comum da região da cabeça e pescoço, sendo três vezes mais incidente nas mulheres. As crianças geralmente manifestam a neoplasia pela presença de nódulo tireoidiano e pode apresentar linfonodomegalia isolada e aumento do volume tireoidiano. Para realizar o diagnóstico de carcinoma de tireoide utiliza-se punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia. O tratamento cirúrgico consiste em tireoidectomia total (TT), associada ou não à ressecção de linfonodos. Pode ser necessário a utilização de radioiodoterapia com Iodo 131 e supressão do hormônio estimulante de tireoide (TSH) dependendo do estadiamento e risco de recorrência.

**Objetivo:** Descrever os dados referentes à tireoidectomia devido à neoplasia maligna da glândula tireoide na população pediátrica nos anos de 2018 a 2022.

**Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico observacional com dados secundários do Tabnet DATASUS referentes ao número de tireoidectomia devido à neoplasia maligna da glândula tireoide da população pediátrica nos anos de 2018 a 2022 no Brasil. A filtragem foi feita a partir das variáveis: região de residência, faixa etária (0-19 anos), sexo, modalidade terapêutica (cirurgia) e período entre 2018 a 2022. Resultados: os dados demonstraram a ocorrência de 295 tireoidectomias devido à neoplasia maligna da glândula tireoide na população pediátrica no Brasil, sendo que 55 cirurgias foram realizadas no sexo masculino e 240 no sexo feminino, numa porcentagem de 81,35% casos a mais. Dentre os dados estudados referentes às regiões do país, apresentou como destaque o Sudeste com o maior número de pacientes que necessitaram de tireoidectomia e a região Norte com o menor número de procedimentos.

**Discussão:** Das 295 tireoidectomias realizadas no período estudado na população pediátrica, 81,35% dos procedimentos foram realizados no sexo feminino, e os outros 18,65% no sexo masculino, o que corrobora com os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA - 2014) em afirmar ser três vezes mais incidente a neoplasia de tireoide nas mulheres, sendo o quinto tumor mais frequente entre as mulheres e o décimo entre os homens. O maior número de tireoidectomias foi realizado em pacientes da região Sudeste, numa porcentagem de 40%, o que condiz com o fato de ser a região mais populosa do país. A respeito dos anos analisados no estudo, no período de 2019 houve um maior número de tireoidectomias devido ao câncer, sendo uma porcentagem de 23,05% do total desse procedimento cirúrgico realizado no recorte de 5 anos.

**Conclusão:** Foi possível analisar um maior número de tireoidectomia na população pediátrica no sexo feminino, bem como a liderança da região Sudeste em relação ao número de casos, sendo 2019 o ano com mais casos dentre os analisados. Assim, são necessárias estratégias em saúde com o objetivo de melhorar o acesso ao diagnóstico precoce para a população pediátrica a fim de obter melhores respostas terapêuticas e uma redução da mortalidade.

**Palavras-chave:** Tireoidectomia ;neoplasia de tireoide ;população pediátrica.

**PO596****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****RESSECÇÃO COMPLETA DE VOLUMOSO SCHWANNOMA DE PLEXO BRAQUIAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** IINGRID DE MORAES RIBEIRO**COAUTORES:** DANIEL FERREIRA LANA E SILVA; ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA; VINICIUS NICKEL; DANIEL SIQUEIRA SILVA; JASMIN DEZOTTI LOVISI; PEDRO HENRIQUE ESTEVES GONÇALVES; LEONARDO GUIMARAES RANGEL**INSTITUIÇÃO:** UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

A.F.S, sexo masculino, 75 anos, hipertenso, com história de IAM prévio, comparece ao ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Pedro Ernesto para consulta de primeira vez em Abril de 2022 referindo abaulamento em região cervical posterior à direita há 4 anos. Negava alteração de mobilidade de membro superior ou qualquer outra queixa local.

Ao exame clínico, observava-se massa cervical à direita, móvel, indolor à palpação, sem alteração de sensibilidade ou força em membros superiores.

A Ressonância magnética de pescoço realizada em 17/08/2021 com gadolínio demonstrava volumosa formação expansiva sólida de contornos lobulados e limites definidos, com captação irregular pelo meio de contraste, medindo aproximadamente 14,4 x 13,5 x 11,2 cm situada na região cervical posterior à direita, estendendo-se inferiormente à região retropeitoral/infraclavicular e insinuando-se posteriormente entre os músculos supraespinhoso e trapézio.

O paciente foi submetido à core biopsy da lesão em Janeiro de 2023 com laudo histopatológico de neoplasia fusocelular com microcalcificações, sem atipias, mitose e necrose compatível com neurinoma/Schwannoma.

Foi realizada cirurgia para ressecção completa da lesão em 22 de março de 2023 pela equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço com auxílio da equipe da Ortopedia do Hospital Estadual Pedro Ernesto. Cirurgia realizada com dissecação microcirúrgica e preservação de plexo braquial.

Paciente evoluiu em pós-operatório imediato sem limitação para mobilidade de membro superior direito, apresentando escápula alada à direita. Em cinco meses de follow up sem sinais de recidiva local, em boa recuperação pós operatória. Apresenta laudo histopatológico de peça cirúrgica: Schwannoma com alterações degenerativas, margens livres.

**DISCUSSÃO**

Schwannomas são massas encapsuladas, benignas e de crescimento lento, originadas das células de Schwann. Tipicamente o crescimento é indolente e se apresenta como massa única, indolor e assintomática, de formato arredondado, oval ou plexiforme. Embora raro, é o tumor benigno mais comum da bainha dos nervos periféricos. Ocorre mais comumente na cabeça e no pescoço, o membro superior é acometido em até 19% dos casos e apenas cerca de 5% dos Schwannomas se apresentam como tumores do plexo braquial.

A clínica mais comumente observada no Schwannoma de plexo braquial é tumefação na região supraclavicular, podendo existir ou não evidências de lesão nervosa no membro afetado, como dor, fraqueza, dormência e parestesias.

Os principais métodos diagnósticos são a ressonância magnética e tomografia computadorizada contrastada no pré-operatório e o exame histopatológico no transoperatório ou no pós-operatório, para diagnóstico de certeza.

O diagnóstico precoce e a excisão tumoral completa constituem o tratamento de escolha dos tumores de bainha nervosa. Déficits motores ou sensoriais no pós-operatório não são raros, alguns déficits regredem depois de certo período, enquanto outros persistem.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O Schwannoma de plexo braquial é uma patologia de difícil diagnóstico, apresentando-se como um desafio terapêutico para os cirurgiões devido à sua raridade e localização anatômica complexa. Destaca-se como um possível diagnóstico diferencial de massas cervicais e supraclaviculares, podendo ser confundido com linfadenopatias, lipomas, angiomas e outras anormalidades, ressaltando a importância da análise cuidadosa do quadro clínico e estudos de imagem. No caso em questão foi possível a preservação do plexo braquial apesar das grandes dimensões da lesão, possibilitando boa recuperação pós-operatória e preservação da mobilidade do membro superior do paciente em questão.

Palavras-chave: Schwannoma de plexo braquial; massa cervical; ressecção de Schwannoma.

PO599

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA DE CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE****AUTOR PRINCIPAL:** SAMUEL SERPA STECK**COAUTORES:** JOSÉ HIGINO STECK; PAULA SREBERNICH PIZZINATO; ERIVELTO MARTINHO VOLPI; LEONARDO GUIMARAES RANGEL; LEONARDO DE MOURA VOLPI**INSTITUIÇÃO:** 1. UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL2. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL3. CLÍNICA HIGINO STECK, CAMPINAS - SP - BRASIL4. HOSPITAL OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO - SP - BRASIL5. UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL6. SANTA CASA DE SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Título:** ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA DE CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE**Autores:** Samuel Serpa Steck - Clínica Higino Steck / Unesp; José Higino Steck - Clínica Higino Steck / Unicamp; Paula Srebernich Pizzinato; - Clínica Higino Steck; Erivelto Martinho Volpi – Hospital Oswaldo Cruz; Leonardo Guimarães Rangel – UERJ; Leonardo de Moura Volpi – Santa Casa de SP.

**Apresentação do caso:** Paciente A.M.M, 52 anos, sexo feminino, tabagista, com achado de nódulo tireoidiano. Foi realizada ultrassonografia Doppler da região cervical e identificado nódulo no terço inferior do lobo tireoidiano esquerdo medindo 1,2 cm em seu maior eixo, sólido, hipoeecóico, bem delimitado com calcificações grosseiras e vascularização mista e elastografia de aspecto suspeito. Foi submetida à Aspiração por Agulha Fina (PAAF) com suspeita de Carcinoma Papilar (Bethesda V) e Core Biopsy com agulha TruCut, corroborando o diagnóstico. Devido ao alto risco cirúrgico, optou-se pela realização de Radiofrequência, técnica menos invasiva. Houve diminuição significativa do nódulo após 11 meses (0,8 cm em seu maior eixo), mas não total, impossibilitando garantir a ausência de tumor residual. Optou-se então pela tireoidectomia total. O exame anatomopatológico evidenciou ausência de tumor residual, demonstrando que apesar da não redução total do nódulo, houve cura com o procedimento inicial de radiofrequência. Paciente segue acompanhamento regular, sem novas recidivas.

**Discussão:** O câncer de tireoide ocorre em 5 a 10% dos casos de nódulos diagnosticados, sendo a maioria representada por carcinomas bem diferenciados. Apesar de prevalente e com bom prognóstico, o tratamento ideal ainda é controverso. Atualmente, existem novas técnicas menos invasivas para o tratamento destes nódulos sólidos preferencialmente benignos, como a ablação por radiofrequência guiada por ultrassom, mas também está sendo cada vez mais testada em micronódulos malignos. Ainda há discussão em torno dessa técnica devido a controvérsias quanto à eficácia em longo prazo. Considerando o relato de caso, ficou demonstrada a real eficácia da radiofrequência na redução do volume dos nódulos tireoidianos em longo prazo, independentemente do seu diagnóstico anatomopatológico, em consonância com estudos anteriores. Evidências consistentes da eficácia clínica da ablação por radiofrequência em nódulos benignos da tireoide foram fornecidas além de um estudo randomizado com 200 pacientes que também demonstrou redução significativa e persistente no volume dos nódulos tratados com esse método. Ressalta-se que no caso de nódulos malignos, para a utilização da mesma técnica, são necessários alguns critérios de inclusão, evitando recorrências tumorais como nódulo único, pequeno, sem envolvimento da cápsula tireoidiana e sem metástases. Também estão incluídos pacientes com contraindicações formais para procedimentos cirúrgicos.

**Comentários finais:** A ablação por radiofrequência, apesar de ser uma técnica nova e já consolidada para o tratamento de tumorações benignas da tireoide, também pode ser uma boa opção de tratamento para nódulos malignos. No caso clínico apresentado ficou evidenciada sua eficácia. Novos estudos, com casuísticas maiores, entretanto, são necessários para elucidar o tamanho dos nódulos que poderiam ser submetidos de forma segura a este tipo de procedimento.

**Palavras-chave:** CÂNCER DE TIREOIDE;ABLAÇÃO;RADIOFREQUÊNCIA.

PO611

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS A NEOPLASIA MALIGNA DE LARINGE NO BRASIL E REGIÕES PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENTRE 2013 A 2022

**AUTOR PRINCIPAL:** SANDERSON ENDREW GOMES LEÃO

**COAUTORES:** FLÁVIA MESQUITA COSTA BRAGA; RODRIGO MESQUITA COSTA BRAGA; JAIR DE SOUZA BRAGA FILHO

**INSTITUIÇÃO:** 1. HUPES - UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL2. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL3. FMB - UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivos:** Descrever e avaliar, ao longo dos últimos 10 anos, a evolução do perfil epidemiológico dos diagnósticos de neoplasia maligna de laringe nas regiões do Brasil.

**Métodos:** O seguinte estudo é caracterizado por uma análise epidemiológica descritiva do perfil clínico relacionado ao diagnóstico de neoplasia maligna de laringe (CID 10 - C32) em nível Brasil e suas cinco regiões. Para isso, foram utilizados dados secundários colhidos do departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando os seguintes critérios, por região de origem do diagnóstico: ano do diagnóstico, sexo, faixa etária, modalidades terapêuticas e estadiamento clínico.

**Resultados:** De 2013 a 2022, foram realizados 45.193 diagnósticos de neoplasia maligna de laringe, cadastrados sob o CID 10 - C32, nos serviços públicos do Brasil. Entre as regiões, a Sudeste realizou 20.245 dos diagnósticos (44,80%), seguida do Nordeste com 25,02%, enquanto a região Norte apresentou o menor número (3,35%). Quanto ao sexo, houve uma predileção pelo sexo masculino, correspondendo a 85,90% do total de diagnósticos. Em relação as faixas etárias, as idades de 55 a 69 anos foram as mais acometidas, representando juntas 53,90%, tendo a maior incidência registrada entre 60-64 anos. Não obstante, os pacientes menores de 40 anos foram os menos afligidos (2,00%). No tocante às modalidades terapêuticas, excetuando-se os pacientes sem informações acerca do tratamento, tem-se a intervenção cirúrgica ocupando o procedimento de escolha na maioria dos casos, com 39,28% do total. Em ordem decrescente, temos a radioterapia (35,03%), quimioterapia (23,53%) ou mais de um tratamento (2,16%). Contudo, ao compararmos os cinco primeiros anos, vemos que, entre 2013-2017, a radioterapia apresentou maior frequência com 41,90% e a cirurgia com 29,87%, ao passo que, de 2018 a 2022, há uma mudança no padrão encontrado com 46,63% ocupado pela modalidade cirúrgica, enquanto a radioterapia ficou com 29,67%. No tangente ao estadiamento, entre as 04 modalidades de classificação, no momento do diagnóstico, T4 representou 39,45%, seguindo por T3 com 30,99%.

**Discussão:** Quanto à incidência de novos casos, é possível perceber que a região Sul, apesar de ter uma população menor que a do Nordeste, apresenta 20,52% do total de diagnósticos. Tal fato pode ser justificado tanto pelo fato de hábitos culturais – é a região com maior prevalência de tabaco diário, 17,4% contra 13,9% do Nordeste, e também pelo fato de maior cobertura de atenção básica/estrutura médica que possibilite maior eficácia no diagnóstico. O maior acometimento predominante no sexo masculino, por sua vez, encontra-se associado ao fato de que, culturalmente, os homens são os maiores consumidores dos principais produtos considerados fatores de risco para esse tipo de neoplasia: o álcool e o tabaco. No tocante à modalidade de tratamento, houve um aumento significativo no número de cirurgias realizadas, dado que pode estar relacionado tanto a maior disponibilidade de tratamento/leitos destinados à especialidade responsável, quanto a melhorias no padrão de notificação, a partir do ano de 2018.

**Conclusão:** Diante do quantitativo de diagnósticos realizados nos últimos 10 anos, o estudo demonstrou que quase metade ocorreu só na região Sudeste, sendo muitos realizados em estágios mais avançados da doença. Essa discrepância reforça a necessidade de aperfeiçoar e estimular tanto o diagnóstico precoce – maiores investimentos em redes de atenção básica e hospitalares – quanto o serviço de notificações das outras regiões do país, especialmente a região Norte. Para além de melhorias na prevenção secundária, faz-se necessário maiores estímulos estratégias de prevenção primária, a fim de reduzir a elevada incidência no sexo masculino, haja vista que, culturalmente, estes são os mais propensos a exposição aos principais fatores de risco.

**Palavras-chave:** Neoplasia de Laringe; DATASUS; Perfil Epidemiológico.

PO617

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****ONCOCITOMA DE PARÓTIDA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO**COAUTORES:** ANTONELLA IRENE BELLEZZA; RODOLFO WERMANN; PAULO HENRIQUE SINGER DICK; AMANDA ZANFERRARI; ÉDINA STARCK; LILCIA HELENA DE BRITTO MEDEIROS; ANDRÉ ROBERTO MOZZINI**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, PASSO FUNDO - RS - BRASIL

Paciente R.R.V, 63 anos, sexo masculino, ex-tabagista, sem outras comorbidades, com história de aumento de volume em topografia de glândula parótida esquerda há aproximadamente 2 anos, evoluindo com aumento progressivo e dor. Nega febre, perda de peso ou sudorese. Ao exame físico apresentava nódulo em região de parótida esquerda de aproximadamente 3cm em seu maior diâmetro, fibroelástico e móvel à palpação, ausência de linfonodomegalia cervical. A Tomografia Computadorizada com contraste endovenoso demonstrou glândula parótida esquerda exibindo lesão nodular em seu lobo superficial, heterogênea às custas de componentes sólidos e císticos/necrose, com realce globuliforme, bem delimitada, medindo 2,7x1,6 cm nos maiores eixos axiais e 3,5 cm no maior diâmetro longitudinal, ausência de linfonodomegalia cervical. O material obtido na punção aspirativa por agulha fina consistiu em proliferação de células oncocíticas sem atipias, ausência de necrose ou mitoses na amostra. O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico, consistindo em parotidectomia parcial e reconstrução com retalho miocutâneo de esternocleidomastóide. O estudo anatomopatológico da lesão consistiu em Oncocitoma – ausência de mitoses, necrose, invasão capsular ou angiolinfática, o paciente segue em follow-up de 9 meses sem sinais de recidiva.

Neoplasia oncocítica consiste em um grupo raro de tumor de glândula salivar, considerado benigno pela maioria dos autores, no entanto, alguns casos de tumores malignos foram relatados. Sua incidência é de aproximadamente 1% das neoplasias de parótida, acometendo mais adultos na 8ª década de vida com uma predominância discreta pelo sexo feminino. Histologicamente é composto por um tipo característico de células chamadas onócitos e é classificado em 3 tipos: oncocitoma, carcinoma oncocítico e oncocitose. Frequentemente são assintomáticos, bem circunscritos, solitários e indolores; raramente ocorre desconforto ou dor. Os principais diagnósticos diferenciais são: adenoma pleomórfico com foco foco oncocítico e o carcinoma de células acinares. A parotidectomia total ou parcial consiste no tratamento de escolha e a taxa de recidiva relatada é de menos de 20%.

O oncocitoma de glândulas salivares é um tumor raro, acomete mais a parótida, consiste na maioria das vezes em um nódulo bem delimitado, indolor, fazendo diagnóstico diferencial com o adenoma pleomórfico. A investigação inicial é através de exame de imagem e punção aspirativa por agulha fina e o tratamento definitivo é cirúrgico

Palavras-chave: Oncocitoma;Tumor de parótida;Neoplasia de glândula salivar.

PO624

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Relato de Caso: Carcinoma ex-adenoma pleomórfico com componente intracapsular de carcinoma do ducto salivar em glândula submandibular

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA LUIZA ROHR ZANON

**COAUTORES:** WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA; PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA; AMANDA THIEMY MANO SHIMOHARA; JOAO ARMANDO PADOVANI JR.

**INSTITUIÇÃO:** FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DE CASO:**

Paciente sexo feminino, 74 anos, com queixa de nódulo cervical a esquerda com início há 2 anos associada a otalgia reflexa ipsilateral. Em consulta, apresentava tumoração de 10cm x 7cm, em área lb a esquerda, de consistência fibroelástica, indolor a palpação. Em exame de ultrassonografia cervical apresentava lesão sólido-cística na topografia da glândula submandibular a esquerda, predominantemente sólida, heterogênea, de contornos lobulados e margens definidas, com focos de macrocalcificações de permeio e vascularização central e periferia ao estudo Doppler, que mediu 8,2 x 4,3 x 3,5 cm nos seus maiores eixos. Em punção por agulha fina apresentava aspecto sugestivo de neoplasia primária de glândula salivar do tipo adenoma pleomórfico. Realizada então submandibulectomia esquerda. Em anatomopatológico associado a imunohistoquímica, houve positividade para mutação em proteína p16, citoceratinas de 40,48,50 e 50,6 kda, além de positividade para proteína s-100, calponina, receptor de andrógeno e mamaglobina. Concluído então, diagnóstico de carcinoma ex-adenoma pleomórfico (CEAP), com componente intracapsular de carcinoma do ducto salivar (CDS). Paciente foi então encaminhada a radioterapia adjuvante.

**DISCUSSÃO**

O Carcinoma ex-adenoma pleomórfico (CEAP) é um tumor maligno raro derivado do adenoma pleomórfico. Representa cerca de 3%-5% de todas as neoplasias das glândulas salivares, sendo que destas apenas 18% são de glândula submandibular (Oscar et al., 2016; Hu et al., 2016; Ye et al., 2016). Os fatores de risco para a transformação maligna incluem origem da neoplasia na glândula submandibular, idade mais avançada (média de 61 anos) do paciente e maior tamanho da neoplasia (de Brito et al., 2016; Hu et al., 2016; Seethala & Stenman, 2017).

Quando se trata de mutação em imunohistoquímica (IHQ), p53 (proteína supressora de tumores), Ki-67 (marcador celular de proliferação) foram os mais correlacionados ao CEAP (Ferreira et al., 2014).

Quanto aos CDS, sua prevalência gira em torno de apenas 1 a 3% dos tumores de glândula salivar, sendo que destes, os de glândula submandibular representam a minoria dos casos. Os fatores de pior prognóstico dos CDS correspondem à localização em glândula submandibular, tamanho tumoral maior que 3cm, margens infiltradas e metástase a distância. Em IHQ, a positividade para receptor de andrógenos é de cerca de 70%, seguida de HER2 com 25%. (Matiello et al., 2021)

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

Nota-se que dos fatores de risco relatados as doenças de enfoque, o caso descrito inclui idade avançada, tamanho tumoral e localização em glândula submandibular. Além disso, quanto às mutações mais frequentes em literatura, o caso incluía proteína p16 e receptor de andrógeno.

O caso descrito acima tem suma importância visto que aborda o diagnóstico de duas entidades oncológicas raras isoladamente, sendo que, em literatura, a coexistência de tais doenças em glândula submandibular ainda não fora relatado.

Palavras-chave: Carcinoma Ex-AdenomaPleomórfico;Tumor Misto De Glândula submandibularTumor Misto D;Carcinoma do ducto salivar.



PO637

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Estenose traqueal grave pós intubação orotraqueal: relato de caso

AUTOR PRINCIPAL: BEATRIZ REZENDE MONTEIRO

COAUTORES: AMANDA LARISSA KADOR ROLIM; CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO; LUCAS MENDES SOARES; PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA; BETHINA SILVA BARRETO; PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA; FERNANDO AZEVEDO PACHECO

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Apresentação do caso**

Paciente ESG, masculino, 45 anos, proveniente do Rio de Janeiro (RJ), admitido em consulta ambulatorial com queixa de estridor e dispnéia aos médios esforços há cerca de 4 meses. Referiu história de intubação orotraqueal prévia após tentativa de suicídio por auto-envenenamento há aproximadamente 5 meses. Apresentava respiração ruidosa com estridor de repouso, frequência respiratória de 20 incursões por minuto, níveis normais de saturação periférica de oxigênio, tórax simétrico com boa expansão, sem sinais de esforço respiratório. Foi solicitada broncofibroscopia ambulatorial para identificar lesão, sua extensão e localização, sendo evidenciada estenose da luz traqueal com luz residual de 2 mm, excêntrica, localizada a 6 cm das cordas vocais, não sendo transpassável pelo aparelho utilizado (diâmetro externo de 3,2 mm). Para delimitar a extensão da área de estenose, foi realizada tomografia computadorizada sem contraste do tórax. Foi optado por abordagem da estenose pela equipe cirúrgica da cabeça e pescoço, a qual realizou traqueostomia 3 cm acima da fúrcula esternal sob anestesia local e intubação pelo traqueostoma sob posterior sedação. Realizada laringoscopia com visualização direta da estenose traqueal, tendo sido realizada ressecção por laser e Vela de Hegar, observando-se o limite do tecido traqueal normal, visto a possibilidade de reestenose quando persiste tecido doente. Paciente teve evolução satisfatória, mantendo-se eupneico em AA, sem queixas ou intercorrências. Foi submetido, posteriormente, a nova broncofibroscopia sem alterações ainda em internamento. Recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas e com seguimento ambulatorial.

**Discussão**

A estenose traqueal é uma condição grave em que há um estreitamento da traqueia com repercussões clínicas respiratórias. A principal etiologia benigna de estenose das vias aéreas superiores, em todas as faixas etárias, é a lesão traqueal pós-intubação ou traqueostomia. Outras etiologias são o trauma direto, as infecções por germes diversos, - como o bacilo da tuberculose, o fungo da paracoccidioidomicose ou o parasita da leishmaniose – e as estenoses traqueais congênitas.

Esta condição tem sido cada vez mais frequente em nosso meio, principalmente, em adultos jovens, do sexo masculino, internados em unidades de terapia intensiva e submetidos à ventilação mecânica invasiva com alto índice de mortalidade.

A estenose pode se desenvolver em qualquer ponto da traqueia que tenha contato com o tubo traqueal, sendo mais frequente nas regiões subglótica, do estoma ou na extremidade distal da cânula, tendo íntima relação com a utilização de tubos rígidos, hiperinsuflação do balonete, tempo de intubação e a presença de infecções respiratórias.

O diagnóstico está associado a sinais de dispneia e/ou estridor laríngeo, além da história pregressa de intubação traqueal, não necessariamente prolongada. Os exames complementares mais usados são a broncofibroscopia e a tomografia computadorizada da traqueia. O tratamento ideal para essa condição é a ressecção cirúrgica da área de estenose. A complicação mais temida do procedimento é a deiscência total da anastomose.

Algumas medidas profiláticas são bastante simples e práticas, tais como cautela e habilidade na introdução da sonda, escolha do calibre ideal da sonda, uso de balonetes mais complacentes e maleáveis, além da monitorização regular da pressão do interior do balonete (<25 mmHg).

**Comentários finais**

As complicações associadas ao uso da ventilação mecânica através de medidas para via aérea definitiva são frequentes e graves, sendo a estenose traqueal uma dessas complicações e a mais frequente delas, com elevada mortalidade. Por ser uma condição prevenível, é indispensável o conhecimento da sua fisiopatologia e das medidas profiláticas necessárias para diminuir a sua incidência.

Palavras-chave: Estenose traqueal; Intubação; Estridor.



PO643

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Carcinoma escamoso com tumor primário oculto em cabeça e pescoço - relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS**COAUTORES:** LUCAS COELHO MIRANDA; GABRIELY LERNER BIANCHI; CRISTYAN CESAR DALL AGNOL; CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA; AMANDA ALMEIDA AGUIAR; HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG; MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente, ERS, masculino, 66 anos, tabagista de longa data (40 anos – maço) com história de lesão volumosa em região cervical esquerda há cerca de 3 meses. Refere que houve crescimento progressivo durante este período. Nega disфонia, nega disfagia, nega outras queixas. Ao exame físico, o paciente apresenta linfonodomegalia cervical extensa à esquerda, em níveis II, III e V. Linfonodos de consistência endurecida e aderidos a planos profundos. Ausência de lesões de pele e em mucosa aerodigestiva de cabeça e pescoço. Foram solicitadas tomografias de pescoço, seios da face, tórax e abdome, além de videolaringoscopia e endoscopia digestiva alta para investigação de tumor primário. Paciente faz retorno após 30 dias com exames dentro da normalidade, sem achados suspeitos de doença tumoral. Solicitada biópsia linfonodal para elucidação diagnóstica. Resultado do anatomopatológico evidenciou carcinoma escamoso metastático linfonodal. Optou-se, então, pelo procedimento de linfadenectomia cervical radical modificada à esquerda. No intraoperatório, foi observado acometimento de múltiplos linfonodos, tendo íntimo contato com estruturas vasculares cervicais. Houve preservação de artéria jugular interna, porém tendo sacrifício do nervo acessório e do músculo esternocleidomastoideo. Após o procedimento o paciente foi deixado com dreno de sucção, obtendo a alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório, após retirada do dreno, sem queixas importantes. No retorno do pós-operatório o paciente não apresentou queixas clínicas relevantes e portava o resultado da análise anatomopatológica que mostrou metástase de carcinoma em 12 dos 16 linfonodos dissecados. Foi solicitada imuno-histoquímica para definir histogênese com programação de encaminhamento posterior para quimiorradioterapia.

**Discussão:** O carcinoma de células escamosas (CEC) de cabeça e pescoço de sítio primário desconhecido é uma entidade relativamente rara, definida pela presença de CEC em um ou mais linfonodos na região de cabeça e pescoço que não estão apenas na região supraclavicular, na ausência de tumor primário identificável. Embora muitos pacientes com câncer de cabeça e pescoço apresentem a princípio uma massa cervical, o local primário de origem baseado na mucosa é geralmente identificado ao longo da investigação subsequente. Ademais, os pacientes com envolvimento dos gânglios cervicais superiores ou médios são geralmente adultos de meia-idade ou mais velhos, e muitos têm história de uso substancial de tabaco e/ou álcool.

**Comentários finais:** Diante do caso exposto, infere-se que na investigação de tumor primário oculto de cabeça e pescoço é fundamental a correlação da história do paciente, incluindo fatores de risco para o câncer, como o tabagismo, com um exame físico detalhado de linfonodos da cadeia cervical e orofaringoscopia para análise de mucosas e glândulas associadas, a fim de encontrar sinais que possibilitem o direcionamento da investigação e o diagnóstico o mais precoce possível.

**Palavras-chave:** Carcinoma; Cabeça e pescoço; Primário oculto.

**PO645****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****ANÁLISE DA REALIZAÇÃO DE ADENOIDECTOMIAS NOS ANOS DE 2018 A 2022****AUTOR PRINCIPAL:** JÚLIA CORRÊA MICHELON**COAUTORES:** MARIA EDUARDA VELHO TIETBÖHL; FABIANA VIANA DA SILVEIRA**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - CAMPUS CANOAS RS, CANOAS - RS - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A adenoidectomia é um procedimento realizado para a retirada da tonsila faríngea nos casos em que ela se encontra hipertrofiada, levando à redução da coluna aérea e causando sintomas respiratórios nos pacientes ou em pacientes que apresentem adenoidite recorrente. As principais condições a serem tratadas através da adenoidectomia incluem doenças crônicas das amígdalas das adenoides, hipertrofia das adenoides, apneia obstrutiva do sono, entre outras.

**OBJETIVOS:** O objetivo do artigo é analisar o número de adenoidectomias realizadas no Brasil no período entre 2018 e 2022.

**METODOLOGIA:** Estudo transversal descritivo que traz o número de adenoidectomias, emergenciais e eletivas, entre os anos de 2018 e 2022, por meio dos dados apontados no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

**RESULTADOS:** Entre os anos de 2018 e 2022 foram realizados um total de 25.128 adenoidectomias no Brasil, de forma que 23.685 foram eletivas e 1.443 com caráter de urgência. A média anual de adenoidectomias foi de aproximadamente 5.026 com desvio padrão (DP) 2.345. O procedimento apresentou taxa de mortalidade 0 nesse período. O crescimento anual no período entre 2018 e 2019 foi de 6,99%, porém entre 2019 e 2020 houve um decréscimo de 53,8%.

**DISCUSSÃO:** Diante dos resultados obtidos, constata-se que houve flutuações significativas na quantidade de cirurgias realizadas ao longo do período de cinco anos, com um aumento no número de adenoidectomias entre 2018 e 2019. Destas, as adenoidectomias eletivas tiveram maior destaque. Ademais, houve uma queda acentuada entre 2019 e 2020, possivelmente devido a influências externas, como a pandemia, por exemplo. O desvio padrão relativamente elevado indica variabilidade na demanda pelo procedimento, corroborando para a evidência de realização de maior número de cirurgias eletivas. Dessa maneira, é importante ressaltar as indicações e a importância do procedimento, que incluem o tratamento de infecções recorrentes, ronco e apneia do sono, melhora na qualidade de vida, diminuição da obstrução respiratória e respectivos sintomas, além de avaliação e tratamento de outras condições do paciente, como a presença de pólipos nasais ou anomalias de vias aéreas superiores.

**CONCLUSÃO:** Portanto, houve uma média anual relativamente estável de adenoidectomias no Brasil ao longo de cinco anos, com uma taxa de mortalidade zero, sendo um indicador positivo da segurança do procedimento. No entanto, observou-se variação no crescimento anual, com um aumento moderado seguido por uma queda acentuada em um curto período, sendo a queda no número de procedimentos entre 2019 e 2020 justificada provavelmente devido a pandemia da Sars-Cov-2, que impactou diretamente a capacidade dos hospitais em realizar procedimentos eletivos, que são maioria nesse caso.

Ademais, percebe-se que as adenoidectomias eletivas foram predominantes, o que pode indicar a importância da avaliação clínica e bom planejamento para realização do procedimento. A variação de demanda, retratada pelo desvio padrão, pode ser influenciada, além de fatores externos como a pandemia, por fatores sazonais e epidemiológicos. Acima de tudo destaca-se a importância das adenoidectomias na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** adenoidectomia;eletivas;emergência.

**PO656****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****EXÉRESE DE CEC EM REGIÃO RETROAURICULAR COM INVASÃO DE PAVILHÃO AURICULAR, CAE E PARÓTIDA COM RECONSTRUÇÃO COM PLÁSTICA EM Z****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELY LERNER BIANCHI**COAUTORES:** DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS; CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA; LUCAS COELHO MIRANDA; CRISTYAN CESAR DALL AGNOL; MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT; VICTOR RANZULLA DE SOUZA; AMANDA ALMEIDA AGUIAR**INSTITUIÇÃO:** HUJM/UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente J. C., feminina, 41 anos, comparece a consulta com equipe de cabeça e pescoço no Hospital de Câncer (Hcan) em Cuiabá - MT com história de lesão de pele em região retroauricular à esquerda com evolução de 4 anos, inicialmente lesão era menor que 0,2 cm. Em exame físico, apresentava lesão ulcerada retroauricular de 3 cm, com infiltração se estendendo para pavilhão auricular, conduto auditivo externo e região de parótida à esquerda. Apresentou diagnóstico de carcinoma espinocelular em biópsia incisional. Dessa forma foi programada e realizada a exérese do carcinoma espinocelular na região retroauricular à esquerda com margem cirúrgica abordando conduto auditivo externo, lobo superficial de parótida preservando o nervo facial, pavilhão auricular preservando apenas parte da hélice. Assim realizada a reconstrução com plástica em Z, mantendo sonda em CAE por 7 dias. Paciente evoluiu com boa cicatrização e CAE pervingo, mantendo seguimento com oncologia clínica.

**Discussão:**

Grande parte do câncer de cabeça e pescoço tem início na superfície mucosa do trato aerodigestivo superior, sendo predominantemente carcinomas de células escamosas. Em relação ao carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço, cerca de 30-40% dos pacientes apresentam a doença no estágio I ou II, sendo indicado como tratamento cirurgia primária ou radioterapia definitiva. Já pacientes que apresentam estágios mais avançados (III/IV), é indicado tratamento por modalidades combinadas, incluindo cirurgia e quimioterapia/ radioterapia. Em ambos os casos, é necessário acompanhamento contínuo, visto que, após o tratamento inicial, podem ser detectados tumores primários desencadeados pelo tumor principal. A escolha da terapia está relacionada com o local em que o tumor está inserido, acessibilidade cirúrgica, resultados funcionais e na morbidade associada a cada modalidade. A exérese de carcinoma de pele é um procedimento cirúrgico indicado para remover tumores benignos ou malignos, a partir da remoção da lesão e de seus anexos. O procedimento é baseado na incisão e retirada da lesão cutânea, seguida da hemostasia do corte e sutura. No pós-operatório normalmente não há complicações e a retirada dos pontos ocorre de 5-7 dias após o procedimento.

**Considerações Finais:**

O procedimento normalmente possui boa cicatrização e ausência de complicações. A recuperação está relacionada com o estado de saúde do paciente, o tamanho da lesão e o local da cirurgia. O tratamento é eficiente, porém o acompanhamento médico contínuo é necessário para detectar o aparecimento de novas lesões, sobretudo após a remoção de tumores malignos.

**Palavras-chave:** CEC; Pavilhão auricular; Plástica em Z.

PO657

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****SARCOMA FIBROMIXÓIDE DE BAIXO GRAU COM FOCOS DE METAPLASIA ÓSSEA EM REGIÃO CERVICAL: RELATO DE CASO.****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELY LERNER BIANCHI**COAUTORES:** DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS; CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA; CRISTYAN CESAR DALL AGNOL; AMANDA ALMEIDA AGUIAR; VICTOR RANZULLA DE SOUZA; HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG; LUCAS COELHO MIRANDA**INSTITUIÇÃO:** HUJM/UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente O.D.S, masculino, 64 anos, procurou atendimento com equipe de cabeça e pescoço no hospital estadual santa casa em Cuiabá - MT, devido ressurgimento da lesão cervical à esquerda, irregular, de consistência firme e de grandes dimensões (30 cm maior diversão) com evolução de 2 anos, cursando com dor e redução da mobilidade cervical. Paciente havia realizado exérese cirúrgica da lesão em outro serviço, porém sem resultado de biópsia. Em RM, mostrando a lesão infiltrativa, envolvendo musculatura paraespinal e se relacionando anteriormente com a carótida e jugular. Realizado biópsia com resultado de sarcoma fibromixóide de baixo grau com focos de metaplasia óssea. devido tamanho da lesão foi contraindicado radioterapia, com isso optado por cirurgia para citoredução. Em conjunto com equipe de ortopedia, realizada ressecção de tumor de partes moles com metaplasia óssea em região cervical, aderido em coluna cervical, linfadenectomia cervical e reconstrução com aproximação do remanescente distal do esternocleidomastoide e omo-hioide. Paciente sem sequelas, retorno da mobilidade cervical encaminhado para radioterapia.

**Discussão:** O sarcoma fibromixóide de baixo grau (SFMBG) é um tumor raro, mas provavelmente subdiagnosticado porque é frequentemente confundido com outras entidades. Frequentemente está localizado nos tecidos moles profundos das regiões proximais dos membros e tronco, mas outras localizações também são relatadas. Casos de sarcoma fibromixóide de baixo grau em região cervical são extremamente raros e pouco relatados. O risco metastático a longo prazo na região cervical ainda não foi totalmente elucidado. O SFMBG na região da cabeça e pescoço deve ser diferenciado de outros tumores de células fusiformes mais comuns nesses locais. As características morfológicas, imunohistoquímicas e genéticas moleculares do SFMBG de cabeça e pescoço são idênticas às que ocorrem em outros lugares. No exame imuno-histoquímico, o SFMBG pode ser ocasionalmente positivo para desmina, actina de músculo liso, antígeno de membrana epitelial e CD34, mas geralmente é negativo para proteína S100, Leu-7 e enolase específica de neurônios. Recentemente, o MUC4 é observado na maioria dos SFMBG, incluindo TCTH e fibrossarcoma epitelióide esclerosante, sendo altamente específico. A ressecção cirúrgica ampla foi considerada o melhor tratamento para SFMBG por muitos investigadores. Além disso, radioterapia e quimioterapia adjuvantes foram mencionadas em alguns relatos. Nenhuma evidência foi encontrada de que a radioterapia ou a quimioterapia possam curar a doença de forma eficaz. Devido à taxa relativamente alta de recorrência e metástase à distância, recomenda-se um acompanhamento prolongado.

**Comentários Finais:** O sarcoma de fibomixóide de baixo grau em região cervical é extremamente raro, com poucos caso publicados, mostrando a relevância do relato. Exames de imagem e imuno-histoquímicos são essenciais para o diagnóstico, bem como descartar diagnósticos diferenciais. O tratamento recomendado é pela ressecção cirúrgica ampla, sendo a quimioterapia e radioterapia adjuvantes. O acompanhamento prologando do paciente é fundamental devido às taxas de recidiva.

**Palavras-chave:** SFMBG;CERVICAL;CIRURGIA.

PO661

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE NASOFARINGE****AUTOR PRINCIPAL:** NATALY SANT'ANA DE MATOS**COAUTORES:** ANNINE SOARES DE SOUZA; PEDRO FELIPE VICENTE; MONIK MIRMOVICZ; CARINA KAGUE HIGASHIBARA; MATHEUS GODINHO DE SA; ANDY DE OLIVEIRA VICENTE**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

O carcinoma de células escamosas corresponde de 70% a 98% das neoplasias da nasofaringe, câncer relativamente raro, com maior incidência entre asiáticos, jovens, sexo masculino. Como fatores de risco há o consumo de nitrosaminas e hidrocarbonetos policíclicos, etilismo, tabagismo e infecção pelo vírus epstein-barr.

A manifestação clínica comumente está relacionada ao tamanho, localização e trajeto de disseminação, podendo apresentar desde quadros assintomáticos, quando pequenos até otite media serosa, hemotímpano, obstrução nasal, epistaxe, cefaleia e odinofagia. Na maioria dos casos, cerca de 90%, apresentam-se com metástase linfonodal no momento do diagnóstico, e metástases a distância que podem acometer pulmões, ossos, fígado e plexo coróide. A disseminação ocorre em geral por via mucosa e submucosa, mas podendo ocorrer por via perivascular e perineural, sendo a última mais insidiosa, e o nervo do canal pterigoideo correspondendo o principal trajeto de disseminação.

O diagnóstico é realizado a partir de tomografia computadorizada e ressonância magnética, identificando áreas suspeitas, e auxiliando no estadiamento e então indicação de biópsia. Ambos os exames de imagem têm papel importante, mas como os carcinomas de células escamosas possuem atenuação semelhante aos músculos e não realçam significativamente ao contraste na tomografia, podem não ser bem identificados. Na ressonância os tumores possuem intensidade de sinal intermediária as sequências, delimitando melhor as lesões. O diagnóstico definitivo é estabelecido pela biópsia por via endoscópica. Esses tumores podem ser pequenos e infiltrativos causando ou não efeito de massa; nesses casos, a obliteração dos planos gordurosos e a perda da definição das margens musculares são achados diagnósticos de grande valia, e a ressonância magnética com uso do meio de contraste (gadolinio) mais a supressão de gordura tem-se mostrado superior à tomografia na avaliação das partes moles, tanto da região profunda como da superficial da nasofaringe, além de poder diferenciar tecido linfóide da musculatura.

A ressecção da lesão não corresponde ao tratamento de primeira linha, visto que a nasofaringe é uma via de difícil acesso cirúrgico. A decisão terapêutica se baseia no estadiamento da lesão, sendo a radioterapia o tratamento de escolha e a associação com quimioterapia a depender da classificação tumoral.

É essencial na prática otorrinolaringológica identificar lesões suspeitas de neoplasias ao exame físico, como o carcinoma de nasofaringe. A anamnese direcionada e os exames complementares de imagem, são fundamentais para o diagnóstico precoce e tratamento adequado, evitando assim evoluções desfavoráveis e garantindo melhor prognóstico.

Palavras-chave: CARCINOMA DE NASOFARINGE; CELULAS ESCAMOSAS; EPISTAXE.

PO668

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****TIREÓIDE ECTÓPICA EM ADULTO: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** WILLIAN DA SILVA LOPES**COAUTORES:** CINDY TAYLOR SOUZA LOPES; ANDREZZA CRISTINA RIBEIRO LIMA; JOÃO EMMANUEL FERNANDES QUEIROZ; MARIANA CLARA BORGES DA SILVA; CECÍLIA FERNANDES CLEMENTE**INSTITUIÇÃO:** UFMA, IMPERATRIZ - MA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 22 anos, compareceu para avaliação otorrinolaringológica com queixa de caroço na língua. Relatou dispneia há três meses, que é constante, de moderada intensidade, às vezes noturna, piorando com o movimento e a fala, mas melhorando quando está em pé. Nega febre, edema em membros inferiores, tosse, hemoptise, roncos e episódios semelhantes anteriores. Há sete dias, relatou crescimento de nodulação na língua, associada a disfagia para alimentos sólidos e agravamento da dispneia. Procurou assistência médica em unidade básica devido a esses sintomas, mas não houve melhora. No exame físico observou-se presença de massa nodular em linha média de base da língua, pré-epiglótica, de aparência cística, mas sem conteúdo líquido à punção. Paciente foi encaminhada para realização de tomografia computadorizada de pescoço com contraste que evidenciou ausência de tireoide em local habitual e captando-se contraste em nodulação da base de língua correspondendo a tireoide ectópica. encaminhada, então, ao cirurgião de cabeça e pescoço.

**DISCUSSÃO:** A tireóide ectópica é uma anomalia rara, caracterizada pela presença de tecido da tireóide fora da topografia comum (segundo, terceiro e quarto anéis da traqueia). A apresentação clínica da paciente é do tecido aberrante na base da língua, o que representa cerca de 90% dos relatos de ectopia da glândula, porém pode apresentar-se também na região do mediastino. Essa patologia é resultado de alterações na descida glandular durante o período embrionário. Assim, foi possível observar uma das principais sintomatologias na paciente, a dispneia, sendo relativa à obstrução orofaríngea, podendo ocasionar outros sintomas, como a disfonia e a disfagia. É necessária a realização de exames, como tomografia computadorizada e cintilografia, que avalia a funcionalidade do tecido ectópico. Ademais, faz-se o diagnóstico diferencial entre a tireóide ectópica e o carcinoma metastático de tireóide através de exames anatomopatológicos. Somando-se a isso, a literatura traz que o tratamento deve ser feito mediante a observação em pacientes assintomáticos e à tireoidectomia caso surjam sintomas de obstrução, sangramentos, degeneração cística e malignidade. Em relação à tireoidectomia, a retirada total é defendida pela possibilidade de transformação maligna da lesão.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Portanto, nota-se que o diagnóstico de Tireoide Ectópica é raro na fase adulta, evidenciando a importância da paciente em questão. Além disso, deve ser realizado de maneira individual e específica considerando-se diversos fatores pessoais da paciente a fim de evitar condutas inadequadas ou desnecessárias, sendo imprescindível o diagnóstico diferencial para excluir outras patologias. Outrossim, é importante o acompanhamento regular dos pacientes para o monitoramento de sinais e sintomas que possam causar problemas como dispneia, disfonia, disfagia e especialmente o hipotireoidismo que deve ser regulado com a reposição hormonal provisória para minimização de sintomas ou permanente em casos de excisão total do órgão deslocado.

**Palavras-chave:** tireoide ectópica;;obstrução orofaríngea;;dispneia.

PO695

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Síndrome do Seio Silencioso: Relato de Caso

AUTOR PRINCIPAL: LUISA CARVALHO BARREIRO MARTINEZ

COAUTORES: CAROLINA CINCURA BARRETO

INSTITUIÇÃO: 1. EBMSP, SALVADOR - BA - BRASIL2. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL

**Apresentação do Caso:** L. M., feminino, 19 anos, refere progressiva assimetria do globo ocular esquerdo, acompanhada de diplopia. Paciente com indicação de cirurgia ortognática, portadora de assimetria facial severa e deficiência mandibular importante. No exame físico oftalmológico foi identificada enoftalmia e assimetria de 3 mm da órbita esquerda. Em Tomografia Computadorizada (TC) observou uma perda significativa de volume do seio maxilar esquerdo com retração das paredes com significativo espessamento do revestimento mucoso, além de alargamento da órbita esquerda, evidenciando o padrão da Síndrome do Seio Silencioso (SSS).

**Discussão:** A síndrome do seio Silencioso é caracterizada como a obstrução crônica rara, normalmente unilateral, de um dos seios maxilares, que cursa geralmente com enoftalmia e assimetria orbital. Mesmo a literatura descrevendo como rara, acredita-se que possa ser uma síndrome subdiagnosticada. A hipoplasia do seio maxilar ocorre em função de uma pressão negativa no assoalho de órbita com consequente assimetria facial visível, que pode estar atribuída ao histórico prévio de trauma facial, alterações anatômicas ou quadros otorrinolaringológicos que geram obstrução.

Os achados de imagem são essenciais para o diagnóstico diferencial, na TC deverá ser observada a existência de retração das paredes do seio maxilar, pela opacificação nos cortes coronal, transversal e sagital da imagem gerada, o que demonstra que as 4 paredes sinusais sofreram hipoplasia. Na paciente do relato de caso, acredita-se que a assimetria facial e o histórico de sinusite de repetição desde a infância foram os fatores que resultaram no desenvolvimento da SSS, pois poderiam culminar na hipoventilação do seio maxilar e obliteração do óstio maxilar esquerdo. A assimetria facial identificada era ipsilateral à enoftalmia e assimetria da órbita esquerda, reforçando a hipótese que essas respectivas alterações anatômicas começaram a impactar na atelectasia sinusal, hipoglobo e enoftalmia, gerando o típico quadro do paciente com SSS.

Na TC de Face da paciente, foram observados os critérios clássicos para o diagnóstico conclusivo da síndrome: hipoplasia com opacificação do seio maxilar a esquerda com retração do processo uncinado e rebaixamento do assoalho da órbita ipsilateral, bem como medialização da concha média ipsilateral. Nesse caso, como a paciente já havia realizado TC prévio de seios paranasais, corte coronal, 2 anos antes para monitoramento do quadro de sinusite de repetição, evidenciou seios maxilares normoplásicos, sendo possível realizar um comparativo entre os exames radiológicos e reforçando a teoria que a SSS pode ser adquirida em função de conformidades anatômicas alteradas (que culminam em obstrução).

Foi realizada cirurgia endoscópica nasal com uncinectomia à esquerda e antrostomia maxilar ipsilateral com drenagem de secreção do seio maxilar, sem complicações. Paciente teve boa recuperação durante o pós-operatório e seguiu para acompanhamento clínico com otorrinolaringologista e oftalmologista, sendo solicitada a realização de TC após 1 ano do procedimento cirúrgico para identificação da regressão da hipoplasia do seio maxilar à esquerda e sua respectiva perviedade, na imagem obtida posteriormente foi identificada relativa assimetria dos seios maxilares bilateralmente, sendo de menor amplitude à esquerda, à custa de depressões observadas na parede superior do seio maxilar/assoalho de órbita e, mais evidente, da parede anterior do seio maxilar. Assim, concluiu-se que o procedimento cirúrgico sucedeu em relativa regressão e consequente estadiamento da SSS, com melhora clínica de 1 mm da enoftalmia e das queixas de diplopia da paciente.

**Conclusão:** O procedimento cirúrgico foi eficiente para o estadiamento da síndrome e durante o acompanhamento pós-operatório de 1 ano foi possível observar pequena regressão dos sintomas relacionados as queixas de diplopia e enoftalmia, sendo verificado através de TC de controle pós-operatória, a regressão das evidências radiológicas, com volta parcial ao padrão antes observado no exame prévio aos sintomas (2 anos antes).

**Palavras-chave:** Síndrome do Seio Silencioso; Hipoplasia maxilar; Cirurgia endoscópica nasal.



PO722

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****EXUBERANTE APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA NASOFARÍNGEO EM ESTADIO AVANÇADO - UM CASO ATUALMENTE RARO****AUTOR PRINCIPAL:** LILIANA CARVALHO**COAUTORES:****INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, LISBOA - PORTUGAL**Caso clínico:**

Jovem de 21 anos do sexo masculino imigrante recém chegado a Portugal (nativo do sudoeste africano) apresenta-se num centro especializado em patologia oncológica da cabeça e pescoço referenciado por queixas de massa cervical exuberante, bilateral, dolorosa com aumento progressivo ao longo dos últimos seis meses (figura 1).

Associadamente referia obstrução nasal e perda ponderal não quantificada. O doente não tinha nenhum antecedente patológico, negava hábitos tabágicos ou alcoólicos ou história familiar de patologia oncológica. À palpação cervical apresentava massas cervicais bilaterais compatíveis com conglomerados adenopáticos, de consistência dura, dolorosos, bilateralmente a todos os níveis. A avaliação endoscópica identificou uma massa volumosa da nasofaringe, que foi biopsiada. Foi realizada também punção aspirativa da massa cervical revelando carcinoma indiferenciado da nasofaringe em ambas as amostras.

Relativamente ao estadiamento, o doente realizou PE e RMN que revelou que o carcinoma tinha invasão da base do crânio, e suspeita de metastização pulmonar que foi subsequentemente confirmada, representando assim um cT4N3M1. O doente foi sujeito a radioterapia e quimioterapia, sem sinais de doença ativa num seguimento de nove meses.

**Discussão:**

Apresenta-se um caso de um doente jovem com apresentação em fase avançada de carcinoma indiferenciado da nasofaringe. Embora a etiologia do carcinoma da nasofaringe não seja completamente compreendida, este está fortemente relacionado com a infeção crónica pelo vírus Epstein-Barr (EBV). Têm maior prevalência em certas zonas do globo, como o sudeste asiático. Os carcinomas da nasofaringe são raros (com incidência de menos de um caso para cada 100 mil pessoas por ano na maior parte do mundo), mas a sua apresentação pode muitas vezes ser já em fase avançada, por se encontrarem numa localização que os sintomas causados, se tiverem evolução progressiva, podem passar despercebidos por semanas ou até meses. É importante a sensibilização para evitar casos de apresentação em fase avançada, como o caso apresentado.

**Comentários finais:**

Os carcinomas da nasofaringe são muito raros e a sua apresentação pode incluir obstrução nasal, epistaxis, otite seromucosa e massa cervical. Apresentações com adenopatias cervicais volumosas, como o caso apresentado, são extremamente raras. Esta apresentação tardia e exuberante de carcinomas da nasofaringe é felizmente rara atualmente devido ao acesso aos cuidados de saúde e à sensibilização da população para sinais e sintomas de alarme.

**Palavras-chave:** carcinoma nasofaríngeo; massa cervical; apresentação avançada de carcinoma.

PO733

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****PILOMATRICOMA CERVICAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL****AUTOR PRINCIPAL:** FLÁVIA EMILLY RODRIGUES DA SILVA**COAUTORES:** IGOR FERNANDES FORMIGAL; CAMILA SCHREIBER BORTOLAZZA; MATHEUS DO NASCIMENTO JAMUR; GUSTAVO CEMBRANELLI TAZINAFFO; EDUARDO CORDEIRO DE OLIVEIRA; HENRIQUE GONÇALVES DUCHINI; CRISTIANO ROBERTO NAKAGAWA**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do Caso:** A.J.E.O.A, 12 ano, feminina, encaminhada ao ambulatório de otorrinolaringologia e cirurgia cervico-facial de um hospital terciário da cidade de Curitiba-PR, apresentando queixa de massa cervical há 6 meses, de crescimento progressivo, com desconforto local intermitente. A paciente não apresentava disfagia, odinofagia, restrição de movimento cervical, febre ou perda de peso, bem como não havia comorbidades. Relatou já ter sido tratada clinicamente por outros profissionais com anti-inflamatórios e antifúngicos, sem melhora. Ao exame apresentava lesão cística firme medindo aproximadamente 3,0cm x 5,0cm, móvel, não aderida a planos profundos, em região cervical direita sobre músculo esternocleidomastoide, ausência de adenopatias cervicais ou outras massas. Apresentava ultrassonografia cervical descrevendo nódulo sólido com área cística interna em plano de tecido subcutâneo, com possibilidade de linfadenomegalia atípica. Previamente já havia sido realizada a investigação sorológica para Citomegalovírus, Epstein-Barr, Hepatites B e C, HIV e Sífilis, resultando todas negativas. Optado por tratamento cirúrgico através de excisão completa com margens laterais de aproximadamente 1 cm, incluindo a pele que recobria a lesão, e envio do material para anatomopatológico que resultou no diagnóstico de pilomatricoma. A paciente segue até o momento sem recidivas da lesão.

**Discussão:** O pilomatricoma ou epitelioma calcificante de Malherbe é uma rara neoplasia benigna da pele, de origem nas células da matriz do folículo piloso, representando cerca de 1% dos tumores benignos da pele. O tumor é mais frequente na primeira e segunda décadas de vida, e sua patogenia é incerta. Apesar de mais frequentes em face e pescoço, podem estar localizados em qualquer região do corpo, exceto genitália e regiões palmares e plantares. O tratamento indicado é a excisão cirúrgica completa da lesão pois a regressão espontânea não é observada. As margens de 1 cm são essenciais para minimizar a recorrência local.

**Comentários Finais:** A maior parte dos pacientes não apresenta sintomatologia específica, apresentando apenas desconforto local. Apesar de raros, os pilomatricomas devem ser considerados pelo otorrinolaringologista no diagnóstico diferencial das massas cervicais, especialmente em pacientes jovens, que já incluem cistos dermóides, cistos branquiais, lipoma, hemangiomas, adenopatias e carcinomas, para que o tratamento cirúrgico preconizado seja realizado sem a necessidade de abordagens agressivas.

**Palavras-chave:** Pilomatricoma; Epitelioma calcificante de Malherbe; Tumor de folículo piloso.

PO735

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****PNEUMOMEDIASTINITE: COMPLICAÇÃO APÓS ANGINA DE LUDWIG****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELLE DE ALMEIDA DIAS ROCHA**COAUTORES:** LARA PASCOUTTO SAMPAIO; ALICE WERNECK SILVA; JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA; RAÍSA ARUME DE SOUZA; AUGUSTO CESAR LIMA; ANA CRISTINA COSTA MARTINS; GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA**INSTITUIÇÃO:** 1. PUC- SEPTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL. 2. PUC - SEPTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**PNEUMOMEDIASTINITE: COMPLICAÇÃO APÓS ANGINA DE LUDWIG**

**Autores:** Gabrielle De Almeida Dias Rocha <sup>1/</sup> Lara Pascoutto Sampaio<sup>1/</sup> / Alice Werneck Silva<sup>1/</sup> João Pedro Sampaio Vieira<sup>1/</sup> Raísa Arume de Souza<sup>1/</sup> Gabriel Augusto Pinto Barbosa <sup>1/</sup> Augusto César Lima<sup>2/</sup> Ana Cristina Costa Martins<sup>2</sup>. Especializandos Do Serviço de Otorrinolaringologia da PUC- RJ/ SEPTO. 2- Preceptora da Especialização em Otorrinolaringologia da PUC- RJ/ SEPTO.

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 22 anos, da entrada no Pronto Atendimento devido a quadro de dispneia, taquicardia, febre e odinofagia intensa que o impedia de se alimentar por via oral. Referia procedimento dentário há 15 dias e que após o mesmo fez uso de amoxicilina com clavulanato por possível complicação infecciosa. Ao exame apresentava-se em regular estado geral, acianótico, anictérico, afebril com edema cervical e crepitação grosseiras que se estendiam até o tórax. Orofaringe: presença de secreção purulenta em região retromolar. Rinoscopia: sem alterações. Otoscopia: sem alterações.

Foram realizados exames laboratoriais e tomografias de pescoço e tórax que evidenciaram exuberante enfisema subcutâneo que dissecava os planos do hemitórax direito com extensão ao mediastino, em membro superior e cervical, gás em canal cervical.

**DISCUSSÃO:** A Angina de Ludwig (AL) é uma condição infecciosa grave, polimicrobiana, com alto índice de mortalidade. O conceito formulado por Wilhelm Frederick von Ludwig em 1936 refere-se a uma celulite dos espaços conectivos que atravessa o músculo miloihióideo e se dissemina para os espaços submandibular, sublingual e submentoniano. Apesar da etiologia multifatorial, a causa odontogênica é a mais comum. É um grave processo infecto-inflamatório, de evolução rápida e natureza polimicrobiana, principalmente gram negativos e anaeróbios, à medida que o processo evolui, pode atingir as áreas cervicais e à glote, alcançar o espaço faríngeo lateral e daí para o espaço retro faríngeo até o mediastino e causar a mediastinite aguda e apesar da baixa incidência, a taxa de mortalidade é elevada (40 a 60% dos casos) e necessitam de diagnóstico rápido e manejo adequado para uma resolução satisfatória.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As complicações potenciais da Angina de Ludwig incluem sepse, mediastinite, comprometimento do trato respiratório superior, embolia séptica e disseminação localizada da infecção para estruturas como osso, articulações e sistema nervoso central. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para prevenir tais complicações e melhorar o prognóstico do paciente.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Dib, JE. et al. Angina de Ludwig: revisão da literatura e relato de caso. RCO. V.9, N.1, jan./ jun.2007.
2. Dugan, MJ; Lazow, SK; Berger JR. Thoracic empyema resulting from a extension of ludwig's angina: a case report. J. Oral Maxillofac. Surg. V.56. 1998.
3. Jiménez Y, Bagan JV, Murilo J, Poveda R. Infecciones odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones sistémicas. Med Oral Patol Oral Cir. Bucal 2004; 9 supl.: S139-47.
4. Greenberg S L.L, Huang J, Chang RSK, Ananda. SN. Surgical Management of Ludwig's Angina. ANZ J. Surg. 2007: 77: 540-543
5. Huang T – T et al. Deep Neck Infection: Analysis of 185 cases. Head&Neck October 2004:854-860.
6. Pinto et al. Infections of the neck leading to descending necrotizing mediastinitis: Role of multi-director row computed tomography. European Journal of Radiology.2007.Elsevier.
7. Jiménez Y, Bagan JV, Murilo J, Poveda R. Infecciones odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones sistémicas. Med Oral Patol Oral Cir. Bucal 2004; 9 supl.: S139-47.

**Palavras-chave:** PNEUMOMEDIASTINITE;ANGINA DE LUDWIG;ABCESSO CERVICAL.

PO741

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Schwannoma do Nervo Facial intraparotídeo: relato de caso raro

AUTOR PRINCIPAL: ISABELA ABREU TORRES

COAUTORES: MATHEUS MATOS MOHALLEM; ISABELA CAROLINE DA SILVA RODRIGUES; HÍVINA MOREIRA TARABAL; NICOLE PARDINI DE SOUSA MOURÃO; IAGO DE PAULA LINS CHIMICATTI; VINICIUS ANTUNES FREITAS; JOAO BATISTA DE OLIVEIRA ANDRADE

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**RELATO DO CASO:** Paciente sexo feminino, 23 anos, previamente hígida, relata ter iniciado em junho de 2020 com edema indolor em região pré auricular a direita. Evoluiu com tumoração local e piora progressiva do quadro, hipoacusia leve a direita e zumbido não pulsátil em chiado ipsilateral, contínuo. Ao exame clínico observou-se tumoração em topografia de glândula parótida direita, indolor, com limites bem definidos e consistência fibroelástica. Presença de paralisia facial periférica grau II de House- Brackmann primeira consulta. Ausência de linfonodomegalia cervical a palpação e otoscopia sem alterações. A Tomografia Computadorizada do Pescoço evidenciou lesão expansiva na glândula parótida a direita, arredondada, com densidade de partes moles e realce homogêneo ao meio de contraste, medindo cerca de 2,5 x 2,3 cm. Realizou propedêutica com USG cervical e PAAF de parótida. Resultado anatomopatológico foi inconclusivo e complementado com Imunohistoquímica evidenciando Schwannoma (neurilemoma). A Ressonância Magnética de pescoço realizada em pré operatório evidenciou os seguintes achados: Lesão expansiva sólida de contornos lobulados e bem delimitada (imagem 2), com origem no forame estilomastoideo direito (imagem 1), onde determina remodelamento ósseo com alargamento do mesmo, se estendendo ao espaço parotídeo, comprimindo a glândula parótida correspondente, caracterizada por marcado sinal intermediário em T1, sinal intermediário com focos de marcado hipersinal em T2 realce heterogêneo pelo gadolínio e restrição à difusão (imagem 2). Não há sinais de compressão de estruturas vasculares locorregionais nobres. Mede cerca de 5,8 x 3,4 x 2,9 cm. A paciente manteve acompanhamento com a equipe durante o período de 1 ano realizando exames periódicos que evidenciaram aumento da lesão e piora da paralisia facial periférica grau III de House-Brackmann na última avaliação pré operatória. Diante deste quadro clínico decidiu-se pelo tratamento cirúrgico, sendo realizado em conjunto com equipe de neurocirurgia. Foi realizada parotidectomia total direita com ressecção completa da lesão sob monitorização neuroeletrofisiológica intraoperatória do nervo facial. Realizada dissecação cranial da lesão para identificação do tronco do nervo facial. Em segundo tempo cirúrgico, a equipe de neurocirurgia realizou microneurorrafia múltipla do ramo massetérico do nervo trigêmeo ao nervo facial com transposição de nervos. O resultado do exame anatomopatológico da peça cirúrgica apresentou-se como Schwannoma e foi solicitado estudo imunohistoquímico para confirmação diagnóstica. A paciente evoluiu durante o per e pós-operatório sem intercorrências, permanecendo com paralisia facial periférica a direita grau VI H-B.

**DISCUSSÃO:** Os Schwannomas são tumores benignos encapsulados que se originam da bainha neuroectodérmica do nervo periférico, de etiologia desconhecida.<sup>1</sup> Os Schwannomas do Nervo Facial são neoplasias raras e de crescimento lento, podendo ter localização intra ou extracraniana.<sup>2,4</sup> Apenas 9% ocorrem na região da parótida, sendo de crescimento, benigno, indolor.<sup>3</sup> Sugere-se que a cirurgia seja proposta apenas aos pacientes com grau moderado de paralisia facial (III H-B), podendo ser acompanhado radiologicamente antes deste estágio.<sup>5</sup>

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os Schwannomas são tumores raros, benignos e apenas 9% ocorrem na região da parótida, havendo poucos casos relatados na literatura.

Palavras-chave: Schwannoma; Facial; Parótida.

PO745

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****CARCINOMA ESPINOCELULAR EM REGIÃO CERVICAL DIREITA COM ACOMETIMENTO PERINEURAL: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** ARIADNE AYUMI SAKASHITA**COAUTORES:** FABIANA LUIZA HORNUNG; FABRICIO MACHADO PELICOLI; GUSTAVO BACHTOLD; MARIA ISABEL GUILHEM SANTOS; HENRIQUE FURLAN PAUNA**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA - PR - BRASIL2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL3. UNIVERSIDADE DE JOINVILLE, JOINVILLE - SC - BRASIL

**Apresentação do caso:** masculino, 64 anos, hipertenso e diabético, ex-tabagista e ex-etilista, vem ao pronto atendimento do hospital encaminhado da UPA por suspeita de mastoidite e abscesso cervical. Queixou-se de otalgia e otorreia crônicas e fétidas à direita, hipoestesia em hemiface direita e nodulação endurecida em cervical direita há uma semana, além de perda ponderal imotivada de 20kg em 7 meses. Ao exame físico, apresentou otorreia purulenta, assimetria de face e massa endurecida em cervical à direita (imagem 1). Realizou tomografia de cervical, demonstrando processo infiltrativo em parótida direita e linfonodomegalias (imagem 2). Foi solicitada biópsia e imuno-histoquímica, que demonstraram carcinoma pouco diferenciado infiltrativo. Diante do diagnóstico de carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço, foi encaminhado para hospital oncológico. Discussão: o carcinoma espinocelular, epidermoide ou de células escamosas, de cabeça e pescoço tem elevada incidência, representando 4% dos diagnósticos de câncer, e é uma importante causa de mortalidade em todo o mundo. Esse tipo neoplásico deriva do tecido mucoso e pode surgir em diferentes sítios da cabeça e pescoço, como cavidade oral, orofaringe, laringe, conduto auditivo e, mais raramente, glândula parótida (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7). Os principais fatores de risco associados são tabagismo, etilismo e infecção pelo papilomavírus humano, e acomete mais comumente indivíduos na sétima década de vida (2)(3)(5)(8). O paciente do caso faz parte da epidemiologia clássica, com idade semelhante à descrita e histórico de tabagismo e etilismo. A apresentação clínica desse carcinoma varia de acordo com a localização do tumor, e o diagnóstico necessita de avaliação clínica e biópsia com imuno-histoquímica da lesão, com exame de imagem para estadiamento (1)(6)(9)(10). No caso descrito, os sintomas apresentados sugerem acometimento de conduto auditivo externo, invasão perineural de raízes motoras da face e acometimento de parótida. Os exames complementares foram realizados de forma correta. De maneira geral, o padrão-ouro no tratamento dessa neoplasia se baseia em cirurgia, radioterapia e quimioterapia, associadas ou não. O prognóstico dos pacientes altera de acordo com as características do tumor e a infecção viral associada, sendo melhor em pacientes não-tabagistas e com doença relacionada ao papilomavírus. Apesar da realização do tratamento, muitos pacientes apresentam recorrência local do tumor, e em alguns casos metástases à distância, principalmente em pulmão, fígado e ossos (1)(2)(5)(11). O paciente avaliado apresentou nódulos em pulmão e fígado que deverão ser investigados pela possibilidade de metástases nesses sítios. Além disso, foi encaminhado ao serviço oncológico para realização de tratamento. Comentários finais: o caso descrito está de acordo com o perfil típico descrito na literatura e a investigação diagnóstica foi realizada de maneira correta.

1. García-curdi F, et al. Correlação entre PET / TC e TC no estadiamento pré tratamento do carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço
2. Jung K, et al. Squamous cell carcinoma of head and neck: What internists should know
3. Thomas GR, Get al. Head and neck squamous cell carcinoma
4. Magnes T, et al. Prognostic and predictive factors in advanced head and neck squamous cell carcinoma
5. Marur S, et al. Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Update on Epidemiology, Diagnosis, and Treatment
6. Lima AS, et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em hospital de referência
7. Edafe O, et al. Understanding primary parotid squamous cell carcinoma – A systematic review
8. McDermott JD, et al. Epidemiology of Head and Neck Squamous Cell Carcinomas: Impact on Staging and Prevention Strategies
9. Bakst RL, et al. Perineural Invasion and Perineural Tumor Spread in Head and Neck Cancer9
10. Johnson DE, et al. Head and neck squamous cell carcinoma
11. Original A. Lactato arterial como preditor de complicações pós-operatórias no carcinoma epidermoide de cabeça e pescoço. Braz J Otorhinolaryngol

**Palavras-chave:** Carcinoma espinocelular;Cabeça e pescoço;Células escamosas.

PO769

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****CARCINOMA PAPILÍFERO EM CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO, EM ADOLESCENTE DO SEXO MASCULINO. RELATA DE CASO.****AUTOR PRINCIPAL:** WILLIAM LOPES DANTAS DA SILVA**COAUTORES:** PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA; PAULO RENATO BARCHI; JOAO ARMANDO PADOVANI JR.**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL

**OBJETIVO:** Apresentar caso raro de carcinoma papilífero de tireoide em cisto do ducto tireoglossos, em paciente adolescente do sexo masculino. Desse modo, orientar médicos que tratam patologias semelhantes e também fomentar discussão sobre a forma de tratamento e seguimento.

**MÉTODOS:** Foi realizado estudo de caso, relatando carcinoma papilífero em cisto do ducto tireoglossos em adolescente do sexo masculino.

**RESULTADOS:** Paciente do gênero masculino de 15 anos notou a presença de massa indolor na linha média cervical desde a infância. Não havia história prévia de trauma cervical, negava disfagia e odinofagia. Ao exame físico era possível notar a presença de lesão nodular de 3x2cm aproximadamente, fibroelástica, móvel à deglutição e à protrusão da língua, à altura da membrana tireo-hióidea. Não havia adenopatia cervical palpável. A glândula tireóide apresentava-se normopalpável. Ao exame ultra-sonográfico, a massa era cística, com septações internas, sem sinais de fluxo vascular ao estudo Doppler, medindo 3,7 x 2,3 x 1,7 nos seus maiores eixos (volume estimado em 8,0 cm<sup>3</sup>) e a tireóide apresentava-se dentro da normalidade. Seus exames iniciais demonstravam cálcio total de 6,98 e cálcio ionizado de 0,82. À exploração cirúrgica, foi identificado o trato do ducto tireoglossos e a ressecção foi realizada com a manobra de Sistrunk, incluindo a remoção da porção central do corpo do osso hióide e todo o trato, até a altura do forame cécum na base da língua. O exame histopatológico intra-operatório de congelamento revelou uma lesão sólida neoplásica de padrão papilífero. A avaliação histopatológica mostrou a presença de carcinoma papilífero intracístico, localizado em cisto do ducto tireoglossos, com áreas de fibrose e hemorragia. - presença de infiltração de tecido fibroconjuntivo, muscular e osso. A massa estava contígua com osso típico trabecular correspondendo ao corpo do osso hióide. Durante a internação, foi avaliado em conjunto pela equipe da endocrinologia, que, orientou manter medicações após a alta hospitalar: calcitriol 0,50mcg de 6/6h, levotiroxina, além de reposição de cálcio. Em retorno ambulatorial paciente . relatou estar sem queixas.

**DISCUSSÃO:** Steck et al (2007) cita que o tratamento para o carcinoma papilífero do cisto tireoglossos é controverso, mas que é fundamental a tireoidectomia. Em nosso relato de caso, utilizamos a técnica de sistrunk para a exérese da lesão somado a tireoidectomia.

Contudo, Dauar et al (1996) discordam, citam que se não houver lesão em tireoide ou linfonodos suspeitos, a tireoide poderá ser poupada, executando apenas a exérese da lesão pela técnica de Sistrunk. Preferimos realizar a tireoidectomia, afim de um melhor seguimento clínico, com tireoglobulina.

**CONCLUSÃO:** Pensamos que é fundamental a tireoidectomia, nos casos de carcinoma papilífero do cisto do ducto tireoglossos, mesmo que esse órgão esteja hígido, pois o seguimento é através da dosagem sérica semestral de tireoglobulina. Este caso visa orientar e levantar discussão sobre tratamentos para essa patologia rara, que pode ser um desafio no seu tratamento e seguimento.

**Palavras-chave:** CARCINOMA PAPILÍFERO;CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO;JOVEM.

PO773

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****VARIANTE CRIBRIFORME-MORULAR DO CARCINOMA PAPILAR DA TIREÓIDE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO**COAUTORES:** LUCAS BOHANA CARIA; GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA; DANIELA SANTIAGO PASSOS; NATÁLIA MATOS MURICY**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTO ANTÔNIO - OSID, SALVADOR - BA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** S.U.S.S, sexo feminino, 15 anos, afrodescendente, natural e residente em Salvador/BA, encaminhada para avaliação pela equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce), em janeiro de 2023 devido a nódulos identificados em suas glândulas tireóide. Foi realizada em seguida US da tireoide que evidenciou nódulo de 2,5x1,4x1,2 cm no lobo direito. Em seguida, foi realizada Punção Aspirativa por Agulha Fina que evidenciou Bethesda V/ Variante Cribiforme Morular (imunohistoquímica positiva para B-catenina). Apresentava função tireoidiana normal, US cervical (25/04/22) não identificou metástases linfonodais e não foram observadas metástases à distância. Foi submetida a tireoidectomia total realizada pela equipe de cirurgia de Cabeça e Pescoço, sem intercorrências. Recuperou-se no pós-operatório sem disфония, parestesias, cólicas ou outros sintomas. Após alta, retornou ao ambulatório trazendo resultado anatomopatológico(03/03/23) que evidenciou: carcinoma papilífero multicêntrico de tireoide subtipo Morular e variante clássica em toda extensão da tireoide, além de extensão extratireoidiana, capsular e vascular.

**DISCUSSÃO:** O carcinoma papilífero da tireoide (CPT) é a neoplasia maligna mais comum da tireoide. Embora a maioria dos casos de CPT sejam esporádicos, a variante cribriforme-morular (VCM-CPT) é uma variante rara de CPT que afeta aproximadamente 0,1 a 0,2% de todos os tumores papilíferos da tireoide, e que geralmente surge em indivíduos com Polipose Adenomatosa Familiar (PAF). A PAF é uma síndrome de polipose autossômica dominante caracterizada por centenas de adenomas no intestino grosso, bem como no trato gastrointestinal superior. É caracterizada por uma mutação germinativa do gene supressor APC no cromossomo 5q21 e frequentemente está associada a tumores extracolônicos, incluindo osteomas, tumores cerebrais e da tireoide. O VCM-CPT apresentou-se antes das manifestações colônicas em aproximadamente metade dos pacientes com PAF. Os pacientes com PAF geralmente apresentam tumores multifocais na tireoide. O exame microscópico de VCM-CPT revelou padrão predominantemente cribriforme e morular de células cancerígenas com características nucleares de carcinoma papilífero de tireoide. A presença de corpos psamomatosos é rara. Nos estudos imuno-histoquímicos, a  $\beta$ -catenina é difusamente positiva em VCM-CPT. As células morulares em VCM-CPT são fortemente positivas para CD10, BCL-2 e E-caderina. O diagnóstico pré-operatório de VCM-CPT por biópsia aspirativa com agulha fina pode ser auxiliado pela arquitetura cribriforme, mórulas epiteliais e imunocoloração de  $\beta$ -catenina. Comparado ao carcinoma papilífero de tireoide convencional, o VCM-CPT apresentou menor frequência de metástases linfonodais na apresentação (12%) e metástases à distância (3%), bem como menores taxas de recorrência (8,5%) e taxas de mortalidade dos pacientes (2%).

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Uma pequena percentagem de casos de carcinomas papilares é representada por variantes reconhecidas pelo seu maior potencial de agressividade. Existem associações entre essas variantes e diversos outros fatores histopatológicos já reconhecidos pelo seu valor prognóstico, o que pode, por si só, influenciar apenas o desfecho desses casos

Palavras-chave: CARCINOMA PAPILIFERO ;VARIANTE CRIBRIFORME MORULAR;TIREOIDE.



PO781

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NEOPLASIAS MALIGNAS DA TIREOIDE ENTRE OS ANOS DE 2017 A 2021 NO BRASIL: UMA ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA****AUTOR PRINCIPAL:** THALITA FAHEL VILAS BÔAS AZEVEDO**COAUTORES:** FILIPE PEDRAL DE SÁ SANTOS; JÚLIA LOPES SEIXAS PEREIRA; ANA BEATRIZ MENDES DEIRÓ; LUCAS DE CARVALHO COSTA; LUKAS ORRICO SANTOS DE OLIVEIRA; ARTHUR AUGUSTO MONTEIRO GARRIDO SANTOS; LEONARDO FONSECA GONDIM**INSTITUIÇÃO:** 1. EBMS, SALVADOR - BA - BRASIL. 2. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL**Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico das neoplasias malignas da tireoide no Brasil entre os anos de 2017 e 2021 sob um recorte sociodemográfico.**Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico de série temporal, retrospectivo realizado com base nos dados coletados do PAINEL-Oncologia, disponível no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Realizou-se uma análise do perfil epidemiológico no território nacional por região, no período entre 2017 e 2021, sendo coletadas as variáveis: casos por diagnóstico detalhado, sexo, faixa etária e modalidade de tratamento de neoplasias malignas da tireoide.**Resultados:** O total de casos registrados de neoplasia maligna da glândula tireoide no Brasil nos cinco anos em análise foi um total de 26.567. A região com maior prevalência é a Sudeste, contabilizando 10.529 de casos (39,63%), seguida das regiões Nordeste com 8.899 (33,50%), Sul com 4.712 (17,74%), Centro-Oeste com 1.510 casos (5,68%) e Norte com 917 (3,45%). Quanto ao sexo, é possível observar uma maior ocorrência no sexo feminino com 22.575 casos (84,97%), em contraste a um ínfimo número dentre os homens, representados por 3.992 casos (15,03%). Sob uma óptica mais profunda, a maior diferença de prevalência entre os sexos ocorre na região Nordeste, apresentando um desequilíbrio numérico de 6.579 casos, o que, proporcionalmente, representa 86,96% dos casos em mulheres e 13,04% dos casos em homens. Paralelamente, a menor diferença do mesmo parâmetro se encontra na região Norte, numericamente equivalente a 591 casos, sendo destes, aproximadamente, 82,22% mulheres e 17,72% homens. Em relação à faixa etária segundo Região, o estrato mais afetado corresponde ao grupo entre 50 e 54 anos, atingindo 3.252 indivíduos (12,24%). Pelo enfoque regional, nas regiões Norte e Nordeste, a faixa etária mais afetada é de 45 a 49 anos, sendo um total de 1.215 casos (12,37%). Por outro lado, nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, a prevalência concentra-se dos 50 a 54 anos, correspondendo a um total de 2.107 casos (12,57%). Não se têm informações do tratamento de 11.331 (42,75%). Porém, têm-se a intervenção cirúrgica como tratamento mais utilizado, retratando 14.449 (54,38%) dos casos. Na sequência, radioterapia em 489 (1,84%) e quimioterapia em 295 (1,11%) casos.**Discussão:** A condição é mais comum na meia-idade, mas muitos casos são em jovens de 20 a 39 anos. Além da maior estatística entre os casos, as mulheres também realizam mais cirurgias. Ainda, os dados mostram que a maioria dos pacientes é submetida à cirurgia do que à quimioterapia ou à radioterapia, mas o número considerável de pacientes cujas informações sobre a terapia não são disponíveis é um importante fator limitante à precisão da análise.**Conclusão:** Os dados sugerem que a terapia da neoplasia maligna de tireoide pode ser influenciada por faixa etária, sexo e região de residência. No entanto, carecem estudos mais aprofundados de fatores determinantes sociais de saúde nesse contexto para compreender as razões por trás dessas tendências sociodemográficas.**Palavras-chave:** Neoplasias da Glândula Tireoide;Epidemiologia;Brasil.

PO788

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****RELATO DE CASO: TRAUMA ESOFÁGICO POR ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU**COAUTORES:** VIVIANE FELLER MARTHA; CAROLINE ROSSLER WENDT; RAISSA KALSING; DIEGO RAHDE FIALHO**INSTITUIÇÃO:** PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente masculino, 68 anos, diabético, hipertenso, cardiopata isquêmico, interna por quadro de rebaixamento do sensório, distúrbio de marcha e disartria. No momento da admissão já com melhora dos sintomas. Durante a investigação inicial, realizou tomografia de crânio, ultrassom de membros inferiores, ecocardiografia transesofágica (EcoTE) e angiotomografia de tórax. Após a EcoTE, evolui com odinofagia, disfagia para sólidos e líquidos, dor em região cervical e disfonia. Foi solicitado parecer da equipe de Otorrinolaringologia dois dias após o início destes sintomas, os quais já haviam melhorado parcialmente no momento da avaliação. Paciente relatava melhora da disfagia, porém ainda apresentava discreta dor cervical e disfonia. Em exame físico, a oroscopia apresentava-se sem alterações, bem como a palpação cervical. Foi realizada videolaringoscopia com ótica rígida de 70 graus, mostrando abaulamento em hemilaringe esquerda, com paresia de prega vocal ipsilateral (Fig 1). Em revisão da angiotomografia de tórax realizada um dia após a EcoTE, foi visualizado enfisema profundo em região cervical e em mediastino, próximo ao esôfago. Levantada hipótese de perfuração esofágica, foi sugerida avaliação então pela equipe da cirurgia torácica, que optou por conduta conservadora. Paciente repetiu a tomografia de tórax então cinco dias após a EcoTE, apresentando redução importante do enfisema, além de melhora clínica da dor, resolução dos outros sintomas e exames laboratoriais sem alterações.

**Discussão do caso:**

A ecocardiografia transesofágica é considerada um procedimento relativamente não invasivo e seguro, promovendo diagnóstico rápido e, dessa forma, contribuindo para a conduta médica. Apesar dos pontos positivos apresentados, o exame possui o risco de causar trauma orofaríngeo, esofágico ou gástrico. A incidência de complicações decorrentes da ecocardiografia transesofágica é baixa, sendo cerca de 0% - 0,5%. A presença de patologia gástrica ou esofágica, tamanho e forma de inserção e manipulação do aparelho são alguns dos fatores que podem estar associados ao trauma direto do trato gastrointestinal. Já o trauma indireto está relacionado à pressão excessiva ou prolongada da sonda da EcoTE contra a mucosa do trato gastrointestinal, causando isquemia e necrose tecidual. Hemorragia, enfisema subcutâneo e o aparecimento da sonda da EcoTE no campo cirúrgico costuma ser a apresentação inicial da perfuração esofágica devido a esse exame. Em estudo por Purza R et al., que analisou o uso da EcoTE em cirurgias cardíacas, 73 pacientes (0.9%) tiveram complicações esofágicas ou gástricas, sendo as mais prevalentes esofagite (0.08%), erosão esofágica (0.09%) e laceração de Mallory-Weiss (0.05%). Já no estudo feito por Kallmeyer IJ et al., foi relatado um caso (0,01%) de perfuração esofágica após EcoT, sendo submetida a cirurgia para reparação e evoluindo sem sequelas.

**Comentários finais:**

Relatamos um caso de evolução benigna, mas com o objetivo de alertar que pacientes com odinofagia e dor cervical significativa após EcoTE merecem atenção a queixa de dor pois podem apresentar lacerações esofágicas que se tornam um risco potencial a mediastinite e evoluções mais graves.

**Palavras-chave:** trauma esofágico;pneumomediastino traumático;odinofagia.

**PO806****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Estudo comparativo entre internações por laringectomias no Brasil no período de 2019 a 2023

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIANA TAINÁ OLIVEIRA DE FREITAS

**COAUTORES:** LARISSA FIGUEIREDO DA ROCHA; JOÃO VICTOR MEDEIROS DE LUCENA; MARIA CLARA CANDILES GRUNEWALD; MARIA CLARA OLIVEIRA DA COSTA

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL

**Objetivo:** Analisar e comparar as internações entre diferentes procedimentos hospitalares de laringectomias no Brasil de 2019 a julho de 2023.

**Métodos:** Estudo observacional, transversal, descritivo e quantitativo realizado a partir de coleta de dados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), vinculado ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), quanto ao procedimento hospitalar de laringectomia parcial, total ou com esvaziamento cervical, segundo as regiões brasileiras e o período supracitado.

**Resultados:** Durante o período de janeiro de 2019 a julho de 2023, ocorreram 3.974 internações para cirurgias de laringe, sendo 2019 o ano de maior incidência, com 950 internações, correspondendo a 23,9% do total de laringectomias. Em sequência, houve 746 internações em 2020, 832 em 2021, 949 em 2022, e por fim, 497 até o momento em 2023. As regiões mais acometidas em ordem decrescente são, o Nordeste com 1.600, o Sudeste com 1.378, o Sul com 580, o Centro-Oeste com 215 e o Norte com 201. A laringectomia parcial foi a mais incidente em todos os anos e regiões analisadas, possuindo 3.620 internações para realização da cirurgia, seguida da laringectomia total com esvaziamento cervical com 201 e por último a laringectomia total, contendo 164 casos de internações registradas.

**Discussão:** Entre janeiro de 2019 e julho de 2023, observa-se um aumento notável no número de internações para cirurgias de laringe, com pico em 2019 e 2022. As regiões mais afetadas, em ordem decrescente, são o Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Norte, fato que pode sugerir diferenças na prevalência ou acesso aos procedimentos cirúrgicos nas diferentes regiões do país. Pode-se ver que a laringectomia parcial é a cirurgia mais comum em todos os anos e regiões analisadas, representando a maioria das internações. Até julho de 2023, foram registradas 497 internações. Além desses números, seria relevante investigar os fatores subjacentes que contribuem para essas internações, como tabagismo, exposição a poluentes, câncer de laringe, entre outros.

**Conclusão:** Os dados coletados revelam um panorama de internações por três tipos de laringectomia ocorrido no país entre 2019 e julho de 2023, fornecendo informações sobre qual seria o tipo de cirurgia laríngea mais realizada no Brasil e em suas respectivas regiões. Outra coisa relevante é que a análise comparativa indicou uma consistência na incidência desses casos, a qual pode ser influenciada pelos aspectos econômicos, acesso à saúde, qualidade dos serviços oferecidos e as condições médicas de cada região. Ademais, esses dados podem ser úteis para orientar políticas de saúde, alocação de recursos e pesquisas adicionais para entender melhor as razões por trás dessas tendências e variações regionais.

**Palavras-chave:** Laringectomias;Epidemiologia;Regiões Brasileiras.

PO815

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Síndrome de Eagle - RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: JÔNATAS SOUZA PINTO PORTO

COAUTORES: PEDRO VEIGA RODRIGUES; EMANUELLE RODRIGUES ROLANDO; CARLA PIRES NOGUEIRA; FERNANDO MATHIAS PEREIRA DE MIRANDA

INSTITUIÇÃO: 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL2. FACULDADE SANTO AGOSTINHO, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL3. OTORRINO MED, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL4. INSTITUTO DE MEDICINA ESPECIALIZADA, LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA - BA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente E. D. O. feminina, 73 anos, natural e procedente de Paramirim-BA, procura atendimento com Otorrinolaringologista devido odinofagia há 05 anos, associado a otalgia intermitente e disfagia eventual. Tais sintomas se intensificaram no último ano. Durante o período, recebeu tratamento com antibióticos e antiinflamatórios, sem qualquer melhora. Na avaliação, mediante laringoscopia foi percebida proeminência óssea posterior ao arco palatofaríngeo à direita. Foi solicitada tomografia do pescoço sem contraste, que apresentou alongamento dos processos estilóides, medindo cerca de 4,9 cm à direita e 3,5 cm à esquerda, além de calcificação do ligamento estilóide esquerdo, com extensão de 1,1 cm. O processo estilóide à direita promove abaulamento da parede lateral da orofaringe no seu trajeto. A paciente recebeu o diagnóstico de Síndrome de Eagle, tendo sido submetida a ressecção por via transoral do processo estilóide proeminente, cursando com melhora completa dos sintomas faríngeos.

**DISCUSSÃO:** A síndrome de Eagle corresponde ao alongamento sintomático do processo estilóide ou mineralização do ligamento estilo-hióideo ou estilomandibular, raramente identificada anatomicamente e não muito compreendida clinicamente. Um processo alongado é encontrado em cerca de 4% da população, sendo a grande maioria assintomáticos. A síndrome possui uma incidência de 3:1 entre mulheres e homens, sendo notado em pacientes adultos, com variação entre os 30 a 50 anos. Tal condição apresenta dois tipos, a síndrome clássica estilo-hióidea e a síndrome da artéria estilo carótida; a primeira se configura por dor faríngea intensificada pela deglutição e muito referida ao ouvido; e a segunda como uma forma vascular da síndrome que ocorre pela compressão da cadeia simpática presente na bainha carotídea. O diagnóstico se baseia envolvendo o quadro clínico do paciente, a palpação por meio do exame físico do processo estilóide alongado no leito tonsilar, achados radiográficos evidenciando processo estilóide alongado e teste positivo de infiltração de lidocaína. O manejo destes quadros envolve a via conservadora, por meio de neuromoduladores (duloxetina, gabapentina e pregabalina) e a via cirúrgica, evidenciada na literatura como o tratamento de escolha, sendo as modalidades transoral e transcervical as mais utilizadas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A síndrome de Eagle é uma condição que origina diversos sintomas inespecíficos que podem ser relacionados a múltiplas patologias fazendo-se importante o questionamento desta síndrome como diagnóstico diferencial a fim de que não seja subdiagnosticada. Assim, o conhecimento da síndrome de Eagle se faz necessário a fim de empregar o tratamento adequado e melhorar a qualidade de vida de tais pacientes.

Palavras-chave: Síndrome de Eagle ;Cirurgia;Relato de caso.

PO832

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****TUMOR DE MANDÍBULA COM RECIDIVA EM MAXILA****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA MARIA FERRAREZ FARIA**COAUTORES:** JULIA SCOTTI GONÇALVES LACERDA; LETÍCIA RIBEIRO DE OLIVEIRA GUARDÃO; LUCAS FERREIRA MARTINS OLIVEIRA; ROGERIO ARAUJO OLIVEIRA; GABRIELE SANTOS PONTELLO NEVES**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Apresentação do Caso: Paciente ALC, sexo masculino, 57 anos, foi atendido no serviço de otorrinolaringologia em Belo Horizonte em janeiro de 2020, apresentando massa em ramo e côndilo mandibular direito. Massa de consistência endurecida e imóvel. Paciente relata que percebeu a massa há cerca de 5 anos e relata crescimento progressivo desde então. Tomografia computadorizada de 21/01/2020 revela lesão expansiva em ramo de mandíbula com 35 x 28 mm de diâmetro. O paciente foi submetido a hemimandibulectomia com reconstrução do ramo e cavidade articular com prótese de titânio customizada no hospital Lifecenter em 23/01/2021. Exame anatomopatológico revelou hemangioendotelioma epitelial. O paciente retornou em 2023 relatando vários episódios de sinusite, e tomografia computadorizada de seios da face de 14/03/2023 mostra lesão expansiva no assoalho do seio maxilar direito relacionada às raízes de dentes molares. O paciente foi submetido a maxilectomia de infraestrutura à direita em 05/08/2023 e laudo do exame anatomopatológico evidenciou recidiva do hemangioendotelioma. Discussão: O hemangioendotelioma (HE) é uma neoplasia vascular composta por células epiteliais ou histiocitoides com características endoteliais. Possui potencial de malignidade intermediário entre o hemangioma e o angiossarcoma, associado ao alto índice de recidiva local e menor risco de metástase à distância. A variante epitelióide é descrita na literatura como mais agressiva e capaz de acometer crianças e adultos, sendo mais comum em mulheres, com prevalência entre 20 e 60 anos e com incidência de 1:1.000.000. Não possui fatores de risco conhecidos, e, embora seja mais frequente no sexo feminino, não há associação hormonal conhecida. O hemangioendotelioma epidermoide (HEE) desenvolve-se como massas solitárias e indolores, podendo ocorrer no fígado, pulmão, ossos, pele e sistema nervoso central. A apresentação clínica em pacientes sintomáticos é definida por dor e oclusão ou trombose no local da tumoração. Na maioria dos casos, o HEE é multifocal ou metastático ao diagnóstico. Em 50-76% dos pacientes, o diagnóstico é acidental e ocorre ao exame de radiografia. A taxa de sobrevida média em pacientes assintomáticos é de mais de 10 anos. O diagnóstico é confirmado por meio de biópsia da lesão, e aproximadamente 90% dos HEE apresentam rearranjo dos genes WWTR1 e CAMTA1 - o que é incomum em outros tumores vasculares. O tratamento é a ressecção cirúrgica quando possível, e a literatura é controversa quanto à recomendação de quimioterapia ou de radioterapia. Comentários Finais: O HE primário de cabeça e pescoço é raro e necessita de diagnóstico precoce para um melhor prognóstico. A intervenção cirúrgica é o melhor tratamento, visto que optar exclusivamente pela radioterapia não é incentivada pela literatura devido ao lento crescimento do tumor, e há falta de evidência que comprove seu uso como terapia adjuvante.

**Palavras-chave:** Cirurgia;Oncologia;Tumor cabeça e pescoço.

**PO845****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO DE GLÂNDULA LACRIMAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO**COAUTORES:** MARIA EDUARDA GATTO BORDIGNON; NATHALYA TRENTA SCHRADER; KENDRA CAUANA ESTEVES DA SILVA; VICTORIA LEBEDENCO BARBOSA; DAVID LIVINGSTONE ALVES FIGUEIREDO**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL, LONDRINA - PR - BRASIL2. UNICENTRO, GUARAPUAVA - PR - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente de 39 anos, sexo feminino, com proptose há 3 meses, diplopia há 30 dias. Nega patologias pregressas. Consta histórico de câncer esofágico em avó materna e mãe com câncer de pulmão. Ao exame físico, proptose importante à direita, sem alteração de movimentação ocular extrínseca, porém com diplopia. A ressonância nuclear magnética (RNM) mostrou proptose do globo ocular direito, lesão de aspecto expansivo à direita com compressão e deslocamento medial do músculo reto lateral. A lesão envolvia glândula lacrimal direita e ocasionava erosão óssea das paredes orbitárias, com leve herniação de tonsilas cerebelares pelo forame magno. Paciente submetida a cirurgia de orbitotomia lateral com ressecção da lesão, cujo anatomopatológico confirmou diagnóstico de carcinoma adenóide cístico de glândula lacrimal. Encaminhada para radioterapia estereotáxica adjuvante. O paciente apresentou boa evolução no pós-operatório. Seguimento oncológico por 10 anos, sem sinais de recidiva ao exame clínico e controle radiológico (RNM).

**DISCUSSÃO**

O carcinoma adenóide cístico de glândula lacrimal é uma forma rara de neoplasia epitelial maligna, representando menos de 1% dos tumores oculares. Tem uma lenta progressão, mas alta tendência para invasão perineural e óssea precoce, além de disseminação intracraniana, fatores que impactam prognóstico com altas taxas de recidiva e metástase. Apresenta maior prevalência na quarta década de vida e na população feminina.

O diagnóstico geralmente é feito dentro de 6 meses após o início dos sinais e sintomas, que são, principalmente, epífora, dacriocistite, proptose ou ptose e assimetria facial. Diplopia e deficiência da motilidade ocular também são relatados. A dor, decorrente da invasão de ossos e nervos, é uma característica distintiva das lesões benignas que tendem a progredir sem dor. Estudos radiológicos, tomografia computadorizada e ressonância magnética são essenciais quando se suspeita desse tumor, mas o diagnóstico depende de exame anatomopatológico.

A cirurgia é o tratamento de escolha, podendo ser indicada exenteração orbital com ou sem excisão óssea, e em casos iniciais cirurgia conservadora, com preservação do globo ocular. Em geral indica-se radioterapia adjuvante.

A paciente deste relato de caso foi submetida à radioterapia guiada por Imagem com Modulação da Intensidade do Feixe (IGMRT). Em casos de tumor avançado com alto risco de recorrência, o tratamento quimioterápico também pode ser indicado.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O carcinoma adenóide cístico de glândula lacrimal é considerado uma neoplasia rara. Devido à agressividade da invasão tumoral e ao elevado potencial de recidiva, é imprescindível que o diagnóstico aconteça nos primeiros estágios da doença, para melhor prognóstico. No caso apresentado, a paciente tinha como principal sintoma a proptose e o tratamento foi realizado com cirurgia e radioterapia adjuvante. Portanto, como o prognóstico pode variar dependendo do estágio da doença no momento do diagnóstico e do tipo de tratamento realizado, esse relato de caso é de alta relevância diante da raridade do quadro, podendo contribuir com o melhor manejo de outros pacientes.

Palavras-chave: CARCINOMA;ADENOIDE CISTICO;LACRIMAL.

PO854

## E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

## RELATO DE CASO: CORDOMA EM REGIÃO CERVICAL

AUTOR PRINCIPAL: FERNANDO LIBERATO DA SILVA

COAUTORES: FERNANDA CHAVES AMANTÉA; NATALIA BOCACCIO MAINARDI; THAIS LINS SOARES LEITE; TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO; KONRADO MASSING DEUTSCH; GABRIEL KUHLE

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Caso:** R.H.Q., feminina, 65 anos, atendida no ambulatório de Otorrinolaringologia por queixa de engasgos e perda de peso há 8 meses. Ao exame físico, apresentava abaulamento em orofaringe com projeção anterior de úvula e palato mole, oroscopia sem lesões em cavidade oral, sem linfonodomegalias, sem sinais de desconforto respiratório. A Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética Nuclear (RNM) demonstraram lesão expansiva predominantemente cística, multisseptada, centrada em espaço retrofaríngeo. Realizada punção aspirativa por agulha fina, com citopatológico evidenciando presença de ocasionais células fusocelulares com atipias discretas em meio à matriz mixocondroide, bacteriológico com presença de colônias saprófitas. Optado por ressecção cirúrgica a fins de diagnóstico definitivo. A paciente foi submetida a traqueostomia protetiva e cervicotomia com incisão cervical à direita, visualizando-se lesão endurecida de 7x6cm, que se estendia acima do ângulo mandibular até região inferior ao osso hioide longitudinalmente e transversalmente do nervo acessório até a cartilagem tireóidea. Constatou-se que lesão emergia de provável ramo cervical. Retirada lesão ovoide, de 50g, medindo 6x5x4cm, com áreas hemorrágicas em meio a tecido cinzento e friável e análise anatomopatológica compatível com cordoma.

**Discussão:** Cordomas são neoplasias raras, de remanescentes embrionários da notocorda e têm como característica crescimento lento, invasão local e tendência a recidiva. Ocorrem tipicamente no esqueleto axial e são mais comuns na região esfenoccipital da base do crânio e regiões sacrais. Em adultos, um terço ocorre na base do crânio e os outros dois terços em região sacrococcígea e em outras partes da coluna vertebral. Os cordomas craniocervicais frequentemente envolvem o dorso da sela, o clivus e a nasofaringe e o quadro clínico depende do tamanho e localização do tumor. Os cordomas cervicais podem se manifestar de maneira menos evidente e tardia, produzindo sintomas algícos pela compressão medular e de raízes nervosas. Neste caso, a paciente referia apenas engasgos e perda de peso. Exames como RNM e TC avaliam extensão tumoral e graus de destruição óssea. A biópsia deve ser realizada para confirmação diagnóstica. No exame macroscópico, os cordomas são massas gelatinosas com áreas sólidas e císticas. Microscopicamente, são compostos por lóbulos com células epitelióides dispostas em cordões ou aglomerados e separadas por filamentos fibrosos em uma matriz mucinosa. A distinção entre cordoma e condrossarcoma é importante devido ao prognóstico significativamente melhor associado aos condrossarcomas. Faltam ensaios clínicos randomizados e estudos que definam o tratamento ideal para cordomas. Revisões da literatura e consenso de especialistas apoiam uma abordagem combinada usando ressecção cirúrgica máxima e radioterapia. Uma ressecção completa muitas vezes não é viável devido a restrições anatômicas ao acesso cirúrgico e à proximidade de estruturas nobres. Embora estes tumores tenham crescimento lento, são localmente invasivos com elevada incidência de recorrência local - podendo resultar em morte devido a doença local não controlada. No caso apresentado, foi optado por tratamento cirúrgico a fins de diagnóstico.

**Comentários:** Embora os cordomas sejam tumores médio-baixo grau que raramente desenvolvem metástases, o diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico com remoção completa da lesão constituem fatores decisivos para um melhor prognóstico da doença. No caso apresentado, o tratamento optado foi o cirúrgico para diagnóstico, no entanto, em alguns casos, principalmente quando não se consegue realizar a ressecção completa da lesão, pode ser discutido, com equipe multidisciplinar, a possibilidade de radioterapia adjuvante. A rara incidência do cordoma na região cervical e a dificuldade em realizar um diagnóstico diferencial sob o ponto de vista clínico atrasam o diagnóstico. Sendo assim, é de suma importância que o otorrinolaringologista e cirurgião de cabeça e pescoço se familiarizem com este tipo de neoplasia, a fim de realizar um diagnóstico precoce e tratamento eficaz.

**Palavras-chave:** cordoma; disfagia; cirurgia de cabeça e pescoço.



**PO855****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Abordagem de leiomiossarcoma em face com maxilectomia total: um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA MARIA FERRAREZ FARIA**COAUTORES:** BEATRIZ ANTUNES PAZZINI; JORDANA COELHO MOISES; GABRIELE SANTOS PONTELLO NEVES; ROGERIO ARAUJO OLIVEIRA; HENRIQUE COELHO SOARES MORAES; BEATRIZ LOPES BESSA; LARA LORENZON CARIM**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente de 46 anos, sexo feminino, comparece à primeira consulta em serviço especializado no dia 14/10/2015 com massa em face direita com cerca de 15 centímetros de diâmetro. Relata que em dezembro de 2014 foi ao dentista para limpeza de dentes, quando foi percebido nódulo pequeno em região bucinadora à direita, indolor e endurecido com diâmetro semelhante ao de uma azeitona. Pensou-se em abscesso, sendo incisado para drenagem (sem secreção purulenta à incisão) e prescrito anti-inflamatório não esteroidal (AINE) e antibiótico (sic). Com o crescimento da lesão, foi realizada biópsia incisional pelo dentista que confirmou o diagnóstico de leiomiossarcoma. Paciente foi encaminhada para o serviço de Oncologia, onde foram identificadas metástases em pulmão e coluna vertebral. Iniciada quimioterapia, contudo, com progressão em volume do tumor facial. Paciente encaminhada ao serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial pela Oncologia, para avaliar possibilidade de remoção da lesão de face, sem caráter curativo, visto que a doença encontrava-se avançada localmente. A TC revelou lesão em maxila direita comprometendo a parede anterior e posterior, se estendendo para a fossa infratemporal, com preservação da órbita. Em 07/11/2015, foi submetida a maxilectomia total com remoção da massa facial e reconstrução com retalho de músculo peitoral maior e traqueostomia. Anatomopatológico revelou à macroscópica um tumor ovóide, branco, elástico e bem delimitado, parcialmente recoberto por retalho de pele ulcerado, medindo 24,0×19,0×14,0 cm, apresentando superfície de corte com áreas amolecidas. À microscopia, foi identificada neoplasia fusocelular apresentando acentuadas atipias nucleares, numerosas figuras de mitose com formas atípicas, necrose e comprometimento da pele suprajacente. Os achados histopatológicos foram compatíveis com um sarcoma de alto grau a classificar, sendo solicitada uma análise imunohistoquímica. Essa revelou anticorpos Vimentina (DAKO-IS630-FLEX) e Desmina (CELL MARQUE - D33) positivos, com índice proliferativo de aproximadamente 50-60% pelo Ki67(Clone MIB-1-DAKO-IS626-FLEX), o que corroborou a favor do diagnóstico de um sarcoma de alto grau do tipo leiomiossarcoma. **Discussão:** Os leiomiossarcomas são tumores malignos do tecido muscular liso e localmente agressivos, com tendência a recorrência e possibilidade de metástases. Eles representam cerca de 7% de todos os sarcomas de partes moles, mas menos de 2% estão localizados na região da cabeça e pescoço. No caso descrito, a paciente foi diagnosticada com leiomiossarcoma maxilar direito, o que é uma observação rara. A metastização hematogênica é a mais comum nestes tumores, sendo o pulmão o órgão mais frequentemente atingido. Por ter aspecto clínico inespecífico, o diagnóstico do leiomiossarcoma depende do exame anatomopatológico e da imuno-histoquímica. No geral, o tratamento cirúrgico com margens claras é recomendado para controlar a recorrência do leiomiossarcoma e a quimioterapia é frequentemente usada para lesões metastáticas, como a do caso descrito. Entretanto, devido à sua proximidade com estruturas vitais e às restrições anatômicas na região da cabeça e pescoço, a remoção cirúrgica dos sarcomas nessas áreas, muitas vezes, não consegue atingir as margens de ressecção ideais. Outras considerações importantes incluem os déficits funcionais relacionados à respiração, deglutição e fala, bem como os resultados estéticos que podem ocorrer após ressecções de cabeça e pescoço. O paciente com leiomiossarcoma tem consequências não apenas físicas, mas também psíquicas, que acarretam alterações no convívio social, familiar e laboral. **Comentários finais:** Concluímos que mesmo com o paciente em questão ter apresentado um leiomiossarcoma em uma região menos convencional e já ter chegado ao serviço de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico facial em um estado mais grave, com metástases em pulmão e coluna vertebral e um tumor facial de dimensões muito consideráveis, uma abordagem rápida e eficaz é capaz de entregar resultados estéticos e funcionais satisfatórios.

**Palavras-chave:** Cirurgia;Oncologia;Tumores de Cabeça e Pescoço.

PO858

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Tumor inflamatório miofibroblástico em laringe: relato de caso raro

AUTOR PRINCIPAL: ISABELA ABREU TORRES

COAUTORES: VINICIUS ANTUNES FREITAS; MATHEUS MATOS MOHALLEM; LÍVIA MACHADO RIGOLON; RAISSA CARVALHO PEREIRA; SABLINA RODRIGUES SÉRGIO; JULIA COLARES MOREIRA; GABRIEL COELHO SOARES MORAES

INSTITUIÇÃO: 1. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL2. NÚCLEO DE OTORRINO BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente idoso, sexo masculino, 68 anos queixando disfagia e disfonia progressiva há 6 meses, sem dificuldade respiratória. Ao exame: paciente apresentando disfonia moderada. Oroscoopia sem alterações e palpação cervical livre. Videonasofaringoscopia flexível evidenciando lesão multilobulada de superfície lisa em laringe supraglótica posterior e banda ventricular direita. Mobilidade das cordais vocais preservada. Tomografia computadorizada de pescoço evidenciando formação expansiva infiltrativa envolvendo a parede posterior da hipofaringe, seio piriforme direito e planos parafaríngeos a direita, parede lateral direita do esôfago e espaço pré vertebral. Sugerindo possibilidade de lesão primária faríngea. Ressonância Magnética do pescoço descreve formação tecidual anormal comprometendo a hipofaringe e a laringe apresentando realce após uso do meio de contraste endovenoso, medindo aproximadamente 3,0x4,6x4,5cm (volume 32,3cm<sup>3</sup>). Exame anatomopatológico da lesão confirmou Tumor Inflamatório Miofibroblástico. Diante do quadro clínico optou-se por tratamento cirúrgico e ressecção endoscópica ampliada de lesão infiltrativa não sangrante de hipofaringe e laringe supraglótica com uso de laser de Co2. Identificada lesão pediculada de superfície lisa, de cerca de 10 cm, isolada em transição de hipofaringe e supraglote adentrando para região esofágica. Realizada ressecção total da lesão desde seu pedículo com cautério de Bouchayer. Confeccionada traqueostomia para proteção de via aérea. Paciente seguiu com boa evolução pós-operatória, com melhora importante dos sintomas disfágicos e decanulação precoce.

**Discussão:** Os tumores miofibroblásticos inflamatórios (TMI) são lesões benignas que mimetizam lesões neoplásicas. A idade média de apresentação da doença foi de 44,5 anos, com variação de 2 a 74 anos.<sup>1</sup> A laringe é um local incomum para a ocorrência de TMI.<sup>2</sup> É caracterizado por células fusiformes miofibroblásticas em meio a células inflamatórias. Tem causa desconhecida.<sup>1</sup> Muitas teorias foram propostas e incluem trauma, infecções, neoplasias e fatores imunológicos. O tabagismo tem sido sugerido como fator de risco, pois 22,6% dos pacientes com TMI na laringe eram fumantes. Foi demonstrado que o vírus Epstein-Barr (EBV) está associado ao IMT em locais extra-laríngeos. <sup>1</sup> Na laringe, ocorre mais comumente nas cordas vocais verdadeiras, seguida pela subglote. Raramente, ocorrem na supraglote. As queixas de apresentação variam dependendo do local da lesão.<sup>3</sup> O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica com margens, sendo a radioterapia e quimioterapia indicada em casos com recorrência ou transformação maligna.<sup>4</sup> Os principais fatores que levam à recorrência da doença são a excisão parcial/incompleta do tumor.<sup>5</sup> A taxa de recorrência da TMI laríngea é de 8 a 18%. A recorrência ocorre mais comumente dentro de 2 a 12 meses.<sup>1</sup>

**Comentários Finais:**

O tumor miofibroblástico inflamatório é um tumor incomum que pode mimetizar um processo neoplásico. Muitas etiologias foram propostas, mas nenhuma foi comprovada. O diagnóstico e tratamento cirúrgico precoce e um acompanhamento pós operatório adequado resultam em menor morbidades pós operatória e menor chance de recidiva.<sup>1</sup>

Palavras-chave: Miofibroblástico;tumor;laringe.

PO877

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Perfil epidemiológico da mortalidade por neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe no Brasil no período de 2018 a 2023

**AUTOR PRINCIPAL:** LAIANE KELLY CHAVES DE SOUZA

**COAUTORES:** JOÃO PEDRO CAMANO SÁ; LARA PAES LANDIM RIBEIRO FIGUEIREDO; YRLA RAVENA VIANA MIRANDA; RAFFAEL CAMANO SÁ; THIAGO MACIEIRA FREIRE DE ANDRADE; LETÍCIA DE CERQUEIRA MOREIRA; MICHELLE QUEIROZ AGUIAR BRASIL

**INSTITUIÇÃO:** 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAS - UNIME, SALVADOR - BA - BRASIL. 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO - UNIFAS, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico da mortalidade por neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe no Brasil, no período de 2018 a 2023.

**Metodologia:** Estudo ecológico desenvolvido a partir de coleta de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) nos últimos 5 anos (2018-2023), acessado em setembro de 2023. As variáveis analisadas incluíram sexo, faixa etária, raça/cor e local de ocorrência. A taxa de mortalidade (tM) foi calculada a partir da seguinte equação:  $tM = \frac{n \text{ óbitos}}{\text{população}} \times 100.000$ .

**Resultados:** Foram identificadas no Brasil, no período analisado, 40.731 mortes, com tM média anual de 3,84 a cada 100.000 habitantes. O ano de 2019 apresentou a maior taxa com tM= 3,99, enquanto o ano de 2022 apresentou tM= 3,79 evidenciando uma queda na tM. Houve prevalência maior de casos no sexo masculino, o que corresponde a 78,21%, enquanto o sexo feminino apresentou 21,79% dos casos. Quanto a faixa etária, 30,83% ocorreu em indivíduos entre 60 a 69 anos. Referente à variável raça/cor, os indivíduos autodeclarados como pertencentes à categoria “branca” apresentaram a prevalência mais elevada de óbitos pela doença, com 50,66% dos casos.

**Discussão:** Evidencia-se uma queda na taxa de mortalidade por neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe entre os anos analisados, achado que pode se relacionar ao período pandêmico e desatualização dos registros do DATASUS nos anos mais recentes. A disparidade de gênero observada, com uma prevalência significativamente maior de casos no sexo masculino, está em consonância com padrões globais, nos quais os homens são mais suscetíveis a esse tipo de câncer. Essa observação pode ser atribuída a fatores de risco comportamentais, como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool, que são mais frequentes em homens. A análise por faixa etária revelou que a maioria dos casos ocorreu em indivíduos entre 60 a 69 anos. Essa tendência está em linha com a literatura científica e pode ser explicada pelo acúmulo de fatores de risco ao longo do tempo e pelo envelhecimento da população. A distribuição por raça/cor mostrou disparidades significativas, com uma prevalência mais alta de óbitos entre indivíduos autodeclarados como pertencentes à categoria racial/cor “branca”. Conclusão: Observa-se que os dados epidemiológicos apontam uma queda na taxa de mortalidade por neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe, achado que precisa ser confirmado nos próximos anos pós pandemia. Apesar da diminuição, esses dados continuam alarmantes e configura-se como um problema para a saúde pública. Conhecer o perfil epidemiológico dessas neoplasias permite elaborar uma abordagem sistematizada direcionada principalmente para os principais grupos de risco, favorecendo um diagnóstico precoce e gerando um desfecho favorável.

**Palavras-chave:** Neoplasia da Cavidade Oral; Neoplasia da Faringe; Taxa de Mortalidade.

**PO879****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Relato de Caso – Angioceratoma em língua

**AUTOR PRINCIPAL:** ANA BEATRIZ CARDOSO PEREIRA**COAUTORES:** CARLOS SEGUNDO PAIVA SOARES; JOSE VICENTE TAGLIARINI; JESSICA MIWA TAKASU; GABRIELA SILVEIRA MEGA; SAMUEL SERPA STECK; ÁRTHUR UREL**INSTITUIÇÃO:** UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL

Menina, 13 anos, com relato pela mãe de ter notado lesão na língua da criança desde os 13 dias de vida. Fora acompanhada no ambulatório de hemangiomas da equipe de cirurgia vascular durante os primeiros anos de vida, com biópsia do ano de 2014 com o seguinte resultado: “Lesão vascular benigna favorecendo o diagnóstico de mal formação vascular”. Fez uso de propranolol 40mg durante 5 anos, sem benefício. Refere que a lesão nunca causou prejuízos na qualidade de vida, incluindo alimentação ou fala. Foi encaminhada ao ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço para avaliação devido tamanho e aspecto da lesão que ao exame físico era em face ventral da língua de aspecto exofítico e vegetante, bordas irregulares, com coloração arroxeada, medindo 3x3 cm, endurecida e indolor a palpação. Ausência de linfonodomegalias cervicais. Ausência de lesões semelhantes em outras partes do corpo. Optado por nova biópsia incisional, sendo o resultado do novo anatomopatológico: “ANGIOCERATOMA. Comentário: os cortes histológicos demonstram presença de ectasia vascular subepitelial, hiperplasia de epiderme sobrejacente caracterizada por acantose, hiperparaceratose e papilomatose, associado a reação inflamatória mínima com áreas de crosta fibrinoleucocitaria e de colonização bacteriana secundária. Tais achados morfológicos são compatíveis com ANGIOCERATOMA em língua”. Optado pelo seguimento clínico devido característica benigna da lesão, pouca idade da criança e morbidade da cirurgia.

**DISCUSSÃO**

O angioceratoma é uma lesão vascular cutânea rara caracterizada histologicamente por ectasia vascular dérmica com hiperqueratose epidérmica sobrejacente. Diferentes tipos de angioceratomas foram descritos: forma generalizada (angioceratoma corporis diffusum) e formas localizadas (angioceratoma solitário; de Fordyce; circumscriptum naeviformae e de Mibelli). Embora esses tipos sejam clinicamente diferentes, eles compartilham características histológicas semelhantes.

O angioceratoma oral é muito raro. É mais comumente encontrado em distúrbios sistêmicos como doença de Fabry ou fucosidose, onde múltiplos angioqueratomas podem ser encontrados na pele e na mucosa oral. O angioceratoma oral acometendo a língua também pode ser encontrado na forma de angioceratoma circunscrito (forma congênita); no tipo Fordyce, onde o angioqueratoma do escroto está associado ao da língua ou angioceratomas ocorrendo simultaneamente em jejuno, escroto e cavidade oral.

No presente caso a lesão era solitária e não havia outras lesões na pele ou na cavidade oral.

Entre os diagnósticos diferenciais estão o nevomelanocítico, melanoma maligno, verruga vulgar, hemangioma, aneurisma capilar, nevo de Spitz ou hiperplasia epitelial focal. A biópsia excisional com exame histológico metódico é importante para confirmar o diagnóstico, como demonstrado em nosso caso. A patogênese do angioceratoma ainda é incerta.

O tratamento do angioqueratoma oral é a excisão cirúrgica, porém há relato em literatura de regressão de 75% da lesão em língua em paciente jovem com laser de CO2 e pulsed dye laser (PDL).

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Há pouquíssimos relatos em literatura de lesões semelhantes, portanto é relevante a descrição deste caso para que ele esteja entre a gama de diagnósticos diferenciais de médicos otorrinolaringologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço e cirurgiões dentistas, bem como paratracer para discussão científica novas possíveis formas de tratamento e condução do caso.

Palavras-chave: Angioceratoma;Vascular;Língua.

PO881

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****ABSCESSE DE QUARTO ARCO FARÍNGEO - UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GUILHERME DOEHL KNEBEL**COAUTORES:** MARIA EDUARDA DEON CECCATO; THAIS LINS SOARES LEITE; FLÁVIA RAUBER FELKL; KONRADO MASSING DEUTSCH**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**Relato de caso:**

Masculino, 12 anos, com história dor cervical, odinofagia e redução da aceitação da dieta, evoluindo para febre e piora da odinofagia. Em tomografia cervical externa realizada em cidade de origem, evidenciou-se processo inflamatório com extensão para espaço retrofaríngeo e região cervical anterior esquerda. Durante transferência para hospital terciário, evoluiu com trismo e dificuldade respiratória, sendo intubado para proteção de via aérea. Chegou à UTI pediátrica do HCPA sedado, em ventilação mecânica, hemodinamicamente estável.

Familiar referiu história prévia de três abscessos diagnosticados no paciente, aos 4, 7 e 11 anos de idade, tratados, respectivamente, com antibiótico via oral, drenagem espontânea e o último com necessidade de drenagem cirúrgica. Nega necessidade de intubação prévia. Nega comorbidades conhecidas.

Ao exame, apresentava tonsilas palatinas simétricas, sem desvio de úvula, sem trismo, boa abertura oral. Região cervical esquerda com sinais flogísticos, sem drenagem de secreção.

Aventada hipótese diagnóstica de cisto de quarto arco branquial infectado e optado por abordagem diagnóstica e terapêutica em bloco cirúrgico. Sob ecografia, visualizada coleção anterior ao esternocleidomastoideo, onde foi injetado azul patente. Sob laringoscopia direta, visualizada secreção purulenta azulada junto ao seio piriforme esquerdo. Procedeu-se com cervicotomia exploradora a esquerda para drenagem do abscesso. Apresentou boa evolução, com extubação no mesmo dia. Após 10 dias, realizou-se a obliteração do trajeto fistuloso com desbridamento local, cauterização e colocação de hemostático absorvível.

Apresentou boa evolução pós operatória e alta hospitalar após investigação negativa para imunodeficiências realizada durante a internação. Até o presente momento, não houve recidiva.

**Discussão:**

O quarto arco é responsável pela formação da cartilagem tireoidea, dos músculos intrínsecos da faringe, do nervo vago (laringeo superior e laringeo recorrente), além de formar o arco da aorta e a porção proximal da artéria subclávia direita. Anomalias deste arco são raras e sua principal forma de apresentação é com a formação de seios ou fístulas.

Tais malformações costumam seguir o trajeto do nervo laringeo recorrente, adentrando a laringe ou cruzando a membrana tireoidea até a fossa piriforme. Mais raramente, estas anomalias podem apresentar pertuito descendente, chegando próximo das estruturas vasculares supracitadas. A tomografia computadorizada com injeção de contraste dentro do seio ajuda a identificar sua origem, mas o diagnóstico definitivo se dá somente no intraoperatório de um quadro infeccioso.

Idealmente, o tratamento consiste na excisão cirúrgica do orifício fistuloso antes da primeira infecção, visto que o quarto arco dá origem a estruturas neurovasculares nobres. No entanto, na prática clínica, o diagnóstico costuma ocorrer durante um episódio infeccioso. O uso de corante azul de metileno durante a cirurgia é útil para delimitar a área a ser removida.

**Comentários Finais:**

Embora raras, as malformações de quarto arco têm potencial gravidade especialmente quando não diagnosticadas corretamente. Sendo assim, é de fundamental importância para o otorrinolaringologista e cirurgião de cabeça e pescoço o diagnóstico adequado através de um contínuo estudo de anatomia e embriologia do local.

**Palavras-chave:** Malformações de arcos branquiais; Abscesso cervical; Abscesso de quarto arco branquial.

PO889

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** RAYANE CARNEIRO DE AMORIM**COAUTORES:** ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA; FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA; HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA; EUVALDO NETO BORGES TOMAZ; ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA; PALOMA FEITOSA PINHO GOMES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA MARTA, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO:** uma paciente de 33 anos procurou atendimento médico devido a uma dor crônica persistente na orofaringe, sem evidência clínica de amigdalite ou infecção aparente. Ela estava sendo tratada com escitalopram 15mg, uma vez ao dia, para alívio da dor. A investigação clínica revelou um achado notável: após a palpação da região amigdalina, a paciente experimentou sensações de choque, o que levantou suspeitas de uma condição incomum, a Síndrome de Eagle. A confirmação diagnóstica foi obtida por meio de uma tomografia computadorizada com reconstrução do processo estilóide, que revelou um aumento significativo em ambos os lados (52mm no lado direito e 54mm no lado esquerdo), levando à decisão de intervenção cirúrgica.

**DISCUSSÃO:** a Síndrome de Eagle, também conhecida como Síndrome do Processo Estilóide Alongado, é uma condição rara que se caracteriza pelo alongamento anormal do processo estilóide no pescoço. É mais comum em mulheres, geralmente entre as idades de 30 a 40 anos. Os sintomas comuns incluem dor na garganta, disfagia (dificuldade em engolir), sensação de corpo estranho na garganta e, em casos mais graves, compressão de estruturas vizinhas, levando a sintomas neurológicos, como choques ou dor irradiada. O diagnóstico da Síndrome de Eagle é frequentemente baseado nos sintomas clínicos apresentados pelo paciente e é confirmado por exames de imagem, como a tomografia computadorizada com reconstrução. Esta última é particularmente útil para avaliar o comprimento do processo estilóide e determinar se ele está alongado. O tratamento principal para a Síndrome de Eagle é a ressecção cirúrgica do processo estilóide alongado. Essa intervenção cirúrgica visa aliviar os sintomas do paciente e resolver as complicações associadas à compressão de estruturas próximas. No entanto, a decisão de realizar a cirurgia deve ser cuidadosamente ponderada, levando em consideração a gravidade dos sintomas e os riscos associados à intervenção.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** este caso enfatiza a importância de considerar a Síndrome de Eagle como uma possível causa de dor crônica na região da orofaringe, especialmente quando não há evidência de infecção ou outras causas comuns. O diagnóstico preciso é crucial para direcionar o tratamento apropriado, que, neste caso, envolveu uma intervenção cirúrgica bem-sucedida para ressecção do processo estilóide alongado. A colaboração entre especialistas médicos desempenha um papel fundamental na identificação e no tratamento eficaz dessa condição rara. A coordenação entre o otorrinolaringologista e o cirurgião de cabeça e pescoço é fundamental para garantir o melhor resultado possível para o paciente. Além disso, o acompanhamento a longo prazo e a monitorização são cruciais para avaliar a eficácia da intervenção cirúrgica e garantir o alívio duradouro dos sintomas, melhorando assim a qualidade de vida da paciente. Este caso destaca a complexidade e a gratificação da prática médica ao enfrentar condições clínicas únicas e ressaltando a importância do diagnóstico e tratamento precisos.

**Palavras-chave:** Síndrome de eagle; processo estilóide; odinofagia.

PO901

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Abordagem de fraturas mandibulares causadas por armas de fogo: Um relato de Caso

**AUTOR PRINCIPAL:** EDUARDO MEDEIROS**COAUTORES:** HECIO HENRIQUE ARAUJO DE MORAIS; LUCIANO ARAUJO LOPES JUNIOR; NAYANA CAMPERO GARCIA; MARIA EDUARDA DE SOUSA MONTEIRO; TEREZA CRISTINA BATISTA DIAS; MATHEUS ARAÚJO DE MEDEIROS; LUCAS MATHEUS DE OLIVEIRA MONTEIRO**INSTITUIÇÃO:** 1. UFRN - EMCM, CAICÓ - RN - BRASIL2. UERN, CAICÓ - RN - BRASIL3. UFRN, CAICÓ - RN - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino, dezenove anos, vítima de agressão por arma de fogo, foi atendida na unidade de trauma do hospital. Durante a sessão inicial de atendimento, foram realizados exames de imagem, diagnosticando-se fratura exposta, cominutiva, na região do corpo mandibular do lado esquerdo, com retenção de corpo estranho compatível com projétil de arma de fogo alojado. Decidiu-se optar pelo tratamento imediato, inicialmente com a seguinte medicação: 1 g de dipirona (IV) a cada 6 horas para controle da dor, 4 mg de dexametasona (IV) a cada 8 horas para controle do inchaço, 500 mg de cefazolina (IV) a cada 6 horas combinada com 500 mg de metronidazol (IV) a cada 8 horas para prevenção de infecção generalizada, 0,5 mL de vacina antitetânica (IM) e 5.000 UI de gotas antitetânicas (IM) para prevenção do tétano e 40 mg de omeprazol (IV) por dia para proteção da mucosa gástrica. Foi realizada uma lavagem abundante com solução salina e desbridamento conservador intraoral e extra oral da ferida. Por meio de um grande acesso submandibular, os fragmentos do projétil foram removidos (e posteriormente enviados para exame forense) juntamente com qualquer tecido duro não viável, e as pontas dos cotos fraturados foram regularizadas com uma broca de baixa velocidade. Foi então realizado o bloqueio maxilo-mandibular transoperatório com fio de aço, seguido da simplificação da fratura com sistema de parafuso e placa de 2 mm na região basilar, realizando a referida reconstrução com a fixação de uma locking plate de 2,4 mm na fratura, terminando a cirurgia com a sutura de todos os planos. O dreno de sucção de 3,2 mm foi mantido por 48 horas, uma sonda nasogástrica foi inserida e foi prescrito antibiótico cefalexina no pós-operatório por 7 dias, via oral, assim que o paciente recebesse alta. A fisioterapia reabilitadora foi iniciada ainda no leito hospitalar. A paciente apresentou hipomobilidade do lábio inferior esquerdo no pós-operatório imediato, evoluindo sem comprometimento do nervo facial no pós-operatório tardio, com boa cicatrização e oclusão, além de estética facial satisfatória, recebendo alta hospitalar após 3 dias, com acompanhamento posterior de 20 meses.

**Discussão:** As lesões por projéteis de armas de fogo são um problema de saúde pública, caracterizado por significativa morbimortalidade e custo significativo para a sociedade. O presente caso possui características consistentes com estudos retrospectivos de fraturas faciais que apontam para a mandíbula ser o osso mais impactado, sendo o corpo mandibular a porção mais afetada, envolvendo predominantemente indivíduos na faixa etária de 20, 30 e 40 anos. Com relação ao tratamento, a opção de imobilização, redução e fixação interna dos cotos, inicialmente, é devido à ligação com taxas reduzidas de complicações. Assim, o curso do processo de cicatrização não é interrompido por uma cirurgia subsequente (na mesma ferida), reduzindo também a ansiedade e o estresse associada a pacientes com traumas faciais e/ou mandíbulas não funcionais. Antibioticoprofilaxia com cefazolina e metronidazol por ser uma fratura exposta com envolvimento intra e extra oral, cobrindo bactérias gram positivas e anaeróbicas principalmente, principais causas prováveis de infecção nesse caso. Na fase pós-operatória, foi prescrita fisioterapia de reabilitação com massagem manual para aumentar o suprimento de sangue e eliminar resíduos metabólicos. A antibioticoterapia pós-operatória foi realizada (em casa) com cefalexina, pelos mesmos motivos do uso da cefazolina, conforme mencionado anteriormente.

**Comentários finais:** A fisiopatologia complexa dos danos causados por projéteis de armas de fogo exige que o cirurgião entenda as necessidades de tratamento, sendo indispensável o cuidado pré-operatório, o tratamento imediato e a fixação interna estável. Assim como, o uso de placas de reconstrução usando o “sistema de travamento” para fraturas cominutivas e/ou com perda de substância, bem como terapia antibiótica pós-operatória. O uso dessas medidas cria uma tendência ao sucesso do tratamento, com poucas ou nenhuma complicações e sequelas.

**Palavras-chave:** Arma de fogo;Terapêutica;Mandíbula.



**PO911****E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****RECONSTRUÇÃO DE ASSOALHO DA BOCA COM RETALHO MIOCUTÂNEO DE PLATISMA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GUSTAVO CORRÊA DE CARVALHO**COAUTORES:** NEDIO STEFFEN; LUCIANE MAZZINI STEFFEN; GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO; JULIA TONIETTO PORTO; MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH; GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU; LEONARDO ZANETTI FLORIAN**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SÃO LUCAS, PUC-RS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente R.S.O., masculino, 40 anos, educador físico, previamente hígido, sem história de tabagismo ou etilismo, HPV negativo. Em 2009 percebeu uma lesão na língua à direita, a qual foi removida com diagnóstico de líquen plano no anatomopatológico (AP). Apresentou desde então mais 2 recidivas no mesmo local (2010, 2017). Em março de 2023, após palpar lesão endurecida na mesma topografia busca nova opinião: ao exame físico apresentou nódulo em nível IB à direita justa mandibular, e lesão com mais de 3 cm na borda posterior da língua e orofaringe (sulco glossoamigdaliano direito). O tratamento proposto foi hemiglossectomia à direita com remoção de glândula sublingual e linfonodos cervicais em níveis IA, IB, IIA, III, IV, VA (Foto 1); remoção de segundo e terceiro molares, associado à amigdalectomia ipsilateral; comissurotomia ligando cavidade oral com região cervical (Foto 2), seguido por posicionamento de Retalho Miocutâneo de Platisma (Foto 3) para reconstrução de assoalho da boca (Foto 4). AP pós operatório evidenciando carcinoma de células escamosas invasivo, não queratinizante, moderadamente diferenciado de língua; linfonodos sem evidências de metástase e glândula submandibular sem particularidades. Estadiamento patológico pT3 e pN0.

**DISCUSSÃO:**

O câncer de cabeça e pescoço é responsável por aproximadamente 900.000 casos e mais de 400.000 mortes anualmente no mundo. Os principais fatores de risco associados a ele incluem uso de tabaco, álcool, infecção pelo papilomavírus humano (HPV). A maioria destes tumores começam nas superfícies mucosas do trato aerodigestivo superior e são predominantemente carcinomas de células escamosas.

A ênfase neste trabalho vai para os tumores da cavidade oral, que assim como os de orofaringe, apresentam comportamento agressivo, dificultando diagnóstico em fases iniciais da doença.

A porção oral da língua é o subsítio mais comum dos cânceres da cavidade oral, e muitas vezes tem sido associado a um pior prognóstico em relação aos outros. Pode ser tratado com hemiglossectomia para doenças localmente avançadas - como no caso relatado - ou então com glossectomia total quando as artérias linguais bilaterais estão envolvidas pelo tumor.

Pelas características da doença, as ressecções de neoplasias orais com margens livres tornam-se um desafio, podendo levar à déficits em funções como abertura da boca, fonação, deglutição, entre outros. Desta forma, após a garantia de margens seguras, é necessária e desafiadora a reconstrução das estruturas visando manter ao máximo a fisiologia, reduzir as morbidades e melhorar as condições funcionais e estéticas.

Há uma gama de retalhos que podem ser utilizados para reconstrução do sítio, sendo as opções mais comuns: transplantes livres de pele, retalhos locais e/ou a distância (retalhos lingual, frontal, nasogeniano, deltopeitoral, musculocutâneo de Grande Peitoral e de Trapézio) e retalhos microcirúrgicos, de uso mais recente. Sua escolha depende do tamanho do defeito local, características pessoais do paciente e a própria experiência do cirurgião.

Neste caso foi contemplado o uso de Retalho Miocutâneo de Platisma, com poucos registros de uso documentados. Os pioneiros do uso deste retalho foram McGrath e Ariyan, em 1977, ao cobrir uma queimadura total de orelha. Este retalho apresentou excelente fidelidade de cor, atendeu as características de retalho local, como a de ter sido obtido na região, com espessura adequada e permitir fechamento direto do sítio de retirada.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

Os tumores de cavidade oral são muito desafiadores na cirurgia de cabeça e pescoço. Tendo em vista o comportamento agressivo associado a uma região anatômica complexa, a cirurgia curativa deve ser individualizada para garantir exérese de toda a lesão com margens seguras, além de preservar as funções fisiológicas e a estética.

Neste caso, o emprego do Retalho Miocutâneo de Platisma – escasso na literatura atual – atendeu aos princípios de uma boa reconstrução e garantiu ao paciente uma boa qualidade de vida.

Palavras-chave: Câncer de cavidade oral;Reconstrução;Retalho Miocutâneo de Platisma.

PO914

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Corpo estranho orbitário: um relato de caso atípico

**AUTOR PRINCIPAL:** RAÍSSA KALINE MENESES MOREIRA**COAUTORES:** MATHEUS ARAÚJO DE MEDEIROS; MARIA EDUARDA DE SOUSA MONTEIRO; LUCAS MEDEIROS DUNGA; TEREZA CRISTINA BATISTA DIAS; LUCIANO ARAUJO LOPES JUNIOR; HECIO HENRIQUE ARAUJO DE MORAIS; NAYANA CAMPERO GARCIA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CAICÓ - RN - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO NORTE, MOSSORÓ - RN - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente masculino, 37 anos, comparece à unidade de emergência apresentando corpo estranho impactado na região orbital direita resultante de agressão física com uma haste de madeira (Figura 1). Ao exame clínico, relatava dor ocular e foi identificada amaurose direita após o trauma. Realizou tomografia computadorizada (TC) de crânio a fim de obter a localização exata do corpo estranho, avaliar possíveis danos aos tecidos profundos e realizar o planejamento cirúrgico, tendo sido evidenciado espaço semelhante ao ar em órbita direita e ausência de fraturas. Após avaliação imagiológica, o paciente foi submetido à cirurgia sob anestesia geral, tendo sido feita a remoção do corpo estranho ao longo de sua trajetória de inserção, sem complicações intra e pós-operatórias. Foi realizada profilaxia contra o tétano e prescrita antibioticoterapia.

**Discussão:**

No contexto do trauma orbital, pode existir dificuldade na identificação de corpos estranhos, sobretudo se o paciente não reconhecer o mecanismo da lesão. Além disso, a maioria dos ferimentos oculares com penetração de um corpo estranho apresenta danos mínimos à superfície, o que dificulta o diagnóstico precoce e pode representar um risco para as estruturas neurovasculares adjacentes à lesão, assim como estão associados a um risco significativo de infecção.

Em se tratando da composição do corpo estranho orbitário, o metal e o vidro são os mais frequentemente encontrados e bem tolerados, enquanto que o envolvimento orbital e intracraniano por fragmentos de madeira é raro e está associado a acometimentos graves, como amaurose, flegmão orbital fulminante e fratura orbital com possível lesão cerebral, e, ainda, podem não ser adequadamente identificados nos métodos de imagem.

O paciente do estudo apresentou um corpo estranho orbitário de madeira, o qual é incomum e, geralmente, possui maior dificuldade de visualização tanto na radiografia simples, cuja técnica não consegue evidenciar de modo claro os fragmentos de madeira devido às características de densidade, como na TC, na qual apresenta densidade semelhante à do ar (Figura 2), comprometendo, a sua delimitação, o que muitas vezes leva a um diagnóstico errado ou omitido.

Nessas ocasiões, a realização de ressonância nuclear magnética (RNM) é sugerida por alguns autores para melhor reconhecimento do corpo estranho, devendo ser evitada quando suspeita-se de objeto metálico, já que podem ser mobilizados devido ao campo magnético. No entanto, de modo excepcional, o corpo estranho do paciente apresentava alteração da profundidade da penetração, tendo em vista que estava praticamente fora do caminho de inserção, tendo sido fator suficiente para realizar o planejamento do tratamento utilizando apenas a TC.

**Comentários finais:**

Diante de um trauma direto na cavidade orbitária, a presença de corpo estranho de madeira deve ser sempre investigada com a combinação da suspeição clínica e exames de imagem, principalmente com a TC, ainda que possa ser visualizado ao exame clínico, a fim de removê-lo o mais precocemente possível. Ocasionalmente, fatores podem complicar a avaliação clínica do corpo estranho, como alteração da direção de penetração, inviabilizando, por exemplo, o reconhecimento de tamanho e forma do objeto. Por outro lado, a profundidade de penetração, neste estudo, facilitou o diagnóstico da lesão e consequentemente a definição da terapêutica adequada, diminuindo tanto o risco cirúrgico de uma possível iatrogenia, assim como o risco inerente de retenção do corpo estranho orbitário.

**Palavras-chave:** Corpos estranhos no olho; Fraturas orbitárias; Traumatismos maxilofaciais/cirurgia.

PO915

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

LINFANGIOMA CERVICAL GIGANTE EM ADULTO - Relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA**COAUTORES:** EDSON MARQUES PIRES FILHO; LUCAS MENDES SOARES; CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO; BETHINA SILVA BARRETO; AMANDA LARISSA KADOR ROLIM; CHRISTIANE RIBEIRO ANIAS; PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO (RJ), RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente, feminino, 37 anos, obesa, com queixa de tumoração cervical volumosa à esquerda de crescimento progressivo há 2 anos, associado a desconforto à deglutição e dispneia aos esforços. Ao exame físico apresentou massa cervical volumosa, consistência mole, móvel, indolor, ocupando níveis III e IV à esquerda. Oroscopia e videolaringoscopia inocentes. USG cervical com doppler evidenciou cisto simples, medindo 102x 55x 76 mm (volume: 226 ml) à esquerda. TC pescoço com contraste evidenciou formação expansiva de aspecto cístico cervical esquerda medindo 7,8x 8x 9,2 cm se estendendo desde o osso hióide até a fossa supraclavicular deste lado, determinado discreto desvio contralateral da laringe e traquéia. Foi submetida a punção por agulha fina com coleta de líquido amarelo citrino que revelou resultado inconclusivo. Foi submetida a ressecção cirúrgica e enviado material para estudo histopatológico.

**Discussão:** O linfangioma é uma malformação congênita do sistema linfático que ocasionalmente é adquirida após ação traumática, infecciosa, iatrogênica ou neoplásica. O caso em questão se manifestou na idade adulta, podendo corresponder à etiologia adquirida, porém sem fator deflagrador identificado. Apresenta-se como uma massa benigna de crescimento lento e consistência mole, geralmente assintomática. Quando sintomáticos, transtornos mecânicos de compressão e estéticos são as principais queixas, conforme relatado pela paciente do caso mencionado. Não há diferença de incidência entre os sexos. A morbimortalidade está relacionada ao tamanho e à idade do paciente. Até 90% dos casos são diagnosticados antes dos 2 anos de idade e a localização mais frequente é a região cervical. O diagnóstico é baseado nas manifestações clínicas, técnicas de imagem e punção aspirativa por agulha fina. O diagnóstico diferencial inclui cisto branquial, cisto tireoglosso, laringocele, massa tireoidiana, lipoma e malformações vasculares. O tratamento pode ser excisão cirúrgica ou esclerose da lesão com agentes esclerosantes. O caso relatado foi proposto tratamento cirúrgico.

**Comentários finais:** O caso relatado faz menção à uma condição benigna que acomete mais frequentemente a região de cabeça e pescoço e que pode causar elevada morbimortalidade devido a intimidade com estruturas nobres dessa região, além do comprometimento estético que pode vir a causar comprometimento social. Como proposta terapêutica, foi realizada ressecção cirúrgica, enviado material para estudo histopatológico. No momento segue em acompanhamento pós-operatório recente, aguardando resultado histopatológico. Permanecerá em vigilância pelo risco conhecido de recidiva tumoral.

**Palavras-chave:** Linfangioma; Lesão cística; Cervical.

PO919

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**  
**MELANOMA EM FOSSA NASAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JULIA COLARES MOREIRA**COAUTORES:** SABLINA RODRIGUES SÉRGIO; ISABELA ABREU TORRES; FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA; ALICE DE SÁ GONTIJO; RAISSA CARVALHO PEREIRA; MATHEUS BONELA CAUS; VINICIUS ANTUNES FREITAS**INSTITUIÇÃO:** NUCLEO DE OTORRINO BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente sexo feminino, 46 anos, com história de episódios recorrentes de epistaxe em fossa nasal esquerda, além de obstrução nasal do mesmo lado, com duração de três anos. Rinoscopia revela presença de massa hipervascularizada em fossa nasal esquerda, friável ao toque, além de secreção sero-hemática. Tc de seios da face revelou formação tecidual expansiva com discreto realce ao meio de contraste, de contornos irregulares e limites mal definidos, centrada em topografia de células etmoidais à esquerda, se estendendo lateralmente para o seio maxilar, anteriormente para a fossa nasal, posteriormente para o seio esfenoidal todos à esquerda, havendo ainda abaulamento da lâmina papirácea, determinando compressão sobre gordura retrocoanal. Realizada biópsia de lesão, enviado para anatomopatológico, com resultado sugestivo de melanoma, sendo indicado estudo imunohistoquímico para diagnóstico definitivo. O mesmo foi realizado, confirmando o diagnóstico. Paciente submetida a maxilectomia parcial, desepitelização de mucosa de seios etmoidais, recesso frontal e esfenóide à esquerda, com exérese de todo material suspeito e encaminhada para radioterapia complementar.

**Discussão:** O melanoma maligno da mucosa nasossinusal é um tumor raro e agressivo que geralmente acomete pacientes acima dos sessenta anos, sem predileção por sexo. As regiões mais comumente acometidas de melanoma mucoso nas vias aéreas superiores são a cavidade oral, a cavidade nasal e seios paranasais, nessa ordem de frequência. Os melanomas mucosos primários do nariz e seios paranasais representam 1% de todos os melanomas. Na avaliação nasal, que envolve a rinoscopia anterior e a fibronasolaringoscopia, são visíveis massas polipóides com pigmentação negro-azulada ou em tons amarelo-pálidos. Os melanomas malignos mucosos nasossinusais tem localização primária unilateral. As localizações tumorais mais frequentes na ocasião do diagnóstico são o septo nasal e os cornetos médio e inferior. As localizações sinusais mais frequentes se situam no nível do seio maxilar e do seio etmoidal; os seios frontal e esfenoidal são raramente acometidos. Obstrução nasal e epistaxe são os sintomas mais frequentes, porém como surgem tardiamente e são inespecíficos, o diagnóstico costuma ser tardio e o prognóstico ruim. O tratamento tradicional é cirúrgico, podendo a radioterapia também ser realizada.

**Comentários finais:** Apesar de raro, em casos recorrentes de epistaxe e obstrução nasal crônica, o diagnóstico de melanoma em fossa nasal deve ser considerado e investigado. Seu diagnóstico precoce é de extrema importância para conduta adequada em tempo hábil e desfecho mais favorável.

**Palavras-chave:** Melanoma; Melanoma em fossa nasal; Melanoma maligno.

PO922

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Histiocitose de células de Langerhans multisistêmica cervical em paciente pediátrico

**AUTOR PRINCIPAL:** VITÓRIA PERINOTTO CARDOSO DO NASCIMENTO**COAUTORES:** RAFAELA DESIDERIO SAAD; JOSE VICTOR MANIGLIA; ATILIO MAXIMINO FERNANDES; EDUARDO CORONATO N. CONSTANTINO; AMADEU JOSÉ RODRIGUES QUEIROZ**INSTITUIÇÃO:** FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente feminino 7 anos portadora de nódulos de tireoide, em uso de levotiroxina, iniciou com aparecimento de pústulas em região cervical direita que fora atribuído a picada de inseto. Evoluiu com nódulos, aumento de volume e densidade de pústulas, atingindo toda região cervical; e saída de secreção serosa. Sem febre, emagrecimento, alterações em crescimento e desenvolvimento.

Ao exame físico apresentava placas distróficas com áreas de erosão e saída de secreção serosa e crostas, nódulos eritematosos de permeio amolecidos à palpação (figura 1). Fez uso de sulfametoxazol-trimetropim e clindamicina, sem respostas, biópsia incisional por punch insuficiente. Devido ao aspecto clínico hipotetizou-se histiocitose, paracoccidioidomicose, micobacterioses atípicas, actinomicetoma e escrófula. Iniciou-se tratamento com amicacina, meropenem e oxacilina devido a hipóteses de actinomicetoma.

Prosseguiu-se investigação com biópsia incisional em fuso que englobou planos profundos. A exploração operatória mostrou planos fibróticos, aderidos e nódulos com conteúdo hialino. Realizou-se coleta de fragmento histologia, imunohistoquímica, pesquisa de mutações BRAF, culturas para micobactérias, fungos, bactérias e PCR para M. tuberculosis.

Sob a hipótese de histiocitose, é necessário investigação de acometimento multissistêmico. Tomografia de pescoço mostrou infiltrado inflamatório-edematoso que se estendia deste processo pela fáscia cervical anterior e partes moles profundas, acometendo espaço visceral e glândula tireóide. Havia formações de coleções líquidas espessas superficiais, sinais de trombose crônica com afilamento/colapso da veia jugular interna direita, associado a ingurgitamento compensatório da veia jugular externa ipsilateral. Incontáveis linfonodos cervicais (figura 2). Tomografia de tórax mostrou lâmina de pneumotórax apical à direita e presença de formações císticas de dimensões variadas, esparsas nos campos pulmonares superiores (figura 3). Radiografias, ecocardiograma, tomografias de abdome, pelve e crânio sem alterações. Sem alterações em função tireoidiana, eletrólitos, função renal e hepática. Culturas e PCR negativos.

Histológico com coloração para hematoxilina-eosina mostrou acúmulos de células histiocíticas, com núcleos reniformes, com cromatina frouxa e nucléolos pequenos, contendo algumas fendas transversais (figura 4). O citoplasma é amplo e eosinofílico claro. Notam-se numerosos eosinófilos e linfócitos de permeio. Imunohistoquímica mostrou S100, CD68, CD1a, CD207 positivos (figura 5) e desmina, citoqueratinas, INI-1, CD3 negativos. Pesquisa de mutação de BRAF negativa (figura 6). O conjunto de achados é suficiente para hipótese de histiocitose de células de Langerhans multissistêmica BRAF negativo.

**Discussão:** A histiocitose de células de Langerhans é caracterizada por distúrbio do sistema reticuloendotelial com alteração da atividade de células apresentadoras de antígenos. Essas células podem promover inflamação de qualquer órgão ou tecido.

Trata-se de uma doença rara, com incidência menor que 5 casos a cada milhão de crianças por ano, é 2 vezes mais comum em homens. Sua patogênese não é bem definida, porém é documentada mutação do gene BRAF em 50% dos casos.

Sua diversidade de apresentação clínica pode atrasar o diagnóstico e consequentemente tratamento, e a terapêutica proposta é extremamente variável a depender dos órgãos e tecidos acometidos, podendo variar desde ressecção cirúrgica com quimioterapia até transplante de progenitores hematopoiéticos quando invasão de medula óssea. Apesar da possibilidade terapêutica semelhante a doenças linfoproliferativas, não há consenso na literatura sobre considerar a histiocitose como neoplasia. A maioria dos autores ainda a classifica como doença reativa.

**Comentários Finais:** O caso relatado busca demonstrar que a histiocitose pode ter melhor desfecho clínico se precocemente diagnosticada e tratada. A presença de lesões dérmicas atípicas em região cervical anterior instigou a busca por sua etiologia, lembrando que a apresentação inicial de 50% dos casos de histiocitose se dá na pele.

**Palavras-chave:** Histiocitose; células de Langerhans; cabeça e pescoço.

PO923

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Fístula de glândula salivar iatrogênica

AUTOR PRINCIPAL: LEONARDO ZANETTI FLORIAN

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

## APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente feminina, 37 anos, hígida, é encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital São Lucas para avaliar correção de fístula de glândula submandibular à direita.

Paciente apresenta história de episódios recorrentes de sialoadenite em região submandibular direita secundários a sialolitíase há 5 anos, com aproximadamente 3 episódios ao ano, demonstrando boa resposta à antibioticoterapia. Em janeiro de 2023, apresentou episódio de infecção refratária ao uso de amoxicilina com clavulanato em dose adequada. Consultou em unidade de saúde de moderada complexidade, onde foi feita incisão no local da inflamação no intuito de realizar drenagem de coleção. A paciente foi então encaminhada para hospital terciário, onde permaneceu internada por 6 dias realizando antibioticoterapia endovenosa. Desde então, permaneceu com orifício em local de incisão (imagem 1), do qual apresentava drenagem de secreção serosa durante as refeições. Foi encaminhada para o serviço de otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital São Lucas para avaliar correção da fístula. Foi constatada presença de sialolito na glândula afetada e planejada abordagem cirúrgica para sua remoção e correção da comunicação. No entanto, ao retornar para consulta pré operatória, paciente apresentava fechamento espontâneo do orifício fistuloso (imagem 2), após 8 meses do início do quadro, com melhora da sintomatologia. Paciente aguarda cirurgia para remoção de cálculo com brevidade.

## DISCUSSÃO

A sialolitíase é uma doença das glândulas salivares, caracterizada pela formação de cálculos ou sialolitos no interior dos ductos ou do próprio parênquima glandular. O cálculo pode se formar em qualquer glândula salivar, porém mais de 80% dos casos têm origem na glândula submandibular. Sua etiologia ainda é muito discutida: alguns autores acreditam ser resultado da deposição de sais de cálcio ao redor de um nicho de células descamadas, de produtos de decomposição bacteriana, ou ainda de retenção salivar devido a aspectos morfoanatômicos da própria glândula. A sialoadenite é a infecção bacteriana da glândula salivar, geralmente em razão de cálculo obstruindo a sua drenagem. Afeta mais comumente as glândulas parótidas e submandibulares, e tipicamente ocorre em pacientes na quinta década de vida. O principal agente causador é o *Staphylococcus aureus*. A maior parte dos relatos de fístula de glândula salivar se limita à glândula parótida. Os casos envolvendo a glândula submandibular citam como causas trauma, sialoadenite, cálculo e alterações estruturais.

## COMENTÁRIOS FINAIS

A paciente do caso apresentou quadro de sialoadenite, provavelmente decorrente de obstrução do ducto de Wharton por calculose. Teve como complicação fístula da glândula submandibular direita de causa iatrogênica, secundária a incisão de drenagem. A abordagem mais adequada perante o caso inicial seria a remoção do cálculo por abordagem intra-oral, para desobstruir o ducto glandular. A avaliação da paciente por um cirurgião de cabeça e pescoço no princípio da sintomatologia poderia ter evitado a complicação e resolvido a patologia precocemente.

Palavras-chave: Fístula salivar; Sialoadenite; Sialolitíase.

PO929

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****CARCINOMA INDIFERENCIADO DE NASOFARINGE: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ALIK ANTUNES BESERRA**COAUTORES:** TAINARA SUELEN DE SIQUEIRA; MARTINHO DA PALMA E MELLO NETO; BRUNO BORGES TAGUCHI; NAYANA DA SILVA CUNHA; FELIPE LOUREIRO DAMASCENO ROCHA; ALESSANDRO AKIO ITIKI AKAMINE; JOAO PAULO DO AMARAL FILHO**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL CASSEMS CAMPO GRANDE/MS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL. 2. CASSEMS CAMPO GRANDE/MS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 18 anos, previamente hígido, relata obstrução nasal constante à esquerda associado ao quadro de epistaxe espontânea ipsilateral intermitente há 4 meses. Evoluiu com quadro de rinorreia purulenta à esquerda e massa cervical bilateralmente. Negou disfagia, odinofagia, otorreia ou hipoacusia. Ao exame, desvio septal à esquerda do tipo esporão na junção da cartilagem quadrangular tensionando a mucosa, grau III, não visualizado ectasia vascular. Nasofibroscopia com tumoração em nasofaringe, lisa e de coloração rosada. Palpação de nódulos endurecidos e indolores na região lateral da cervical, nível II e III bilateralmente. Otoscopia sem alterações e presença da integridade na avaliação dos pares cranianos. Submetido a audiometria com limiares auditivos dentro da normalidade. Solicitado exames laboratoriais apresentando positividade para EBV (vírus Epstein-Barr), tomografia de seios paranasais e ressonância magnética com presença de massa em região de toda nasofaringe e associada a adenopatias bilaterais níveis IIA, IIB e III, menores que 6 cm. Sem sinais de metástase ao PET CT. Realizada biópsia da lesão, tendo como resultado carcinoma de nasofaringe não queratinizado, indiferenciado, EBV positivo, no dado momento em estadiamento T3N2M0. Paciente encaminhado para seguimento com a Oncologia, em realização de quimioterapia de indução já ao final do primeiro de 3 ciclos com melhora de epistaxe e linfonodomegalia cervical. Planejamento de radioterapia e quimioterapia associados após o término da quimioterapia de redução.

**DISCUSSÃO:** A neoplasia maligna de nasofaringe é uma forma pouco comum de câncer de cabeça e pescoço, mais presente em homens, com incidência consideravelmente maior no sudoeste asiático. Seu diagnóstico costuma ser tardio, quando ele já se encontra localmente avançado, tanto que onde o mesmo é endêmico, estuda-se o rastreamento populacional por meio de sorologia para o vírus Epstein Barr. O Tipo III, carcinoma indiferenciado é sua forma mais comum. Seus sintomas incluem hipoacusia (presente em 1/3 dos pacientes), disfunção tubária, otite média serosa e perda condutiva, além disso, pode apresentar obstrução nasal, rinorreia anterior ou posterior e epistaxe pela ulceração tumoral, como no caso exposto. O tratamento preconizado é a realização de radioterapia concomitante a quimioterapia. A realização de indução com Gencitabina e Cisplatina associa-se a melhor sobrevida em 3 anos. A abordagem cirúrgica, é limitada por questão da dificuldade em acesso e obtenção de margens satisfatórias, sendo normalmente optada em terapias de resgate, como em recidivas recorrentes ou complicações loco regionais.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O carcinoma de nasofaringe é uma patologia relativamente rara em nosso meio. A educação populacional é importante, já que o tabagismo, etilismo e consumo de alimentos nitrogenados, assim como, em outros cânceres, são fatores de risco associados. Reforça-se também, a importância do profissional médico - em especial o otorrinolaringologista - a suspeitar deste e de outros tumores nasossinusais em paciente com quadros de obstrução nasal, epistaxe ou disfunções tubárias, como as otites médias secretoras, especialmente unilaterais.

Palavras-chave: carcinoma indiferenciado; nasofaringe; epistaxe.



PO930

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Tratamento de Miíase em trauma facial: Relato de caso

AUTOR PRINCIPAL: EDUARDO MEDEIROS

COAUTORES: LUCIANO ARAUJO LOPES JUNIOR; NAYANA CAMPERO GARCIA; HECIO HENRIQUE ARAUJO DE MORAIS; LUCAS DE MEDEIROS LIMA SOUSA; LUCAS MEDEIROS DUNGA; TIAGO CÉZAR DANTAS DE LIMA; GUSTAVO OLIVEIRA DE SOUSA

INSTITUIÇÃO: 1. UFRN - EMCM, CAICÓ - RN - BRASIL2. UFRN, CAICÓ - RN - BRASIL3. UERN, CAICÓ - RN - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo masculino, 32 anos, foi admitido por equipe de cirurgia e traumatologia em decorrência de agravamento clínico devido a acidente motociclístico. Apresentava Escala de Coma de Glasgow 15, com lesão em região de corpo de mandíbula, predominante em hemiface esquerda, com proliferação larval. Foi encaminhado ao bloco cirúrgico sob anestesia geral, intubado por via nasal. Após administração de éter, as larvas foram coletadas e o tecido foi desbridado e lavado com soro fisiológico 0,9%. As larvas remanescentes foram removidas com administração de ivermectina dose única (200 µg/Kg). Fraturas foram fixadas por placas e parafusos de titânio. No pós-operatório, paciente foi mantido no hospital durante três dias administração por via endovenosa de ceftriaxona 1 g de 12 em 12 horas, dipirona 1 g de 6 em 6 horas, dexametasona 4 mg de 6 em 6 horas e omeprazol 40 mg, uma vez ao dia. Foi administrado também soro antitetânico (SAT) e vacina antitetânica (VAT) em virtude do não conhecimento acerca da situação vacinal do paciente. Após alta, foram prescritos dipirona, nimesulida e cefalexina via oral, essa última de 6 em 6 horas durante 7 dias. O paciente evoluiu sem complicações, as fraturas foram bem consolidadas e os tecidos moles apresentaram cicatrização adequada.

**Discussão:** o termo miíase refere-se à invasão de tecidos por larvas dípteras. As moscas podem depositar mais de 500 ovos por vez diretamente sobre o tecido. Esses ovos eclodem em menos de 1 semana e o ciclo de vida é concluído em cerca de 2 semanas. No Brasil, a espécie *Cochliomyia hominivorax* é mais comum, estando associada a miíase facultativa e traumática. A literatura descreve que a maioria dos casos é secundária à condição anatômica, como extração dentária, mordida aberta anterior e falta de higiene bucal. Em cabeça e pescoço, a miíase geralmente afeta indivíduos com maus hábitos de higiene, usuários de drogas e indivíduos com distúrbios neurológicos e psicossociais. Não existe protocolo padrão para o tratamento da miíase, existindo relatos da utilização de: clorofórmio, éter, cânfora e solução alcoólica em associação com tabaco e hipoclorito de sódio. A literatura demonstra uma maior taxa de sucesso na remoção com uma sequência lógica no tratamento: remoção das larvas na superfície com auxílio de substâncias tóxicas irritantes ou não, como éter, que promovem hipóxia das larvas e o aparecimento das larvas na superfície para melhor remoção. Em seguida, deve-se utilizar ivermectina com posterior desbridamento cirúrgico conjuntamente à lavagem com soro fisiológico 0,9%. A ivermectina é um agente semi-sintético antiparasitário de amplo espectro com atividade contra ectoparasitas e endoparasitas com tropismo cutâneo da família dos macrolídeos. É o principal método utilizado no tratamento de miíase em cabeça e pescoço. É excretada em fezes e glândulas sebáceas, não sendo capaz de atravessar a barreira hemato-encefálica. A dose inicial é usada juntamente com antibióticos, sendo administrada por via oral em apenas uma dose de 150 a 200 µg/kg de peso corporal. Os efeitos indesejáveis incluem erupções na pele, febre, tonturas, enxaquecas, dores musculares e dor nas articulações. Contudo, na avaliação dos casos não deve ser desprezado o fator preventivo como primordial na conduta com o paciente. A vacinação é imprescindível, tendo em vista a recorrência de quadros concomitantes à *Clostridium tetani* na área infestada. Além disso, a conscientização do paciente acerca da importância da higiene para melhora e prevenção desses tipos de afecções não deve ser negligenciada.

**Comentários finais:** A miíase em traumas craniomaxilofaciais pode desencadear quadros graves quando não tratada devidamente e no tempo adequado. O tratamento eficaz foi relatado no presente trabalho, com desbridamento mecânico e administração antiparasitária, além de medidas não meramente intervencionistas, como também preventivas. A ivermectina é geralmente administrada como uma dose única de 150 a 200 µg/kg de peso corporal, para que exerça um efeito benéfico dentro de um curto período de tempo.

Palavras-chave: MIÍASE; CIRURGIA; Mandíbula.

PO945

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Intubação submentoniana em cirurgia maxilofacial oral: análise de 13 casos

**AUTOR PRINCIPAL:** RAÍSSA KALINE MENESES MOREIRA**COAUTORES:** TIAGO CÉZAR DANTAS DE LIMA; LUCAS MATHEUS DE OLIVEIRA MONTEIRO; LUCAS DE MEDEIROS LIMA SOUSA; GUSTAVO OLIVEIRA DE SOUSA; LUCIANO ARAUJO LOPES JUNIOR; HECIO HENRIQUE ARAUJO DE MORAIS; NAYANA CAMPERO GARCIA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CAICÓ - RN - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO NORTE, MOSSORÓ - RN - BRASIL**Apresentação do caso:**

De julho de 2003 a fevereiro de 2005, 13 pacientes do sexo masculino (idades: 19-35 anos) com traumas faciais foram submetidos à intubação submentoniana. A maioria das lesões faciais foram uma combinação de fraturas que afetam a oclusão dentária associadas a outras fraturas que luxaram a base anterior dos crânios ou a pirâmide nasal. Após uma intubação orotraqueal padrão, foi realizada uma cobertura temporária da boca e do queixo. Posteriormente, foi feita uma incisão cutânea de 2 cm na região mediana da região submentoniana, diretamente adjacente à borda inferior da mandíbula. As camadas musculares foram percorridas por dissecação romba com uma pinça Kelly que estava sempre em contato com o córtex lingual da mandíbula. A camada mucosa do assoalho da boca foi incisada sobre a extremidade distal da pinça, localizada em frente à carúncula sublingual, e a pinça foi então aberta, criando um túnel. Após a realização do acesso cirúrgico, o balonete do tubo foi primeiramente introduzido na boca, sendo passado pelo túnel com a pinça. O tubo foi então desconectado do ventilador e do tubo de conexão e um dedo de luva foi colocado na extremidade proximal do tubo e realizou-se a mesma manobra. Por fim, o tubo foi posicionado, a conexão restaurada e o circuito reestabelecido. Suturas foram usadas para fixação da posição. Após a cirurgia, a intubação submentoniana foi convertida em intubação orotraqueal, substituindo o tubo na boca e realizando a extubação da maneira clássica. Caso o paciente necessitasse de ventilação pós-operatória de longo período, a intubação orotraqueal era mantida até a extubação ser completada. A sutura foi feita com nylon 5-0 na pele e vyrcril 4-0 nas camadas internas. Não foi encontrado nenhum déficit motor ou sensorial. Observou-se cicatrização normal na mucosa do assoalho da boca. Nenhum sangramento ou infecção na área foi relatado. O ducto salivar foi preservado e um nível normal de fluidos salivares foi mantido. Não houve dessaturação significativa de oxigênio em nenhum paciente durante o procedimento.

**Discussão:**

A intubação submentoniana é uma alternativa à intubação oral ou nasal, especialmente em casos de trauma facial grave, e foi introduzida há menos de duas décadas. Múltiplos estudos têm avaliado sua utilidade clínica, com baixas taxas de complicações relatadas. Essa abordagem é reconhecida por sua simplicidade, rapidez e segurança no manejo das vias aéreas. Ela combina as vantagens da intubação nasotraqueal, que permite o alinhamento da mandíbula, com as da intubação orotraqueal, que facilita o acesso a possíveis fraturas frontonasais. Contudo, não é apropriada para pacientes com comprometimento neurológico ou lesões torácicas graves que necessitem de ventilação por mais de 7 a 14 dias após a cirurgia. É fundamental selecionar cuidadosamente os pacientes, priorizando aqueles com trauma facial isolado e não necessitando de ventilação prolongada. A intubação submentoniana deve ser evitada em casos que requerem ventilação assistida de longo prazo, como politraumatizados com lesões neurológicas graves ou torácicas profundas, e em cirurgias repetidas. Uma única complicação intraoperatória foi registrada devido ao uso de um tubo de maior diâmetro, sugerindo o uso de tubos com diâmetros de 7,0 ou 7,5 para reduzir o risco de deslocamento ou compressão do tubo. Todos os tubos utilizados no estudo foram projetados para facilitar a remoção do conector universal. O uso de dois tubos pode prolongar a intubação submentoniana, enquanto um único tubo minimiza o risco de desintubação acidental durante o procedimento.

**Comentários finais:**

A intubação submentoniana é indicada em casos de trauma puramente maxilofacial. Exige certa habilidade cirúrgica, mas é simples, segura e rápida de executar. Também permite o controle operatório da oclusão dentária e cirurgia concomitante da pirâmide nasal em grandes traumas maxilofaciais e evita a colocação iatrogênica do tubo nas fraturas da base do crânio. Por fim, apresenta baixa incidência de complicações operatórias e pós-operatórias e elimina os riscos e efeitos colaterais da traqueotomia.

**Palavras-chave:** Intubação; Submentoniana; Lesão maxilofacial.

PO954

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO****ESTUDO COMPARATIVO ENTRE INTERNAÇÕES POR TIREOIDECTOMIAS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2013 A 2022****AUTOR PRINCIPAL:** MARIANA TAINÁ OLIVEIRA DE FREITAS**COAUTORES:** ANA BEATRIZ DE ANDRADE BARROS; MARIA FERNANDA SANTOS MEDRADO; LHAÍS RODRIGUES GONÇALVES; ANA PAULA MEIRA GOMES DE CARVALHO**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivo:** O estudo objetiva analisar o perfil epidemiológico de internações por procedimentos cirúrgicos de Tireoidectomia Total (TT), Tireoidectomia Parcial (TP) e Tireoidectomia Total com Esvaziamento Ganglionar (TTEG) em todo território brasileiro, entre os anos de 2013 e 2022. De forma mais específica, objetiva descrever a prevalência desses procedimentos cirúrgicos por ano e região, com intuito de contribuir para a geração de medidas preventivas de saúde.

**Métodos:** Estudo descritivo, quali-quantitativo, baseado nos dados coletados na plataforma TABNET do DATASUS, no dia 06/09/2023. Foram coletadas informações referentes à quantidade de Procedimentos Cirúrgicos de TT, TP e TTEG, categorizados dentro da Produção Hospitalar da Assistência à saúde no Brasil, por região e Unidade de Federação, nos últimos 10 anos - entre 2013 e 2022. Como critérios de inclusão, optou-se pelas variáveis: Internações por ano segundo região; internações por região segundo procedimento e; internações por ano segundo procedimento.

**Resultados:** Durante o período de 2013 a 2022, ocorreram 99.214 internações para cirurgias de tireoide, sendo 2014 o ano de maior prevalência, com 11.700 internações, correspondendo a 11,7% do total de tireoidectomias. Em sequência, houve 11.097 internações em 2019, 5.402 em 2020, com a menor porcentagem representando 5,4% do total, 6.308 em 2021, e por fim, 9.466 em 2022. As regiões mais acometidas em ordem decrescente são, o Sudeste com 44.907, o Nordeste com 25.465, o Sul com 15.339, o Norte com 7.800 e o Centro-Oeste com 5.703. A TT foi a mais prevalente em todos os anos e regiões analisadas, possuindo 67.048 internações para realização da cirurgia, seguida da tireoidectomia parcial com 29.722 e por último a TTEG, contendo 2.444 casos de internações registradas.

**Discussão:** Os dados obtidos demonstram que há uma predileção pela TT em detrimento das demais, o que pode ser explicado pela técnica em questão ser descrita como segura, apresentando baixa incidência de sequelas pós cirúrgicas, além de possuir o benefício de reduzir o risco de posteriores recidivas ou necessidade de reabordagem. Em contrapartida, a TTEG pode ser a menos prevalente devido à natureza mais extensa do procedimento, visto que esse tipo de cirurgia é realizado quando há suspeita ou confirmação de disseminação do câncer de tireoide para os gânglios linfáticos, não sendo, então, aplicável para todos os casos de câncer de tireoide. Ao estudo das internações por região segundo procedimento, observa-se maior predomínio na região Sudeste, quando comparada com a Centro-Oeste. A disparidade em questão pode ser explicada pela baixa densidade demográfica na região Centro-Oeste, que dificulta o deslocamento para os serviços de saúde e, possivelmente, uma oferta que pondere a territorialidade. É possível inferir que há uma lacuna assistencial referente a esse tipo de tratamento na região em questão, ao levar em consideração a observação de um fluxo migratório de pacientes do Centro-Oeste (Goiás e cidades satélites do Distrito Federal) em busca de assistência médica no estado de São Paulo. Além disso, é perceptível uma redução do número de internações para realização dos procedimentos analisados, no período pandêmico, que pode ser oriunda do hiato de suspensão de procedimentos cirúrgicos eletivos, tendo em vista que ocorreu um retorno do aumento das internações para realização de tireoidectomias, em 2022, período com significativa redução dos casos e internações da Covid-19.

**Conclusão:** A ausência de consideração dos dados demográficos dos pacientes, como idade e sexo, e do estudo dos desfechos, reduz a profundidade da análise epidemiológica. Ainda assim, os resultados demonstraram variações significativas entre o procedimento de escolha e a distribuição segundo região. Percebe-se que apesar das limitações, os resultados deste estudo fornecem informações valiosas sobre o cenário da cirurgia de tireoide no Brasil e podem subsidiar a formulação de estratégias de saúde mais eficazes no futuro.

**Palavras-chave:** Cirurgia de tireoide; Internações; Epidemiologia.

PO958

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Lesões por neurofibromatose, iniciadas na infância: relato de caso

AUTOR PRINCIPAL: MATEO FERNANDEZ R.

COAUTORES: GABRIELA FLOR MARTINS

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL

Paciente C.M.S., 42 anos, sexo feminino, chega à unidade ambulatorial do Complexo Hospitalar do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES) para primeira consulta, com o relato de que aos 4 anos de idade, iniciou o crescimento de uma massa de característica nodular que acometia sua hemiface direita. Sendo então recomendado e realizado a abordagem cirúrgica para retirada da lesão facial expansiva e da órbita ocular direita. Ainda durante a infância, a massa manteve crescimento, porém foi submetida a exérese, apenas aos 19 anos, fechando então o diagnóstico de Síndrome Von Recklinghausen (Neurofibromatose). Nesse período, a mesma, foi abordada cirurgicamente no mínimo três vezes devido ao crescimento perene e expansivo da massa, com piora do quadro clínico principalmente no período gestacional. Paciente refere ainda que, nos últimos 20 anos, progressivamente foram surgindo difusamente em seu corpo, uma série de massa como características nodulares, eritematosas e pruriginosas, não regredem, deforma a pele e com piora durante o período menstrual. No momento, paciente retorna para reiniciar acompanhamento clínico, devido a uma piora na qualidade de vida, por cursar diariamente com fortes dores no pescoço e na face. Durante a consulta, ao exame físico, foi visualizado a presença de múltiplas nodulações acastanhadas e expansiva em hemiface direita, de consistência fibroelástica, com leve eritema e indolores e face com ausência de globo ocular direito. Para melhor avaliação as lesões, foi solicitado durante a consulta uma tomografia de face para ser avaliada no retorno. Esse relato de caso, tem o objetivo de identificar características clínicas associadas a neurofibromas internos em adultos com diagnóstico fechado desde a infância.

**Discussão:** A neurofibromatose, constitui um grupo de entidades clínicas que compõe as síndromes neurocutâneas, na qual, suas principais manifestações clínicas, ocorre pelo acometimento pele e nervos com formação de lesões nodulares. É uma patologia causada por alterações genéticas distintas levando a variação dos sinais e sintomas entre os indivíduos, acometendo os ossos, olhos, entre outros órgãos. Essa síndrome, cursa com o surgimento de diversos tumores, com característica benigna ou malignas. Podendo ser divididos em vários tipos, os principais são a Neurofibromatose tipo 1 (ou doença de von Recklinghausen) é mais prevalente e causa manifestações neurológicas, cutâneas e, algumas vezes, de tecidos moles e ósseas; a Neurofibromatose tipo 2 e se manifesta principalmente como neuromas acústicos bilaterais congênitos (schwannomas vestibulares); e a Schwannomatose, uma doença rara, é classificada como um 3º tipo de neurofibromatose. No NF1 como é o tipo mais prevalente, é possível identificarmos características clínicas facilmente reconhecíveis que foram associadas a neurofibromas em crianças. Esses fatores de risco poderiam ser usados para garantir a identificação precoce de pacientes com NF1. Assim, no futuro, esta abordagem permitirá o início dos tratamentos no momento em que ocorre o crescimento mais rápido dos neurofibromas internos, quando é mais provável que sejam eficazes o tratamento e controle.

**Comentários Finais:** Diante desse caso clínico, reforça-se a importância de considerar que a neurofibromatose apresenta causas genéticas distintas, assim como, cada paciente pode apresentar sinais e sintomas clínicos distintos a depender dos órgãos e sistemas acometidos. Nesse contexto, ressalta-se a importância na precocidade do diagnóstico e de individualizar cada tratamento.

**Palavras-chave:** Neurofibromatose ;Lesões nodulares;Infância.

PO967

**E-PÔSTER - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Análise de pareceres oncológicos do setor de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial em um hospital de referência

**AUTOR PRINCIPAL:** LUIZ PAULO MIRANDA GACON

**COAUTORES:** ARIANA ALVES DE CASTRO SALLES; AMANDA THIEMY MANO SHIMOHIRA; RAFAELA DESIDERIO SAAD; RENAN CÉSAR DE FREITAS; WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA; PAULO RENATO BARCHI; ATILIO MAXIMINO FERNANDES

**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL

**Introdução:** O câncer de cabeça e pescoço tem aumentado significativamente na última década, tornando-se uma das principais causas de morte no Brasil. O diagnóstico precoce é fundamental no tratamento e qualidade de vida das pessoas e a otorrinolaringologia assume papel fundamental no cuidado a tumores na região da cabeça e do pescoço. O objetivo principal deste presente estudo foi analisar os pareceres oncológicos solicitados para a equipe de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial em um hospital de referência no município de São José do Rio Preto/SP, assim como a relevância dessa especialidade no cuidado integral ao paciente oncológico.

**Métodos:** O presente estudo configura-se como transversal de incidência, na qual foi realizada revisão de prontuários e verificados os pareceres solicitados ao Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial no período de janeiro de 2022 a janeiro de 2023. Os registros dos pareceres foram consultados nos sistemas HBIS e MVPEP e analisados no programa Microsoft Excel. Foram excluídos deste estudo pareceres solicitados por outras razões, com dados insuficientes para compor a análise, que evadiram antes da finalização da interconsulta da equipe e/ou que aconteceram em período divergente daquele mencionado, sendo estes fatores a serem considerados como potenciais vies no estudo, incidindo em um aumento substancial de casos.

**Resultados e discussão:** Foram obtidos dados preliminares de 129 pareceres oncológicos do total de 2.647. Observou-se a prevalência do sexo masculino (80%) nos pareceres e a média das idades foi de 57,9 anos, advertindo para uma crescente vultosa conforme a idade, dados já relacionados em estudos brasileiros com a exposição a fatores de risco e reforçados neste estudo. Outro dado relevante analisado, foi a prevalência da exposição ao tabaco, somando 67,44% dos casos, importante fator de risco para a iminência do câncer. Em relação ao etilismo não foi identificada dados suficientes para realizar a relação com o câncer otorrinolaringológico. As especialidades Clínica Geral e Oncologia foram as principais solicitantes de interconsulta, somando 37,21% e 35,66%. O sítio tumoral mais acometido foi equivalente entre a orofaringe e laringe (31%). A maior parte do tratamento proposto como resposta à solicitação de parecer foi o conservador (62%), seguido da ressecção cirúrgica da lesão (23%). Por fim, identificou-se que 74,42% apresentou melhora clínica após intervenção da equipe de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial, reforçando a importância da intervenção precoce nos casos relatados.

**Conclusão:** A partir dos dados coletados e analisados, foi possível concluir que conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes oncológicos avaliados pela Otorrinolaringologia de um hospital permite compreender com mais eficácia o comportamento da doença, melhorando as propostas de diagnóstico e tratamento no serviço.

**Palavras-chave:** Oncologia na Otorrinolaringologia; Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Tabagismo.

PO030

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL**

Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à rinoplastia em um serviço de Otorrinolaringologia

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIANNA ORNELLAS SAMPAIO LEITE

**COAUTORES:** THIAGO DE ALMEIDA REIS; FERNANDA DE SÁ BARRETO LÓCIO DE PAULA; ELYZANDRA DE ARAUJO FREITAS; DENIS MELO RANGEL; PEDRO MINO VIANNA; LUCAS DE ABREU LIMA THOME DA SILVA; LUCAS SOUTO LOPES

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Objetivo**

O objetivo deste estudo é descrever o perfil epidemiológico de pacientes submetidos à rinoplastia no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Central do Exército

**Métodos**

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo. Foram incluídos no estudo pacientes submetidos à rinoplastia no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Central do Exército, com idade superior a 18 anos, com cirurgia realizada no período de março de 2020 a julho de 2023. Como critério para inclusão destaca-se a necessidade de correção funcional associada a estética, demonstrada em exame clínico ou tomografia computadorizada de seios paranasais. Foram excluídos do estudo paciente que tiveram apenas indicação de correção estética. Os dados foram colhidos através do levantamento de prontuários e seus respectivos relatos cirúrgicos. Foram colhidos dados como: idade, sexo, tipo de acesso da rinoplastia, aspectos relacionados ao tratamento da ponta e do dorso nasal, realização de fraturas, tipos de enxertos confeccionados e local de onde foram retirados e cirurgias realizadas no mesmo tempo cirúrgico. Os dados foram compilados em tabela no programa Excel e realizou-se a análise estatística dos dados com descrição de números absolutos e porcentagem.

**Resultados**

Foram realizadas 23 cirurgias, sendo 74% dos pacientes do sexo masculino. A média de idade foi de 32,3 anos (18-66 anos). O tipo de acesso mais realizado foi o aberto, correspondendo a 74%. Em 100% dos pacientes foi realizada septoplastia e turbinectomia e em 13% sinusectomia associada ao procedimento estético.

O dorso foi tratado em 17 pacientes, em 16 foi realizado redução e em 1 paciente a elevação do dorso. Foi realizada osteotomia em 47% dos pacientes. Em relação a ponta nasal, 16 pacientes (69,5%) tiveram relato de tratamento.

Um total de 21 pacientes foram submetidos a rinoplastia com algum tipo de enxerto, dos quais 6% foi "spreader graft", 6% alar rim, 9% enxerto de supratip, 20% escudo e em 59% o strut columelar. Em 95% o enxerto foi proveniente da cartilagem septal, enquanto 5% foi retirado das conchas auriculares.

**Discussão**

Neste estudo observou-se que a maioria dos pacientes eram do sexo masculino, com idade média de 32,3 anos, isso pode ser justificado por se tratar de um serviço militar, o qual há uma maior prevalência de homens servindo. Outros estudos mostram uma maior prevalência no sexo feminino.<sup>1</sup>

O acesso aberto teve uma maior prevalência, justificado por ser mais vantajoso pela melhor visualização das estruturas anatômicas.<sup>2</sup> Porém o sucesso do procedimento está relacionado à experiência do cirurgião e não ao acesso utilizado.<sup>1</sup>

Correções do dorso nasal e a utilização de enxertos foi prevalente, demonstrando a importância da rinoplastia estruturada.<sup>3</sup> O tratamento da ponta nasal esteve presente na maioria dos casos, as técnicas mais utilizadas foram as suturas intra e interdomais associadas a confecção do strut columelar, isso leva uma melhor definição e estruturação da ponta.<sup>4,5</sup> Em relação as osteotomias neste estudo foram realizadas em sua grande maioria para correção desvios laterais da pirâmide nasal.

**Conclusão**

No estudo realizado sobre o perfil dos pacientes submetidos à rinoplastia no serviço de Otorrinolaringologia em um hospital militar, destaca-se maior prevalência no sexo masculino, com média de idade de 32,3 anos, as cirurgias de septoplastia e turbinectomia estiveram associadas ao procedimento estético em sua totalidade e a utilização de enxertos demonstrou uma alta prevalência. Os estudos epidemiológicos dos pacientes submetidos à Rinoplastia são escassos, com isso, é necessário a realização de mais estudos para que se possa traçar qual perfil é o mais comum.

Palavras-chave: perfil epidemiológico; rinoplastia; perfil rinoplastia.



**PO055****E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****TRIPLO ENXERTO DE DORSO NASAL: UMA NOVA TÉCNICA EM RINOPLASTIA****AUTOR PRINCIPAL:** EDUARDO VIEIRA COUTO**COAUTORES:** FLAVIA CAROLINE KLOSTERMANN; ADYNA CRISTIANE GARDASZ DE OLIVEIRA; GABRIELI EMELI ZANCHET**INSTITUIÇÃO:** 1. VITTA MEDICINA INTEGRADA, LAGES - SC - BRASIL2. VITTA MEDICINA INTEGRADA, RONDA ALTA - RS - BRASIL3. UNIPLAC, LAGES - SC - BRASIL

**Objetivo:** O objetivo do presente estudo é descrever uma nova técnica em rinoplastia com uso de enxerto triplo em dorso nasal, combinando vantagens de raspas de osso nasal, cartilagem e pericôndrio.

**Métodos:** Utilizamos autoenxertos retirados primeiramente da cartilagem quadrangular. Durante a realização da septoplastia, retiramos uma janela considerável de cartilagem septal associada a uma porção do osso vômer e da lâmina perpendicular do osso etmóide, preservando um pericôndrio mais espesso em um dos lados do enxerto. Retiramos o pericôndrio restante em um dos lados do enxerto e reservamos; após retirar os enxertos necessários para ponta nasal, utilizamos o restante da cartilagem para uso no dorso; parte do material é moído com ajuda de um moedor de cartilagem e picado em pequenos pedaços com menos de 1mm. As demais porções de cartilagem são raspadas com uma lâmina de bisturi, produzindo um gel que é confeccionado em forma oval e colocado em solução salina 0,9%. Por último, utilizamos uma broca cortante para produzir pó de osso com pedaços do vômer e da lâmina perpendicular. Após realização completa da rinoplastia, incluindo a definição da ponta, raspagem do dorso e fraturas, iniciamos a confecção do enxerto composto: com a ajuda do afastador de Aufricht e boa iluminação, inicialmente preenchemos as pequenas irregularidades ósseas do dorso com o pó de osso; em seguida, volumizamos o dorso com a cartilagem picada; colocamos também o gel de cartilagem para facilitar a modelagem nasal; por último, vestimos a face externa do enxerto com o pericôndrio, com ou sem fâscia muscular, a depender da necessidade de camuflagem, concluindo assim, com precisão a definição, camuflagem de irregularidades, volume e modelagem do dorso nasal.

**Discussão:** Na técnica descrita neste artigo, o enxerto composto por raspas de osso nasal, cartilagem de origem septal e pericôndrio, recoberto ou não por fâscia muscular, é uma opção segura. Combinando as vantagens oferecidas por esses materiais utilizados no dorso nasal, o enxerto se mostrou clinicamente durável e confiável. A textura e consistência do enxerto permitem dar acabamento final ao dorso nasal bimanualmente com o volume adequado. A deposição do pó de osso nas pequenas irregularidades do dorso, associado ao volume da cartilagem moída com a maleabilidade e aderência do gel de cartilagem garantem a definição do dorso. Complementados pela camuflagem e agrupamento final realizado pelo pericôndrio. Nossa casuística leva em conta pacientes operados há mais de 4 anos sem necessidade de nenhuma cirurgia de revisão.

**Conclusão:** O enxerto triplo de dorso nasal se mostrou eficaz e seguro, reduzindo a necessidade do acesso a sítios doadores de material fora do nariz, diminuindo também o tempo cirúrgico e o risco de infecção. Por sua boa aderência, volume e maleabilidade, o enxerto triplo se mostra como uma excelente opção no tratamento do dorso nasal durante a rinoplastia.

**Palavras-chave:** nasal graft;dorsum;rhinoplasty.



PO059

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****RELAÇÃO ENTRE DURABILIDADE E INTERCORRÊNCIAS DO USO DE BIOESTIMULADORES NO TRATAMENTO DO ENVELHECIMENTO CUTÂNEO FÁCIAL E MELHORA ESTÉTICA.****AUTOR PRINCIPAL:** JONAS RODRIGUES DE OLIVEIRA**INSTITUIÇÃO:** ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR (BA) - BA - BRASIL

**OBJETIVOS:** O trabalho propõe comparar os bioestimuladores ácido poli-láctico (PLLA), policaprolactona (PCL) e hidroxiapatita de cálcio (CaHA) em relação à durabilidade e intercorrências enfatizando a possível correlação entre ambas.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura. A busca pela literatura se iniciou em setembro de 2022, nas bases de dados Pubmed, Google Acadêmico e Scielo, nos idiomas português e inglês, abrangendo artigos publicados entre os anos de 2008 e 2022. Foram utilizados os descritores “colágeno, rejuvenescimento, envelhecimento da pele” utilizando-se os critérios de arranjo e combinação AND e OR, conforme consulta realizada no DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde. Utilizados como critério de inclusão: ensaios clínicos, estudos in vivo e relatos de caso com o tema relacionando a bioestimuladores de colágeno, envelhecimento da pele, rejuvenescimento facial, e publicações relacionadas às principais marcas de estimuladores de colágeno, Ellansé®, Radiesse® e Sculptra®.

**RESULTADOS:** Referente à durabilidade, Ellansé® apresentou resultados mais duradouros em relação aos outros bioestimuladores, chegando até 3 anos com o produto Ellansé-L. O Sculptra® apresentou durabilidade de cerca de 25 meses, ou pouco mais de dois anos e o Radiesse® cerca de um ano. Os eventos adversos relacionados ao uso dos bioestimuladores são leves e transitórios, e apresentam percentuais muito baixos de ocorrência.

**DISCUSSÃO:** ELLANSÉ® - Sua durabilidade in vivo pode variar de um a três anos dependendo do produto escolhido. Dentre os bioestimuladores estudados, este é o com maior durabilidade, sendo indicado para pacientes que buscam resultados duradouros. Seus efeitos adversos mais comuns são considerados leves incluindo reação inflamatória, como: inchaço, edema, eritema, hematomas, rigidez ou nódulos. O que demonstra que mesmo com durabilidade de longa duração os efeitos adversos são similares a outros e geralmente leves. SCULPTRA®: Sculptra® é fornecido no mercado somente em uma versão. Conforme estudos de satisfação e estudos clínicos, o bioestimulador Sculptra® pode durar dois anos ou mais. Possui risco de inflamação após a aplicação, causando inchaço, eritema, edema, hematomas, infecção, entre outros. RADIESSE®: Sua durabilidade estimada é de pouco mais de um ano. Os efeitos adversos são considerados leves e transitórios. Mais comuns: inchaço, edema, hematoma, dor e coceira. Um estudo sobre efeitos adversos apontou que o Radiesse® foi o produto mais associado à intercorrência de nódulos, e ao comprometimento vascular, seguido de necrose dérmica e cegueira. Sua duração menor quando comparada a outros comprova que não se faz um nexo causal necessário entre o tempo de ação e durabilidade de determinado bioestimulador e as intercorrências que esse pode trazer. O estudo aponta o mal uso do bioestimulador por parte dos profissionais, referente a aplicação superficial levando a nódulos, diluições e hiperdiluição do produto, e aplicações em regiões contraindicadas, como o dorso do nariz, levando assim, a obstrução da artéria.

**CONCLUSÃO:** Observando estudos in vivo dos bioestimuladores, conclui-se que todos promovem neocolagênese cerca de 6 a 8 semanas após a sua aplicação, e possuem capacidade de volumizar e reparar tecidos moles. Os efeitos adversos mais comuns são leves e transitórios, com incidência e percentual muito baixos, acometendo de 1% a 3% das aplicações, e geralmente não dependendo da durabilidade do efeito. Através da pesquisa realizada foi possível alcançar o objetivo de comparar os bioestimuladores, entendendo que cada um tem sua individualidade e aplicabilidade, e que o tempo de duração do produto com interação no corpo humano não interfere se vai haver ou não intercorrências, se essas ou não serão graves e que caso aconteçam estarão essas mais ligadas ao mal uso do bioestimulador por parte dos profissionais.

**Palavras-chave:** Bioestimuladores; Durabilidade; Intercorrências.

**PO073****E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****COMPLICAÇÃO DE PROCEDIMENTO ESTÉTICO DO TIPO RINOMODELAÇÃO  
AVALIADO PELO ULTRASSOM DE ALTA RESOLUÇÃO – UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** WALQUIRIA GELINSKI HENICKA**COAUTORES:** TAINARA SUELEN DE SIQUEIRA; THAIS GOMES MOREIRA; JOAO ANTÔNIO MARDEGAN FERREIRA; JAQUELINE LEIDENTZ; LUANA SILVA DE ARAÚJO; TATIANA NAKAMURA; GLAUBER VOLTAN**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO HUMANIZARE - CLÍNICA MÉDICA DE ESPECIALISTAS, JUÍNA - MT - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminino, 29 anos, realizou procedimento estético do tipo rinomodelação com preenchedor cutâneo por profissional não médico. Relata que apresentou dor durante o procedimento e não foi tomada conduta imediata pelo profissional. Após 3 a 5 dias, surgiram micropústulas e, com sete dias, evoluiu com piora progressiva do quadro apresentando úlcera e crosta na ponta e asa nasal direita. Procurou dermatologista para avaliação, a qual encaminhou para realização de ultrassonografia de alta resolução (HRUS) com Doppler. Foram visibilizadas inúmeras vesículas anecoicas com diâmetros entre 1,5 e 3,2 mm, sugestivas de ácido hialurônico (AH), acometendo desde a glabella até a ponta nasal e, ao Doppler evidenciou a compressão extrínseca do ramo nasal da artéria angular direita, fluxo hiperkinético e turbulento na região do estreitamento vascular podendo corresponder a “overfilling”. Retornou com o profissional responsável pelo procedimento, que realizou medidas de aplicação de hialuronidase, antibioticoterapia sistêmica, antiagregante plaquetário, corticoide e hidratação local. Após aplicado o protocolo, a paciente relata que evoluiu com melhora.

**DISCUSSÃO:** O nariz é uma região de alto risco para procedimentos estéticos devido a sua alta vascularização por uma rede de artérias que se anastomosam das ramificações advindas das artérias carótidas interna e externa. Neste trabalho, a paciente teve uma sobrecorreção por AH aplicado no nariz e evoluiu com úlcera nasal, pois não foi realizada intervenção logo no surgimento da dor, um dos primeiros sinais clínicos. A ultrassonografia possibilitou o tratamento de remoção com injeção de hialuronidase. Soares et al (2022) propôs uma classificação para graduar a necrose em 5 graus diferentes, baseada em 4 territórios arteriais principais, chamada FOEM (Facial, Ophtalmic, External carotid, Maxillary artery). Nesse caso, a classificação foi Grau IA – Necrose limitada ao segmento angulonasal direito, no território do terço inferior do nariz, compartimento nasolabial com suprimento vascular da artéria angular e/ou nasal lateral. Fato esse comprovado pela HRUS. Eventos adversos com uso de AH são raros, com incidência de 0,06% a 1%, porém é importante dizer que existe subnotificação. As complicações podem ser divididas didaticamente em aguda imediata (nas primeiras 24 horas) ou aguda precoce (de 1 a 30 dias) e tardia (após 30 dias). Quando há oclusão parcial ou total do fluxo sanguíneo, sinais e sintomas como algia, hipocromia, livedo e tempo de reperfusão lento da área afetada surgem mais precocemente, e se o fluxo sanguíneo não é restabelecido, pode evoluir com a formação de pústulas e/ou vesículas e necrose cutânea. A injeção precoce de hialuronidase antes de 24 horas demonstrou reduzir o tamanho da necrose tecidual em experiências com animais. Além disso, existem outros tipos de tratamento, como o uso de aplicação de calor e massagem local, uso oral de ácido acetilsalicílico e heparina de baixo peso molecular, prostaglandina E1, anticoagulação sistêmica, além de oxigenioterapia hiperbárica diariamente.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A complicação mais grave dos procedimentos estéticos injetáveis é a oclusão arterial. No planejamento da rinoplastia cirúrgica ou rinomodelação com injetáveis o ultrassom de alta resolução têm ocupado no mundo um papel primordial nos pacientes com preenchimento ou cirurgia prévia ou nas alterações estruturais. A ultrassonografia é um método acessível e livre de radiação, além de permitir a avaliação em tempo real. Assim, tem sido utilizada no mapeamento anatômico e vascular da face e das suas áreas de risco. Tem boa acurácia na identificação de preenchedores cutâneos, fios e enxertos e possibilita segurança ao guiar os procedimentos estéticos e o tratamento das suas complicações.

**Palavras-chave:** Complicação; Rinomodelação; Ultrassom.

**AUTOR PRINCIPAL:** ROBISON ANTONIO COELHO JUNIOR**INSTITUIÇÃO:** UNIRENTOR AFYA, ITAPERUNA - RJ - BRASIL

Este artigo de revisão aborda o crescimento da modelagem 3D e da impressão de próteses personalizadas na área da otorrinolaringologia estética. A combinação dessas tecnologias tem revolucionado a forma como os profissionais de saúde abordam casos complexos de deformidade ou ausências de estruturas faciais. O presente estudo explora os avanços recentes, as aplicações clínicas, os benefícios e os desafios associados ao uso de modelos 3D e próteses impressas em procedimentos estéticos otorrinolaringológicos. Os avanços contínuos no campo da modelagem 3D permitiram a criação de representações digitais altamente precisas das estruturas faciais de pacientes. Esses modelos tridimensionais oferecem uma visão mais abrangente e detalhada das anomalias anatômicas, permitindo que os cirurgiões planejem intervenções com uma precisão sem precedentes. A modelagem 3D é uma técnica que utiliza softwares de processamento 3D para criar objetos sólidos através da representação matemática de uma superfície ou de um objeto volumétrico. Essa tecnologia permite a visualização tridimensional dos projetos, testando materiais e resistências sob simulações de condições reais, como gravidade, temperatura e umidade. A fabricação de próteses personalizadas por meio de impressão 3D possibilita a criação de soluções adaptadas de forma única a cada paciente, proporcionando resultados mais naturais e esteticamente agradáveis. Além do mais, técnicas de modelagem de implantes customizados, órteses e próteses customizadas também possibilitam um melhor conforto e consequentemente maior qualidade de vida para os pacientes. Apesar dos avanços e benefícios proporcionados pela modelagem 3D e impressão de próteses personalizadas, ainda existem desafios a serem superados. Um deles é a necessidade de desenvolver conhecimentos específicos em técnicas de modelagem tridimensional, anatomia e mecânica, para que os profissionais possam reproduzir com perfeição as estruturas faciais dos pacientes. Ainda sim, é importante considerar questões relacionadas à segurança e eficácia dos materiais utilizados na fabricação das próteses, bem como a integração dessas tecnologias com outras áreas da saúde e da pesquisa científica. A utilização da modelagem 3D e da impressão de próteses personalizadas na otorrinolaringologia estética tem se mostrado promissora em diversas aplicações clínicas. Entre elas, destacam-se a reconstrução de narizes, orelhas e outras estruturas faciais afetadas por deformidades congênitas, traumas ou tumores. A tecnologia de impressão 3D também tem sido empregada na fabricação de dispositivos médicos, como tubos de ventilação e implantes cocleares, que podem ser personalizados para atender às necessidades específicas de cada paciente. A impressão 3D de próteses personalizadas apresenta vantagens significativas em relação aos métodos tradicionais de fabricação. Entre elas, estão a redução do tempo de produção, a diminuição dos custos e a possibilidade de criar próteses com geometrias complexas e características específicas para cada paciente. Atualmente, a utilização de materiais biocompatíveis e a possibilidade de incorporar características como porosidade e resistência mecânica adequadas tornam as próteses impressas em 3D mais compatíveis com o organismo humano. No entanto, a adoção dessas tecnologias ainda enfrenta barreiras, como a falta de padronização dos processos de modelagem e impressão 3D, a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais envolvidos e a limitação de materiais disponíveis para a fabricação de próteses. Além disso, a regulamentação e a aprovação de dispositivos médicos impressos em 3D por órgãos reguladores, como a ANVISA no Brasil, ainda são desafios a serem enfrentados. Em suma, a modelagem 3D e a impressão de próteses personalizadas têm o potencial de revolucionar a otorrinolaringologia estética, proporcionando soluções mais eficientes, precisas e personalizadas para os pacientes.

Palavras-chave: modelagem 3D; impressão de próteses personalizadas; otorrinolaringologia estética.

PO114

**E-PÔSTER - CIÊNCIAS BÁSICAS E ESTUDOS TRANSLACIONAIS****ANÁLISE DOS ÍNDICES DE RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS NA BAHIA:  
PANORAMA DE UMA DÉCADA****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA FERNANDA CARVALHO MARTINS MOREIRA**COAUTORES:** LUANA COUTO AMPARO; EMERSON PELLIN; SARAH CATHERINE CRUZ ANDRADE**INSTITUIÇÃO:** 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL2. UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, JOAÇABA - SC - BRASIL3. CERTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC, SALVADOR - BA - BRASIL**Objetivo:** Analisar o quantitativo de internações por retirada de corpos estranhos (CE) de ouvido, faringe, laringe e nariz na Bahia entre o período de 2013 e 2022.**Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico, observacional do tipo transversal, de abordagem quantitativa e descritiva, com dados coletados entre janeiro de 2013 a dezembro de 2022. A análise se deu pelo total de internações por local de residência para retirada de CE de ouvido, faringe, laringe e nariz notificados no estado da Bahia. A coleta de dados foi realizada através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), obtido da plataforma DATASUS. Foram selecionadas as variáveis caráter de atendimento e ano de processamento.**Resultado:** Entre o período de 2013-2022, houve um total de 1810 internações por retirada de CE na Bahia, sendo que destas, 1590 (87,8%) foram de caráter de urgência, 219 (12%) de caráter eletivo e 1 (0,05%) de outros acidentes de trabalho. Deste resultado, 2016 foi o ano de maior registro com o total de 218 (12%) internações notificadas, seguido de 2017, com 215 (11,8%) casos. Já os anos de 2013 e 2020 apresentaram os menores números, com 147 (8,1%) casos em cada ano. Conquanto, no primeiro, do total de casos daquele ano, 92 foram de urgência, enquanto que no segundo, esse valor aumenta para 127 da totalidade de casos daquele período.**Discussão:** A presença do corpo estranho (CE) em ouvido, nariz e orofaringe é uma queixa frequente em serviços de urgência otorrinolaringológica. Apesar de mais comum em crianças, também pode ocorrer em adultos e os casos podem ser propositais ou acidentais. Conforme a literatura, os casos de CE mais encontrados foram os otológicos, seguido pelos nasais e orofaríngeos e o diagnóstico é feito pela visualização direta do CE. Assim, para impedir essas complicações, deve-se evitar a permanência do CE nas cavidades otorrinolaringológicas por mais de 72h, devendo o manejo desses pacientes ser realizado apenas pelo otorrinolaringologista.**Conclusão:** Os dados observados mostram um aumento entre 2016 e 2017 e uma diminuição em 2020. Esse estudo apresenta algumas limitações, a exemplo da subnotificação das internações devido ao uso de dados secundários e a incapacidade de relacionar causas e efeitos. Desse modo, é necessário estudos que busquem compreender a redução de serviços realizados em 2020 e políticas que ofereçam a promoção de saúde da população brasileira a fim de prevenir eventos de inações de corpos estranhos e, consequentemente, diminuir o quantitativo de atendimento de internações.**Palavras-chave:** Transversal;Corpo estranho;Bahia.

PO165

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL**

**Rinoplastia de Aumento em Narizes Afro-Americanos: Abordagem Híbrida com Bloco de Cartilagem Costal e Enxerto de Pré Maxila**

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIEL BIJOS FAIDIGA

**COAUTORES:** JESSÉ TEIXEIRA DE LIMA JÚNIOR

**INSTITUIÇÃO:** 1. CLÍNICA OPUS MEDICINA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL 2. CLINICA DR. JESSÉ LIMA, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Introdução:** Este artigo aborda a rinoplastia em pacientes Afro-Americanos, que frequentemente apresentam características anatômicas peculiares, como base alar e óssea alargadas e hipoprojeção nasal.

**Objetivo:** O estudo relata três casos de rinoplastia de aumento em pacientes com narizes do tipo A, caracterizados por narizes curtos, dorso baixo e pirâmide nasal alargada e apresenta uma alternativa nova ao conceito de enxerto de pré maxila.

**Método:** Descrição de casos, relatando a abordagem cirúrgica utilizando a técnica de rinoplastia híbrida, combinando rinoplastia de preservação, rinoplastia estruturada aberta e o uso de blocos de cartilagem costal e enxertos de pré-maxila.

**Resultados:** Os resultados obtidos foram satisfatórios, com melhorias significativas na estética nasal, incluindo aumento do dorso e projeção da ponta nasal, bem como abertura do ângulo nasolabial. A abordagem híbrida demonstrou ser eficaz na correção das características raciais específicas dos pacientes Afro-Americanos.

**Bibliografia:**

1. Patrocinio, JA, Mocellin M, Patrocinio LG. Rinoplastia no nariz negroide. 2002 Em Tratado de Otorrinolaringologia. Volume 5—Técnicas Cirúrgicas (pp. 717-26). Editora Roca
2. Ofodile FA, James EA. Anatomy of alar cartilages in blacks. Plast Reconstr Surg 1997 Sep;100(3):699–703.
3. Cook TA, Wang TD, Brownrigg PJ, Quatela VC. Significant premaxillary augmentation. Arc Otolaryngol Head Neck Surg 1990 Oct;116(10):1197-201.
4. Kim WS, Kim CH, Yoon JH. Premaxillary augmentation using autologous costal cartilage as an adjunct to rhinoplasty. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010 Sep;63(9):e686-90.
5. Toriumi, DM, Swartout B. Asian Rhinoplasty. Facial Plast Surg Clin N Am. 2007 Aug;15(3):293–307.
6. Toriumi, DM, Kovacevic M, Kosins AM. Structural Preservation Rhinoplasty: A Hybrid Approach. Plast Reconstr Surg 2022 May 1;149(5):1105-1120.
7. Ofodile, FA, Bokhari, FJ, Ellis, C. The Black American Nose. Ann Plast Surg, 1993 Sep;31(3),209–219.
8. Trenité GJN. 2019. Em Rhinoplasty: A practical guide to functional and aesthetic Surgery of the nose. Netherlands. Kugler Publications
9. Ortiz-Monasterio F, Olmedo A. Rhinoplasty on the mestizo nose. Clin Plast Surg 1977 Jan;4:89–102.
10. Daniel, R. K. Hispanic Rhinoplasty in the United States, with Emphasis on the Mexican American Nose. Plast Reconstr Surg, 2003 Jul;112(1),244–256.
11. Daniel RK. The preservation rhinoplasty: A new rhinoplasty revolution. Aesth Surg J 2018 Feb;38(2):228-9.
12. Daniel RK, Palhazı P, Saban Y, Çakir B. 2020 Em Preservation Rhinoplasty. 3rd edition. (pp. 3-15).
13. Johnson CM Jr, Toriumi DM. 1990 Em Open Structure Rhinoplasty. Philadelphia, PA: WB Saunders Co.
14. Whitaker, EG, Johnson, CM. The Evolution of Open Structure Rhinoplasty. Arch Facial Plast Surg 2003 Jul-Aug;5(4):291-300.
15. Toriumi DM. 2018. Em Structure Rhinoplasty: Lessons Learned in 30 Years. Chicago, USA. DMT Publishers.
16. Toriumi, DM. Structure approach in rhinoplasty. Facial Plast Surg Clin N Am. 2005 Feb;13(1),93–113.
17. Kim, WS, Kim, CH, Yoon, JH. Premaxillary augmentation using autologous costal cartilage as an adjunct to rhinoplasty. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010 Sep;63(9),e686–90)
18. Anco N, Caballero G, Adrianzen G. Preservation rhinoplasty: A New Approach to the Mestizo Noses. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2023 May;11(5):e4972.
19. Antunes MB, Quatela VC. Effects of the Tongue-in-Groove Maneuver on Nasal Tip Rotation. Aesthet Surg J. 2018 Sep;38(10):1065-73.
20. Çakir B, Doğan T, Öreroglu AR, et al.. Rhinoplasty: surface aesthetics and surgical techniques. Aesthet Surg J. 2013 Mar;33(3):363–75.
21. Bhatt YC, Vyas KA, Tandale MS, Panse NS, Bakshi HS, Srivastava RK. Maxillonasal dysplasia (Binder's syndrome) and its treatment with costal cartilage graft: A follow-up study. Indian J Plast Surg. 2008 Jul;41(2):151-9.
22. Suh MK. Dorsal Augmentation Using Autogenous Tissues. Facial Plast Surg Clin N Am. 2018 Aug;26(3):295-310.

**Palavras-chave:** nariz negroide;rinoplastia;enxerto costal.

PO217

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****NECROSE COLUMELAR: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GUSTAVO FIGUEIREDO NUNES RABELO**COAUTORES:** MILENA GAVA FIM; CLARICE REIS DE OLIVEIRA MORAIS; FERNANDA GOMES RESENDE; MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO; PEDRO HERNESTO VIEIRA COELHO NOGUEIRA MORAIS; RODRIGO PÊGO FRANCO; SÉRGIO EDRIANE REZENDE**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Mulher, 38 anos, compareceu ao serviço de otorrinolaringologia queixando-se de obstrução nasal crônica e estética nasal. Na história patológica pregressa apresenta fissura labiopalatina, corrigida na infância. Foi submetida, posteriormente ao enxerto ósseo alveolar, apresentando rejeição do mesmo. Histórico de rinosseptoplastia funcional e estética há 10 anos, persistindo com queixa de assimetria de narinas e deformidade em polly beak. Ao exame físico, na rinoscopia identificou-se desvio de septo nasal e hipertrofia de cornetos inferiores. Na inspeção, apresentava pele intermediária, rádix baixo, dorso largo, laterorrínia à direita, narinas assimétricas, mais horizontalizada à esquerda, desvio de columela e ponta globosa. Paciente foi submetida a rinosseptoplastia secundária há 1 ano e meio. Apesar de ter sido realizado retalho de avanço V-Y, evoluiu com sofrimento do retalho de columela à direita no segundo dia pós-operatório. Foi tratada com sessões de medicina hiperbárica iniciadas no segundo dia pós-operatório e tratamento clínico com Ciprofloxacino. Apesar disso, evoluiu com necrose de columela. No 60º dia pós-operatório, apresentava delimitação de área de necrose em columela, sem sinais de infecção, sendo indicado tratamento com plasma rico em fibrina injetável (IPRF), laserterapia e ozonioterapia. No 90º dia pós-operatório, apresentava GAP em região de columela, estando deslocada para direita, exposição de parte do enxerto de extensão septal, assimetria de narinas e edema em região de válvula nasal interna. Após 5 meses da rinosseptoplastia secundária, foi submetida a um novo procedimento para reconstrução columelar com enxerto de cartilagem de orelha e injeção de microfat. No 16º dia pós-operatório o enxerto estava bem aderido e apresentava sinais de pega, dorso estava reto e já apresentava melhora da simetria das narinas. No 5º mês pós-operatório, apresentava fechamento quase completo da columela. Paciente foi submetida à segunda sessão de microfat e nanofat para preenchimento do gap residual na columela e melhora da qualidade da pele.

A coleta de gordura é realizada mais comumente na região periumbilical, flancos ou região medial da coxa. A lipoaspiração tumescente é a técnica de escolha, esta é procedida com a preparação da solução de Klein modificada, composta por 500 mL de soro fisiológico acrescido à 25mL de lidocaína 2% com vasoconstrictor e 1 ml adrenalina, seguida de infiltração maciça no espaço subcutâneo para promover anestesia, atenuar sangramentos e potencializar a coleta de gordura. A técnica descrita por Coleman utiliza aspiração manual, onde a cânula é conectada a uma seringa Luer Lock e submetida a uma pressão negativa. O lipoaspirado é transferido para uma seringa de 10ml e vedado com a tampa vedante Luer Descarpac e submetido à centrifugação por 3 minutos. Após a sedimentação dos componentes, separados por densidade, formou-se 3 camadas; no sobrenadante, a camada oleosa, no terço médio a gordura densa, e na porção inferior a camada de células sanguíneas, fluido tecidual e anestésico. A camada média denominada macrofat é aspirada após a eliminação dos demais componentes. O macrofat é emulsificado progressivamente por meio de sistema de transferência com adaptadores Luer-Lok, a passagem é realizada por 60 vezes. Ao final do processo é obtido um conteúdo homogêneo, contendo adipócitos livres e a fração vascular estromal, chamado microfat. Para aquisição do nanofat é utilizado um sistema de filtragem com janelas que possibilitam a aquisição de partículas com medida de 400 a 600 micrômetros, ricas em células tronco. A enxertia é realizada em pequenas alíquotas e em diferentes planos de profundidade, atenuando áreas de isquemia e possibilitando a captação de nutrientes e oxigênio do líquido extracelular.

O processamento da gordura permite a melhora da qualidade da pele envelhecida e de cicatrizes teciduais. Essa capacidade de regeneração dos tecidos se deve à concentração de células tronco, obtida após o processo de filtração e emulsificação da gordura. Dessa forma, estudos recentes apresentam resultados promissores em relação à lipoenxertia.

Palavras-chave: NECROSE;COLUMELA;NANOFAT.



PO310

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****AValiação DAS COMPLICAÇÕES GRAVES NA RINOPLASTIA NÃO CIRÚRGICA COM ÁCIDO HIALURÔNICO: UMA ANÁLISE DA LITERATURA ATUAL****AUTOR PRINCIPAL:** IGOR DINIZ GONÇALVES**COAUTORES:** BRUNA DINIZ MONTEIRO**INSTITUIÇÃO:** 1. ANHEMBI MORUMBI, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL

O uso de procedimentos estéticos minimamente invasivos continua a crescer em todo o mundo. Essa tendência se deve principalmente à crescente popularidade dos preenchedores injetáveis de ácido hialurônico (AH). A rinoplastia é um procedimento cirúrgico ou não cirúrgico (NSR). A NSR é uma técnica minimamente invasiva que envolve o aumento do contorno nasal com o preenchimento de tecidos moles, que permitem que os pacientes obtenham resultados estéticos satisfatórios sem altos custos, anestesia e tempo de recuperação pós-operatória associados à rinoplastia tradicional, preservando ou melhorando sua funcionalidade e permeabilidade do fluxo aéreo. Assim decidimos investigar as principais complicações graves na rinoplastia não cirúrgicas com AH.

O trabalho trata-se de uma revisão de literatura realizada através de um levantamento de artigos científicos nacionais e internacionais, disponíveis nas bases de dados SCIELO, PubMed, Science Direct, LILACS e Bireme, publicados entre 2018 e 2023, por meio de buscas pelos termos indexados: rinoplastia não cirúrgica, rinoplastia não cirúrgica com AH, complicações graves após rinoplastia não cirúrgica com AH. Os critérios para a exclusão de trabalhos foram: (1) trabalhos que abordavam sintomas leves após o procedimento, (2) trabalhos que não se referiam ao procedimento com AH, (3) trabalhos duplicados.

Após a avaliação de 30 trabalhos resultantes da consulta nas bases de dados foram selecionados 5 desses, correspondendo a 17% do total. Os trabalhos avaliados incluíram pessoas de ambos os sexos, com idade entre 18 a 68 anos de idade. Diferentes formulações de preenchimento com ácido hialurônico (25 mg/mL) foram usadas entre os estudos com um volume de injeção variando de 0,1 a 1,5 mL. Todavia a rinoplastia não cirúrgica com HA tem tido uma boa aceitação, sendo que 76% dos pacientes que realizam a mesma, apresentam com maior frequência edema e eritema transitório, dor após a injeção, sendo apenas complicações temporárias. Apesar de serem menores os casos, existem complicações graves após o procedimento como comprometimento vascular sendo a necrose cutânea e a cegueira (em casos raros). A necrose da pele e dos tecidos moles são complicações raras, mas graves, da injeção de preenchedores. Acredita-se que a necrose provocada por injeções de preenchimento pode ser causada por dois mecanismos: 1) embolização intravascular por meio de injeção direta em um vaso ou 2) comprometimento vascular por pressão externa do material de preenchimento, mesmo em baixas porcentagem esses casos são estatisticamente significativos correspondendo de 0,006% a 0,008%.

A literatura demonstra ser um método eficaz para correção do formato nasal, com alto grau de satisfação do paciente. No entanto, os pacientes devem ser cuidadosamente avaliados para evitar complicações futuras. Complicações graves estão associadas à insuficiência vascular, que pode levar à necrose da pele e, muito raramente, à cegueira. Nossos resultados estão de acordo com a literatura sobre o tema. Um estudo de Mortada et al (2023) relatou que a rinoplastia não cirúrgica pode alcançar uma mudança significativa no tamanho e forma nasal com efeitos colaterais mínimos e recuperação mais longa, menor que a rinoplastia cirúrgica. Conforme destacado por Rauso et al., (2020), a maioria dos pacientes relataram altos níveis de satisfação com os resultados da rinoplastia não cirúrgica. Eles declararam uma melhora significativa em sua autoestima e autoconfiança após o procedimento, bem como uma melhora geral em sua qualidade de vida. No entanto, é crucial observar que esse procedimento pode não ser adequado para todos os pacientes e pode não ser capaz alcançar mudanças estruturais drásticas. O procedimento é mais adequado para pequenos ajustes estéticos e não é recomendado para indivíduos com dificuldades respiratórias ou deformidades nasais graves.

A rinoplastia não cirúrgica tem efeitos colaterais mínimos e um curto tempo de recuperação, além disso, resulta em alta satisfação do paciente, porém é importante uma avaliação rigorosa para evitar possíveis complicações ainda que raras.

**Palavras-chave:** Rinoplastia não cirúrgica; Ácido hialurônico; Complicações graves.



PO345

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****RECONSTRUÇÃO DE ASA NASAL E O ENXERTO COMPOSTO AURICULAR****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA MARTINS DE MORAES**COAUTORES:** MIGUEL BOSENBECKER BÖHM; FELIPE STORTI MARTINS; MARCO ANTONIO DOS ANJOS CORVO; KAREN MOREIRA ROZEMBERG; DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA; LARISSA RAMOS RIBEIRO; ELISA INES DEMUNER VALLANDRO**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação:** Paciente do sexo feminino, 51 anos, com história de exérese de ceratoacantoma em asa nasal esquerda há 2 anos evoluindo com queixa estética em cicatriz local. Paciente já de alta do seguimento dermatológico, sem outras comorbidades. Além da queixa estética, apresentava também queixas funcionais de obstrução nasal basculante, pior à esquerda. Negava sintomas alérgicos nasais, bem como outras queixas estéticas.

Ao exame clínico, confirmava a apresentação de laceração cicatricial em asa nasal esquerda com rinoscopia evidenciando desvio de septo nasal obstrutivo e cornetos inferiores eutróficos.

Na ocasião, foi solicitado estudo anatomopatológico dirigido para exclusão de resquícios ou recidivas de células tumorais com resultado de biópsia revelando apenas hiperplasia pseudoepiteliomatosa tanto de face interna como externa de asa nasal esquerda.

Em meio a esse contexto, optou-se pela indicação de rinosseptoplastia com turbinectomia parcial bilateral associada a colocação de enxerto alar composto para reconstrução de asa nasal.

Durante o primeiro mês de pós operatório foi orientado uso de medicamentos tópicos nas primeiras 4 semanas (kollagenase + cloranfenicol), passando para uso de cicaplast diário em região de cicatriz por três meses. Paciente mostrou-se satisfeita com o resultado estético da cirurgia, além de apresentar melhora global nos questionários NOSE, ROE e SCHNOS; pontuando antes e após cirurgia de 40% para 5% no NOSE, 4,1% para 95,8% no ROE e de 52% para 4% no SCHNOS.

**Discussão:** Os defeitos da asa nasal são de difícil reconstrução dada a complexa estrutura tridimensional do nariz. O reparo correto de alterações anatômicas nessa região almeja proporcionar não somente harmonia estética, mas também preservar a função nasal, especialmente da valva nasal externa.

Uma grande variedade de técnicas cirúrgicas têm sido descritas para defeitos da asa nasal, desde retalhos locorregionais até enxertos de pele, incluindo o enxerto composto auricular. No entanto, atualmente não existe na literatura diretrizes abrangentes para o reparo adequado alar, e até hoje o papel exato do enxerto composto auricular não foi bem definido.

A técnica de utilização de pele autóloga com cartilagem conchal auricular subjacente foi introduzida pela primeira vez por König em 1902. Desde sua descrição, o enxerto composto auricular tem sido utilizado na reconstrução nasal para diversas finalidades, sendo uma opção atraente visto que a cartilagem conchal assemelha-se ao contorno natural da asa nasal, além de grande correspondência histológica com a pele do nariz.

Assim, o enxerto auricular composto tem se mostrado eficaz em diversas modalidades de reparos, como no reparo de estenose vestibular, insuficiência de válvula nasal, defeitos nasais de espessura total e outros reparos de cartilagem.

Porém, antes da indicação devemos levar em consideração a gravidade da retração não somente por meio de classificações tradicionais como de Kim para vista frontal e Gunter para vista de perfil, mas também pela classificação da própria espessura perdida que é fundamental para guiar a indicação do tipo de reconstrução e escolha do material enxertado. O cirurgião também deverá incluir em sua avaliação da área doadora a coloração da pele, elasticidade e a quantidade de pele adjacente disponível para recrutamento.

**Comentários finais:** Por fim, o componente cartilaginoso enxertado, geralmente menor que o cutâneo, deve proporcionar cobertura completa dos tecidos receptores para evitar fenômenos excessivos de reabsorção. Neste relato de caso, pretendemos expor um exemplo de abordagem de reconstrução de retração de asa nasal com uso de enxerto composto auricular em paciente com perda de espessura total, a fim de melhor esclarecer a relevância desse tipo de enxerto entre as diversas técnicas de abordagem de defeitos alares ainda pouco bem definidas de maneira esquemática pela literatura de cirurgia plástica estética e reparadora, contribuindo assim com a experiência dos cirurgiões por meio do compartilhamento da apresentação detalhada do caso em questão.

**Palavras-chave:** reconstrução nasal;reconstrução alar;enxerto composto auricular.

PO351

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL**

Assessment of Surgical Results using a Standardized Aesthetic-Functional Questionnaire

AUTOR PRINCIPAL: LUCAS DINIZ COSTA

COAUTORES: ANA PAULA BRANDAO SILVA; AMANDA CARVALHO VILLA DE CAMARGO; ANTONIO CARLOS CEDIN

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Objectives: This study aims to standardize and stratify the results of rhinoplasty in a tertiary hospital in São Paulo.

**Methods:** The SCHNOS questionnaire is the only validated PROM that subjectively evaluates simultaneously the functional and aesthetic aspects of rhinoplasty. It is made up of 10 items, the first 4 referring to the functional part and the remaining 6 referring to the aesthetic part. Each item can be evaluated from 0 to 5, with 0 being no impairment and 5 being maximum impairment, with 0 being the minimum total value and 50 being the maximum total, so that lower scores indicate better function and/or aesthetics. Age, sex and race were also assessed in the present study. All patients were invited to participate in the study without obligation, with the application of a Free and Informed Consent Form (ICF - Annex B), with everyone being granted the possibility of leaving the study at any time. Analysis was performed with paired student t test using the GraphPad calculator to assess whether there was a difference between the initial and final values obtained with the questionnaire, whether there was statistical significance ( $p < 0.05$ ) in the difference obtained and also values of mean and standard deviation. Patients who did not complete the postoperative questionnaire were excluded from this study.

**Results:** The initial phase obtained 16 pre-operative questionnaires (SCHNOS Pre-Op), but only 5 of these completed the post-operative questionnaire (SCHNOS Post-Op). The sample was composed exclusively of female patients, white and with an average age of 33 years. We reached an average of 30.20 in SCHNOS Pre-Op and 3.00 in SCHNOS Post-Op, presenting a statistically significant difference ( $p = 0.0064$ ).

**Discussion:** The present study is a pilot project to evolve the evaluation of the surgical results of rhinoplasty at the institution. Despite the small number of patients, the difference in the SCHNOS Pre-Op and SCHNOS Post-Op scores is evident, which demonstrates substantial functional and aesthetic gains after the procedure. Therefore, rhinoplasty has been used effectively for these patients. Beforehand, we were faced with the difficulty in collecting data and standardizing patient follow-up. It is worth mentioning that in the patients included in the study, the surgery was performed using the "Delivery" access, using "Push-Down" and lateralization of the domus. This highlights the functionality of the technique used. The sample composition profile is in line with the profile of the rhinoplasty patient: young white woman. Epidemiological studies with larger samples are necessary for more in-depth discussions about the reasons why this is the typical profile of rhinoplasty patients in a mixed-race country like Brazil. It is important to highlight that from this project, the evaluation of rhinoplasty results becomes objective, with evident improvement, which makes it possible to justify the increasing performance of this procedure in our service. Given its simplicity, low risk and low cost, it can be easily replicated in other institutions.

**Conclusion:** The simultaneous aesthetic and functional analysis through the application of a simple questionnaire to rhinoplasty patients demonstrates how the procedure is effective, but standardization is necessary for this.

Palavras-chave: Rhinoplasty; Aesthetic Evaluation; Functional Assessment.

**PO395****E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****ANÁLISE DO PANORAMA DA RINOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DEFEITOS PÓS TRAUMÁTICOS, NOS ANOS DE 2019 A 2023, NO BRASIL.****AUTOR PRINCIPAL:** JENNIFER CRISTIANA VICENTE DE LIMA**COAUTORES:** JOSÉ WAGNER DE LIMA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL

**OBJETIVO:** Analisar o panorama da rinoplastia de correção pós traumática, realizada em brasileiros, de modo a comparar quantitativamente as internações, os dias de permanência no hospital e por fim, o valor total gasto pelo SUS para a realização desse procedimento cirúrgico em cada região do país.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica ecológica, de série temporal, com análise do panorama da rinoplastia para correção de defeitos pós traumáticos, no período de janeiro de 2019 a julho de 2023. Os dados foram coletados do setor de Procedimentos Hospitalares do SUS, da plataforma de dados públicos DATASUS. As variáveis de informação foram: número de internações, dias de permanência, valor total gasto pelo SUS, regiões brasileiras e caráter do atendimento.

**RESULTADO:** Foram realizadas 4.616 internações em pacientes submetidos à rinoplastia para correção de defeitos pós traumáticos. A maioria das internações foram de caráter de atendimento eletivo, totalizando 78,44%(3.621) do total, o qual envolvia outros caracteres de atendimento. A região sudeste foi a que mais realizou esse tipo de internação, apresentando um total de 2.314 internações eletivas, o que corresponde a uma proporção de 64% do total dessas cirurgias. Durante esses quase cinco anos de dados coletados, pacientes - que foram submetidos a rinoplastia para correção pós traumáticas - tiveram uma permanência nos hospitais de 6.054 dias, sendo 4.228 dias referentes a realização de internações de caráter eletivo e 1.784 sob caráter de urgência. A quantidade de internação multiplicado ao tempo de permanência de cada paciente em um hospital, geram custos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Neste caso, foram gastos um total de 2.129.448,06 reais. Só a rinoplastia eletiva foi responsável, no período, por mais da metade do valor total, de modo que, somente a região sudeste gastou 1.037,602,17 reais com esse tipo de cirurgia.

**DISCUSSÃO:** Acidentes automobilísticos, queimaduras e violência interpessoal são causas de traumas que podem lesionar a face, comprometendo não somente a estética, mas também a funcionalidade da área afetada. Sob essa mesma análise, o nariz tem uma grande probabilidade de ser um alvo acometido por um trauma da face. Em virtude disso, a realização da rinoplastia para correção pós-traumática é necessária para a saúde e para a qualidade de vida desse paciente. Neste trabalho, há dados quantitativos que comprovam que há uma significativa taxa de internação, de dias de permanência e principalmente de elevados custos que o procedimento de rinoplastia gera ao SUS. Diante disso, há a necessidade de se tratar as causas dessa problemática; pois se há pacientes procurando por esse procedimento, é porque essas pessoas passaram por traumas, que por vezes, são evitáveis. Dessa maneira, os próprios civis devem ser prudentes em ações como a de dirigir, a qual é hoje, uma das principais causas de mortes e traumas na população brasileira. Assim, quando houver atitudes mais cautelosas no trânsito, por exemplo, pode ser que, tanto o número de internações, quanto os valores gastos pelo SUS com a rinoplastia de correção possa diminuir, onerando muito menos o sistema público de saúde.

**CONCLUSÃO:** A análise dos dados coletados sobre a realização de rinoplastia para correção pós traumática, no período retratado, demonstrou que as cinco regiões brasileiras realizam tal procedimento, sendo em sua maioria de caráter eletivo. De modo que o Sudeste é o maior responsável pela internação de pessoas que se submetem a rinoplastia pós traumática. A soma dos dias de permanência de um paciente submetido à internações onera o SUS, de modo que já foram gastos milhões de reais ao longo desses quase cinco anos. Entretanto, muitas das causas que levam esses pacientes a uma internação por rinoplastia pós traumática, podem ser evitadas. Ao ser feito isso, a chance é muito maior de haver uma redução dos números de internações, de dias de permanência em hospitais e principalmente, uma redução nos valores financiados pelo SUS com esse procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: rinoplastia;internação;SUS.

**PO454****E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****Deformidade nasal por doença infecciosa crônica: Relato de caso e Revisão de literatura.****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO**COAUTORES:** HUMBERTO LOPES CAMARGO JUNIOR; EDUARDO HOMRICH GRANZOTTO; JOSÉ MARIOCI LOURENÇO JUNIOR; HEMILY IZABEL ALVES NEVES; ISABEL SAORIN CONTE; LUANA VIEIRA MARGHETI; JOÃO LINS MAUÉS**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente, 54 anos, masculino, residente de São Leopoldo e aposentado por invalidez por diversas sequelas deixadas pela Hanseníase. 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:** Mesmo com avanços nas últimas décadas e com o impacto da poliquimioterapia na redução da prevalência da doença, o número de novos pacientes portadores de hanseníase no Brasil ainda é significativo. Em 2020 foram diagnosticados 127.506 casos novos no mundo, sendo 17.979 no Brasil, fazendo com que o país ocupe o segundo lugar na relação de países com maior número de casos da doença. 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 nariz em 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 estimulação 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.

**Comentários Finais:** Como a doença acomete a mucosa oral e nasal, os exames otorrinolaringológicos possuem uma grande significância no diagnóstico precoce. A nasofibrolaringoscopia auxilia no diagnóstico, possibilitando um tratamento precoce evitando o desenvolvimento de sequelas características que estigmatizam o indivíduo.

**Palavras-chave:** Hanseníase ;Deformidades Adquiridas Nasais ;Processo Saúde-Doença.

PO528

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE PACIENTES COM INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO APÓS RINOPLASTIA EM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM OTORRINOLARINGOLOGIA****AUTOR PRINCIPAL:** MARLON SOUZA COELHO**COAUTORES:** LUIS FELIPE ATHAYDE ANTUNES; GILBERTO ULSON PIZARRO; MARÍLIA ALVES ARAÚJO FERREIRA; ANA LUIZA FARIA DIAS; RODRIGO DOS SANTOS NEVES; MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN; FERNANDO PIRES DE ARAUJO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PAULISTA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Objetivos:**

Avaliar a prevalência de infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a rinoplastia em hospital especializado em otorrinolaringologia, no período de 19 meses

Análise do perfil epidemiológico dos pacientes que evoluíram com complicação infecciosa após rinoplastia.

**Métodos:** Estudo transversal retrospectivo realizado através de dados coletados a partir do levantamento de prontuários eletrônicos. Foram incluídos pacientes submetidos à rinoplastia no Hospital Paulista de Otorrinolaringologia, SP, que evoluíram com infecção pós operatória acompanhadas no serviço, durante o período de dezembro de 2020 a junho de 2022. Foram excluídos pacientes que não tiveram seguimento no Hospital Paulista de Otorrinolaringologia, ou com informações incompletas em prontuário.

A amostra foi composta por 67 prontuários que tiveram um processo infeccioso como complicação pós operatória.

**Resultado:** Dentre as 1815 rinoplastias realizadas no serviço no período foram realizadas 1418 por acesso aberto com incidência de infecção em 4,65% (66 casos) e 397 por acesso fechado com incidência de infecção em 0,25% (1 caso). A prevalência global de infecção foi de 3,69% (67 casos)

A faixa etária de 30 a 39 anos foi a mais frequente e representou 49% seguido pela faixa etária de 20 a 29 anos com 24%. 73,1% dos pacientes não tinham cirurgia nasal prévia. Houve uma prevalência de 89,5% de uso de enxerto costal dentre os casos que evoluíram com infecção. O predomínio da ocorrência de infecção foi de 30 a 39 dias (31,4%) seguido por 20 a 29 dias (23,8%) e 9 a 19 dias (22,3%). 70,1% dos casos tiveram resolução entre 10 a 29 dias.

**Discussão:** Embora o maior número de infecções tenha ocorrido em cirurgias realizadas por acesso aberto essa foi também a técnica mais utilizada e não houve significância estatística entre a ocorrência de infecção pós-operatória e o tipo de acesso cirúrgico. Nenhuma comorbidade prévia a rinoplastia se associou a ocorrência de infecção. Não se constata relação entre idade e sexo dos pacientes no que diz respeito ao uso do enxerto costal. 20,8% dos pacientes foram tratados com antibioticoterapia e/ou câmara hiperbárica, em 41,8% dos pacientes foi necessário associar punção e em 37,3% procedimento cirúrgico para drenagem e limpeza da cavidade.

**Conclusão:** A prevalência de infecções cirúrgicas após rinoplastia (3,69%) foi significativa e correlacionou-se com o aumento das cirurgias, sendo mais comum nos meses de janeiro e abril de 2022, quando houve mais procedimentos.

- . Infecções predominaram na faixa etária de 30 a 39 anos, tanto em pacientes femininos quanto masculinos, apesar do número desigual entre os sexos.
- . Não foi encontrado uma ligação direta entre comorbidades pré-existentes e infecções, embora muitos pacientes tenham relatado problemas prévios, como rinite e asma.
- . Um número limitado de pacientes (18) havia passado por cirurgias nasais anteriores, representando 26,87% do total.
- . A maioria dos pacientes (60) recebeu enxertos de cartilagem costal, sem uma relação clara com idade ou sexo, sugerindo a decisão de utilizar esse enxerto baseada em critérios clínicos.
- . Os sintomas de infecção surgiram em um período variado de 7 a 64 dias, com a maioria ocorrendo entre 20 e 39 dias, afetando pacientes de ambos os sexos.
- . As diferentes abordagens terapêuticas foram eficazes na resolução das infecções, embora não tenhamos avaliado as possíveis sequelas.
- . O tempo de tratamento variou de 7 a 56 dias, com a maioria ocorrendo entre 10 e 29 dias.

**Palavras-chave:** RINOPLASTIA;INFECÇÃO;PREVALÊNCIA.

**PO579****E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****RINOPLASTIA EM PACIENTE COM CONCAVIDADE CRURAL SEVERA : RELATO DE UM CASO DESAFIADOR****AUTOR PRINCIPAL:** MATHEUS LISATCHOK**COAUTORES:** MATEUS HENRIQUE GUIOTTI MAZAO LIMA; VICTOR ARY CÂMARA; LORENZO MORAES MELOTTI; MARIAH DE SOUZA ARANTES; AMANDA CAON MORIOKA; MARIA AUGUSTA ALIPERTI FERREIRA; RENAN VIEIRA DE BRITO**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente DEdS, sexo feminino, 25 anos, em acompanhamento otorrinolaringológico com a plástica facial da UNICAMP. Queixa estética de ponta malformada, discreta giba osteocartilaginosa e dorso nasal alargado em visão frontal. Queixa funcional de sintomas alérgicos, sem tratamento adequado e obstrução nasal intermitente. Paciente com desejo cirúrgico de ponta nasal natural. Ao exame físico, ponta quadrangular, com cartilagens laterais inferiores (CLI) côncavas, discreta giba osteocartilaginosa e pele fina. Na rinoscopia anterior tinha septo centrado, cornetos inferiores hipertróficos e mucosa pálida.

**DISCUSSÃO:** A correção estética e funcional de concavidades severas da cartilagem de ponta nasal é um desafio cirúrgico. Na literatura, há algumas técnicas descritas para correção.

Os enxertos Batten são os mais comumente utilizados, podendo-se usar cartilagem septal, de tragus ou conchal para preencher a concavidade existente, mas apresenta a limitação de poder ter irregularidades ou um resultado com uma ponta mais globosa. Em concavidades leves, às vezes técnicas de sutura são suficientes.

Nos casos de curvatura acentuada quando há cartilagens com malformações tridimensionais ou fortemente dobradas, é necessário uma técnica mais agressiva, como a Plastia reversa da crura lateral inferior (LLCRP); consiste em transformar a concavidade da crura em convexidade através da rotação da crura lateral sobre si mesma.

Para nossa paciente, considerando o grau de deformidade, tínhamos inicialmente a proposta de fazer a LLCRP. Contudo durante intra operatório da rinosseptoplastia por acesso aberto, foi observado que ao realizar a ressecção cefálica (respeitando os limites de 8mm a 8mm de domus) e lateralização de domus, as cruras laterais inferiores já retificaram de forma satisfatória. Para fortalecer essa crura sem causar irregularidades aparentes, foi colocado mini lateral crural strut underlay. Criado um bolsão entre a crura e a mucosa nasal do tamanho do enxerto, após fixado com nylon 5.0 no local.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os resultados cirúrgicos esperados em uma rinoplastia adequada envolvem não apenas o aspecto estético, mas também funcional. De acordo com as expectativas do paciente, e possibilidade cirúrgicas, deve-se adequar a técnica para atingir o mais eficiente resultado do binômio estético-funcional. O caso e técnica acima descritos demonstram exatamente este ponto, em que apropriando-se da proposta cirúrgica adequada e individualizada ao paciente, é possível atingir um resultado satisfatório.

As imagens adquiridas do acervo pessoal do serviço de plástica facial da UNICAMP; (A) foto de base nasal pré-operatória; (B) foto de base nasal em pós-operatório imediato; (C) foto de perfil nasal pré-operatório; (D) foto de perfil nasal em pós-operatório imediato; (E) foto do intra-operatório demonstrando concavidade de crural severa.

Palavras-chave: RINOPLASTIA;CONCAVIDADE;CRURAL.

PO595

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL**

Rinosseptoplastia para correção de laterorrínia

**AUTOR PRINCIPAL:** ANA ELIZA GARCIA**COAUTORES:** ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO; CECILIA REZENDE FERNANDES; JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO; IGOR BALDI DA SILVA; LEANDRO DIAS QUINELLI; LUCIANO GUSTAVO FERREIRA COUTO**INSTITUIÇÃO:** IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LIMEIRA, LIMEIRA - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente D.R.H., sexo masculino, de 39 anos, procurou nosso atendimento de otorrinolaringologia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira, com queixa de obstrução nasal bilateral, refratário ao tratamento clínico com budesonida e loratadina. Relatou cirurgia prévia de septoplastia e turbinectomia, realizada em outro serviço, e negava trauma nasal.

Ao exame físico, apresentava laterorrínia à direita e desvio septal à esquerda.

Foi submetido a rinosseptoplastia funcional, com técnica aberta. Removido segmento de cartilagem septal para enxerto, disjunção de cartilagem septal em dorso, interposto enxerto de cartilagem em dorso nasal à esquerda de remanescente septal, sutura de cartilagem septal em lados opostos de enxerto, spreader graft à esquerda de dorso cartilaginoso; fixação de septo caudal em espinha nasal anterior; enxerto de reforço em septo caudal; sutura de crura medial em septo caudal segundo técnica de tounge in groove; ponto interdomal; enxerto de cartilagem entre crura medial e tipo escudo anterior à região de domus.

Evoluiu no pós-operatório com melhora importante das queixas funcionais, além de correção estética da laterorrínia.

**Discussão:** A queixa de obstrução nasal é frequente nas consultas otorrinolaringológicas e na maioria das vezes, consequência de hipertrofia de cornetos inferiores, desvios do septo nasal ou insuficiência de válvula nasal.

A laterorrínia é o desvio do nariz para um dos lados da face, causada por deformidades que podem envolver pirâmide nasal, cartilagens laterais superiores, alares e o septo nasal. Além de desproporção estética, causa disfunção respiratória com repercussão na qualidade de vida do paciente.

Em alguns casos, o desvio de septo pode causar problemas como obstrução nasal com dificuldade para respirar; aumento da frequência de sangramento nasal; favorecimento de sinusite recorrente; dores e incômodos; ronco e até mesmo apneia do sono.

**Comentários finais:** A correção da laterorrínia é um desafio para o cirurgião, pois é consequência de várias alterações anatômicas. É fundamental localizar a causa do desvio nasal e corrigi-lo individualmente. Outro aspecto importante é orientar ao paciente que dificilmente ficará com alinhamento nasal perfeito e ter em mente que o objetivo principal é o ganho funcional. Esse paciente apresentava uma inserção do septo fora da crista da maxila, cartilagens laterais de tamanhos assimétricos e desvio nasal contralateral ao lado da inserção inferior do septo.

**Palavras-chave:** Rinosseptoplastia; laterorrínia; cirurgia funcional.



**PO622****E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL**

Disfunção de válvula nasal externa corrigida com enxerto Alar-Batten – um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS**COAUTORES:** GABRIELY LERNER BIANCHI; JAZON BARACAT DE LIMA; CRISTYAN CESAR DALL AGNOL; CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA; MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT; AMANDA ALMEIDA AGUIAR; HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ - MT - BRASIL**Apresentação do caso:**

LRS, feminino, 52 anos, queixa de obstrução nasal, pior a esquerda, há cerca de 5 anos, pior no período noturno. Refere espirros intermitentes, principalmente quando se expõe a poeira. Nega prurido nasal, nega rinorreia, nega cefaléia, nega trauma nasal, nega outras queixas. Na história patológica pregressa, paciente apresenta hipertensão arterial sistêmica com bom controle após uso de Anlodipino e Metoprolol, além de ansiedade em uso de Venlafaxina e Quetiapina. Ao exame físico otorrinolaringológico, paciente apresenta desvio de septo grau I-II em área 2-3 de Cottle, hipertrofia leve de cornetos inferiores, além de disfunção de válvula nasal externa, apresentando colapso de asa nasal a inspiração, principalmente a esquerda. Oroscopia e otoscopia sem alterações. Exame de videonasofibroscopia mostrou desvio de septo grau I-II à esquerda em área 2-3 de Cottle, além de hipertrofia leve de cornetos inferiores e pinçamento de válvula nasal bilateral. Conversado com paciente sobre o quadro de disfunção de válvula nasal externa e desvio de septo, sendo então indicada rinosseptoplastia com uso de Alar Batten Graft. Paciente retornou em uma consulta de retorno para apresentar os exames laboratoriais e o risco cardiovascular para cirurgia proposta, além de documentação fotográfica, foi realizada sua programação. No procedimento cirúrgico, foram realizadas septoplastia com técnica de Cottle modificada e feita coleta de material da cartilagem septal para enxerto, além de cauterização mucosa de cornetos inferiores. No tempo cirúrgico da correção da asa nasal, foi observada fragilidade da cruz lateral da cartilagem lateral inferior, principalmente a esquerda, criando uma dobra em si mesma. Foi optado por criar um reforço nas laterais inferiores com uso de Alar Batten Graft, sendo realizado um ponto simples na asa nasal com nylon 5-0 para diminuir o espaço morto. Por fim, foi colocado splint nasal. Procedimento cirúrgico sem intercorrências. Paciente retorna com sete dias de pós-operatório com queixa de obstrução nasal leve a moderada. Sem outras queixas. Retirado splint nasal e pontos de asa nasal sem intercorrências. Observada boa sustentação de asa nasal bilateralmente, sem colapso a inspiração. Em novo retorno, já com 30 dias de pós-operatório, paciente refere resolução completa da obstrução nasal e no exame físico observa-se septo centrado, além de boa sustentação de asa nasal bilateral, sem colapso na inspiração.

**Discussão:**

A obstrução nasal pode exigir tratamento com técnicas de rinoplastia. Uma das causas de obstrução nasal é conhecida como colapso da válvula nasal, ou seja, o estreitamento e fraqueza dessa estrutura anatômica. Existem várias abordagens cirúrgicas disponíveis para o tratamento, variando de acordo com a anatomia do colapso. O enxerto alar-batten é uma das formas de tratamento para o colapso da válvula nasal, geralmente em casos em que há enfraquecimento da parede nasal lateral. A técnica envolve remodelamento, reposicionamento e reconstrução do colapso da válvula nasal, podendo ser colocado por rinoplastia aberta ou fechada com cartilagem de costela, septo ou concha auricular. O objetivo consiste em prevenir a estenose da válvula nasal e manter o movimento irrestrito do ar, além de contribuir para um aprimoramento da estética nasal. Os enxertos de cartilagem alar batten apresentam uma excelente opção para a reconstrução de defeitos alares, visto que demonstram resultados estéticos e funcionais satisfatórios a longo prazo.

**Comentários Finais:**

O enxerto de cartilagem alar-batten é uma medida terapêutica eficaz no tratamento do colapso da válvula nasal. Os resultados deste estudo revelaram um aumento significativo no tamanho da abertura na válvula nasal externa após a aplicação dessa técnica cirúrgica, sendo notada melhora na respiração das vias aéreas nasais e na aparência estética pela paciente.

**Palavras-chave:** Alar Batten;Válvula nasal;Enxerto.

PO632

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****REAÇÃO GIGANTOCELULAR APÓS TRAUMA NASAL NA INFÂNCIA: UM RELATO DE CASO ATÍPICO.****AUTOR PRINCIPAL:** GIOVANA GOMES FERNANDES**COAUTORES:** ITAIANA PEREIRA CORDEIRO DA SILVA; LEANDRO JOSE ALMEIDA AMARO; FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA; RODRIGO LEMOS DA SILVA; ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT; BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO; RAISSA ANDRADE DO NASCIMENTO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL BETTINA FERRO DE SOUZA (HUBFS) - UFPA, BELÉM - PA - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Trata-se de um caso complexo envolvendo uma adolescente de 15 anos que buscou assistência médica devido a uma lesão no dorso nasal desenvolvida desde os 2 anos de idade após trauma nasal, causando desconforto estético importante e considerável prejuízo social, além de estar associada a obstrução nasal, roncos e respiração oral. Uma característica notável dessa lesão foi seu crescimento progressivo ao longo dos anos, acompanhado de uma alteração na coloração que evoluiu para tons arroxeados. Além disso, a paciente possuía um histórico de investigação de coagulopatia devido a resultados anômalos no coagulograma, o que acrescentou complexidade ao caso. A avaliação física revelou um abaulamento no dorso nasal com características distintas, como consistência amolecida e mobilidade aos planos profundos, medindo aproximadamente 0,5 cm. A lesão era mais proeminente na raiz dorsal e menos no terço médio. Além disso, a paciente apresentava hipertrofia leve das tonsilas palatinas e dos moderada dos cornetos inferiores.

Apresentou na Tomografia dos Seios da Face e Ressonância de Crânio, septo nasal sinuoso com desvio predominante para o lado direito, pneumatização das conchas médias bilateralmente e nodulações de contornos regulares com limites bem definidos, medindo cerca de 1 cm no dorso nasal (Fig.1). Optou-se para melhor esclarecimento sobre a lesão pela retirada cirúrgica através de Rinoplastia Aberta, turbinectomia média bilateral e septoplastia, após a exclusão de coagulopatias pelo hematologista (Fig.2).

Durante a cirurgia, a equipe identificou duas lesões de aspecto cístico no septo nasal à esquerda, o que foi inesperado. Essas lesões foram removidas, e um extensor septal foi inserido à esquerda, juntamente com enxertos septais na supra ponta nasal e na região do radix, onde suspeitava-se que a lesão cística pudesse estar localizada, deixando relevante a possibilidade de cisto dermoide, porém os achados histopatológicos revelaram uma “Reação gigantocelular tipo corpo estranho, contendo fragmentos de pelo”, indicando que os fragmentos irregulares de cor pardo-acastanhada continham células gigantes multinucleadas em resposta a um possível corpo estranho, provavelmente fragmentos de pelo, presentes nos tecidos. Paciente segue sem queixas e satisfeita com a melhora funcional e estética alcançada com o tratamento proposto (Fig.3).

**DISCUSSÃO:** A reação gigantocelular é uma resposta inflamatória do corpo a substâncias estranhas introduzidas nos tecidos, sendo caracterizada por células gigantes multinucleadas de tamanho anormalmente grande e múltiplos núcleos<sup>1</sup>. No caso apresentado, o trauma nasal sofrido pela paciente na infância desencadeou uma sequência de eventos que resultaram em uma lesão no dorso nasal com características patológicas notáveis. Traumas nasais em crianças podem inadvertidamente introduzir fragmentos de pelo nos tecidos nasais, desencadeando uma complexa reação inflamatória conhecida como reação gigante ao corpo estranho. Isso ressalta a importância da identificação precoce e tratamento adequado de traumas nasais na infância para prevenir complicações a longo prazo<sup>1</sup>.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Existe a necessidade de monitorar minuciosamente pacientes com histórico de traumas faciais, mesmo que as lesões inicialmente pareçam benignas, pois reações do tipo corpo estranho podem causar queixas funcionais e estéticas e comprometer a qualidade de vida do paciente.

**REFERÊNCIA**

1. Kazi, S., Raptis, S., Abbaspour, F. et al. Foreign body-type giant cell reaction with extensive granulation tissue and intense inflammation after chemotherapy mimicking residual lymphoma on FDG PET. *European J Hybrid Imaging* 6, 18 (2022)

Palavras-chave: REAÇÃO GIGANTOCELULAR;RINOPLASTIA;TRAUMA NASAL.

**PO647****E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL**

Avaliação das principais queixas estéticas de pacientes submetidos a rinosseptoplastia no serviço de otorrinolaringologia do HCPA..

**AUTOR PRINCIPAL:** SAMUEL AFONSO DE FREITAS TOLEDO

**COAUTORES:** MICHELLE LAVINSKY WOLFF; RAPHAELLA DE OLIVEIRA MIGLIAVACCA; GIULIANA BEDUSCHI; ALINE BAGGIO PEREIRA; MARINA MORÁS; JOSE GABRIEL AQUINO AMARAL; ISABELLE PAGANELLA BOEIRA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL2. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL3. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Objetivos:** Avaliar as principais queixas estéticas dos pacientes que realizaram Rinosseptoplastia em um serviço de otorrinolaringologia especializado em estética facial, analisando quantitativamente e percentualmente os resultados.

**Métodos:** Estudo de coorte prospectivo que incluiu pacientes submetidos à rinosseptoplastia, funcional e estética, de Janeiro de 2022 a Agosto de 2023 no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Todos os pacientes antes da cirurgia responderam um formulário indicando quais eram os aspectos do nariz que ele gostaria de modificar, dentre as opções estavam: dorso; ponta nasal; tamanho do nariz; assimetrias, largura do nariz, narinas, e qual era a queixa estética principal. Foram excluídos pacientes que não responderam ao formulário ou que apresentavam informações incompletas.

**Resultados:** Foram incluídos 64 pacientes. A mediana da idade foi de 32 anos (IQR 22 - 33), 59,4% dos pacientes eram do sexo feminino e 82,8% se declararam como brancos, os outros 17,2% se declararam como pardos. Em relação às queixas estéticas dos pacientes a prevalência das queixas na população estudada foi 56,3% ponta nasal, 45,3% dorso, 39% tamanho do nariz, 31% assimetrias, 28,1% largura, 18,8% narinas; cerca de 20,3% dos pacientes não apresentaram nenhuma queixa estética. Em relação a queixa principal, a mais prevalente foi o dorso correspondendo a 28,2%, a menos citada foram as narinas, 3,1%.

**Discussão:** A rinosseptoplastia é uma cirurgia que busca conciliar a funcionalidade do nariz com uma estética que agrade ao paciente, para isso é muito importante definir quais são as queixas estéticas de cada paciente. Cada nariz é único com características que são mais presentes em determinadas etnias e faixas etárias, como o dorso aumentado em pessoas brancas, e a ponta nasal que tende a cair e o dorso que se torna mais evidente com o passar dos anos. A análise das principais queixas estéticas aliado ao perfil epidemiológico dos pacientes de um determinado serviço auxilia no entendimento das demandas na área por parte dos pacientes e no entendimento cada vez maior do público que busca realizar a cirurgia na atualidade.

**Conclusão:** Constatamos que a maior parte dos pacientes, 56,3% se sentia incomodado com a ponta nasal antes da cirurgia, sendo esta queixa mais prevalente na população analisada, ao mesmo tempo o dorso foi o que mais foi mencionado como a principal queixa estética, 28,2%, o que pode sugerir que o dorso seja a parte do nariz que mais incomoda e principal ponto a ser corrigido para uma parte considerável dos pacientes.

**Palavras-chave:** queixa estética;rinosseptoplastia;estética facial.

PO688

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL**

Análise da população idosa que realizou rinosseptoplastia no serviço de otorrinolaringologia do HCPA.

**AUTOR PRINCIPAL:** SAMUEL AFONSO DE FREITAS TOLEDO

**COAUTORES:** RAPHAELLA COSTA MOREIRA SIMEN LOUREIRO; MICHELLE LAVINSKY WOLFF; GIULIANA BEDUSCHI; JOÃO PEDRO ALVES VAZ; BIBIANA LEIZER WALCHER; BÁRBARA VIEIRA MOTTA; SOFIA MICHAELSEN PREMEBIDA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL2. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de pacientes idosos, acima de 60 anos, dentre o grupo de pacientes que realizou a cirurgia de rinosseptoplastia em um serviço de otorrinolaringologia especializado em estética facial.

**Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo que utilizou das informações disponíveis no prontuário dos pacientes para calcular a idade que cada paciente tinha quando realizou a cirurgia de rinosseptoplastia. Foram incluídos pacientes que realizaram rinosseptoplastia entre Janeiro de 2010 a Agosto de 2023 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Foi considerado como idoso qualquer paciente com idade igual ou superior a 60 anos no momento do procedimento cirúrgico

**Resultados:** Foram incluídos 536 pacientes, com uma média de 35,44 anos, mediana de 34 anos (IQR 47 -23 ), destes 55,6% eram mulheres e 91,6% se auto declararam como brancos. Identificamos 32 pacientes com idade acima dos 60 anos no momento em que realizaram a cirurgia, o que corresponde a aproximadamente 5,97% dos pacientes, a idade máxima entre os pacientes operados foi de 71 anos. O número de pacientes idosos anos operados em cada ano foram 1(2010); 2 (2011); 3 (2012); 6 (2014); 3 (2015); 4 (2016); 4 ( 2017); 5 (2018); 4 (2019) ; 0(2020); 0 (2021); 2 (2022); 1 (2023).

**Discussão:** Com o aumento da longevidade e melhora da qualidade de vida nota-se um aumento no número de pacientes idosos que buscam realizar cirurgias estéticas e eletivas. É importante mencionar que esse grupo apresenta queixas e desafios que vão estar intrinsecamente ligados com o envelhecimento, como a queda da ponta nasal e menor sustentação da pele, sendo necessário pensar em abordagens voltadas para esses pacientes. Entretanto, apesar desse crescimento gradual, o número de idosos que busca essa cirurgia no serviço analisado ainda é pequeno quando comparado à população geral. É importante ressaltar que nos anos de 2020 e 2021 não foram realizadas cirurgias de rinosseptoplastia no serviço em decorrência das limitações impostas pela COVID-19, não representando uma redução verdadeira da busca de pacientes idosos pelo procedimento. Outro ponto importante é uma redução no número de idosos que realizaram a rinosseptoplastia em 2022 e 2023 em relação aos anos anteriores à pandemia.

**Conclusão:** Concluímos que existe um número ainda pequeno de pacientes idosos realizando a cirurgia de rinosseptoplastia no serviço, com uma redução desse número após os anos 2020 e 2021, que correspondem aos anos em que o serviço não funcionou em plena atividade em decorrência dos impactos da COVID-19.

**Palavras-chave:** rinosseptoplastia;idosos;população.

PO700

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****MANEJO DA PONTA NASAL UTILIZANDO ENXERTO ÓSSEO****AUTOR PRINCIPAL:** LETICIA KAMEI**COAUTORES:** LUCAS BADO; RENATA DENISE JAIME BARCELOS; MARIANA MANZONI SEERIG**INSTITUIÇÃO:** 1. INSTITUTO JURADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL. 2. UNIOESTE, FRANCISCO BELTRÃO - PR - BRASIL. 3. INSTITUTO JURADO, BARREIRAS - BA - BRASIL**Objetivo**

Um dos grandes obstáculos encontrados nas rinosseptoplastias é a quantidade limitada de enxerto de cartilagem septal para a estruturação nasal. Nos casos em que os enxertos de cartilagem são insuficientes, enxertos ósseos autógenos aparentam ser uma opção. No presente trabalho, com base na literatura, busca-se analisar os principais aspectos dos enxertos ósseos utilizados nas rinosseptoplastias, com enfoque na ponta nasal, analisando sua eficácia, resultados e complicações.

**Metodologia**

Para levantamento de informações sobre enxertos ósseos em rinoplastia, foi utilizado o método de revisão bibliográfica. Foram realizadas buscas nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), PubMed, LILACS e Google Acadêmico, utilizando os descritores “rinoplastia”, “rinosseptoplastia”, “enxertos em rinoplastia” e “enxertos ósseos”. Foram selecionados para análise artigos que abordassem diretamente o tema, e respondessem ao objetivo do trabalho.

**Resultados**

No trabalho de Sheen (1975), foram realizadas 75 cirurgias com enxertos ósseos, sendo que em duas operações houve exposição do enxerto, passível de correção. Não foi relatada reabsorção ou perda de projeção. Metzinger et al. (1994), utilizou a lâmina perpendicular do etmoide como enxerto “sanduíche” para correção de desvios e projeção da ponta nasal. Houve reabsorção óssea em menos de 10% dos casos, e em 20% dos pacientes, houve perda de até 1 milímetro da projeção nasal. Kayabasoglu et al (2015) demonstrou que os enxertos ósseos apresentaram uma reabsorção de apenas 10% em 14 (66,6%) dos 21 pacientes avaliados. Lee et al. (2017) utilizou enxerto composto por cartilagem e lamina perpendicular do etmoide. Nenhuma complicação com o enxerto foi observada. Não houve reabsorção óssea ou cartilaginosa que precisasse de reabordagem no estudo.

**Discussão**

Nos artigos analisados, foi observado que os enxertos ósseos são suscetíveis à reabsorção parcial e que isso ocorre predominantemente nas porções corticais, enquanto as partes medulares são pouco afetadas, o que justificaria a utilização de ossos membranosos da face e crânio em detrimento de ossos de outros lugares do corpo.

Os enxertos ósseos colhidos da lâmina perpendicular do etmoide podem ser usados em complemento aos enxertos de cartilagem para estabilização e correção de desvios sem causar espessamento na área em que são utilizados. Além disso, devido à sua resistência à contratura cicatricial e à memória da cartilagem, o uso de enxerto ósseo é preferível quando comparado a utilização de enxertos de cartilagem para retificação do septo nasal desviado.

A utilização de enxerto composto por cartilagem e osso é uma opção para narizes curtos que precisam de extensão, em pacientes com escassez de cartilagem septal ou enfraquecimento da mesma. Como fatores que devem ser observados para utilização desta técnica, nos desvios septais importantes não se deve utilizar esta técnica, e deve-se preservar 1,2 cm de cartilagem anterior e superior para sustentação do enxerto composto. Embora os trabalhos tenham mostrado bom resultado com os enxertos ósseos, a reabsorção do enxerto é um risco a ser considerado na utilização da técnica. Alguns fatores podem influenciar na taxa de reabsorção, como vascularização e mobilidade do enxerto. As complicações mais comuns observadas, além da reabsorção, foram a extrusão do enxerto e a perda de projeção nasal.

**Conclusão**

Enxertos ósseos autógenos tem uma importância significativa na rinosseptoplastia, pois aumenta o repertório de técnicas para reconstruir e estruturar os narizes quando se tem quantidade limitada de cartilagem. Além disso, eles permitem retificar as porções tortuosas das cartilagens deixando-as disponíveis para uso, reduzindo assim a necessidade de cartilagem auricular ou de costela. No seguimento a longo prazo, o osso tem uma baixa taxa de reabsorção, com pouca ou nenhuma perda da projeção nasal. Sendo assim, os enxertos ósseos são enxertos confiáveis e podem ser utilizados como alternativas e complementares aos enxertos de cartilagem.

**Palavras-chave:** Enxertos em Rinoplastia; Enxertos ósseos; Rinoplastia.

PO734

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****EVOLUÇÃO DOS BIOESTIMULADORES DÉRMICOS: RELAÇÃO ENTRE LOCAIS DE APLICAÇÃO E INTERCORRÊNCIAS.****AUTOR PRINCIPAL:** JONAS RODRIGUES DE OLIVEIRA**INSTITUIÇÃO:** ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR (BA) - BA - BRASIL

**OBJETIVOS:** Este resumo tem como objetivo analisar os locais de aplicação de três bioestimuladores dérmicos populares: Ellansé®, Sculptra® e Radiesse®, e investigar as possíveis intercorrências associadas a essas aplicações. Vamos destacar as diferenças nos locais de aplicação e como essas diferenças podem influenciar a ocorrência ou não de intercorrências.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura. A busca pela literatura se iniciou em setembro de 2022, nas bases de dados Pubmed, Google Acadêmico e Scielo, nos idiomas português e inglês, abrangendo artigos publicados entre os anos de 2008 e 2022. Foram utilizados os descritores “colágeno, rejuvenescimento, envelhecimento da pele” utilizando-se os critérios de arranjo e combinação AND e OR, conforme consulta realizada no DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde. Utilizados como critério de inclusão: ensaios clínicos, estudos in vivo e relatos de caso com o tema relacionando a bioestimuladores de colágeno, envelhecimento da pele, rejuvenescimento facial, e publicações relacionadas às principais marcas de estimuladores de colágeno, Ellansé®, Radiesse® e Sculptra®.

**RESULTADOS:** As áreas de aplicação em comum entre os bioestimuladores dérmicos Ellansé®, Sculptra® e Radiesse® incluem: Região Malar, Sulcos Nasolabiais, Comissuras Labiais, Linhas de Marionete, Sulco Mentolabial, Definição do Mento, Linha da Mandíbula. As áreas em que eles diferem incluem: Ellansé®: Pode ser aplicado na fronte (testa), têmporas, supercílio e nas áreas ao redor do nariz. Não é recomendado para áreas periorbitais, como pálpebras e olheiras, nem na região labial. Sculptra®: É indicado para as têmporas, calha lagrimal e região malar. Não é recomendado para uso no terço superior da face, regiões periorbitais, nariz e lábios. Radiesse®: É recomendado para o terço médio e inferior da face, incluindo a região malar, sulcos nasolabiais, comissuras labiais, linhas de marionete, sulco pré-jowl, sulco mentolabial, definição do mento e linha da mandíbula. Não é indicado para uso no terço superior da face, regiões periorbitais, nariz e lábios. Intercorrências: Ellansé®: Possíveis intercorrências incluem reações inflamatórias leves, como inchaço, edema, eritema, hematomas, rigidez ou nódulos. Além disso, casos raros de granulomas e riscos de injeção intravascular em áreas de risco, com potencial para causar necrose ou cegueira temporária, foram relatados. Sculptra®: Efeitos adversos comuns incluem inchaço, eritema, edema, hematomas, infecção, entre outros. Relatou-se um caso raro de anafilaxia após a administração de Sculptra®, evidenciando reação de hipersensibilidade. Radiesse®: Não é recomendado o uso no terço superior, regiões periorbitais, nariz e lábios. Os efeitos adversos mais comuns são inchaço, edema, hematoma, dor e coceira. Houve relatos raros de comprometimento vascular, necrose dérmica e cegueira quando aplicado na região nasal dorsal.

**DISCUSSÃO:** As diferenças nos locais de aplicação desses bioestimuladores podem influenciar a ocorrência de intercorrências. Enquanto Ellansé® e Sculptra® compartilham algumas áreas de aplicação, como região malar e sulcos nasolabiais, Radiesse® se concentra principalmente no terço médio e inferior da face. As diferenças anatômicas e vasculares em cada área podem aumentar ou diminuir o risco de complicações, como necrose ou cegueira. Esta análise traz a tona que além dos locais em comum ou não é importante valorizar a individualidade da face da paciente bem como o cuidado ao lidar com áreas mais vascularizadas - onde a incidência de agravos é maior - onde há risco de necrose e áreas periorbitais onde há risco de necrose e cegueira, temporária ou não, para aquele paciente.

**CONCLUSÃO:** Ellansé®, Sculptra® e Radiesse® compartilham áreas de aplicação comuns bem como intercorrências em comum conseqüentemente. As diferenças nas áreas de aplicação, excluindo ou incluindo regiões específicas da face, demandam avaliação cuidadosa. A escolha apropriada depende das necessidades do paciente e da expertise do profissional, visando à segurança e eficácia do tratamento, além da minimização de intercorrências.

**Palavras-chave:** Bioestimuladores; Aplicações; Intercorrências.

PO757

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL**

Uso da Sticky Cartilage na rinoplastia: Série de casos

**AUTOR PRINCIPAL:** DANIELA COSTA MALHEIROS**COAUTORES:** GUILHERME PINHO MORORÓ; MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO; NATALIE EMY YVAMOTO; FELIPE STORTI MARTINS; RODOLFO ALEXANDER SCALIA; MARCO ANTONIO DOS ANJOS CORVO**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Objetivo:** Demonstrar o uso da técnica de “sticky cartilage” como método de definição e aumento de dorso nasal.**Resultado:** A elevação e definição de dorso nasal foram obtidas nos pacientes selecionados, com satisfação dos pacientes quanto aos resultados estéticos e funcionais.**Discussão:** Entre os meses de maio e agosto de 2023, as seguintes pacientes foram avaliadas no ambulatório de rinoplastia da Santa Casa de São Paulo:

- Paciente 1: Queixa de base nasal alargada, assimetria de terço médio nasal, dorso nasal baixo e de ponta globosa.
- Paciente 2: Queixa de dorso nasal alargado e baixo.
- Paciente 3: Queixa de ponta globosa, com irregularidade em transição entre dorso e ponta.
- Paciente 4: Giba osteocartilaginosa e nariz em sela após rinosseptoplastia em serviço externo

A cartilagem picada em cubos soltos (“free diced cartilage”) é um enxerto autólogo útil para a camuflagem do dorso nasal. Normalmente é preparada cortando a cartilagem em cubos de 0,5-1 mm de comprimento, sendo flexível e aplicável, na maioria dos casos, para elevação de dorso e correção de pequenas deformidades. No entanto, alguns pacientes, além de apresentarem reabsorção da cartilagem, podem cursar com irregularidades visíveis no pós-operatório. A cartilagem em cubos não enrolada representa um risco substancial de variabilidade de forma, podendo se deslocar e tornar-se aparente; especialmente em pacientes com pele fina.

Algumas medidas para evitar esse deslocamento podem ser realizadas. Enrolar os cubos de cartilagem em materiais como fâscia, celulose regenerada oxidada (Surgicel®, Ethicon®, Somerville®) ou derme cadavérica acelular podem ser opções; no entanto, nenhum desses materiais é considerado um padrão-ouro para embrulhar cubos de cartilagem. Outra opção para evitar o deslocamento dos cubos de cartilagem é a sua associação à cola de fibrina, o que também pode diminuir seu índice de absorção. Entretanto, os custos dessa associação podem ser um fator limitante para realização da cirurgia; especialmente na rede pública. A fibrina rica em plaqueta (PRF) é um concentrado de plaquetas de segunda geração que contém fatores de crescimento e citocinas. Sua preparação envolve a coleta do sangue do paciente em tubos e centrifugação monofásica, sem anticoagulantes ou produtos químicos, sendo relativamente simples e barata. Os fatores de crescimento no PRF regulam a proliferação, diferenciação e migração celular ligando-se a receptores específicos.

Uma característica importante da associação da fibrina rica em plaquetas na sua forma injetável (I-PRF) com os cubos de cartilagem (“diced cartilage”), é que o I-PRF confere uma adesividade aos cubos de cartilagem semelhante à da cola de fibrina; porém com os custos mais baixos quando comparados a essa. A estrutura elástica que impede o deslocamento desses cubos é conhecida como “sticky cartilage”.

Güler et al investigaram a sobrevivência de cartilagem em cubos desembrulhada ou envolta por Alloderm, Surgicel ou PRF. Os autores relataram que a viabilidade da cartilagem em cubos envolta em PRF (“sticky cartilage”) foi significativamente maior do que a viabilidade dos outros grupos. Além disso, determinaram que enxertos envolvidos com PRF exibiram as menores taxas de inflamação e fibrose.

**Conclusão:** O uso da “sticky cartilage” na rinoplastia apresenta resultados promissores na regularização de assimetrias e irregularidades e no aumento do dorso nasal, sendo uma técnica facilmente aplicável e confiável.**Palavras-chave:** Rinoplastia; Estética facial; Sticky cartilage.



**PO766****E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****MATERIAL ALOPLÁSTICO ENCONTRADO COMO ACHADO DE RINOPLASTIA SECUNDÁRIA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** YASMIN DE REZENDE BEIRIZ**COAUTORES:** KAROLINE NERIS CEDRAZ; HELAINA PEIXOTO GURGEL; JAQUELINE ALTOÉ; RENATA ISIS DE OLIVEIRA CABRAL; LIVIA MODESTO SOTERO MARCOS; ARTUR GRINFELD**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente E.N.J., 41 anos, realizou procedimento não cirúrgico de rinomodelação definitiva com cirurgia-dentista há 2 anos devido queixa estética de ponta globosa e nariz curto. Sobretudo, após os primeiros meses do procedimento, iniciou quadro nasal sugestivo de infecção septal: dor, hiperemia e descarga purulenta bilateral da mucosa interna do nariz, que foram refratárias aos tratamentos com antibióticos, por suspeita inicial e errônea de rinossinusite crônica. A paciente ainda apresentava as queixas estéticas iniciais, visto que não houve melhorias significativas nessa questão. Após 02 anos mantendo quadro recorrente de infecção nasal, a qual a paciente estava sendo tratada para suspeita de rinossinusite recorrente, procurou cirurgia plástica facial para tratamento definitivo da estética do nariz. Ao exame físico, a paciente apresentava nariz étnico com dorso baixo, alargado, pirâmide nasal alargada, ponta globosa, base larga e pele grossa. Foi indicado cirurgia de rinoplastia de aumento, refinamento de ponta e estreitamento de dorso. Durante intraoperatório o cirurgião foi surpreendido ao encontrar material aloplástico de aproximadamente 40x20 mm (Figura 1) sugestivo de plástico reciclado, em que o mesmo foi suturado na parede superior da mucosa septal, bilateralmente, em região onde é inserido comumente o splint nasal. Ainda no intraoperatório, após dissecação da ponta nasal, foi removido também outro material aloplástico de aproximadamente 10 x 10 mm, utilizado para preenchimento de ponta (Figura 2). Nas duas situações, o plástico estava fixado por fios de sutura nylon 3.0. Os materiais foram retirados e levados para laboratório para realização de cultura e antibiograma.

**Discussão:** Os splints intranasais de silicone são utilizados para prevenir hemorragia após as intervenções e ajudam a estabilizar o septo na linha média. Estudos observaram que os splints intranasais de silicone podem ser mantidos por até 10 dias sem aumentar as taxas de complicações precoces relacionadas a infecções (H). Contudo, no caso apresentado, o material aloplástico utilizado como splint na primeira rinomodelação realizada por profissional não médico, não foi removido nesse período, sendo deixado em cavidade nasal e promovendo repetidos episódios de rinorreia. Desse modo, ao realizar rinoplastia estética com materiais aloplásticos, complicações como visualização do implante, inflamação, luxação e extrusão devem ser minuciosamente avaliadas.

**Comentários Finais:** A rinoplastia não cirúrgica é benéfica para suavizar imperfeições nasais e corrigir pequenos problemas de simetria. Essa técnica ganhou popularidade com o advento dos preenchedores injetáveis, como o ácido hialurônico, e profissionais não médicos realizam com promessa de resultado definitivo. Como limitação do estudo, não foi possível fazer contato com o profissional que realizou o procedimento inicial, para buscar entender as intenções de manter os materiais nas regiões citadas.

**Palavras-chave:** Rinoplastia; Rinomodelação; Material aloplástico.

PO767

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****UMA VISÃO GERAL DO USO DA TÉCNICA DE CARTILAGEM FRAGMENTADA NA RINOPLASTIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE DE OLIVEIRA ANDRADE**COAUTORES:** GIOVANNA LUISA DE OLIVEIRA ANDRADE; ARIANA LEAL BORGES DA CRUZ**INSTITUIÇÃO:** 1. UFBA, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB, SALVADOR - BA - BRASIL**Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar, por meio de uma revisão sistemática, o resultado da utilização da técnica de enxerto de cartilagem fragmentada na rinoplastia.**Métodos:** Este estudo consiste em uma revisão sistemática da literatura realizada de acordo com as diretrizes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA®). A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed e MEDLINE. O algoritmo de busca utilizado foi composto por assuntos da base DeCS/MeSH e palavras-chave adicionais: Free Diced Cartilage and Rhinoplasty. Através do algoritmo de busca, todos os títulos foram cruzados para identificar possíveis estudos duplicados. Para a seleção dos artigos, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão para seleção dos estudos: (i) apenas artigos em português, inglês ou espanhol; (ii) estudos originais e (iii) que apresentassem dados sobre o uso da cartilagem fragmentada na rinoplastia.**Resultados:** A busca pelos estudos identificou um total de 31 artigos, dos quais 15 estavam disponíveis no PubMed e 16 no Medline. Destes, quinze foram excluídos por duplicidade, e seis foram excluídos após seleção por título e resumo e leitura do texto completo. Portanto, dez artigos foram incluídos na revisão sistemática.**Discussão:** Uma das principais queixas dos pacientes que procuram as clínicas para serem submetidos a rinoplastia é a estruturação do dorso nasal. Várias técnicas surgiram ao longo do tempo para a estruturação do dorso, dentre elas, a utilização de enxertos de cartilagem fragmentada. Esses enxertos de cartilagem são uma adição valiosa à cirurgia de rinoplastia por serem altamente flexíveis e úteis em todo o nariz. Seu uso simplifica um dos maiores desafios de toda a rinoplastia – o aumento dorsal. Diversos procedimentos foram desenvolvidos para aumentar a estabilidade e a viabilidade da cartilagem fragmentada. Uma das técnicas que vem sendo utilizada a mais tempo é a cartilagem em cubos livres, ou “free diced cartilage” (FCD); ao longo do tempo, outras foram sendo desenvolvidas, principalmente na tentativa de diminuir a incidência de irregularidades do contorno nasal e de deslocamento do enxerto. Uma dessas técnicas é a de múltiplas cartilagens em formato de palito – “multiple toothpick-shaped cartilage” (MTC) –, que surge como uma alternativa relativamente fácil de executar, economizando tempo e com menor risco de cicatrizes ocultas e de edema pós-operatório mínimo.**Conclusão:** Conclui-se que essas técnicas de abordagem minimizam o risco de deslocamento e desvio dos enxertos, uma vez que a cartilagem fragmentada não apresenta a memória de curvatura comum nos enxertos costais. Elas apresentam um risco menor de infecção e de rejeição pela sua alta biocompatibilidade, além de ser uma técnica em que as complicações têm sido relativamente menores e sua correção relativamente simples.**Palavras-chave:** rinoplastia; cartilagem fragmentada; enxerto.

**PO799****E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL**

Leshmaniose mucocutânea levando à deformidade nasal.

**AUTOR PRINCIPAL:** SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO**COAUTORES:** KARENN PARREIRAS PIRES BARCARO; LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES; MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO; EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA**INSTITUIÇÃO:** HRAC - USP, BAURU - SP - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente, masculino, 73 anos, encaminhado ao serviço de Cirurgia Craniomaxilofacial do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo com história prévia de Leshmaniose mucocutânea já tratada, apresentando deformidade nasal além de grande prejuízo social e psicológico. Direcionou-se à consulta com desejo de realizar reconstrução nasal por sofrer preconceito desde a infância. Ao exame, observa-se destruição de área 1 septal e cartilagens laterais inferiores com áreas de fibrose. Nasofibrosopia com presença de perfuração em área 1 e 2 do septo nasal. Tomografia de seios paranasais demonstrando perfuração septal extensa, tecido fibrótico com aparente retração cicatricial em porção anterior de fossa nasal. Porção óssea septal presente e seios paranasais livres.

Pelo alto risco cirúrgico e grande grau de comprometimento de estruturas nasais, foi optado, no primeiro momento, por acompanhamento psicológico e abordagem multidisciplinar, enfatizando a reabilitação do indivíduo ao convívio social. Além disso, o caso segue em plano para avaliar possibilidades de reconstrução nasal, visto a complexidade do quadro e necessidade de planejamento cirúrgico adequado.

**Discussão:**

A leishmaniose é uma doença crônica causada por protozoários flagelados do gênero *Leishmania*. É uma doença global, entretanto, a maioria dos casos é vista na América do Sul, no Mediterrâneo e em algumas áreas da Ásia e África. Os 3 principais tipos de leishmaniose são cutânea, mucocutânea e visceral (mais grave-também conhecida como Calazar). A leishmaniose é diagnosticada demonstrando a presença de *Leishmanias* amastigotas em espécimes clínicos usando exame microscópico direto ou análise molecular. A apresentação clínica depende de fatores associados à virulência do parasita, à resposta imune individual e ao local das lesões. Embora cada tipo de leishmaniose possa ter seus próprios sinais cutâneos específicos e regiões endêmicas, as apresentações mais comuns são nódulos e placas crostosas e ulceradas. A história natural da leishmaniose também deve ser considerada na formulação de estratégias terapêuticas. A leishmaniose cutânea remite espontaneamente entre um mês e seis anos. Embora inúmeras opções terapêuticas tenham sido consideradas nas últimas décadas, muito poucos demonstraram eficácia e segurança comprovadas. Os compostos de antimônio administrados diretamente na lesão ou por via parenteral continuam sendo o tratamento padrão e sua toxicidade exige vigilância e monitoramento da terapia.

**Conclusão:**

Pelo fato de a Leishmaniose ser uma doença que pode acometer diversos tecidos, ela possui a capacidade de envolver áreas como nariz, orelha e garganta, mostrando importância como diagnóstico diferencial dentro da Otorrinolaringologia. Fora isso, deve-se agir na correção das sequelas estéticas quando possível, evitando a auto exclusão do indivíduo em relação à sociedade.

**Palavras-chave:** Leishmaniose mucocutânea; deformidade nasal; destruição de cartilagens laterais inferiores.

PO800

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****Reabordagem cirúrgica em quadro de infecção de sítio cirúrgico após 28 dias de rinoplastia primária****AUTOR PRINCIPAL:** MARCUS VINÍCIUS OSHIO MARIANO**INSTITUIÇÃO:** CONSULTÓRIO DR VICTOR GEBRIM, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Introdução:** A rinoplastia é um procedimento com intuito de melhorar a estética nasal, deixando assim o nariz mais harmônico com a face. Muitas vezes esse procedimento pode ser associado a uma correção funcional e por muitos é nomeada de rinosseptoplastia. As complicações pós-cirúrgicas são pouco frequentes, mas quando ocorrem podem causar perda estética e funcional.

**Objetivo:** Relatar processo cirúrgico e resolução do quadro de reabordagem cirúrgica reparadora em paciente com infecção de sítio cirúrgico nasal após 28 dias de rinoplastia.

**Descrições:** Paciente, sexo feminino, 33 anos de idade, buscou nosso serviço com queixa de dorso alto, obstrução de via aérea superior bilateral, base nasal alargada e ponta globosa. Ao exame físico evidenciado ponta subprojetada, laterorrínia para direita e desvio septal ipsilateral. Sugerido e realizado rinosseptoplastia por via aberta, técnica de rinoplastia estruturada com confecção de enxertos a partir de cartilagem do próprio septo nasal. Removido pontos, splints nasais e curativo com nove (09) dias pós cirúrgico, nariz com aspecto normal no momento da avaliação. Reavaliação do paciente no décimo quinto (15) dia pós operatório, nariz apresentava edema esperado para o tempo, sem sinais flogísticos. No vigésimo sétimo dia pós operatório paciente entrou em contato com queixa de dor e edema em região de ponta nasal, foi reavaliada no mesmo dia com internação hospitalar para realização de cultura de secreção, antibiotico terapia e reabordagem cirurgica após vinte e quatro (24) horas. Atualmente a paciente apresenta aspecto estético favorável, sem complicações pelo quadro infeccioso e sem queixas funcionais.

**Conclusão:** A infecção cirúrgica pós rinoplastia é uma complicação pouco comum, mas quando ocorre pode acarretar perdas estéticas e funcionais importantes. A realização de cultura e antibioticoterapia profilática imediatamente após a confirmação do quadro é primordial para uma boa evolução. A reabordagem cirúrgica para lavagem/reparação do sítio cirúrgico auxilia ativamente na melhora do quadro. Este artigo apresenta uma paciente com complicação cirúrgica de infecção de sítio cirúrgico 27 dias após rinoplastia primária. A imediata reabordagem precoce com reconstrução das estruturas afetadas com enxerto de cartilagem de costela trouxe uma melhora estética e funcional para a paciente, não deixando sequelas. A cirurgia foi realizada no Hospital Paulista de Otorrinolaringologia de São Paulo-SP pela equipe do Doutor Victor C. Gebrim.

**Palavras-chave:** Infecção nasal; Rinoplastia; Reabordagem.

**PO850****E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****TELA DE POLIPROPILENO PARA PREENCHIMENTO DE DORSO NASAL: ACHADO DE RINOPLASTIA SECUNDÁRIA****AUTOR PRINCIPAL:** YASMIN DE REZENDE BEIRIZ**COAUTORES:** KAROLINE NERIS CEDRAZ; HELAINA PEIXOTO GURGEL; JAQUELINE ALTOÉ; LIVIA MODESTO SOTERO MARCOS; ARTUR GRINFELD**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. HOSPITAL OTORRINOS DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente C.G.C., 37 anos, procurou cirurgião plástico facial por queixa estética após 2 anos de rinomodelação realizada por profissional não médico, que em tentativa de regularização e aumento de dorso, inseriu tela de polipropileno nesta região. Paciente ainda apresentava queixas estéticas como dorso fino, ponta globosa, ptose de ponta, e foi submetida à rinoplastia secundária. No intraoperatório foi visualizado, preenchendo dorso nasal, tela de polipropileno e tecido fibrótico ao redor.

Paciente foi submetida à rinoplastia de acesso fechado, em que foi dissecado o dorso com remoção mecânica do material de tela de polipropileno. Nesse caso, foi necessário substituir este preenchedor heterólogo por cartilagem autóloga costal em forma de free diced. A ponta nasal foi abordada, com suturas domais e enxerto de ponta tipo Cap-graft para melhorar a projeção e definição da mesma.

Foi realizada aplicação do Fibrina Rica em Plaquetas (P.R.F.) em região de dorso, objetivando melhora do processo cicatricial, evitando ainda mais fibrose local, devido à segunda manipulação. O PRF (Figura 3) é obtido através do sangue coletado da paciente antes da cirurgia, processado por meio de centrifuga, e utilizado para aceleração do processo de hemostasia e na cicatrização de tecidos.

**Discussão:** Estudos utilizam enxertos de diferentes materiais para a rinoplastia de aumento e como apoio da estrutura nasal, podendo ser de materiais aloplásticos ou autogênicos. Os aloplásticos são silicone, medpor e gore-tex; e os autogênicos derivam geralmente de cartilagem costal ou septal. Os autogênicos são mais utilizados. A paciente do caso relatou que o profissional fez uso de tela de polipropileno em sua “rinomodelação definitiva”, porém esse material ainda não é utilizado em região nasal. Estudos demonstram seu uso em região de mento e reconstruções faciais excetuando-se região nasal.

**Comentários Finais:** O caso demonstra um exemplo de “rinomodelação definitiva”, que além de usar os tradicionais fios de sustentação, também fez uso de um material que geralmente não é utilizado em região nasal. Tal prática, que geralmente não é feita por profissionais médicos, tem trazido prejuízos a longo prazo aos pacientes, visto que estes mantêm as queixas estéticas devido à absorção errônea destes materiais, principalmente em dorso nasal. Nota-se também a perda da rotação e projeção nasal, uma vez que fios são incapazes de sustentar peso nasal à longo prazo e a presença de fibroses, causada pelo processo inflamatório que esses materiais proporcionam. Desta forma, afirmar que rinomodelação é um procedimento definitivo, não é uma verdade e não garante resultados estéticos precisos.

**Palavras-chave:** Rinoplastia; Rinomodelação; Tela de Polipropileno.

PO887

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****Consequências Físicas e Psicológicas Das Complicações Da Cirurgia Estética****AUTOR PRINCIPAL:** LIANA AMORA LEITE FROTA**INSTITUIÇÃO:** CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA - UNINTA, SOBRAL - CE - BRASIL

**Introdução:** O Brasil é o segundo país com maior número de procedimentos médicos estéticos realizados em 2017. Nesse contexto, a cirurgia é um estressor de alto risco com possíveis consequências que incluem morte, dor, desfiguração, perdas econômicas e alterações nos papéis sociais. O manejo ineficaz das complicações resulta em inúmeras consequências.

**Objetivos:** O estudo tem como objetivo abordar as complicações físicas e psicológicas desencadeadas por procedimentos estéticos que não obtiveram resultados satisfatórios.

**Métodos:** Para a construção do trabalho foram utilizados dados obtidos em relato de caso, estudos experimentais, revisão de literatura, disponíveis nos bancos de dados PubMed e Scielo. Foram utilizados os seguintes descritores: Complicações de cirurgias estéticas, complicações físicas e psicológicas, cirurgia plástica e cirurgias estéticas. Os trabalhos incluídos foram resumos sobre cirurgias estéticas com complicações físicas e psicológicas de 1997 a 2020, em inglês, português e espanhol, sendo a última busca por referências feita em fevereiro de 2021. Os estudos incluídos foram feitos principalmente nos EUA, Brasil e Colômbia, incluindo participantes que fizeram cirurgias e procedimentos estéticos.

**Resultados:** Inicialmente, foram incluídos 42 artigos, entre estudos de caso e estudos epidemiológicos. Os estudos incluídos foram realizados principalmente nos EUA, Brasil e Colômbia, que realizaram cirurgia estética e apresentaram complicações psicológicas e / ou físicas. Ao avaliar os artigos, notamos um estudo que avaliou a associação entre problemas de saúde mental e os resultados pós-operatórios de cirurgias estéticas em até 30 dias após o procedimento, e constatou que o custo dos cuidados pós-operatórios foi, em média, igual a \$ 35.637. A infecção foi o principal tipo de complicação pós-operatória relacionada à retirada do implante de silicone. O uso de implantes com volume superior a 300 ml apresentou risco significativamente maior de retirada do implante do que o uso de implantes com volume de até 300 ml. Em relação à lipoaspiração, as principais causas de morte associadas incluem tromboembolismo pulmonar, perfuração visceral, insuficiência cardíaca, infecção extensa e choque hemorrágico.

**Discussão:** Assim, além dos problemas decorrentes da insatisfação com o tratamento, a maior prevalência de complicações pós-cirúrgicas pode acarretar em elevados custos para o profissional e para o cliente. Se o procedimento for realizado, o aconselhamento estrito do tratamento pós-procedimento é essencial e todos os riscos e complicações específicos associados aos procedimentos devem ser discutidos em detalhes, permitindo que o paciente explore essas questões. Portanto, é necessário que o paciente esteja ciente dos resultados que podem ser encontrados, a fim de evitar frustrações após a realização de qualquer procedimento.

**Conclusão:** A realização de cirurgias plásticas e procedimentos estéticos possuem riscos de complicações físicas e psicológicas graves, e para evitá-las, é importante fazer uma adequada seleção dos pacientes, fazer a cirurgia em ambiente seguro e preparado para um suporte clínico apropriado em caso de intercorrências e um atencioso pós-operatório.

**Palavras-chave:** complicações;estética;cirurgia.

**PO924****E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****Rinoplastia Precisa: O Método TRHW em Foco****AUTOR PRINCIPAL:** GUSTAVO CEDRO SOUZA**COAUTORES:** GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA; MAÍRA MACEDO DE GUSMÃO CANUTO; MARIA FERNANDA BARBOSA SOUZA; GUILHERME CABRINI SCHEIBEL**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ - AL - BRASIL2. HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ - AL - BRASIL3. UNIMA, MACEIÓ - AL - BRASIL4. INSTITUTO SCHEIBEL, MARINGÁ - PR - BRASIL5. INSTITUTO SHCEIBEL, MARINGÁ - PR - BRASIL

**Objetivos:** O nariz, posicionado no centro do rosto, desempenha um papel crucial na estética facial. Sua estrutura e forma são determinadas por uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Estas variações individuais tornam cada nariz único. No campo da cirurgia plástica, a rinoplastia é uma intervenção delicada e desafiadora devido a estas variações. Este estudo busca entender e detalhar a aplicação do método TRHW (Tip Radix Height Width) na rinoplastia, avaliando a otimização dos resultados cirúrgicos e a mitigação dos riscos associados ao procedimento.

**Métodos:** A era digital trouxe avanços tecnológicos que têm sido integrados ao campo da cirurgia plástica. Utilizando uma combinação de medidas anatômicas precisas, modelagem tridimensional e análise fotográfica, este estudo emprega um método abrangente para avaliar o TRHW. Ao analisar a rinoplastia sob esta lente metódica, o estudo busca identificar as nuances que tornam o TRHW uma técnica tão revolucionária.

**Resultados:** A rinoplastia é uma das cirurgias estéticas mais realizadas e também uma das mais desafiadoras. Ao longo dos anos, a necessidade de técnicas mais refinadas e personalizadas para cada paciente tornou-se evidente. A introdução do método TRHW representa um passo significativo nesse sentido, oferecendo uma abordagem mais individualizada e baseada em evidências. A aplicação sistemática do método TRHW em pacientes demonstrou consistentemente melhores resultados em comparação com abordagens convencionais. Uma característica distintiva do TRHW é sua capacidade de oferecer uma avaliação detalhada da estrutura nasal, com uma maior previsibilidade. Isso permite intervenções mais alinhadas com a anatomia individual do paciente, resultando em resultados mais naturais e harmoniosos. Além disso, a técnica mostrou-se altamente eficaz em reduzir complicações pós-operatórias, particularmente aquelas relacionadas à ressecção excessiva e a assimetrias.

**Conclusão:** O método TRHW está posicionado para transformar a prática da rinoplastia. Sua abordagem metódica e baseada em evidências oferece aos cirurgiões uma ferramenta inestimável, levando a resultados cirúrgicos de alta qualidade e previsibilidade. A capacidade do método de minimizar riscos e promover uma recuperação mais rápida coloca-o à frente de muitas técnicas contemporâneas. Em suma, o TRHW é mais do que apenas uma técnica: representa um novo padrão de cuidado no mundo da rinoplastia, assegurando benefícios tanto para o paciente quanto para o cirurgião.

**Palavras-chave:** Rinoplastia;TRHW;Sistematização.



PO947

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****ABCESSO FISTULIZADO APÓS RINOMODELAÇÃO COM FIOS DE PDO****AUTOR PRINCIPAL:** BRENDA MENDES LEITE**COAUTORES:** EMERSON KENNEDY RIBEIRO DE ANDRADE FILHO; RAISSA FREIRE BRAGA; PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA; FELIPE ARNAUD DANTAS DE MEDEIROS**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL

Paciente do sexo feminino, 34 anos, com história de aplicação de fio de PDO em dorso nasal para fins estéticos evolui com edema, hiperemia, dor local e aumento de volume. A paciente, por meios próprios, perfurou a região abaulada, a qual passou a drenar secreção purulenta, com persistência dos sinais flogísticos nos dias consecutivos. Após persistência do quadro, procurou serviço de otorrinolaringologia. Solicitada tomografia computadorizada de seios da face, a qual mostrou achados compatíveis com a presença de corpo estranho. Em seguida, foi submetida a cirurgia para exploração do corpo estranho e drenagem de abscesso. No trânsito operatório, foi observado presença de massa cística entre o dorso ósseo e o cartilaginoso, com processo inflamatório e edema difusos, múltiplos granulomas infecciosos de repetição espalhados, estendendo-se do local em que o fio estava inserido percorrendo todo o dorso. Observou-se que havia uma conexão entre a massa e o local onde a paciente realizou a perfuração, compatível com trajeto fistuloso. O anátomo-patológico revelou processo infiltrado inflamatório agudizado com reação gigantomielóide tipo corpo estranho, medindo 3,8 x 2,0 cm. Realizado cultura de secreção do dorso nasal, positiva para *Staphylococcus aureus* cepa MRSA, resistentes aos beta-lactâmicos.

A utilização de fios de Polidioxanona para rinoplastia não cirúrgica, prediz um método não invasivo e temporário com fins estéticos no nariz, podendo ser usados na ponta ou no dorso nasal. Os fios são compostos de material sintético absorvível, o qual espera-se sofrer um processo de hidrólise em cerca de 4 meses, com isso induzindo uma resposta tecidual que resulta no aumento de células inflamatórias, miofibroblastos e fibroblastos, promovendo a formação de colágeno em volta do fio. Estudos demonstraram o aumento de colágenos tipo 1 e 3, e TGF- $\beta$ 1,  $\beta$ 2,  $\beta$ 3, efeito que é esperado de 2 até 48 semanas após sua inserção, agindo na restauração do volume e melhora da elasticidade e textura da pele, nisso ocorre uma hipertrofia local, inicialmente rígida, seguida de moderado edema, infiltração linfocitária e fibrose. Com a disseminação dos procedimentos minimamente invasivos da última década, o uso dos fios de PDO foi introduzido como uma técnica efetiva e segura de aprimoramento estético, apesar disso, alguns estudos podem ser encontrados sobre suas crescentes complicações, que envolvem a extrusão do fio pela pele, infecção e necrose tecidual.

Trazemos um caso raro do uso de fio de PDO no nariz que evoluiu com formação de abscesso local fistulizado com drenagem de secreção purulenta, em que foi realizado ressecção cirúrgica, onde pode ser visualizado remanescente do fio não absorvido, envolto à processo inflamatório. Microscopia evidenciou reação gigantomielóide tipo corpo estranho, a qual na resposta inflamatória crônica a materiais biocompatíveis, espera-se ser autorresolutiva em um período de até três semanas, com a sua persistência indicando uma infecção. Não foi relatado nenhuma causa de resposta inflamatória exacerbada, ou de contaminação local que justificassem o caso.

Palavras-chave: Abscesso; Rinoplastia; Polidioxanona.

PO949

**E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****ANÁLISE DO SCORE ROE EM RINOSSEPTOPLASTIAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA TERCIÁRIO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIANA DE CASTRO MACHADO**COAUTORES:** ANDRÉIA ROBERTA SILVA E SOUZA; LUCAS MARCONDES SPEGIORIN; FLAVIO BARBOSA NUNES; ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES; JULIA TOLENTINO MELO MORAIS; GIANCARLO BONOTTO CHEROBIN**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL DAS CLINICAS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL2. HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL3. DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL4. DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL**ANÁLISE DO SCORE ROE EM RINOSSEPTOPLASTIAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA TERCIÁRIO****Autores**Mariana de Castro Machado<sup>1</sup>, Andréia Roberta Silva e Souza<sup>1</sup>, Lucas Marcondes Spegiorin<sup>1</sup>, Flavio Barbosa Nunes<sup>2</sup>, Roberto Eustaquio Santos Guimaraes<sup>2</sup>, Julia Tolentino Melo Moraes<sup>1</sup>, Giancarlo Bonotto Cherobin<sup>2</sup> / Departamento de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais<sup>2</sup>, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais<sup>1</sup>**Objetivo**O nariz é muito importante para a estética facial devido à sua posição central. A sua aparência é um dos fatores que podem afetar o desenvolvimento da personalidade e a imagem corporal do indivíduo<sup>3</sup>.O questionário ROE (Rhinoplasty outcome measure) foi desenvolvido por Alsarraf et al. e teve sua validação transcultural para o Brasil realizada por Bilgin et al. em 2012. O questionário mede a percepção subjetiva do paciente quanto ao impacto do aspecto estético e funcional do nariz na sua qualidade de vida<sup>3</sup>. Este questionário é aplicado rotineiramente nas avaliações pré e pós rinoplastia do serviço de Otorrinolaringologia da UFMG.

O objetivo deste trabalho foi avaliar o escore do questionário ROE pré e pós cirúrgico de pacientes submetidos a rinoplastia em um serviço de residência de otorrinolaringologia.

**Métodos:** Este é um coorte retrospectivo. Prontuários de pacientes submetidos a rinoplastia de 2013 a 2023 foram analisados. Foram incluídos no estudo aqueles com questionário ROE pré e pós operatórios devidamente preenchidos. As médias dos escores pré e pós cirúrgicos foram comparados utilizando teste t pareado. Valor de  $p \leq 0,05$  foi considerado como estatisticamente significativo.**Resultados:** Um total de 182 pacientes realizaram rinoplastia estética entre 2013 e 2023. Destes, 71 tinham os escores ROE pré e pós cirúrgico devidamente preenchidos, 39% dos prontuários avaliados.A média e desvio padrão do escore ROE pré-operatório foi de 5,72 e 3,67, respectivamente. A média e desvio padrão do escore ROE pós-operatório foi de 16,93 e 4,97, respectivamente. A diferença média do escore ROE antes e após a rinoplastia foi 11,21, 95% IC (9,87 a 12,54),  $P < 0,00000$ .**Discussão:** O escore ROE pode variar de zero a 24, significando totalmente insatisfeito e totalmente satisfeito, respectivamente. A média do escore ROE pré cirúrgico da amostra analisada foi de  $5,72 \pm 3,67$ . Este valor está de acordo com os achados de Izu et al., onde pacientes com escore ROE menor que 12 foram considerados insatisfeitos com o nariz. Após a cirurgia, a média do escore ROE subiu para 16,71, um aumento médio de 11,06 pontos. Segundo Izu et al, indivíduos normais apresentam escore ROE de  $17,94 \pm 3,91$ .O estudo Bilgin et al. também avaliou pacientes submetidos a rinoplastia com o questionário ROE. O escore pré operatório foi de  $8,1 \pm 1,56$ . Enquanto o ROE pós operatório foi  $21,1 \pm 1,64$ . O aumento médio do ROE no pós-operatório foi de 12,98, valor semelhante ao encontrado em nossa pesquisa.**Conclusão:** O questionário ROE é uma ferramenta simples e útil para avaliar os resultados da Rinosseptoplastia<sup>2</sup>. Mesmo em um serviço de residência médica, onde o(a) otorrinolaringologista está em processo de formação, a Rinoplastia mostrou ser um procedimento eficaz para melhorar a satisfação do paciente com o seu nariz<sup>1</sup>.**Palavras-chave:** ROE;estética facial;Rinoplastia.

**PO953****E-PÔSTER - ESTÉTICA FACIAL****RECONSTRUÇÃO FACIAL NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DAS INTERNAÇÕES DURANTE O PERÍODO DE 2013 A 2022****AUTOR PRINCIPAL:** ANA BEATRIZ DE ANDRADE BARROS**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL

**OBJETIVO:** Este estudo tem como objetivo apresentar o número de internações por reconstruções faciais, analisar a tendência temporal dessas internações ao longo do período de 2013 a 2022. Além disso, comparar as taxas de internações entre diferentes regiões geográficas do Brasil e avaliar as variações regionais ao longo dos anos.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo quantitativo, cujos dados foram coletados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), através do banco de dados DATASUS. Foram levantados dados referentes ao número de internações para reconstrução facial. Foram consideradas as reconstruções de cavidade oral, total ou parcial de lábio e total ou parcial de nariz nas cinco regiões do Brasil.

**RESULTADOS:** No período de 2013 a 2022, houve um total de 19.104 internações, devido aos 3 tipos de reconstruções mencionados no estudo. Foram registradas 2.142 internações em 2013, 2.243 em 2014, 2.371 em 2015, 1.988 em 2016, 2.186 em 2017, 1.917 em 2018, 1.933 em 2019, 1.268 em 2020, 1.450 em 2021 e 1.606 em 2022. A internação mais frequente foi em função da reconstrução parcial ou total de nariz, com 11.694 casos (61,2%), seguida da reconstrução labial, com 5.140 casos (26,9%), e, por fim, a reconstrução da cavidade orbitária, que contou com 2.410 internações (12,6%). Em relação às regiões, o Sudeste liderou com 40,11% das hospitalizações, seguido pelo Nordeste (32,73%) e Sul (16,89%). Observa-se uma tendência decrescente de internações ao longo do período analisado, indicando uma possível redução da necessidade de reconstruções faciais nos últimos 10 anos.

**DISCUSSÃO:** As reconstruções faciais são procedimentos cirúrgicos essenciais para restaurar a função e a estética em pacientes que sofreram traumas, cirurgias oncológicas ou outras condições que afetam a face. A tendência decrescente nas internações por reconstruções faciais sugere um possível sucesso nas estratégias de prevenção de lesões faciais e nas técnicas de tratamento. Isso pode ser atribuído a uma série de fatores como campanhas de segurança, regulamentações de tráfego mais rígidas, como a implementação da Lei nº 13.281 de 2016, que aumentou o valor das multas, criou a infração específica para o uso de celular ao volante, entre outras medidas. Além disso, a conscientização sobre a importância da proteção facial, notadamente durante a pandemia de Covid-19, também desempenhou um papel relevante nesse cenário positivo. No que se refere aos tipos de procedimentos de reconstrução, destaca-se que a reconstrução parcial ou total do nariz emergiu como o procedimento mais comumente realizado. Esta constatação está intrinsecamente ligada à prevalência de tumores, sobretudo o carcinoma basocelular e o carcinoma epidermóide, que compõem a principal indicação clínico-cirúrgica para intervenções de reconstrução nasal. Os dados revelam variações significativas nas internações por região do país. Essas variações regionais podem ser atribuídas a uma série de fatores, incluindo a densidade populacional, sendo o Sudeste notadamente a região com o maior número de internações, a disponibilidade de infraestrutura médica e os padrões de traumas específicos de cada área geográfica. É importante considerar essas variações ao planejar políticas de saúde e alocar recursos para garantir um acesso equitativo aos cuidados de reconstrução facial em todo o país.

**CONCLUSÃO:**

Entre 2013 e 2022, observou-se uma queda nas hospitalizações para reconstrução facial no Brasil, possivelmente resultado de medidas preventivas de acidentes. No entanto, é de extrema importância que o Estado continue a desenvolver soluções distintas para o trauma facial. A reconstrução do nariz foi o procedimento mais frequente, devido à vulnerabilidade dessa área. As hospitalizações variaram regionalmente, com o Sudeste liderando, destacando a necessidade de estratégias de saúde adaptadas a cada região. Em geral, essa redução nas internações é benéfica tanto para a economia pública quanto para a saúde, mas a ênfase na prevenção deve persistir como prioridade.

**Palavras-chave:** RECONSTRUÇÃO FACIAL; PERFIL DE INTERNAÇÕES; CIRURGIA DA FACE.

PO011

**E-PÔSTER - FONIATRIA**

**A PERDA AUDITIVA UNILATERAL JUSTIFICA UM TRANSTORNO DE LINGUAGEM?**  
**AUTOR PRINCIPAL: MARCELA POZZI CARDOSO**

**AUTOR PRINCIPAL:** MARCELA POZZI CARDOSO

**COAUTORES:** TERESA CRISTINA MENDES HIGINO; MARIANA DANTAS AUMOND LEBL; NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA; ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA; FERNANDA CORREIA SANTOS BAHIA ALVARENGA; ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES; GILBERTO BOLIVAR FERLIN FILHO

**INSTITUIÇÃO:** DERDIC/PUC, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Paciente JAVC, masculino, 5 anos, procurou atendimento por queixa de dificuldade para falar. A criança nasceu de termo com mal formação de pavilhão auricular e orelha média à direita (Colman tipo II) e orelha esquerda normal. Recebeu diagnóstico de disacusia condutiva moderada à direita e audição normal à esquerda. A mãe refere ter contraído varicela aos 6 meses de gestação. A criança nasceu bem e teve alta em conjunto com a mãe. Negou história familiar de consanguinidade e de deficiência auditiva.

Desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Relatou atraso nos marcos de linguagem, produzindo as primeiras palavras aos 2 anos.

A fala da criança é ininteligível apresentando trocas e omissões fonêmicas, alterações sintáticas, com frases curtas e erros gramaticais. Demonstrou léxico limitado dificultando a nomeação de figuras, apoiando-se em gestos ou citando a função do objeto apresentado. Apresentou interesse pelos brinquedos e pelo examinador com intenção comunicativa, necessitando apoiar sua expressão também em gestos.

Apresentou simbolismo na brincadeira, imitou o examinador e propôs brincadeiras. Na produção gráfica desenhou alguém do esperado para a sua idade, e falhou na proposta de cópia de figuras. Na avaliação das funções perceptuais auditivas falhou nas provas de discriminação e memória auditiva.

Na avaliação das praxias, apresentou boa praxia oral mas falhou nos testes de praxia verbal e de membros superiores. Os testes de equilíbrio foram realizados sem dificuldades.

A partir dessa avaliação, JAVC foi diagnosticado com transtorno de linguagem associado a microtia e malformação de orelha média à direita. A criança foi encaminhada para terapia fonoaudiológica e está aguardando para realizar cirurgia de correção da microtia.

**DISCUSSÃO**

A microtia tem uma prevalência de 1 para 6000 nascimentos e é duas vezes mais frequente em meninos. Pode ser caracterizada apenas por malformação do pavilhão auricular ou pode vir acompanhada de atresia de CAE e malformações de cadeia ossicular. No caso relatado, a criança apresentava quadro de perda auditiva unilateral o que por si só leva a um pior resultado nos testes de habilidades auditivas quando comparados a crianças com audição binaural. A perda auditiva unilateral (PAUn) pode levar a um atraso de aquisição de fala, limitação em atividades comunicativas (atender telefone, entender a professora em sala de aula), principalmente em ambientes ruidosos. Essas crianças também podem ter dificuldade na realização de testes complexos de memória de trabalho, principalmente se as orientações forem verbais. No que concerne ao caso acima, a criança apresentava também alterações maiores de linguagem que não podem ser justificadas apenas pela perda auditiva unilateral pois havia também alterações fonológicas e sintáticas e muita dificuldade na linguagem expressiva.

Quando avaliamos esse paciente podemos observar que ele apresenta muitas características diagnósticas do Transtorno de Linguagem. Nesse transtorno os pacientes podem apresentar dificuldades na aquisição e uso da linguagem, vocabulário reduzido, prejuízo na sintaxe. Apresentam dificuldade em relatar fatos e seguir instruções. O paciente JAVC apresentava grande dificuldade no discurso e fala muitas vezes ininteligível, quadro que não poderia ser explicado somente pela perda auditiva unilateral. Diante disso foi diagnosticado com Transtorno de Linguagem associado a perda auditiva unilateral.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O caso acima demonstra que as crianças que apresentam malformações auriculares e perdas auditivas unilaterais podem apresentar, além de atraso de fala, também transtorno de linguagem que não são justificadas apenas pela perda auditiva, devendo assim serem submetidas a uma avaliação foniátrica que permite elucidação diagnóstica com exames específicos, quando necessários, e encaminhamento para as intervenções adequadas.

Palavras-chave: Perda auditiva; transtorno de linguagem; avaliação foniátrica.

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI

**COAUTORES:** MARCELA POZZI CARDOSO; FERNANDA CORREIA SANTOS BAHIA ALVARENGA; TERESA CRISTINA MENDES HIGINO; MARIANA DANTAS AUMOND LEBL; NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA; ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA; MONICA ELISABETH SIMONS GUERRA

**INSTITUIÇÃO:** DERDIC - PUC/SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL

#### Apresentação do Caso

HVSM., 5 anos, apresenta deficiência auditiva severa bilateral e atraso de fala e linguagem. História gestacional revelou gestação de alto risco por diabetes gestacional e descolamento prematuro de placenta. Ainda, no acompanhamento pré-natal, houve diagnóstico de HIV materno, com início de terapia antirretroviral na ocasião.

Nasceu de parto cesáreo, sem intercorrências; realizou triagem auditiva neonatal com falha inicial, porém passou no reteste. O menor recebeu alta da infectologia com sorologias negativas.

Aos 8 meses, familiares perceberam regressão do balbucio e desinteresse por sons. Diagnosticado com perda auditiva progressiva, iniciou uso de AASI aos 3 anos, quando desenvolveu fala espontânea. Atualmente está em fonoterapia, fala apenas frases curtas e usa muitos gestos para auxiliar na comunicação, tem dificuldade em seguir ordens com mais de um comando e não é capaz de recontar histórias.

#### Discussão

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode ser transmitido no período perinatal por via transplacentária, no momento do parto ou na amamentação. A terapia antirretroviral (TARV) tem sido utilizada desde 1996 para controle dos sintomas e prevenção da progressão da doença<sup>1</sup>. Como medida para prevenir a transmissão da doença, a terapia tem sido indicada para todas as pessoas que vivem com HIV, e especial enfoque tem sido dado às gestantes<sup>2</sup>. Apesar do uso da terapia antirretroviral ter se mostrado efetivo na prevenção da disseminação da doença, a exposição perinatal ao HIV pode estar relacionada com impacto negativo no desenvolvimento neurocognitivo<sup>3</sup>.

Está bem documentado que infecções intraútero constituem fator de risco para deficiência auditiva, podendo esta ser uni ou bilateral, progressiva ou tardia. Neste contexto, a infecção perinatal por HIV pode levar a perda auditiva<sup>4</sup>, porém há poucas evidências que relacionam a exposição ao HIV durante a gestação com comprometimento da audição e linguagem também em crianças não-infectadas<sup>5,6</sup>.

Outro fator de risco a ser considerado é a exposição transplacentária às drogas antirretrovirais<sup>6,7</sup>. Estudos identificaram piora de limiares no PEATE de cobaias expostas no período perinatal a algumas drogas frequentemente utilizadas no esquema<sup>1</sup>.

#### Comentários Finais

A perda auditiva neurosensorial, especialmente quando tardiamente diagnosticada, impacta o desenvolvimento da linguagem em crianças pequenas. Ainda, fatores de risco para deficiência auditiva comumente são também fatores de risco independentes para atraso de fala e linguagem. Desta forma, crianças com perda auditiva de causa congênita infecciosa podem apresentar comprometimento da linguagem além do que se poderia esperar para os limiares audiométricos e a reabilitação auditiva. Faz-se necessário, portanto, acompanhamento foniátrico seriado dessas crianças.

Palavras-chave: HIV; Perda Auditiva; Linguagem Infantil.

PO036

**E-PÔSTER - FONIATRIA****DIAGNÓSTICO TARDIO DE PERDA AUDITIVA E SEUS IMPACTOS NA LINGUAGEM****AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDA CORREIA SANTOS BAHIA ALVARENGA**COAUTORES:** ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES; GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI; MARCELA POZZI CARDOSO; MARIANA DANTAS AUMOND LEBL; NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA; TERESA CRISTINA MENDES HIGINO; GILBERTO BOLIVAR FERLIN FILHO**INSTITUIÇÃO:** PUC - DERDIC, SÃO PAULO - SP - BRASIL

RMC, 6 anos, masculino, vem à consulta foniátrica pela primeira vez por atraso de fala com trocas fonológicas e vocabulário restrito. Mãe relata dificuldades para filho compreender fala e linguagem. Desde bebê, mãe informa que não reagia a estímulos sonoros intensos. Aos 2 anos, não tinha atenção ao contar histórias. Frequentou escola por um ano (2019) antes da pandemia. Retornou à escola pública em 2022, quando as dificuldades ficaram mais evidentes e foi orientado a procurar atendimento especializado. Na avaliação neuropediátrica apresentou BERA click por via aérea normal, conflitante com audiometria da mesma época. Indicado fonoterapia. Em atendimento otorrinolaringológico, aos 6 anos, realizou nova audiometria, essa consistente com a anterior de disacusia sensorioneural moderada bilateral simétrica. Indicado AASI com uso efetivo há 2 meses. Gestação não planejada sem intercorrências, parto cesáreo a termo, falhou na TAN e no reteste bilateral mas não prosseguiu investigação. Cumpriu marcos do desenvolvimento neuromotor. Não teve dificuldade na introdução alimentar. Na pandemia, teve poucas oportunidades de interação, pouco estímulo e ficou muito exposto a mídias eletrônicas. Criança acorda às 7h, passa a manhã em eletrônicos, almoça e vai à escola. Dorme às 21h. Nega queixas durante o sono. Na avaliação foniátrica a criança veio acompanhada dos pais, fez boa interação com o examinador, sentou-se de forma adequada e foi colaborativa com o exame. Mostrou compreensão variável, entende ordens simples, de preferência próximo à orelha e com boa articulação do interlocutor ou com uso de apoio visual. Na avaliação da função perceptual auditiva, falhou em discriminação auditiva, não foi possível avaliar a memória auditiva e não teve compreensão das propostas para avaliar consciência fonológica, demonstrando resistência para realizar essas tarefas. Na avaliação perceptual visual, teve bom desempenho nas tarefas de discriminação visual, reprodução gráfica de cópia de figuras e desenho livre. Apresenta conceitos como lateralidade, tamanho e ângulos. Possui fala com muitos erros fonológicos e sintáticos. Seu tom de voz tem fraca intensidade e demonstra comportamento introspectivo para falar. Apesar da criança apresentar muitos erros fonológicos e não compreender a conversão fonema-grafema, as praxias orais e manuais estão adequadas. Apresenta incoerência na reprodução de fatos narrativos. Possui bom equilíbrio estático e dinâmico e boa coordenação motora. Exame otorrinolaringológico sem alterações.

Está bem estabelecido que diagnóstico tardio de DA resulta em prejuízos importantes na linguagem, na alfabetização e na socialização. O AASI permite acesso a um ambiente sonoro típico minimizando os impactos na linguagem. Mesmo falhando na TAN RMC não recebeu diagnóstico e intervenção oportunas. Apresenta hoje alterações fonológicas relacionadas à disacusia diagnosticada. Possui alterações em outros subsistemas da linguagem, como léxico restrito e sintaxe reduzida a frases simples, podendo impactar nas dificuldades trazidas. Sua resistência em algumas propostas utilizadas para avaliação, podem ser interpretadas como comportamento comum em crianças que falham em atividades linguísticas e poderão impactar no início da alfabetização. Privação social e exposição a mídias eletrônicas são considerados fatores ambientais predisponentes dos prejuízos acumulados. Está em uso regular de AASI há 2 meses. A família foi orientada quanto a rotina doméstica. Junto com equipe multidisciplinar, foram organizados objetivos para a terapia fonoaudiológica e psicopedagógica com foco nas habilidades fonológicas. Feito relatório sugerindo retenção escolar, pois muitas das habilidades necessárias para a alfabetização, estão prejudicadas por suas deficiências. Espera-se melhora das habilidades linguísticas, do comportamento e aproveitamento escolar.

Este caso ilustra a importância da TAN e da intervenção precoce no caso de falha, de modo a garantir o desenvolvimento da linguagem e minimizando as dificuldades comportamentais e acadêmicas do indivíduo.

Palavras-chave: TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL; LINGUAGEM; DEFICIÊNCIA AUDITIVA.



PO042

**E-PÔSTER - FONIATRIA****AValiação FONIATRICA EM PACIENTE COM CMV CONGÊNITO****AUTOR PRINCIPAL:** ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA**COAUTORES:** MARCELA POZZI CARDOSO; TERESA CRISTINA MENDES HIGINO; MARIANA DANTAS AUMOND LEBL; NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA; ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES; FERNANDA CORREIA SANTOS BAHIA ALVARENGA; MONICA ELISABETH SIMONS GUERRA**INSTITUIÇÃO:** 1. DERDIC -PUC SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. DERDIC - PUC SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Trata-se de paciente de 23 anos, do sexo feminino, com diagnóstico de perda auditiva congênito por Citomegalovírus (CMV). A suspeita desse diagnóstico surgiu durante a gestação por alterações identificadas no US obstétrico, e foi confirmada no período neonatal. Recebeu tratamento com Ganciclovir por 15 dias. Aos 8 meses de idade, foi diagnosticada com perda auditiva (PA) neurossensorial profunda bilateral, iniciou uso de AASI aos 9 meses e a família não optou pelo implante coclear. Começou precocemente a receber as terapias fonoaudiológica, ocupacional, fisioterapeuta e hidroterapia. Inicialmente frequentou escola regular dos 2 aos 4 anos de idade. Posteriormente, foi transferida para escola bilingue, que inclui Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Paciente não desenvolveu fala e utiliza a LIBRAS, como meio de comunicação. Apresenta dificuldades em leitura e escrita, o que levou ao encaminhado para avaliação foniátrica.

A paciente chegou à consulta de maneira tranquila, sorridente e colaborativa, se comunicando por meio de LIBRAS. Apresenta comportamento infantilizado. Observou-se a presença de cílios longos, retrognatismo, microcefalia, mãos proporcionalmente menores, hemiparesia direita. Também foi relatado de deficiência visual em olho direito (estrabismo divergente com comprometimento da acuidade visual). Apresentou desempenho muito abaixo do esperado em tarefas de memória visual e organização espacial no plano gráfico por cópia de figuras, leitura de palavras e expressão escrita, o que inviabilizou uma avaliação adequada. Por outro lado, desempenhou bem as provas de equilíbrio e index-nariz e a tarefa de discriminação por letras.

**DISCUSSÃO**

O CMV tem emergido como a causa infecciosa mais frequente de PA neurossensorial não hereditária na infância. Vale ressaltar que a PA pode se manifestar como a única consequência dessa infecção, com caráter progressivo e aparecimento tardio até a idade de 5 anos. Contudo, não devemos desconsiderar outras disfunções que podem estar associadas à infecção neonatal pelo CMV.

No caso apresentado, a paciente recebeu um diagnóstico precoce da PA, passou por tratamento adequado e foi submetida a reabilitação antes de completar um ano de idade. Apesar dessas intervenções, não desenvolveu fala, sendo reabilitada em LIBRAS. Além disso, a avaliação foniátrica identificou diversas outras alterações que não podem ser unicamente atribuídas a PA.

A avaliação foniátrica, em conjunto com a avaliação psicológica, pode auxiliar na identificação de Deficiência Intelectual, direcionar intervenções necessárias, orientar a família e auxiliar nas questões legais pertinentes. A suspeita diagnóstica, identificação precoce e intervenção adequada devem ser sempre buscadas nos pacientes com risco de infecção congênita por CMV. Porém, é importante lembrar que as disfunções não se limitam somente à audição. O profissional responsável pelo acompanhamento dessa paciente deve estar atendo às diversas manifestações clínicas, visando orientar a família e direcionar os cuidados da melhor forma possível.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A infecção congênita pelo CMV é um relevante desafio de saúde pública em populações pediátricas. Essa infecção se configura como uma das principais causas de perda auditiva na infância, bem como de déficits cognitivos e deficiência visual. O impacto econômico gerado por essa condição é substancial, uma vez que muitas crianças afetadas demandam cuidados contínuos intensivos, além de serviços terapêuticos e educacionais especializados.

O otorrinolaringologista desempenha um papel crucial ao ser o primeiro profissional a abordar essa criança, seguindo o fluxo da Triagem Auditiva Neonatal (TAN). Porém, é importante não limitar a avaliação apenas à deficiência auditiva nesse contexto. Em momento oportuno, a avaliação foniátrica desses pacientes pode contribuir muito para entendimento do neurodesenvolvimento, favorecendo o correto direcionamento das terapias necessárias e a orientação familiar.

Palavras-chave: citomegalovirus; infecção congênita; foniatria.



PO070

**E-PÔSTER - FONIATRIA****A IMPORTÂNCIA DE CONHECER A LINGUAGEM NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TEA E TDL****AUTOR PRINCIPAL:** ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES**COAUTORES:** GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI; ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA; MARCELA POZZI CARDOSO; MARIANA DANTAS AUMOND LEBL; NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA; TERESA CRISTINA MENDES HIGINO; MONICA ELISABETH SIMONS GUERRA**INSTITUIÇÃO:** DERDIC - PUC SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Trata-se de IRIC, 3 anos e 10 meses, feminino, com diagnóstico de TEA estabelecido por um neurologista pediátrico. A paciente apresentou um atraso no desenvolvimento de fala e linguagem, iniciando com 1 ano e 3 meses e não houve progressão até os 3 anos, período em que seu vocabulário ampliou, porém com uma fala ininteligível. Até então se comunicava por gestos e apontava para o que desejava. A criança também demonstrava movimentos de mãos quando feliz ou triste e tremores das mãos em repouso. Ela possui preferência por brincadeiras de empilhar objetos, é agitada e tem dificuldade em aceitar regras. Apesar disso, ela interage com outras crianças, não tem insistência por rotinas, interesses restritos e aspectos sensoriais incomuns. Não houve intercorrências durante o pré, peri e pós-natal. Sentou com 7 meses, andou com 1 ano e 3 meses e desfraldou com 3 anos. Ela é capaz de se alimentar e vestir de forma independente. A avaliação audiológica não revelou alterações. Atualmente, está passando por fonoterapia há 6 semanas.

Durante a consulta foniátrica, foram observadas dificuldades na linguagem receptiva, especialmente em compreender ordens complexas. Além disso, a criança apresentou falhas nos subsistemas da linguagem, como: fonológico (erros, omissões, trocas fonológicas frequentes); léxico/semântico (não sabe cores, números e formas) e sintático (forma frases simples e não utiliza os ligantes). Também foram verificados atrasos de algumas funções relacionadas a percepção auditivas e visuais, tais como memória de trabalho, atenção auditiva e habilidade visuoespacial. Além disso, houve dificuldade na função praxia oral. No entanto, destaca-se que ela teve intenção comunicativa, incluindo trocas de turno, atenção compartilhada, o uso de gestos representativos e indicativos para facilitar a comunicação. A criança teve habilidades finas e grossas bem desenvolvidas, além de brincadeira simbólica estruturada. Com base nestas informações, o diagnóstico atual é de TDL, diferindo do diagnóstico anteriormente estabelecido. Essa reavaliação considerou as observações detalhadas das dificuldades funcionais da criança.

Um dos diagnósticos diferenciais mais frequentes do TDL, especialmente em crianças pequenas, por volta dos 2 anos, é o TEA. O TDL é caracterizado por um atraso de linguagem que persiste além dos 4 anos de idade, mesmo após tratamento adequado, na ausência de outras condições clínicas que possam justificar o quadro. Apesar de ser quase 7 vezes mais comum que o TEA, é um dos transtornos do neurodesenvolvimento menos conhecidos e diagnosticados.

Para o diagnóstico de TEA, é necessário preencher os critérios do DSM-V-TR, incluindo déficits persistentes na interação social, padrões restritos e repetitivos, presença desde o nascimento e prejuízo social. Um dos principais fatores que podem levar a confusões diagnósticas é que crianças com problemas graves de linguagem muitas vezes apresentam menor reciprocidade social, menor interação social por meio de comunicação não verbal e capacidade simbólica diminuída. Isso acontece porque a linguagem desempenha um papel fundamental no desenvolvimento infantil e de busca das relações humanas.

No caso apresentado, a criança apresenta ainda movimentos de mãos que podem ser confundidas com estereotípias. Embora estereotípias não sejam esperadas nos quadros de atraso de linguagem, elas podem estar presentes, porém são menos intensas e duradouras do que no TEA. Além disso, é comum que crianças com TDL apresentem características que não se limitam ao sistema de linguagem, incluindo alterações em atenção que levam à agitação, coordenação motora e percepção auditiva.

O TDL raramente é diagnosticado antes dos 3 ou 4 anos de idade. As dificuldades significativas de comunicação frequentemente resultam em menos participação em atividades sociais e aparente desinteresse pela comunicação, características que podem ser erroneamente associadas ao TEA. Portanto, é importante considerar a hipótese de TDL diante de uma criança que apresenta atraso na linguagem, receptiva e/ou expressiva, frequentemente afetando mais de um subsistema da linguagem.

**Palavras-chave:** Transtorno do espectro autista; Transtorno do desenvolvimento de linguagem; Linguagem.

PO072

**E-PÔSTER - FONIATRIA****A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO FONIÁTRICA EM PACIENTES COM SÍNDROME EPILEÁTICA INFANTIL****AUTOR PRINCIPAL:** TERESA CRISTINA MENDES HIGINO**COAUTORES:** MARCELA POZZI CARDOSO; MARIANA DANTAS AUMOND LEBL; NÍCIA OLIVEIRA SANTANA REIS; FERNANDA CORREIA SANTOS BAHIA ALVARENGA; ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES; GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI; VANESSA MAGOSSO FRANCHI**INSTITUIÇÃO:** 1. DERDIC, SÃO PAULO - SP - BRASIL. 2. DERDIC PUC, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente TFS, 8 anos, sexo masculino, com queixa de dificuldade persistente na expressão, compreensão de fala e aprendizado. Quando bebê não balbuciava, utilizava gestos para se comunicar, aos 4 anos falou as primeiras palavras e atualmente fala poucas palavras e não forma frases. Gestação e parto à termo sem intercorrências. Sentou-se com 9 meses, andou com 1 ano e meio. As dificuldades foram justificadas por disacusia leve a moderada diagnosticada aos 6 anos com indicação de AASI bilateral, mas após um ano de uso e fonoterapia, as dificuldades permanecem. No exame atual há disacusia condutiva leve à direita e neurosensorial leve à esquerda. Foi submetido a adenoamigdalectomia e TV bilateral aos 7 anos. Descritos eventos de parada comportamental desde 1 ano de idade sem regressão do desenvolvimento. O irmão de 15 anos tem disacusia neurosensorial profunda bilateral diagnosticada após varicela e 2 episódios de convulsão. Durante a avaliação foniátrica, a criança chega tranquila, olhar continente e boa atenção compartilhada. Produz jargões, nomeia poucas palavras de forma ininteligível, tem dificuldades em compreender ordens simples, não reconhece cores e números. Se comunica através de gestos simples. Apresentou falha em memória fonológica auditiva e na avaliação da discriminação visual espelhou b e p, não compreendeu demais provas. Falhas em provas práticas orais e verbais, provas práticas manuais e de membros superiores e o restante do exame foniátrico sem alterações. No exame a membrana timpânica opaca à direita e tubo de ventilação à esquerda, hipertelorismo, fendas palpebrais oblíquas, fissura submucosa, sem outras alterações. A ressonância magnética evidenciou verticalização dos sulcos cerebrais bilaterais com consequente mal rotação hipocampal. EEG mostrou atividade elétrica cerebral desorganizada por aumento de ritmos rápidos e pontas ondas agudas em sono em regiões fronto centro temporais.

**Discussão:** A avaliação foniátrica e alterações EEG com complexos ponta ondas em sono(POCS) na região fronto centro temporais, levantou hipótese de epilepsia da infância associada a apraxia da fala em criança com dismorfismos faciais e disacusia leve a moderada que isolada não explica as dificuldades de linguagem. As epilepsias focais idiopáticas da infância compreendem desde epilepsia benigna da infância com pontas centrotemporais(BECTS) até distúrbios convulsivos mais graves, como encefalopatia epilética com ondas e picos durante o sono(ECSWS) e síndrome de Landau Kleffner(LKS)(1). Crianças com BECTS têm função cognitiva normal, mas podem ter prejuízos em diferentes domínios, especialmente linguagem(2). A LKS e a ECSWS se manifestam como afasia adquirida ou regressão cognitiva mais generalizada. O EEG dessas síndromes é definido como descargas síncronas bilateralmente com POCS em mais de 85% do sono de ondas lentas(2). O EEG com POCS pode aparecer em pacientes com lesão cerebral prévia em 25% dos casos, sendo polimicrogiria, hidrocefalia e lesões talâmicas mais frequentes(4). Estudos recentes mostraram assimetria do hipocampo, anormalidades da substância branca e aumento dos ventrículos laterais(5), no caso foi descrito mal rotação hipocampal. Fatores genéticos desempenham um papel etiológico importante, variantes patogênicas heterozigóticas em GRIN2A podem ser encontradas em indivíduos com comprometimento cognitivo e de linguagem(5). Neste caso não foram preenchidos critérios clínicos para diagnóstico de síndrome clássica(2). O tratamento inicial com carbamazepina cessou os eventos de parada comportamental e ocasionou ataxia leve, sendo substituído por ácido valpróico que cessou eventos sem efeitos colaterais. O diagnóstico e tratamento são importantes para controlar as convulsões e interromper a regressão cognitiva(4). O paciente foi encaminhado para terapia com fonoaudióloga, terapia ocupacional e avaliação genética.

**Considerações finais:** Este caso ilustra a importância da avaliação foniátrica para o diagnóstico diferencial médico dos quadros de apraxia associado a síndromes epiléticas infantis em paciente com perda auditiva e dismorfismos faciais.

**Palavras-chave:** síndrome epilética; apraxia fala; perda auditiva.

PO080

**E-PÔSTER - FONIATRIA****TEA OU TDL? RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA**COAUTORES:** TERESA CRISTINA MENDES HIGINO; MARCELA POZZI CARDOSO; MARIANA DANTAS AUMOND LEBL; VANESSA MAGOSSO FRANCHI; ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES; GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI; ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA**INSTITUIÇÃO:** DERDIC/PUC, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

FFSF, masculino, 15 anos, pais procuraram atendimento foniátrico por dificuldades em comunicação que causava sofrimento psíquico. Apesar do paciente querer interagir com seus pares, sua comunicação não era efetiva levando a prejuízos na interação social. Nasceu com 39 semanas parto cesáreo, APGAR 9/10, EOA presentes, sentou-se aos 5 meses, andou com 14 meses. Aos 3 meses interagia com balbucios e sorrisos. História de atraso significativo de linguagem oral, com atendimento fonoterápico semanal desde os 2 anos até hoje. Apresentou dificuldade em alfabetização, precisando de terapia psicopedagógica. Aos 4 anos recebeu diagnóstico de atraso global do desenvolvimento dado por neuropediatra. Aos 6 anos fez avaliação neuropsicológica QIT=95, indicado psicoterapia. RM crânio e EEG normais. Aos 7 anos, diagnosticado TDAH com uso de ritalina. Aos 9 anos, diagnóstico de TEA. Atualmente em uso de concerta. Gosta de rotinas, tem baixa tolerância a frustração. História familiar de esquizofrenia. Exame foniátrico: estabeleceu bom contato com o examinador, apresentou alterações fonológicas, articulação imprecisa, alterações sintáticas, inversões gramaticais e dificuldade pragmática significativa. Durante a leitura mostrou fluência prejudicada com compreensão adequada da ideia central do texto. Apresentou escrita com aglutinação de palavras, disgrafia e alterações sintáticas que prejudicou a clareza. Alteração em memória de trabalho fonológica e em praxia oral e verbal, recebendo diagnóstico de TDL.

**DISCUSSÃO**

O TDL é um quadro heterogêneo que leva a prejuízos variados nos diversos domínios de linguagem causando apresentações clínicas diversas o que pode levar a diagnósticos equivocados durante a vida do indivíduo. O diagnóstico de TDL pode ser subestimado, especialmente quando há prejuízo importante em habilidades pragmáticas.

A prevalência do diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) vem aumentando anualmente segundo o CDC.

O TDL é um dos mais comuns distúrbios de neurodesenvolvimento com prevalência estimada em 7,58%, aproximadamente 7 vezes mais comum que o TEA, porém, em comparação com este há poucas pesquisas, sendo pouco divulgado na população geral e na comunidade médica não especializada. É uma deficiência oculta, ainda sem políticas públicas bem definidas apesar da grande repercussão que traz para o desenvolvimento infantil.

Há interesse entre pesquisadores em esclarecer os pontos distintos entre TDL e TEA, mas grande parte das pesquisas sobre distúrbios da linguagem e comunicação infantil empregam amostras clínicas com vieses e confusões como condições socioeconômicas, condições comorbidas e baixa procura ou acesso aos serviços.

O paciente em questão apresentava prejuízos persistentes na comunicação e interação social por dificuldades na aquisição e uso da linguagem desde a tenra infância. Sua dificuldade pragmática e inabilidade em linguagem levou a múltiplos diagnósticos equivocados que trouxeram implicações nas terapias, no uso de medicamentos e psicoemocionais tanto para o paciente quanto para seus familiares.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O caso em questão ilustra essa “zona cinzenta” do diagnóstico diferencial entre TEA e TDL, principalmente quando há importante prejuízo da pragmática.

Quanto menos conhecimento sobre o TDL, menos ele é diagnosticado e maior a chance de condutas pouco assertivas que causam inúmeras repercussões para a criança e sua família.

Há uma grande angústia familiar para o diagnóstico e as condutas terapêuticas. A presença de um médico com um “olhar” especializado para o TDL, como o foniatra, é fundamental na condução diagnóstica, interlocução com a família e assertividade na escolha terapêutica nas crianças com problemas de linguagem e aprendizagem.

Palavras-chave: TDL;TEA;DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM.

PO081

**E-PÔSTER - FONIATRIA**

Dificuldade escolar e alterações do PAC - A ponta do Iceberg?

**AUTOR PRINCIPAL:** NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA**COAUTORES:** MARCELA POZZI CARDOSO; TERESA CRISTINA MENDES HIGINO; MARIANA DANTAS AUMOND LEBL; MONICA ELISABETH SIMONS GUERRA; GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI; ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA; FERNANDA CORREIA SANTOS BAHIA ALVARENGA**INSTITUIÇÃO:** DERDIC/PUC, SÃO PAULO - SP - BRASIL

ALBM, feminino, 15 anos, cursando o 1º ano do ensino médio. Queixas de dificuldades escolares que levou ao encaminhamento para avaliação foniátrica. Diagnóstico aos 5 anos de Transtorno do Déficit de Atenção (TDAH) e perda auditiva (PA) unilateral moderada sensorineural, mais acentuada em sons graves na orelha esquerda. Alfabetizada com o auxílio de psicopedagoga no mesmo ano. Aos 8 anos adaptada ao aparelho de amplificação sonora individual. Aos 12 anos realizou avaliação do Processamento Auditivo Central (PAC) com dificuldades em figura-fundo à esquerda, fechamento auditivo e integração binaural, submeteu-se a treinamento em cabine. Atualmente, relata capacidade limitada para compreender o que é ensinado na escola, com dificuldades em leitura, compreensão de textos extensos e responder perguntas mais longas, apesar do auxílio de 3 professores particulares para diferentes disciplinas, acompanhamento de fonoaudióloga e psicopedagoga. Além de, dificuldades sociais, sendo mais reservada, e manifestou tristeza e ansiedade após a mudança de escola. Acompanhada por neurologista e psiquiatra, uso de Ritalina e Serenata. Nega intercorrências durante pré-natal, perinatal e pós-natal. Não apresentou atrasos nos marcos de desenvolvimento neuromotor e de linguagem. Demonstra bom equilíbrio e participação ativa em atividades competitivas. Os exames RM e TC de crânio sem alterações. Durante avaliação foniátrica as tarefas de consciência fonológica, memória visual, organização espacial no plano gráfico, praxias manuais, orais e verbais, equilíbrio estático e dinâmico, mostraram-se adequadas. Poucas dificuldades em tarefas de discriminação auditiva; contudo, evidenciou dificuldade em memória de trabalho/atenção auditiva. No ditado de palavras vários erros ortográficos. Leitura em voz baixa e insegura, com falhas na pontuação e grande dificuldade no reconto, compreensão limitada do texto. Avaliação neuropsicológica utilizando o WISC-IV indicou um Quociente de Inteligência Total (QIT) entre 72 e 82, classificado como limítrofe, com prejuízos notáveis em funções executivas. Apoiado nas informações, o diagnóstico atual é de Transtorno de Específico de Aprendizagem co-ocorrendo com deficiência auditiva e TDAH.

**DISCUSSÃO**

No caso apresentado, diversas questões justificariam as dificuldades de aprendizagem ao longo da vida escolar. O Transtorno Específico de Aprendizagem, conforme o DSM-5, é uma condição de origem biológica do neurodesenvolvimento que interfere no padrão normal de aquisição de habilidades acadêmicas, como compreensão de leitura e expressão escrita. Prejudica o aprendizado de matérias escolares específicas, pode associar-se a manifestações comportamentais<sup>1,2</sup>. Indivíduos com esse transtorno geralmente apresentam baixo desempenho em testes psicológicos para processamento cognitivo, como no caso da paciente com QIT limítrofe e dificuldades em testes relacionados à memória<sup>2,3</sup>. As dificuldades observadas nos testes do PAC, incluindo várias habilidades alteradas, foram inicialmente atribuídas ao comprometimento periférico. Porém, outras dificuldades como nomeação, memória e atenção direcionada, não puderam ser explicadas apenas pela perda auditiva, o que direcionou a uma terapia mais específica. É notável que, os limiares audiométricos dentro dos padrões de normalidade são pré-requisitos para a avaliação do PAC<sup>4,5</sup>. No entanto, em casos de perda auditiva sensorineural assimétrica ou unilateral, alguns testes podem ser aplicados embora não seja possível concluir a avaliação completa do PAC<sup>4,5</sup> e atribuir o rótulo de Transtorno do PAC. Conforme o DSM-5, transtorno de aprendizagem pode ocorrer de forma comórbida a outros transtornos, o que pode dificultar o diagnóstico, já que cada um desses pode afetar a vida diária de maneira independente ou conjunta<sup>2</sup>.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

No caso em questão, o julgamento clínico foi essencial. Após avaliação foniátrica detalhada, as principais características foram atribuídas ao Transtorno de Aprendizagem. Embora o diagnóstico de TDAH e PA unilateral também impactem o desempenho escolar e contribuam para consequências negativas ao longo da vida da paciente.

Palavras-chave: Dificuldade escolar;TPAC;Perda auditiva.

PO090

**E-PÔSTER - FONIATRIA****A COMUNICAÇÃO NA PESSOA SURDOCEGA****AUTOR PRINCIPAL:** MARIANA DANTAS AUMOND LEBL**COAUTORES:** GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI; VANESSA MAGOSSO FRANCHI; MARCELA POZZI CARDOSO; TERESA CRISTINA MENDES HIGINO; NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA; ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA; ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES**INSTITUIÇÃO:** 1. DERDIC - PUC SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. DERDIC - PUC SP, RECIFE - PE - BRASIL3. DERDIC - PUC SP, GOIÂNIA - GO - BRASIL4. DERDIC - PUC SP, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL5. DERDIC - PUC SP, SOROCABA - SP - BRASIL

Caso 1: JM, feminina, 13 anos com deficiência auditiva (DA) neurossensorial (NS) bilateral moderada em uso de AASI e deficiência visual (DV) total à esquerda e parcial à direita por descolamento de retina. Comunicação com poucas palavras, gestos, libras tátil. Interação social pobre, comportamentos ritualísticos, estereotípias e instabilidade emocional. Baixa estatura, luxação congênita do quadril e outros distúrbios. Avaliação genética: micro duplicação Xp22.31. Em fonoterapia, psicoterapia e terapia ocupacional.

CASO 2: GMOS, feminina, 58 anos, DA NS moderada bilateral há 50 anos, em uso de AASI e DV progressiva há 3 anos. Irmã e filho com retinose pigmentar e DA NS. Encaminhada para acompanhamento audiológico, oftalmológico e genético, estimulação e reabilitação auditiva e visual visando estratégias de comunicação.

CASO 3: JOS, masculino, 57 anos, DA NS bilateral progressiva, severa, sem uso de AASI, associada DV. Mãe e irmão com DA e DV por Sd de Usher. Encaminhado para adaptação de AASI, acompanhamento audiológico, oftalmológico e genético, estimulação e reabilitação auditiva e visual. Aproximadamente 80 a 90% da nossa informação é captada através da visão / audição e a privação destas pode causar alterações drásticas na comunicação, linguagem, aprendizado e mobilidade de forma que a abordagem da surdocegueira (SC) deve ser multidisciplinar objetivando promover uma reabilitação abrangente e o máximo potencial nestas funções. Estas estratégias devem ser elaboradas pelas necessidades, interesses e estágio das perdas sensoriais. O foniatra por seu conhecimento dos distúrbios de linguagem e aprendizagem contribui contundentemente na condução do diagnóstico e orientação da equipe terapêutica para elaboração de estratégias de comunicação e suporte. Crianças com DV podem ter atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, incoordenação e desequilíbrio, tanto pela redução do campo visual como por disfunção vestibular pela menor aferência sensorial. A observação de comportamentos ritualísticos e instabilidade emocional podem estar relacionados à falta de conexão com o mundo sonoro e visual, porém questões genéticas podem estar envolvidas. A observação de distúrbios leva a suspeição de quadro genético e seu diagnóstico influi no plano terapêutico. A intervenção precoce com técnicas de estimulação auditiva e visual é essencial para potencializar os sentidos remanescentes, assim como uso de métodos adaptativos de comunicação. O Tadoma e a Libras Tátil, utilizam o tato para troca de informações. No método Tadoma, palpa-se a boca do falante, face e pescoço. Em casos que o falante sabe língua de sinais, o surdocego pode usar o método Tadoma com uma mão e com a outra sentir a sinalização das palavras para um melhor compreensão, ajudando na manutenção das habilidades de fala já adquiridas e no aprendizado da pronúncia de palavras novas. O uso de Comunicação Aumentativa com sistemas pictográficos pode ser considerado. Na SC pós-linguística há maior facilidade de transição para formas alternativas de comunicação podendo fazer uso do alfabeto manual ou Grafiestesia (escrever na mão do intérprete), Braille ou Alfabeto Moon (uso desenhos em relevo substituindo as letras). O Treinamento de Orientação e Mobilidade utiliza os movimentos e sentidos remanescentes para uma locomoção adequada e máximo de independência, com o apoio da bengala para surdocego e a ajuda do guia vidente. Alterações no equilíbrio podem ser manejadas com reabilitação vestibular. O paciente com SC apresenta demandas diferentes no decorrer da vida e o médico foniatra na equipe provê um olhar atento às demandas de comunicação e aprendizagem, essenciais para o desenvolvimento global do indivíduo. A SC é uma deficiência única na qual a combinação de diferentes graus de DA e DV cria necessidades especiais de comunicação, mobilidade, socialização e independência. A associação com síndromes genéticas aumentam ainda mais a complexidade do quadro clínico. Portanto, um otorrinolaringologista que tenha um olhar para além da avaliação da DA, como o foniatra, é fundamental na reabilitação abrangente da comunicação.

Palavras-chave: SURDOCEGUEIRA; LINGUAGEM; COMUNICAÇÃO.

PO141

**E-PÔSTER - FONIATRIA**

Idade média do diagnóstico auditivo e protetização auditiva nas crianças no Brasil

**AUTOR PRINCIPAL:** ELIS MARIA MACENTE**COAUTORES:** DEBORAH TAVARES BIEZUS; FERNANDO CEZAR CARDOSO MAIA FILHO**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE PARANAENSE, UMUARAMA - PR - BRASIL

**Objetivo:** O resumo pretende realizar uma revisão bibliográfica sobre diagnóstico auditivo e uso de próteses auditivas em crianças no Brasil.

**Métodos:** Revisão de literatura baseada em base de dados como UpToDate, Pubmed e SciELO, usando como descritores em ciência da saúde “perda auditiva infantil”, “diagnóstico auditivo” e “protetização infantil”. Foram selecionados 05 artigos relacionados ao tema, publicados entre os anos 2019 e 2023.

**Resultados:** A partir da análise bibliográfica, observa-se que o diagnóstico auditivo é realizado nos primeiros meses de vida e deverá receber intervenção adequada até os seis meses de idade. Dessa maneira, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como obrigatoriedade realizar triagem auditiva com a intenção de promover a reabilitação adequada objetivando reduzir o impacto que a deficiência causa no desenvolvimento da linguagem, sendo o implante coclear (IC) uma dessas medidas para reabilitação de crianças com perdas auditivas sensorineurais.

**Discussão:** A audição permite desenvolvimento adequado das habilidades auditivas, imprescindíveis para desenvolvimento de habilidades linguísticas e fala, culminando na integração social e auxiliando no processo de aprendizado infantil. Assim, a reabilitação adequada da criança com perda auditiva (PA) ameniza o impacto dessa deficiência em sua funcionalidade 1. No Brasil, o índice de perda auditiva devido a causas pré e perinatal é elevado, entre 1 a 6 neonatos a cada 1000 nascidos vivos. Isso se deve a política de Triagem Auditiva Neonatal (TAN), que potencializa o diagnóstico precoce para reabilitação ainda em período de desenvolvimento da linguagem. Uma vez realizado o diagnóstico, a criança com PA possui direito de receber a tecnologia mais apropriada para sua reabilitação. Pelo SUS, são oferecidos o aparelho de amplificação sonora individual (AASI) para perdas auditivas leves a profundas, e o implante coclear (IC) para perdas auditivas severas a profundas bilateralmente<sup>2</sup>. Na população infantil, o IC é indicado quando há PA neurossensorial bilateral > 80 dB NA determinada por meio de testes auditivos, após cerca de 6 meses de reabilitação com uso de aparelhos auditivos (SZYFTER W, et al., 2019). Crianças com deficiência auditiva congênita substancial que receberam o IC até o primeiro ano de vida apresentam melhores resultados no que tange aquisição de fala e linguagem, visto que o córtex auditivo apresenta maior plasticidade neural no nascimento, diminuindo com o tempo. Por isso, o período crítico de aprendizagem e desenvolvimento da linguagem ocorre entre os primeiros 3 a 5 anos de vida (MCGREGOR e GOLDMAN, 2022). Isso é confirmado pelo estudo multicêntrico com 209 crianças com PA congênita em que aquelas com IC realizados até os 12 meses de vida, apresentaram habilidades de linguagem receptiva e resultados cognitivos melhores no início da vida escolar, do que aquelas com o IC entre 12 e 60 meses de vida (SZYFTER W, et al., 2019). A partir de um estudo de coorte realizado por Botasso et al. (2022), que visava analisar a qualidade da diagnóstico precoce de PA em 7800 neonatos em Mogi Mirim/SP entre 2010 a 2016, mostrou 1) Etapa da TAN: 97% de cobertura do primeiro teste; 91% dos neonatos com até 30 dias de vida; 2) Etapa do Diagnóstico: 0,24% encaminhados após falharem no segundo teste; 94,73% de adesão; 13,66% concluíram até os três meses de idade e 3) Etapa da Reabilitação: 100% iniciaram terapia fonoaudiológica imediatamente após o diagnóstico; 20% receberam AASI com até um mês do diagnóstico.

**Conclusão:** O diagnóstico precoce é o melhor caminho para sucesso da reabilitação auditiva em crianças e para isso, é de suma importância que seja realizado antes do período crítico de aprendizado e desenvolvimento da linguagem. Assim, é necessário que equipes multidisciplinares estejam envolvidas no processo, realizando monitoramento do desenvolvimento, do diagnóstico e intervenção necessárias para que a PA não comprometa as habilidades linguísticas e de fala imprescindíveis para aprendizagem, inserção social e qualidade de vida da criança com PA.

**Palavras-chave:** TANU;Protetização;Crianças.



PO253

**E-PÔSTER - FONIATRIA**

Síndrome de Lowe e atraso na fala: um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO**COAUTORES:** GABRIELLE SOBRAL SILVA; RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS; LARISSA ROCHA OLIVEIRA; TAÍSA MARIA BRITO AMORIM; ROSA LIMA BELTRAO BACELLAR; ADRIANA BURGOS SENNA LANDIM SAMPAIO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTO ANTÔNIO - OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE, SALVADOR - BA - BRASIL**Apresentação do Caso:**

O paciente M.A.B.J., um menino de 1 ano e 9 meses, foi encaminhado ao consultório de Foniatria devido a atraso na fala. Ele é portador da Síndrome de Lowe, e sua gestação foi programada e transcorreu sem intercorrências. Nasceu de parto vaginal a termo, com peso adequado. No entanto, ao nascimento, não passou no teste da orelhinha e apresentou catarata e glaucoma congênitos. Os testes do pezinho e da linguinha não revelaram alterações. A genitora relata que os marcos auditivos parecem estar normais. Além disso, o paciente é acompanhado no Instituto de Cegos da Bahia por baixa visão.

Quanto ao desenvolvimento da linguagem, o paciente começou a emitir sons guturais apenas aos 12 meses e balbucios canônicos (como “papa” e “mama”) aos 16 meses. Até o momento, ele ainda não produz frases e utiliza gestos para se comunicar. Não apresenta problemas alimentares para sua faixa etária, e sua genitora relata que ele dorme bem. Ele é exposto a cerca de 2 horas por dia de tempo de tela, entre TV e celular, e não frequenta creche ou escola, tendo pouco contato com outras crianças. Além disso, ele é acompanhado por um oftalmologista e usa óculos de grau para correção de refração. Em março de 2022, um Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) foi realizado e indicou maturação adequada das vias auditivas desde a porção distal do VIII par craniano até o tronco encefálico, bilateralmente.

**Discussão:** A Síndrome de Lowe, também conhecida como Síndrome Oculocerebrorenal, é uma doença rara ligada ao cromossomo X que afeta múltiplos sistemas do corpo. É caracterizada por tríade clássica de sintomas, que inclui glaucoma congênito, catarata e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

O atraso na fala observado neste paciente é uma manifestação comum da Síndrome de Lowe. A doença está associada a comprometimentos cognitivos e do sistema nervoso central, o que pode afetar o desenvolvimento da linguagem. O atraso na fala geralmente resulta de dificuldades motoras e de coordenação oral, bem como de déficits cognitivos.

Até o momento, o tratamento da Síndrome de Lowe é principalmente de suporte e visa gerenciar os sintomas, como a pressão intraocular elevada associada ao glaucoma. Intervenções terapêuticas, como terapia ocupacional e fonoaudiologia, podem ser benéficas para abordar atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor e de fala.

**Comentários Finais:** Este caso destaca a importância da identificação precoce e do manejo adequado dos sintomas em pacientes com Síndrome de Lowe. A triagem audiológica, como o PEATE, é fundamental para avaliar a função auditiva, que pode ser comprometida nesses indivíduos.

Além disso, a abordagem terapêutica multidisciplinar, envolvendo fonoaudiólogos, oftalmologistas, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde, desempenha um papel crucial no suporte ao desenvolvimento dessas crianças. A compreensão das manifestações clínicas da Síndrome de Lowe e o fornecimento de intervenções apropriadas podem melhorar significativamente a qualidade de vida desses pacientes.

Em resumo, a Síndrome de Lowe é uma condição complexa que afeta diversos aspectos da saúde de uma criança, incluindo o desenvolvimento neuropsicomotor e de fala. A identificação precoce, o acompanhamento médico regular e a intervenção terapêutica são fundamentais para otimizar o prognóstico e o bem-estar desses pacientes.

**Palavras-chave:** fala;lowe;linguagem.



**AUTOR PRINCIPAL:** RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS

**COAUTORES:** TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO; GABRIELLE SOBRAL SILVA; LARISSA ROCHA OLIVEIRA; TAÍSA MARIA BRITO AMORIM; ROSA LIMA BELTRAO BACELLAR; ADRIANA BURGOS SENNA LANDIM SAMPAIO

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTO ANTONIO - OSID, SALVADOR - BA - BRASIL

#### Apresentação do caso:

O paciente RSF, do sexo masculino, com 6 anos de idade, foi encaminhado para avaliação foniátrica devido a atraso no desenvolvimento da linguagem e dificuldades na comunicação. RSF proferiu suas primeiras palavras por volta dos 12 meses, porém, seu progresso linguístico tem sido lento, com um número limitado de novas palavras adquiridas. Menor ainda apresenta seletividade alimentar e hipersensibilidade tátil. As preocupações quanto à sua linguagem e seu comportamento social levaram uma pedagoga a sugerir que os pais procurassem ajuda de uma equipe multidisciplinar. Recebeu diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) aos 4 anos de idade. Nos últimos 6 meses, RSF iniciou terapias com uma equipe multidisciplinar, melhorou sua linguagem, hoje fala pouco, cerca de 3 a 4 palavras na frase, sabe cores e partes do corpo, ainda apresenta pouca interação, brinca sozinho e não olha nos olhos. Relatório da escola que o paciente frequenta indica que ele demonstra interações com colegas durante atividades cotidianas e nas aulas, mas tende a ficar irritado quando seus colegas pegam seus pertences ou brincam de maneira que ele não aprecia. Quando alguém se dirige a ele, ele frequentemente se recusa a responder, demonstrando timidez e vergonha.

Durante a primeira avaliação foniátrica se negou a interagir com examinador, porém compreende o que é dito e responde negativamente as solicitações, não quis brincar, ficou tímido retraído ao lado da tia, aceitou desenhar e fez um arco íris na saída prometeu brincar de carrinho no próximo encontro. Em retorno de fato paciente se apresentava mais colaborativo, melhor interação com examinador, com atenção compartilhada, olhar continente, brincadeiras com bons simbolismos. Reconheceu cores, formas geométricas, nomeou objetos e partes do corpo. Não foram observadas alterações práticas e de equilíbrio. Motricidade preservada. Ao exame otorrinolaringológico presença de hipertrofia adenoideana, sem alteração em avaliação auditiva.

#### Discussão:

O TEA é uma condição de desenvolvimento hereditária que se caracteriza por déficits na interação social e comunicação, bem como pela manifestação de comportamentos repetitivos e interesses restritos. O diagnóstico do TEA é estabelecido com base em critérios rigorosos delineados no DSM-V. No caso do paciente em questão, embora apresentasse algumas características associadas ao TEA durante nossa avaliação, o mesmo não preenchia todos os critérios diagnósticos obrigatórios. Diante disso consideramos a possibilidade de um Fenótipo Ampliado do Autismo (FAA) como uma hipótese diagnóstica. O FAA é uma categoria usada para descrever um conjunto de características ou traços que são semelhantes aos observados no autismo, mas que não atingem o limiar completo para o diagnóstico. Ter características do fenótipo ampliado do autismo não implica necessariamente ter o transtorno, elas podem sugerir uma predisposição genética ao TEA e variam em intensidade, sem causar necessariamente problemas significativos. De acordo com pesquisas recentes a principal área afetada em pacientes com FAA é a de habilidade comunicativo-pragmática, como o do paciente desse caso clínico.

A foniatria desempenha um papel central na identificação dos problemas da comunicação, indicando e direcionando as terapias para ajudar esse paciente a superar sua timidez, melhorar suas habilidades de comunicação e desenvolver confiança em situações sociais desafiadoras.

#### Comentários Finais:

Este caso destaca a relevância da avaliação foniátrica não apenas para o diagnóstico médico diferencial, mas também para o acompanhamento de pacientes que enfrentam desafios relacionados à linguagem. A abordagem multidisciplinar totalmente adaptada e individualizada é importante para o desenvolvimento das habilidades de comunicação, tendo um impacto direto na melhoria da qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chave:** Linguagem; Autismo; Comunicação.

PO312

**E-PÔSTER - FONIATRIA****ALTERAÇÕES NO BERA EM PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA****AUTOR PRINCIPAL:** LIVIA ZANIN SARTORELLE**COAUTORES:** FERNANDO CEZAR CARDOSO MAIA FILHO; THAYNE ZIMERMANN DURIGON; KAREN RAMOS MARIN**INSTITUIÇÃO:** UNIPAR, UMUARAMA - PR - BRASIL

**Objetivos:** O resumo pretende realizar uma revisão bibliográfica sobre a relevância da realização dos exames de Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico (PEATE) ou Audiometria de Tronco Cerebral (BERA) em pacientes com transtorno do espectro autista (TEA). **Métodos:** Este é um estudo de revisão bibliográfica, onde foram utilizados sites de busca, como PUBMED e SCIELO, além de revistas científicas contemplando o tema.

**Resultados:** Como resultado da análise bibliográfica foi possível constatar com o uso de testes auditivos, entre eles o PEATE, em pacientes com TEA, que essa população apresentou alterações importantes, sugerindo comprometimento da via auditiva em regiões corticais, déficit no processamento cognitivo, de atenção, de discriminação auditiva ou, ainda, de memória.

**Discussão:** O desenvolvimento da linguagem é fundamental para a aprendizagem precoce, para as habilidades sociais e para que a criança consiga regular seu próprio comportamento, expressando assim, suas emoções. Os pacientes com TEA podem apresentar hipersensibilidade ou hipossensibilidade auditiva, podendo cursar com hipoacusia ou hiperacusia, muitas vezes associado a um transtorno da fala. Por isso tamanha a importância da investigação da integridade da via auditiva periférica e central nessa população. Um dos testes mais utilizados na prática clínica é o PEATE/BERA, que apresenta extrema relevância nos pacientes com TEA, uma vez que permite identificar com maior acurácia alterações da via auditiva e suas respectivas localizações, diferenciando comprometimentos comportamentais dos estruturais, visando um tratamento direcionado, e por consequência, mais efetivo nessa população.

**Conclusão:** A audição permite o desenvolvimento adequado das habilidades comunicativas, que são imprescindíveis para desenvolvimento de fala e habilidades linguísticas que culminam na integração social e auxiliam no processo de aprendizado infantil. Considerando que no TEA, um dos objetivos das terapias é o estímulo do desenvolvimento das habilidades comunicativas do paciente, é fundamental a investigação assertiva das neurodivergências que os indivíduos em questão podem apresentar. Associando aos achados desta revisão, observa-se que o uso de exames como o PEATE/BERA, mostra resultados de anormalidades, mesmo em pacientes com audição normal e que não apresentariam alterações nos exames auditivos comuns de audiometria. Sendo assim, se faz necessária a inclusão do PEATE nos pacientes com TEA, uma vez que é um exame de melhor aplicação para essa população pois não necessita de colaboração do paciente, fornece resultados mais fidedignos, e possibilita tratamento direcionado e ampliado à essa população, apresentando a perspectiva de melhora na interação e inserção social.

**Palavras-chave:** Audição;Autismo;BERA.

PO459

**E-PÔSTER - FONIATRIA****ATRASO DE LINGUAGEM EM PACIENTE COM SÍNDROME DE WHITE-SUTTON E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA ROCHA OLIVEIRA**COAUTORES:** TAÍSA MARIA BRITO AMORIM; TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO; GABRIELLE SOBRAL SILVA; RYNAT DASAIEV OLIVEIRA CHAGAS; ADRIANA BURGOS SENNA LANDIM SAMPAIO; ROSA LIMA BELTRAO BACELLAR**INSTITUIÇÃO:** 1. OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE - HOSPITAL SANTO ANTONIO, SALVADOR - BA - BRASIL2. HOSPITAL SANTO ANTÔNIO / OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE, SALVADOR - BA - BRASIL**INTRODUÇÃO:** A Síndrome de White-Sutton é uma condição genética rara que pode estar associadaa características neuropsicomotoras atípicas e desafios de desenvolvimento.

**RELATO DE CASO:** Paciente, feminina, 4 anos com diagnóstico prévio de Transtorno do Espectro Autista suporte 3 (TEA nível 3) em idade precoce. Ela também apresenta perda auditiva, que se tornou evidente aos 2 anos de idade, após a realização de exames de BERA e audiometria que indicaram alterações na audição. Como parte de sua intervenção, a paciente recebeu um aparelho de amplificação sonora individual (AASI) em 2022 para auxiliar na sua capacidade auditiva. Nasceu prematura de 28 semanas de gestação, o que resultou em uma estadia de dois meses na unidade de terapia intensiva neonatal (UTI). Não conseguiu amamentar e atualmente apresenta seletividade alimentar. No que diz respeito ao desenvolvimento neuropsicomotor, houve atraso para andar, conseguindo aos 19 meses. A comunicação verbal tem sido uma área de desafio. Atualmente, ela não pronuncia nenhuma palavra, limitando-se a emitir sons guturais. Para se comunicar, ela puxa as pessoas pela mão e as conduz pelo braço. Usa por vezes gestos indicativos. Durante avaliação demonstrou pouco contato ocular, interagiu de forma limitada com o examinador e não aceitou brincadeiras propostas. Seu hiperfoco em brinquedos que envolvem colheres foi notado. Ela não atendeu comandos, não identificou objetos e não conseguiu verbalizar uma única palavra. Sua comunicação consistia principalmente em sons guturais e puxar as pessoas pelo braço. Observações físicas, como baixa implantação das orelhas e hipertelorismo, suscitaram a suspeita de uma possível síndrome genética subjacente. Diante desses achados, foi solicitada pesquisa genética com Array que não evidenciou nenhuma mutação. Foi solicitado então exoma, que evidenciou variante Missense em heterozigose, no exon16 do gene POGZ. A paciente foi encaminhada para avaliação com um geneticista, que confirmou o diagnóstico de Síndrome de White-Sutton. Esse diagnóstico trouxe novas perspectivas para o acompanhamento e tratamento da paciente, considerando as características clínicas e genéticas associadas a essa síndrome rara.

**DISCUSSÃO:** A síndrome de White Sutton é uma doença genética rara e pouco conhecida. Os sintomas observados na paciente, como atraso no desenvolvimento, interação reduzida, problemas na comunicação e linguagem, são consistentes com os achados descritos na literatura médica sobre a síndrome. A mutação no gene POGZ é considerada a causa genética da síndrome de White Sutton. Esse gene desempenha um papel importante no desenvolvimento do sistema nervoso central, e sua mutação interfere no funcionamento adequado do cérebro, levando aos sintomas observados. O manejo da síndrome de White Sutton é principalmente sintomático, uma vez que não há um tratamento específico para a doença. A terapia física e ocupacional pode ajudar a melhorar a mobilidade e a coordenação, enquanto a terapia da fala pode auxiliar na comunicação. Além disso, a terapia comportamental pode ser útil para lidar com os problemas de comportamento associados à síndrome. O prognóstico da síndrome de White Sutton varia de acordo com a gravidade dos sintomas. Alguns pacientes podem ter uma deficiência intelectual grave e requerer cuidados ao longo da vida, enquanto outros podem ter um desenvolvimento mais leve e serem mais independentes. É importante fornecer suporte e atenção precoce para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias.

**CONCLUSÃO:** O caso clínico ilustra os principais sintomas e características da síndrome de White Sutton, bem como a importância do diagnóstico precoce e do manejo multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados por essa doença rara. É importante aumentar a conscientização sobre essa síndrome rara entre os profissionais de saúde, a fim de facilitar o diagnóstico precoce e o manejo adequado dos pacientes afetados. Mais pesquisas são necessárias para entender melhor os mecanismos subjacentes da síndrome de White Sutton e desenvolver abordagens terapêuticas mais eficazes.

Palavras-chave: White-Sutton;Autismo;Foniatria.

PO590

**E-PÔSTER - FONIATRIA****A IMPORTÂNCIA DO BILINGUISMO PRECOCE NA PERDA AUDITIVA CONGÊNITA****AUTOR PRINCIPAL:** PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO**COAUTORES:** ROSA LIMA BELTRAO BACELLAR; ADRIANA BURGOS SENNA LANDIM SAMPAIO; GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA; DANIELA SANTIAGO PASSOS; NATÁLIA MATOS MURICY; LÍVIA MARIA FIGUEIREDO TELES DE ARAÚJO; EDMUNDO MACHADO FERRAZ NETO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTO ANTÔNIO - OSID, SALVADOR - BA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** W.J.O, 4 anos e 4 meses, sexo masculino, acompanhado por um quadro de perda auditiva percebida aos 10 meses de vida, além de dificuldade na linguagem, remetendo à gestos quando deseja comunicar-se, causando atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, e consequentemente, dificuldade escolar. Apresenta ainda, dificuldade na coordenação motora e comportamentos autísticos em diversas situações, além da inabilidade para ingerir alimentos pastosos e duros. Ao ser acompanhado com equipe especializada de Otorrinolaringologia da Bahia, no Hospital Santo Antônio, indicado implante coclear à esquerda, quando aos 3 anos de idade, com mínimo ganho em um ano mesmo em acompanhamento semanal com fonoaudiologia. Introduzido seguimento conjunto com equipe de foniatria, quando introduzida a oficina de libras, pois o menor teve pequeno ganho da linguagem após o estímulo apenas pelo implante coclear. Após 2 meses de terapia conjunta e estímulo ao bilinguismo, o paciente obteve avanço na sua concentração, ganho na fala, atividades propostas e comunicação através dos gestos, sendo descartado após ganhos a suspeita inicial de Autismo.

**DISCUSSÃO:** O implante coclear unilateral é um dispositivo eletrônico que consiste em um receptor interno implantado cirurgicamente no ouvido, convertendo sinais sonoros em impulsos elétricos e estimulando o nervo auditivo, o que permite à criança perceber os sons ao seu redor. Um acompanhamento multidisciplinar com esse tipo de paciente é essencial com intervenção de fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, assistente social, terapeuta ocupacional, educadores de surdos e psicólogo. Essa equipe desempenha um papel crucial no cuidado e na reabilitação do paciente tendo uma abordagem de forma colaborativa. Além disso, é importante atentar, que devido à privação sonora, o menor apresentou comportamentos autísticos, o que dificultou mais a sua sociabilidade até os 4 anos de idade. Após o acesso ao aprendizado da Língua Brasileira de Sinais (Libras), o paciente obteve melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, somando-se ganho ainda discreto à linguagem falada. A fim de dar continuidade aos ganhos, foi indicado implantação coclear sequencial à direita e o estímulo continuado ao bilinguismo, com o objetivo de garantir maior ganho e consequentemente maior interação social. Ademais, à oferta desse tipo de intervenção para o paciente diagnosticado é relevante que a família e rede de apoio desse paciente também possua a oportunidade de se inserir nesse ciclo de aprendizado da língua de sinais para que possam estar integrados e articulados em uma comunicação efetiva e eficaz.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Dessa forma, diferente do que ocorreu com o caso relatado, é perceptível a relevância da introduzir-se precocemente o estímulo eletrofisiológico garantida pela implantação coclear, além da introdução do estímulo ao bilinguismo concomitante como forma de obter maior ganho de linguagem e desenvolvimento neuropsicomotor. A inserção da Libras nesse tipo de paciente e sua família é significativa por oferecer uma série de benefícios tanto para a comunicação quanto para a qualidade de vida, sendo um complemento eficaz particularmente quando a privação da linguagem afeta o desenvolvimento neuropsicomotor, auxiliando na transmissão de mensagens com precisão. A família e a equipe multidisciplinar fortalecem os laços familiares e reduz possíveis barreiras de comunicação, podendo estabelecer diálogo mais efetivo, compreender as necessidades e os sentimentos do paciente. Esse tipo de abordagem permite que se tenha inclusão de pessoas com diferentes formas de se comunicar em nossa sociedade, sendo uma escolha benéfica não somente para o indivíduo, mas para todo cenário em que está inserido.

**Palavras-chave:** PERDA AUDITIVA CONGÊNITA;BILINGUISMO;IMPLANTE COCLEAR.

PO772

**E-PÔSTER - FONIATRIA****SÍNDROME DE FARH E TRANSTORNO DE LINGUAGEM: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** CAMILA ARAUJO OLIVEIRA**COAUTORES:** FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA; GIOVANA GOMES FERNANDES; PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA; NAIADÉ DE OLIVEIRA DO AMARAL; BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO; LEANDRO JOSE ALMEIDA AMARO; LOUISE SAUMA DE OLIVEIRA SOARES**INSTITUIÇÃO:** UFPA, BELEM - PA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 37 anos, iniciou investigação em ambulatório especializado de otorrinolaringologia em um hospital Universitário de Belém do Pará. Apresenta história de Hipoacusia aos 35 anos de caracterização progressiva bilateral, disfunção cognitiva, deficiência intelectual, convulsões e alteração da articulação da fala e prosódia. Ao exame, otoscopia direita com membrana timpânica íntegra, opaca com retração e horizontalização do cabo do martelo. Rinoscopia e oroscopia normais. Possuía dificuldade em entender comandos, fala lentificada e arrastada. Foi diagnosticado com perda auditiva Mista Moderada em ouvido direito e leve em ouvido esquerdo, com baixo índice de reconhecimento de fala de 88% dissílabos, curva B e ausência de reflexos em ouvido direito. Solicitado Tomografia de crânio e mastoide e identificado presença de calcificações simétricas bilaterais em Núcleos capsulares e tálamo. Além de imagem hipodensa em região de mastoide e região atical. Após avaliação neurológica, foi diagnosticado com Síndrome de Farh e iniciado terapia com anti convulsivantes. Para a reabilitação auditiva e melhora da qualidade de vida, foi optado pela adaptação com Aparelho de Ampliação Sonora Individual (AASI) com boa adaptação. Além disso, segue em pré operatório para cirurgia de mastoidectomia.

**DISCUSSÃO:** A síndrome de Farh é descrita como uma doença autossômica dominante. Se apresenta como calcificação do gânglio basal de etiologia idiopática e acomete indivíduos entre 30 a 60 anos. A apresentação mais comum ocorre com alterações motoras, parkinsonismo, distonia e disfunção cognitiva, vertigem, catatonia, agressão, alucinação, alterações de humor, ansiedade, demência, confusão mental entre outros. O diagnóstico é baseado na combinação de sintomas clínicos, exame de imagem e exclusão de outras causas de calcificação intracraniana. Nos critérios são incluídos exames de imagem com calcificações simétricas dos gânglios da base, disfunção neurológica progressiva (motora ou psiquiátrica), entre 40 a 50 anos, exclusão de outras causas (infecciosa, traumática) entre outros. O tratamento se baseia na sintomatologia e no suporte prioritariamente. Para isso se faz necessário acompanhamento neurológico, terapeuta ocupacional, fonoaudiológico e otorrinolaringológico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A importância da multidisciplinaridade e do olhar atento às alterações do paciente, conduz positivamente a adesão do tratamento e sucesso terapêutico. Sem o correto diagnóstico, novas crises epiléticas, aprofundamento da incapacidade cognitiva dificultaria ou incapacitaria a reabilitação auditiva e aceleraria o processo demencial. A reabilitação em idade jovem, acompanhamento de equipes multidisciplinares garantem sobrevida e qualidade de vida ao paciente.

**Palavras-chave:** SÍNDROME DE FARH; TRANSTORNO; HIPOACUSIA.

PO013

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

### OSTEOFITOSE CERVICAL ANTERIOR COMO CAUSA DE DISFAGIA: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS

**COAUTORES:** JULIA TOLENTINO MELO MORAIS; JOÃO VITOR LIMA BUENO; YANK SANTA CECILIA MARQUES; ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA; LORRANE CAROLINE BRAGA RODRIGUES; LETICIA PAIVA FRANCO

**INSTITUIÇÃO:** HCUFMG, BH - MG - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 64 anos, queixa de disfagia e odinofagia em todas as consistências e refluxo nasal de alimentos há 1 ano. Videoesndoscopia da deglutição visualizado abaulamento da parede posterior da hipofaringe, com resíduo salivar sobre a lesão, após oferta de alimento sólido, observou-se restrição à retroflexão da epiglote, limitação da elevação da laringe e grande quantidade de resíduo alimentar acima da lesão, na parede posterior da faringe. Raio- X com formações osteofíticas anteriores de C3 a C6. Tomografia (TC) de coluna cervical demonstrou osteofitose com ossificação do ligamento longitudinal anterior de C3 a T1 determinando compressão sobre a coluna aérea local e sinais de hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH). No videodeglutograma foi observado na fase faríngea em valéculas epiglóticas, para todas as consistências testadas, elevação e anteriorização do complexo hilaríngea e expansão faríngea reduzidas, também visualizou abertura da transição faringoesofágica (TFE) reduzida, osteófito em região de C3/ C4 gerando estreitamento esofágico e estase do alimento contrastado em região de faringe/ TFE/ esôfago, em todas as consistências testadas e também foi observado estase de alimento em valéculas epiglóticas e TFE em grau moderado a grave, sem clareamento espontâneo a deglutição. Paciente foi encaminhado para fonoterapia e avaliação ortopédica.

#### DISCUSSÃO

Osteófitos cervicais anteriores (OCA) são comuns na população idosa. Nas possíveis etiologias, destacam-se DISH, espondilite anquilosante e doença degenerativa da coluna cervical. O local mais comum de acometimento do osteófito é entre C3 e C5. Fatores de risco incluem pacientes idosos, sexo masculino e obesidade.

Antes de se definir o osteófito como etiologia da disfagia, deve-se pesquisar e excluir causas mais comuns na população idosa, como presbifagia, doenças neurológicas, lesões tumorais, desordens de motilidade e uso de medicações.

Osteófitos, mesmo volumosos, são frequentemente assintomáticos. Os sintomas mais comuns incluem dor local e redução da extensão do movimento cervical, sendo a disfagia incomum. A OCA é considerada uma causa rara de disfagia, com incidência cerca de 1,6%.

Para diagnóstico, a investigação por imagem pode ser feita com radiografia cervical lateral ou TC. A disfagia causada pela OCA pode ser avaliada através de VED ou videodeglutograma, que permitem avaliar compressão faringoesofágica posterior, espasmo cricofaríngeo e refluxo nasal de alimentos ou resíduos sobre a área afetada. A VED não apenas esclarece a dinâmica da deglutição e a eficácia da fase faríngea, mas também detecta possíveis alterações anatômicas e/ou funcionais das estruturas envolvidas. Em casos de osteófitos cervicais, a lesão abaulada, submucosa e regular na parede posterior da faringe pode ser visualizada diretamente.

O tratamento inicial deve ser conservador. Fonoterapia de deglutição mostra uma boa resposta, incluindo a adaptação da consistência da dieta e a orientação postural, como a técnica de flexão cervical durante a deglutição ou a manobra de “chin tuck”. Medicações como relaxantes musculares, inibidores de bomba de prótons e corticosteroides podem ser usadas.

Para os casos específicos, a osteofitectomia é considerada uma opção de tratamento cirúrgico altamente eficaz. Geralmente é indicada em situações onde o tratamento conservador falha - caracterizado pela persistência da disfagia e perda de peso involuntária apesar das medidas iniciais - ou quando há obstrução da via aérea superior.

#### COMENTÁRIOS FINAIS

OCA é frequente entre os indivíduos idosos. Embora raramente esteja diretamente ligada à origem da disfagia, dada sua alta prevalência, é aconselhável que sejam incluídos na investigação sistemática de problemas de deglutição em idosos. O diagnóstico desses osteófitos pode ser confirmado por meio de TC da coluna cervical e VED. Os sintomas normalmente respondem positivamente a abordagens conservadoras. É crucial que otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos estejam conscientes desse diagnóstico, a fim de facilitar um tratamento precoce e eficaz para os pacientes sob seus cuidados.

**Palavras-chave:** Disfagia; Osteofitose cervical anterior; Osteófito.

PO016

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

**PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR NEOPLASIAS DE LARINGE EM IDOSOS NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA FERNANDA CARVALHO MARTINS MOREIRA

**COAUTORES:** LUANA COUTO AMPARO

**INSTITUIÇÃO:** ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivo:** Descrever o quantitativo de internações de idosos por neoplasias de laringe na região Nordeste do Brasil entre o período de 2018 e 2022.

**Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico de abordagem quantitativa, realizado mediante coleta de dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS vinculado ao DATASUS, segundo as variáveis de internações e regiões brasileiras. As internações investigadas foram aquelas relacionadas à Neoplasias Malignas de Laringe, na Região Nordeste, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022 e que aconteceram em idosos acima de 60 anos, não sendo aderido a especificação dos critérios de gênero e cor/raça. São dados secundários de domínio público, portanto não houve necessidade de submeter ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

**Resultado:** Constatou-se que o total de idosos hospitalizados por neoplasias malignas de laringe na Região Nordeste entre 2018 a 2022 foi de 8.784. Deste resultado, o ano com maior registro foi de 2022, totalizando 1.877 (21,3%) internações notificadas, seguido de 2019 com 1.848 (21,0%) casos. Já o ano de 2021 foi o período que apresentou menor número, com 1.662 (18,9%) casos. Ao analisar a faixa etária do grupo de idosos internados por neoplasia maligna de laringe, no intervalo de cinco anos estabelecidos, a idade com maior número de hospitalizações foi de 60 a 64 anos o qual o somatório foi de 2.684 (30,3%) e o período de vida com menor número de internações foi de 80 anos ou mais, ao apresentar o conjunto de 862 (09,8%) casos.

**Discussão:** A prevalência de câncer de laringe em indivíduos entre 60 e 64 demonstrada neste estudo anos está de acordo com dados epidemiológicos apresentados na literatura. Tal achado pode se dar pelo fato dos números absolutos desta população no Brasil serem superiores aos de faixas mais próximas ao ápice da pirâmide etária, de acordo com o IBGE. Outro parâmetro a ser destrinchado é o padrão de distribuição de casos ao longo dos anos, em que a redução apresentada nos anos de 2020 e 2021 podem ser fruto de um quadro de subnotificação das internações durante a pandemia do COVID-19.

**Conclusão:** Os dados apresentados demonstram um aumento do número de internações entre 2018 e 2019, seguido por um declínio até 2021 e um subsequente pico em 2022, além de uma maior concentração de casos na faixa etária de 60 a 64 anos. A subnotificação das internações e a incapacidade de destrinchar aspectos a influenciar a carcinogênese, como predisposição genética, hábitos de vida e sítio primário do tumor, são algumas limitações deste estudo. Assim, precisa-se de estudos que busquem compreender a justificativa para o padrão numérico e etário destas internações ao longo dos anos e políticas que ofereçam a promoção em saúde da população brasileira e um cuidado integrativo no tratamento desta patologia.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; Neoplasia; Laringe.



PO020

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA CAMPAMHA DA VOZ & JULHO VERDE 2023 / DADOS: LARINGE E VOZ – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA – UNIFESP

**AUTOR PRINCIPAL:** COSME MOURA FERREIRA DAS CHAGAS

**COAUTORES:** LEONARDO HADDAD; CRISTINA ABBAD DE OLIVEIRA CASTRO; GABRIELA MACEDO LEANDRO; BRENO LIMA DE ALMEIDA; LÍVIA HELENA GONÇALVES MITSUI; DANIEL BORGES LEAL

**INSTITUIÇÃO:** ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL

O atual estudo tem como objetivo evidenciar e analisar os dados epidemiológicos observados na população submetida a avaliação voluntária da Campanha da Voz & Julho Verde 2023, atendidos no Departamento de Otorrinolaringologia – Laringe e Voz da escola Paulista de Medicina – UNIFESP.

A Campanha foi uma ação social promovida por associações médicas, com seus associados oferecendo atendimento gratuito a pessoas fumantes com mais de 40 anos, no período de 10 de abril a 31 de julho de 2023, com apoio da Academia Brasileira de Laringologia e Voz – ABLV, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial – ABORL/CCF e Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço – SBCCP.

Todos os pacientes atendidos foram submetidos a anamnese dirigida para os objetivos da campanha, avaliados através de exame clínico de pescoço, boca e orofaringe.

Teleraringoscopia, Estroboscopia e a Nasofibrosopia foram os meios de avaliação instrumental utilizados para o exame de hipofaringe e laringe.

Após a avaliação os pacientes foram encaminhados conforme a necessidade de cada indivíduo.

Dos 61 pacientes avaliados 35 eram do sexo feminino (57,37%) e 26 do sexo masculino (42,63%). A idade média dos pacientes independente do sexo foi de 53,40 anos, variando de 34 a 76 anos. O tempo médio de tabagismo em anos foi de 27,77 anos, variando de 2 a 50 anos. A quantidade de cigarros dia foi de 20,77 cigarros, variando de 5 a 60 cigarros (Tabela 1).

Durante a anamnese dirigida as queixas mais comuns foram disfonia recorrente, disfonia crônica, pigarro, tosse seca recorrente, ardência em orofaringe e sintomas dispépticos.

Do total de pacientes avaliados 25 apresentaram exame físico e instrumental normal.

As alterações encontradas foram as seguintes: 19 achados de Refluxo Laringofaríngeo, 10 de Edema de Reinke, 2 Pólipos de pregas vocais, 1 Cordite, 1 Leucoplasia, 1 Paralisia de prega vocal, 2 Lesões tumorais iniciais (T1) e 1 Lesão tumoral avançada (T3).

Essa análise apresenta dados compatíveis com amostra a nível nacional, sendo relevante como dados epidemiológicos e amostragem da realidade da saúde atual.

O atual estudo evidencia a importância das campanhas de prevenção, pois ajudam a aumentar a conscientização sobre os fatores de risco, os sintomas precoces que podem reduzir o impacto da doença, informando a população sobre a importância de exames regulares, adoção de hábitos saudáveis de vida, além de incentivar a busca por ajuda médica ao menor sinal de suspeita.

Para os profissionais de saúde, auxiliam no direcionamento para políticas de saúde que possam contribuir na detecção de medidas que tenham impacto efetivo no fluxo dos indivíduos que necessitam de direcionamento para as doenças que acometem a laringe, e que necessitam de diagnóstico precoce, e quando são prontamente identificadas, reduzem o impacto negativo na morbidade e mortalidade dessas doenças.

Palavras-chave: Campanha da Voz; Julho verde 2023; Prevenção câncer de laringe.

PO032

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Fatores associados ao uso excessivo da voz em professores.

**AUTOR PRINCIPAL:** LETICIA DE MELO BARRETO

**COAUTORES:** VICTÓRIA ELIZABETH BAPTISTA DA LUZ; ALICE PIRES DA ROCHA FONTAN; ANDRÉ DE OLIVEIRA REIS; MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL2. FACULDADE DE MEDICINA SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL3. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL4. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA, LISBOA - PORTUGAL5. FACULDADE DE MEDICINA EDUARDO MONDLANE, MOPUTO - MOCAMBIQUE

### OBJETIVOS:

Analisar as patologias e os fatores associados ao uso excessivo da voz em professores.

### METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo do tipo ecológico baseado nas informações colhidas na base de dados DATASUS nos últimos 5 anos no Brasil, tendo sido excluídas pacientes com comprometimento das cordas vocais.

### RESULTADOS:

Com base nos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), foi possível observar as Autorizações de Internamento Hospitalar (AIH) durante o período de 2018 a 2022, organizadas por regiões do Brasil, no contexto das doenças específicas listadas na CID-10: Faringite aguda e amigdalite aguda, laringite e traqueíte agudas. Os dados foram compilados a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Os dados observados revelam informações cruciais sobre a prevalência dessas doenças em diferentes regiões do país:

- A Região Norte exibiu um total de 15.987 AIH aprovadas, indicando a incidência desses problemas de saúde na área.
- O Nordeste se destacou com o maior registro de AIH aprovadas, contabilizando 31.275 casos. Isso pode sugerir uma maior incidência de tais condições nessa região.
- A Região Sudeste, com 22.951 AIH aprovadas, também revelou uma presença significativa dessas enfermidades.
- No Sul do Brasil, foram aprovadas 9.670 AIH, fornecendo insights sobre a frequência relativa dessas doenças na região.
- O Centro-Oeste, com 9.296 AIH aprovadas, também contribui para a compreensão do panorama de saúde nesse contexto.

Esses números não apenas informam sobre a distribuição geográfica das doenças em questão, mas também podem ser úteis para orientar políticas de saúde, alocação de recursos e medidas preventivas em cada região. A análise dos dados ressalta a importância do monitoramento constante para garantir a saúde pública em todo o país.

### DISCUSSÃO:

O objetivo principal deste estudo consiste em uma análise aprofundada das patologias que estão correlacionadas com o uso excessivo da voz por parte dos professores. Reconhecendo que o ato de falar é uma parte intrínseca do trabalho educacional, a pesquisa se concentra em identificar as implicações negativas que o uso constante da voz pode ter sobre a saúde vocal dos profissionais do ensino.

Por meio dessa abordagem, o estudo busca proporcionar uma visão mais abrangente das questões de saúde vocal enfrentadas pelos docentes. Ao identificar padrões, tendências e correlações nos dados coletados, os resultados podem oferecer informações valiosas que contribuirão para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, tratamento e conscientização. Além disso, espera-se que a pesquisa também aumente a compreensão das circunstâncias únicas que cercam o uso da voz em um ambiente educacional, aprimorando a qualidade de vida e o bem-estar dos professores.

### CONCLUSÃO:

A partir da análise dos dados colhidos, verifica-se que faringite, amigdalite, laringite e traqueíte agudas são as patologias que mais acometem os profissionais da área da educação, sobretudo na região nordeste do Brasil. Dessa forma, destaca-se a importância da realização de educação dos docentes quanto à economia vocal e estratégias de comunicação.

Palavras-chave: Voz; Professor; Trabalho

PO062

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## SANGRAMENTO ARTERIAL PULSÁTIL APÓS MICROCIURGIA DE CORDA VOCAL

**AUTOR PRINCIPAL:** JÚLIA OPPERMANN ROCHA

**COAUTORES:** JAMILLY GIURIATTI ANZILIERO; SARA THAIS STEFFENS; GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI; ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ; ROGERIO HAMERSCHMIDT; GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino, 50 anos, tabagista. Acompanhada pelo serviço de Otorrinolaringologia do HC-UFPR por disфония leve, com eventual odinofagia. Já havia realizado duas microcirurgias de laringe prévias. Observou-se pela videolaringoscopia pequena nodulação próximo a borda livre da prega vocal esquerda, inferiormente. Além desta, foi observada lesão papilomatosa < 0,5cm em região de palato mole, próximo à úvula. Foi orientada a necessidade de microcirurgia de laringe. Realizou-se exérese das lesões, sem complicações peri-operatórias. Já no retorno do centro cirúrgico, paciente apresentou sangramento ativo, sendo iniciado o Transamin. Apresentou hematêmese e escarros com sangue. Na inspeção oral não apresentava sangramento ativo em cavidade, mas havia raias de sangue em parede posterior em orofaringe. Na nasofibrosopia foram identificados coágulos em narina direita, com sangue vivo. Realizado tamponamento nasal anterior a direita. Não havia sangramento ativo em via aérea inferior. Em endoscopia digestiva alta (EDA), foi identificada a presença de sangue vivo no esôfago, sem sangramento ativo. Paciente foi internada na UTI, ainda com hematêmese e escarro com sangue. Submetida em à laringoscopia de urgência, identificado ponto de sangramento pulsátil em região de prega vocal à esquerda. Realizada cauterização da região sangrante com cautério monopolar, com ausência de novos sangramentos ativos. Suspendeu-se o uso de ácido tranexâmico IV após a operação. A paciente teve excelente recuperação sem outros episódios.

**Discussão:** A hemorragia de cordas vocais (HCV) decorre da ruptura de um vaso sanguíneo na camada de Reinke, com difusão de sangue pelo tecido de baixa resistência da lâmina própria superficial. O sangramento de cordas vocais após uma microcirurgia de laringe é um evento de baixa taxa de prevalência (11%). Dentre as causas relatadas de HCV, a vascularização anômala ganha importante destaque. Outras possíveis causas da HCV pós-operatória são a existência de varizes de corda vocal, uso de medicamentos e desequilíbrios hormonais. Além disso, deve-se atentar para a possibilidade de neovascularização local, principalmente em casos de reabordagem cirúrgica no mesmo sítio. A hipóxia e a lesão por reperfusão muitas vezes presentes em atos cirúrgicos tanto induzem a ativação transcricional de genes angiogênicos - dentre eles o VEGF, fator de crescimento derivado de plaqueta e angiopoietina - quanto também regulam algumas quimiocinas e receptores pró-angiogênicos. Apesar de raro, portanto, é fundamental reconhecer os fatores de risco relacionados às maiores chances de sangramento pós-operatório. Orientar o paciente a procura do médico em qualquer sinal anômalo e saber intervir de forma rápida são de suma importância para evitar complicações vocais e sangramentos maiores.

**Comentários finais:** O sangramento arterial pós-microcirurgia deve ser um diagnóstico diferencial em pacientes que apresentam hematêmese e escarro sanguinolento. O paciente deve ser instruído e o cirurgião deve estar alerta quanto a essa intercorrência, principalmente se necessidade de reoperação. Uma boa orientação médica e uma conduta ágil são a chave para evitar maiores complicações.

**Palavras-chave:** Sangramento;Prega vocal;Período Pós-Operatório.

PO068

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## AMILOIDOSE LARÍNGEA: UM RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: BRENNIA CORRÊA ESTEVES

COAUTORES: FRANCYELLE TEREZA MORAES GONÇALVES BONI; CAIO LUCAS PEREIRA QUEIRÓS; ALINE SILVA SCALZER; ANA LUIZA NOVAES DE OLIVEIRA; IASMIN MAGALHÃES MACHADO

INSTITUIÇÃO: UNESULBAHIA, EUNAPOLIS - BA - BRASIL

A amiloidose é caracterizada pelo depósito extracelular de proteínas de natureza fibrilar insolúvel. Sua forma localizada acomete mais frequentemente a laringe, apresentando-se com disfonia, e o diagnóstico é confirmado pela biópsia. O tratamento nestes casos é cirúrgico e o paciente deve ser acompanhado diligentemente, pois há riscos de recidivas. Este estudo teve o objetivo de relatar um caso de amiloidose laríngea acompanhado na Clínica Santa Catarina, em Eunápolis- Bahia. Paciente, 33 anos, sexo masculino, profissão auxiliar de serviços gerais, sem comorbidades prévias, negava tabagismo e etilismo. Relata rouquidão que evoluiu para dispneia. Exame físico geral sem particularidades.

Videolaringoscopia realizada em 2020 (figura 1) demonstrou presença de tumoração em prega vocal direita, que acometia toda a sua extensão, de coloração parda e brandas ventriculares com lesão polipoide à direita, levando à hipótese diagnóstica de doença granulomatosa. Nesse contexto, o exame anatomopatológico foi solicitado. Paciente realizou biópsia em novembro de 2022, juntamente com uma traqueostomia de urgência. O resultado anatomopatológico evidenciou amiloidose em laringe e traqueia. À nova videolaringoscopia, realizada em novembro de 2022 (figura 2), logo após o procedimento, a luz glótica apresentou-se quase que totalmente obliterada por tecido granulomatoso proveniente de ambas as pregas vocais e de região subglótica à direita e em bandas ventriculares. Paciente realizou mais um procedimento cirúrgico no início de 2023, e ainda mantém-se traqueostomizado devido a extensão da doença.

Atualmente, o paciente aguarda transplante autólogo de medula previsto para dezembro. (figuras 3 e 4). A amiloidose é descrita como uma doença idiopática caracterizada por depósitos extracelulares de proteínas de natureza fibrilar insolúvel em diferentes órgãos.<sup>1</sup> Ocorre mais no sexo masculino que no feminino numa proporção de 3:1.<sup>2</sup> As formas clínicas podem ser divididas em amiloidose sistêmica e amiloidose localizada.<sup>3</sup> Esta última ocorre mais frequentemente na laringe, sobretudo supraglótica. Entretanto, a amiloidose laríngea é uma doença rara, correspondendo a menos de 1% dos tumores benignos de laringe.<sup>4</sup> Disfonia é descrita como o sintoma mais frequente, seguida de dispneia e mais raramente hemoptise e disfagia.<sup>5</sup> Neste contexto, além do exame físico, a avaliação dos pacientes deve compreender exames endoscópicos, laringoscopia direta e exames de imagem para avaliar a extensão da lesão.<sup>4</sup> O diagnóstico é confirmado com biópsia e o tratamento de escolha é a retirada da lesão via endoscópica.<sup>6</sup> Nos quadros assintomáticos e sem obstrução significativa, pode-se optar pela conduta expectante, dada a progressão lenta da doença.<sup>7</sup> No caso relatado, o paciente realizou cirurgia e aguarda transplante autólogo de medula. A amiloidose laríngea é uma doença pouco frequente, no entanto, seu diagnóstico deve ser considerado ao investigar lesões da laringe. O tratamento é cirúrgico e deve ser preconizado, especialmente em casos sintomáticos. É necessário seguimento clínico com acompanhamento cuidadoso, pois podem ocorrer recidivas.

Palavras-chave: amiloidose; laringe; tumor laringeo.

PO097

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## TUBERCULOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** CRISTINA ABBAD DE OLIVEIRA CASTRO

**COAUTORES:** BRENO LIMA DE ALMEIDA; COSME MOURA FERREIRA DAS CHAGAS

**INSTITUIÇÃO:** ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

### Apresentação do Caso

Paciente, 35 anos, sexo feminino, encaminhada ao ambulatório de Laringe e Voz da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP, referindo disfonia progressiva, dispneia aos pequenos esforços e odinofagia há 5 anos. Nega disfagia, perda ponderal e outros sintomas sistêmicos associados. Nega tabagismo e etilismo. Uso profissional da voz cantando em Igrejas antes do início dos sintomas. Portadora de Hepatite B, em tratamento com Tenofovir. Nega outras comorbidades conhecidas.

Realizada avaliação inicial por equipe multiprofissional composta por Fonoaudióloga especialista em voz e Otorrinolaringologista especialista em Laringe e Voz. A análise acústica da Voz foi avaliada pela Escala GRBAS e classificada como G3-R2-B1-A0-S3-I2.

Observado, ainda, loudness reduzido, pitch grave, ressonância laringofaríngea, incoordenação pneumo – fona – articutória e dispneia durante fala encadeada. Telarinoscopia evidenciou laringe simétrica e móvel, coberta por lesões de aspecto granulomatoso, infiltrativo em supraglote, pregas vocais e bandas vestibulares bilateralmente.

Paciente foi submetida à biópsia das lesões em duas ocasiões, com resultado do exame anatomopatológico e pesquisa para BAAR e fungos negativa. Durante acompanhamento mensal pós-operatório, paciente mantinha quadro de desconforto respiratório aos esforços, bem como queixa quanto a qualidade vocal.

Solicitada avaliação da equipe da Infectologia e exames complementares. Radiografia de tórax dentro da normalidade. Resultado da baciloscopia do escarro evidenciou “traços detectados” de complexo *Mycobacterium tuberculosis*. Sorologias para Sífilis, Paracoccidioidomicose e Histoplasmose, bem como pesquisa de BAAR no escarro foram negativas. Optado por iniciar esquema RIPE diante da possibilidade Tuberculose laríngea.

Após quatro meses de tratamento, a paciente evoluiu com resolução da odinofagia e melhora da dispneia, além de melhora parcial da disfonia. À Telarinoscopia, apresentava regressão global das lesões prévias ao tratamento.

**Discussão:** Conforme dados do Ministério da Saúde, no Brasil foram notificados 42 casos / 100.000 habitantes de tuberculose pulmonar em 2021, sendo que a Tuberculose laríngea corresponde a 1% de todos esses casos. Mesmo ocasional, trata-se da doença granulomatosa mais comum da laringe.

Dentre os sintomas mais prevalentes, observa-se rouquidão, odinofagia e tosse. Ainda que menos comuns, outras queixas como dispneia, disfagia e estridor podem estar presentes.

A contaminação laríngea por secreção proveniente do trato respiratório inferior é considerada o principal mecanismo de disseminação dos bacilos, e acomete prioritariamente as regiões posteriores da laringe. Outra forma de disseminação descrita na literatura é a hematogênica, com acometimento principal da porção anterior da laringe.

As pregas vocais são o principal foco da Tuberculose Laríngea e as lesões apresentadas são variáveis, podendo ser ulceradas, granulomatosas, infiltrativas, difusas ou únicas.

O presente relato de caso descreve paciente com queixas vocais e dispneia de longa data, sem sintomas sistêmicos associados, de caráter progressivo, sem diagnóstico estabelecido durante os 5 anos de evolução. Apresentava comprometimento difuso da supraglote e glote à Telarinoscopia, com lesões de aspecto granulomatoso inespecífico.

Realizado exame histopatológico para diagnóstico com resultado indeterminado e mantido após repetição da biópsia. Dada a dificuldade em estabelecer diagnóstico preciso para Tuberculose e descartados diagnósticos diferenciais mais prevalentes, iniciado tratamento com esquema RIPE após discussão com equipe da Infectologia, com melhora importante do quadro inicial.

**Comentários Finais:** Apresentado caso de uma provável tuberculose laríngea em paciente jovem imunocompetente. O aspecto das lesões, associada aos achados no exame anatomopatológico e a evolução favorável após o início do esquema RIPE sugerem fortemente a hipótese diagnóstica em questão. A tuberculose laríngea é uma doença rara com alta morbidade, sendo de suma importância ao Otorrinolaringologista a suspeição e início precoce do tratamento.

**Palavras-chave:** TUBERCULOSE;LARINGEA;GRANULOMATOSA.

PO106

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## COMPLICAÇÕES LARÍNGEAS PÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL POR COVID-19: RELATO DE TRÊS CASOS

**AUTOR PRINCIPAL:** BRUNO CELESTINO DOS SANTOS

**COAUTORES:** JOSE CAPORRINO NETO; ANDRESA PECORARI; RENATA AZEVEDO; VICTORIA DE FRANCA GOMES VIEIRA

**INSTITUIÇÃO:** UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Caso 1:** Paciente MIGS 39 anos, sexo feminino, com história de febre, odinofagia, dispnéia e tosse, procurou atendimento no serviço de emergência com broncoespasmo grave (paciente asmática) e insuficiência respiratória aguda, sendo diagnosticado com COVID-19 e submetida a intubação orotraqueal por sequência rápida. Paciente evoluiu com extubação traumática após 14 dias de intubação com eliminação de secreção sanguinolenta e rouquidão. Após alta hospitalar, procurou serviço de Otorrinolaringologia devido a rouquidão persistente, diagnosticada com lesão cicatricial (ectasia vascular em processo vocal à esquerda, e retração da cobertura em terço médio de PVE pós-traumática, secundária à intubação orotraqueal. Foi indicada fonoterapia por 3 meses e prescrito inibidor de bomba de próton, na dose 40mg ao dia por 2 meses, devido aos achados sugestivos de Doença de Refluxo Gastroesofágico. Foi avaliada a cada 3 meses, com melhora importante da qualidade da voz.

**Caso 2:** Paciente MMC 51 anos, sexo feminino, com histórico de sintomas gripais durante 7 dias, e piora progressiva, com necessidade de internação hospitalar e intubação orotraqueal. Permaneceu em intubação com períodos intercalados de pronação por cinco dias. Apresentou queixa de disfonia e leve disfagia logo após a retirada da cânula orotraqueal. Ao exame de laringoscopia, as pregas vocais apresentavam mobilidade normal e presença de granuloma subglótico bipedicular e aproximadamente 5mm. Foi solicitada avaliação da equipe de broncoscopia para ressecção do granuloma. Não foi optado pelo tratamento cirúrgico, pelo risco de arrancamento da lesão durante a intubação orotraqueal para o procedimento anestésico. Foi realizada a ressecção endoscópica pela equipe de broncoscopia da sínquia de subglote e do granuloma, com utilização de bisturi e eletrocautério. Posteriormente a broncoscopia, paciente referiu melhora significativa da qualidade vocal.

**Caso 3:** Paciente ES 32 anos, sexo masculino com história de intubação prolongada, por 15 dias, devido a COVID-19. Teve quadro de extubação acidental (o paciente retirou o próprio tubo após agitação) no segundo dia de ventilação mecânica, necessitando de reintubação em caráter de urgência. Após alta hospitalar evoluiu com dispnéia progressiva e procurou o serviço de Otorrinolaringologia e foi diagnosticado com imobilidade em ambas as pregas vocais em posição de adução parcial bilateralmente, sem lesões em subglote. Observava-se restrição parcial à passagem de fluxo aéreo (em torno de 90%).

Indicada a abordagem cirúrgica para aritenoidectomia parcial com cordotomia posterior em prega vocal direita. Com secção das fibras do músculo Tireoaritenóideo até a transição do terço médio da PVD. Houve um aumento da fenda glótica no intra operatório com ressecção parcial do terço posterior da prega vocal direita, visando preservar a qualidade vocal. Houve uma melhora parcial da queixa respiratória.

### Discussão:

O trauma desencadeado pela intubação orotraqueal em pacientes com COVID-19 determina um aumento na incidência de lesões laringotraqueais. Estudos mostram que a clínica mais comum pós intubação são sintomas relacionados à voz, seguidos por problemas respiratórios e deglutição. Sendo que na avaliação endoscópica, a glote foi o local mais afetado, e o diagnóstico mais comum foi a imobilidade unilateral das pregas vocais, seguida de estenose glótica e subglótica. Em alguns casos, após a intubação, pode ocorrer complicações cicatriciais mais graves, como nos casos 2 e 3, em que a abordagem terapêutica foi realizada de maneira cirúrgica. Tendo em vista o tempo de avaliação desses pacientes após a extubação, a literatura mostra que, quanto mais precoce a identificação de possíveis lesões, mais eficaz torna-se o tratamento, evitando-se sequelas mais graves. Pacientes avaliados em torno de 25 a 30 dias após extubação, apresentaram lesões de predominância inflamatória (hiperemia e/ou granulações). No entanto, avaliações mais tardias, após 3 meses, evidenciaram predominantemente lesões cicatriciais, com o risco de sequelas graves.

**Comentários finais:** Impotência da terapêutica nos pacientes pós IOT por COVID-19.

**Palavras-chave:** COMPLICAÇÕES LARÍNGEAS; INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL; COVID-19.



PO110

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Perfil das pacientes candidatas a Glotoplastia, Ambulatório Aprimoramento da Voz e Comunicação – Escola Paulista de Medicina – UNIFESP.

**AUTOR PRINCIPAL:** COSME MOURA FERREIRA DAS CHAGAS

**COAUTORES:** LEONARDO HADDAD; ISABELA TAVARES RIBEIRO; BRENO LIMA DE ALMEIDA; GABRIELA MACEDO LEANDRO; LÍVIA HELENA GONÇALVES MITSUI; DANIEL BORGES LEAL

**INSTITUIÇÃO:** ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Este estudo tem como objetivo apresentar dados epidemiológicos das pacientes acompanhadas no Ambulatório de Aprimoramento da Voz e Comunicação, na Escola Paulista de Medicina, e candidatas a cirurgia de Glotoplastia de Wendler.

A Glotoplastia de Wendler é um procedimento cirúrgico que tem como técnica a redução do comprimento das pregas vocais, ao formar uma sinéquia na comissura anterior glótica, aumentando a frequência fundamental, com a finalidade de promover um pitch mais feminino. É a técnica mais frequentemente usada como parte da terapia de feminilização da voz, especialmente em casos de pessoas transgênero em processo de afirmação de gênero.

A amostra do atual estudo tem 11 pacientes transgênero em afirmação de gênero, que foram selecionadas por livre demanda, ao serem acompanhadas por um período mínimo de 2 anos, no Núcleo TansUnifesp, composto por equipe multiprofissional.

No Ambulatório de Aprimoramento da Voz e Comunicação, as pacientes foram submetidas a anamnese direcionada para voz e condições socioeconômicas, preencheram o questionário TWVQ (questionário projetado para avaliar a qualidade da voz de pessoas transgênero) e orientadas sobre a técnica de Glotoplastia. Efetuam o registro vocal e avaliação da laringe por Telarlaringoscopia, Nasofibrolaringoscopia e Estroboscopia.

A feminilização da voz em pessoas transgênero é um aspecto importante para afirmação de gênero em mulheres trans. Atualmente os métodos disponíveis para alcançar uma voz mais feminina tem na terapia vocal, fonoterapia, a primeira opção de tratamento.

A cirurgia para modificação do pitch vocal, em especial a Glotoplastia de Wendler, é o procedimento cirúrgico a ser considerada para feminilizar a voz. No entanto, nem todas as pessoas transgênero optam por essa opção.

Neste estudo avaliamos o perfil das pacientes candidatas a cirurgia de Glotoplastia acompanhadas no Ambulatório de Aprimoramento da Voz, onde predomina um grupo de média idade (38,09 anos). A maioria, 54,54%, relatou ensino médio completo, porém nenhuma com ensino superior completo. Oito delas, 72,72%, trabalhavam, sendo as atividades relatadas como cabeleireira, vendas, técnica de enfermagem, motorista de aplicativo, auxiliar de topografia e prostituição.

Ansiedade e insônia foi relatado por 27,27% e estavam claramente associadas as condições sobre afirmação de gênero.

Todas buscavam a cirurgia de Glotoplastia para afirmação de gênero, sendo que a maioria, 54,54%, consideravam ter uma voz pouco masculina, desejando uma voz mais feminina, fato confirmado pela média da frequência fundamental, que foi de 168,81Hz.

O grau de insatisfação vocal foi observado pelas respostas assinaladas no questionário TWVQ, e o valor médio encontrado foi de 77,54, variando de 34 a 111 pontos.

O Ambulatório de Aprimoramento da Voz e Comunicação da Unifesp acolhe mulheres trans com desejo de feminização da voz através da glotoplastia. Apresentamos o perfil das pacientes atendidas neste serviço, conhecimento de fundamental importância para adequar expectativas e proporcionar melhores resultados no acompanhamento pré e pós operatório dessas pacientes.

Palavras-chave: GLOTOPLASTIA; MULHERES TRANS; APERFEIÇOAMENTO DA VOZ.



PO126

# E-PÔSTER -LARINGOLOGIA E VOZ

Neoplasia Maligna de Laringe: Perfil Epidemiológico No Paraná Nos Últimos 10 Anos

**AUTOR PRINCIPAL:** CAMILA BRUSAROSCO FERREIRA

**COAUTORES:** EMANUEL GOMES FERREIRA

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL

**OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por neoplasias malignas de laringe no estado do Paraná e comparar os dados com os números do contexto brasileiro nos últimos 10 anos.

**MÉTODOS:** Estudo epidemiológico e descritivo dos pacientes internados por neoplasia maligna de laringe no estado do Paraná, no período de Janeiro de 2013 a Janeiro de 2023 no estado do Paraná. Os dados foram obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) utilizando as variáveis: internações, faixa etária, raça/etnia e sexo.

**RESULTADOS:** No estado do Paraná houve um total de 10.682 internações por neoplasia maligna de laringe entre janeiro de 2013 e janeiro de 2023 qualificando-se como o estado da região sul com maior número de internações por esse agravo, enquanto no Brasil nesse período foram registradas 121.557 internações. A faixa etária mais acometida foi a de 60-69 anos, sendo responsável por 35,2% das internações, tal como no contexto brasileiro onde esta faixa etária foi responsável por 35,4% das internações. Quanto a raça/etnia, a mais atingida foi a branca, responsável por 78,5% das internações, seguida pela parda com 15,3% das internações. No Brasil a raça/etnia mais acometida foi a branca com 41,1% das internações seguida da parda com 39,4% das internações. O sexo mais acometido foi o masculino, com 84,3% das internações, assim como no contexto nacional, onde o sexo masculino foi responsável por 85,4% das internações.

**DISCUSSÃO:** Os cânceres de laringe representam um terço dos cânceres de cabeça e pescoço e podem ser uma fonte significativa de morbidade e mortalidade. Eles são mais frequentemente diagnosticados em pacientes com histórico significativo de tabagismo. Eles podem envolver diferentes locais da laringe, e o local envolvido influencia a apresentação, os padrões de disseminação e as opções de tratamento. Desse modo, o estudo epidemiológico mostra-se relevante na análise do perfil epidemiológico e da frequência de internações por neoplasias de laringe e diante desses dados é possível direcionar medidas de prevenção ao câncer de laringe, como incentivo a cessação do consumo de álcool e tabaco, principalmente para homens entre 60-69 anos, haja vista que essa foi a parte da população mais acometida pelo agravo.

**CONCLUSÃO:** Os dados apontam que o perfil epidemiológico dos pacientes internados por neoplasia maligna de laringe no estado do Paraná é predominantemente masculino, na faixa etária de 60-69 anos, maioritariamente brancos, o que vem de encontro com os dados no restante do território brasileiro.

**Palavras-chave:** Neoplasia de Laringe;Epidemiologia;Sistema Único de Saúde.

PO131

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

### IMOBILIDADE LARÍNGEA UNILATERAL COMO MANIFESTAÇÃO DE CÂNCER DE ESÔFAGO CERVICAL: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** LUIZ AUGUSTO CORDEIRO DE ANDRADE

**COAUTORES:** JULIANA ALVES FERREIRA NÓBREGA; BETÂNIA MARIA DA SILVA

**INSTITUIÇÃO:** 1. CLÍNICA OTORRINOPREV, BARREIRAS - BA - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA, SOROCABA - SP - BRASIL3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA, BARREIRAS - BA - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

LTC, masculino, 65 anos, natural de Riachão das Neves-BA, trabalhador rural, tabagista 20 cigarros ao dia desde a adolescência, procura atendimento em ambulatório de otorrinolaringologia com queixa de disfagia há um mês, com rouquidão e perda ponderal, refere ainda obstrução nasal. Nega história mórbida pregressa e alergias. Ao exame otorrinolaringológico, apresenta voz rouco sopro ++/4 e bom estado geral. Nasofaringoscopia apresenta lesão polipoide em meato médio à direita e imobilidade laríngea esquerda. Foi solicitado Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de pescoço e ecocardiograma.

A RNM de pescoço demonstrou espessamento parietal concêntrico e assimétrico do esôfago cervical, determinando redução da sua luz, iniciando-se logo após a hipofaringe retrocricóide e se estendendo por cerca de 5,4 cm e medindo cerca de 3,0 x 2,4 cm em seus maiores eixos transversais. Desloca anteriormente a traqueia, sem reduzir a amplitude da coluna aérea e sem evidências de componentes tumorais no lúmen traqueal. Estruturas componentes da cavidade oral, faringe e laringe sem alterações. Não se observa massas tireoidianas ou linfonodomegalias. Estruturas vasculares normais.

Foi prosseguida propedêutica com a realização de endoscopia digestiva alta, que evidenciou área de estenose após transposição do esfíncter esofágico superior, comprometendo a progressão do aparelho e dificultando sobremaneira o estudo endoscópico programado. Foi observada lesão infiltrativa local e friável, que apenas possibilitou a biópsia com muita dificuldade.

Após estudo anatomopatológico, concluiu-se que a lesão em mucosa esofágica se tratava de um Carcinoma Epidermoide Superficialmente Invasivo. O paciente foi, então, encaminhado ao serviço de oncologia e referenciado para tratamento especializado em Salvador - BA.

#### DISCUSSÃO

O carcinoma epidermoide de esôfago corresponde a mais de 90% dos casos de neoplasia esofágica. Cerca de 70% dos casos ocorrem em homens e seus principais fatores de risco são o etilismo e o tabagismo, sendo este evidente no caso relatado. Embora seja o tipo histológico mais comum, é raro que a sua manifestação acometa pregas vocais. O paciente pode estar assintomático ou relatar sintomas inespecíficos, à medida que a doença avança, como disfagia progressiva, iniciando com alimentos sólidos e depois líquidos; perda ponderal; dor retroesternal indefinida; odinofagia e por último, disfonia.

Portanto, a apresentação em topografia cervical é atípica, representando entre 5 a 10% de todos os cânceres de esôfago. E geralmente está associada a um diagnóstico tardio e prognóstico ruim, já que os sintomas surgem num estágio avançado da doença. De tal modo, as mobilidades laríngeas podem ocorrer por lesão em qualquer porção do trajeto do nervo vago e/ou de seu ramo - o nervo laríngeo recorrente (NLR), responsável pela mobilidade das pregas vocais. Entretanto, devido ao trajeto mais longo do NLR esquerdo, o mesmo fica mais susceptível a acometimento por lesões, o que justifica a maior frequência de imobilidade laríngea à esquerda, tal como apresentado pelo paciente do caso.

O tratamento do câncer de esôfago é interdisciplinar e depende do estadiamento da doença, topografia e condições clínicas do paciente. No caso do câncer em esôfago cervical, o tratamento padrão é a quimiorradioterapia radical, enquanto o tratamento cirúrgico é raramente indicado devido ao alto índice de complicações pós-operatórias. Nos casos de recidiva ou pacientes que não são candidatos à terapia com intenção curativa, o tratamento paliativo geralmente é indicado.

#### COMENTÁRIOS FINAIS

O caso relatado é extremamente raro e aponta a necessidade de uma investigação assídua, sendo mandatória a realização de exames complementares para diagnóstico diferencial e tratamento adequado de pacientes com imobilidade laríngea.

Palavras-chave: Paralisia prega vocal; Imobilidade laríngea; Câncer de esôfago.

PO133

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ****TUMOR LARÍNGEO DE CÉLULAS GRANULARES NA INFÂNCIA****AUTOR PRINCIPAL:** LORENZO BRITO VIEIRA**COAUTORES:** ADERSON EMANUEL SANTOS SOARES; JOSÉ ROBERTO RAMOS SOARES JÚNIOR; JOÃO BÔSCO PARENTES VIEIRA; PAULO TOMIO OKASAKI**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA, PARNAÍBA - PI - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** O Tumor de Células Granulares (TCG) é uma neoplasia rara na população e geralmente apresenta caráter benigno com evolução insidiosa. A laringe é uma localização incomum para esses tumores. As repercussões clínicas dependem da dimensão e localização da lesão, mas comumente apresentam disfonia como sintoma principal. Na população pediátrica, o TCG de laringe é ainda mais raro, pois até 2008 haviam apenas 20 casos pediátricos descritos na literatura mundial, segundo Wanessa Scala. Tendo isso em vista, o seguinte estudo tem como intuito relatar a abordagem de um caso pediátrico de TCG laríngeo e sua condução clínica e terapêutica.

**DESCRIÇÃO DO CASO:** R.F.S., 06 anos, sexo feminino, procurou o serviço de Otorrinolaringologia em Parnaíba, com queixa de disfonia constante e abuso vocal, associado à tosse frequente após Infecção das Vias Aéreas Superiores (IVAS) e amigdalites de repetição. Refere também roncos e sono agitado. Ao exame de Oroscoopia, apresentou Amigdalite grau II e faringite granulosa. Solicitou-se exame de vídeo-endoscopia naso-sinusal com ótica flexível e vídeo-faringo-laringoscopia com endoscópio rígido, sendo constatado imagem sugestiva de formação de fenda à fonação, pregas vocais móveis e abaulamento importante no terço anterior da prega vocal direita, com suspeição de pólipos que ocupava quase toda a glote fonatória, além de edema intraaritenóideo e retrocricóideo. Após 4 meses, ao ser realizado procedimento de microcirurgia laríngea com exérese da nodulação, foi observado lesão de aspecto polipoide endurecida e hemorrágica de grande volume, localizada na região subglótica no terço médio da prega vocal direita com extensão para comissura anterior. Toda a lesão foi removida e o local foi cauterizado inferiormente em região subglótica profunda. Após realização da cirurgia, o material foi enviado para biópsia com análise patológica, resultando em tumor de células granulares, com ausência de malignidade e especificidade. Durante o acompanhamento com as consultas de rotina e videolaringoscopias, a paciente evoluiu de forma satisfatória, sem disfonia, dispneia ou qualquer outra repercussão clínica.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar de ser uma entidade rara, o TCG deve ser incluído como uma possibilidade diagnóstica de tumores que afetam a região laríngea. As manifestações clínicas isoladamente não fornecem o diagnóstico confirmatório, sendo imprescindível o seu estudo anatomopatológico e tratamento cirúrgico. Além disso, pela raridade desse caso na população pediátrica, faz-se imprescindível o reconhecimento, manejo e condutas adequadas para favorecer o melhor prognóstico possível para esses pacientes.

**Palavras-chave:** Disfonia;Saúde da Criança;Neoplasias Laríngeas.

PO134

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Trauma laríngeo com abordagem cirúrgica: um caso de baixa incidência e manejo complexo

**AUTOR PRINCIPAL:** RAFAEL DE CASTRO DA SILVA

**COAUTORES:** SOFIA FONTES DE OLIVA COSTA; MATHEUS LISATCHOK; DÉBORA LUCENA SILVEIRA; YURI COSTA FARAGO FERNANDES; GRAZIELA DE OLIVEIRA SEMENZATI; AGRICIO NUBIATO CRESPO

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL

### Apresentação do caso:

Paciente 28 anos, admitido no pronto socorro por trauma moto vs moto, sendo atingido no tórax e pescoço durante a colisão, com perda de consciência na cena, porém sem relato de desconforto respiratório ou necessidade de IOT. À admissão, solicitada tomografia de série trauma com constatação de sinais de trauma laríngeo, sendo requisitada avaliação da equipe da otorrinolaringologia. Ao primeiro contato, paciente apresentava apenas queixa de disfonia tipo rouquidão, além de dor em região central do tórax e pescoço.

Ao exame físico, o paciente exibía escoriações em região cervical anterior e torácica esquerda, sem estridor, dor a mobilização cervical ou presença de crepitação a palpação do pescoço.

Realizada telaringoscopia a 70º na primeira avaliação, evidenciando-se resíduo de sangue em vestíbulo laríngeo e possível exposição de cartilagem aritenoide esquerda, com imobilidade de prega vocal esquerda em posição paramediana, sem obstrução de luz glótica. A tomografia de pescoço mostrava focos gasosos em segmento cervical anterior, irregularidade de cartilagem tireóidea com assimetria laríngeo, o que poderia corresponder a fratura desta.

Diante dos achados, o paciente foi classificado com um trauma laríngeo grau III pela classificação modificada de Fuhrman-Schaefer. Proposta – então - redução aberta da cartilagem tireóidea e traqueostomia, procedimento o qual transcorreu sem intercorrências. Paciente permaneceu em observação hospitalar em enfermaria, sendo decanulado após 5 dias e recebeu alta após 10 dias, até resolução de outras pendências ortopédicas.

### Discussão:

O trauma laríngeo tem baixa incidência na emergência. Estima-se que represente 1 a cada 137.000 visitas ao pronto socorro anualmente, quase sempre associado a outras traumas, como TCE ou trauma de face. Devido a exposição limitada aos médicos, o manejo se torna muitas vezes pouco protocolado, por vezes controverso e complexo.

Schaefer et al propuseram uma classificação aos traumas laríngeos em 1980, sendo posteriormente modificado por Furhman et al para incluir a separação laringotraqueal. Esta classificação modificada permite definir melhor os casos que podem ter manejo conservador daqueles em que a proposta cirúrgica se torna imperativa.

Via de regra, fraturas laríngeas sem desvio podem ser observadas com exames endoscópicos seriados, enquanto aquelas que apresentam desvio devem ter a cirurgia considerada. Entretanto, aspectos como exposição de cartilagem podem mudar a conduta, mesmo em fraturas não desniveladas. De qualquer modo, ambas convergem ao seguimento endoscópico seriado necessário.

### Comentários finais:

Esse estudo relata um caso de trauma laríngeo com necessidade de abordagem cirúrgica. Diante da baixa exposição desses tipos de casos aos médicos, o manejo se torna complexo e individualizado. A indicação cirúrgica deve ser sempre precisa, bem como o acompanhamento pós-operatório para manejo de potenciais sequelas.

**Palavras-chave:** trauma laríngeo;laringologia;fratura laringe.

PO157

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

**RELATO DE CASO: PARALISIA DE PREGA VOCAL**

**AUTOR PRINCIPAL:** CAROLINA OLIVER BRANDÃO

**COAUTORES:** GABRIELA BERALDO BELÃO; PATRÍCIA FRANCINA LIMA GOMES MAI; LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO; RAFAELA SEKO FERNANDEZ; NATALY SANT'ANA DE MATOS; ANNINE SOARES DE SOUZA; MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL. 2. HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

A manutenção das funções da laringe depende principalmente da integridade do Nervo Vago e lesões em seu trajeto podem acarretar prejuízos como paralisia de prega vocal. As paralisias de pregas vocais são decorrentes de variadas causas como patologias do Sistema Nervoso Central ou Periférico, traumas mecânicos de pescoço, cabeça e tórax, neoplasias, causas cirúrgicas, tóxico-metabólicas, inflamatórias, entre outros. O nervo laríngeo recorrente é ramo do nervo vago e é o principal nervo relacionado à fonação. O nervo laríngeo recorrente direito passa por debaixo da artéria subclávia direita, enquanto o nervo laríngeo recorrente esquerdo passa por debaixo da alça da aorta. Ambos os nervos continuam seu trajeto se dirigindo para face pósteromedial da glândula tireóide e sobem no sulco traqueoesofágico em direção aos músculos intrínsecos da laringe e termina dando origem ao nervo laríngeo inferior. Lesões em seu trajeto cursam principalmente com disfonia quando unilateral ou afonia quando a é lesão bilateral, e são causadas principalmente durante cirurgias cervicais. Apesar de ser uma condição rara, neste trabalho discutiremos um caso de paralisia de prega vocal devido a bócio tireoidiano mergulhante e a importância de ao se deparar com um quadro de paralisia de prega vocal unilateral estender a investigação por todo o trajeto do nervo laríngeo recorrente, uma vez que, mesmo sendo raro, podem justificar o quadro. A investigação deve ser feita com anamnese minuciosa, exames de imagem como Tomografia Computadorizada de Crânio, Pescoço e Tórax, e laringoscopia rígida indireta para afastar os diagnósticos diferenciais. A grande maioria dos casos de bócio mergulhante são assintomáticos e não cursam com alterações hormonais. Nesse sentido, faz-se necessário uma minuciosa investigação com anamnese, exames de imagem e laringoscopia rígida indireta para afastar os diagnósticos diferenciais. O tratamento preconizado é cirúrgico, mesmo para pacientes assintomáticos. Em geral é indicado a tireoidectomia total e o acesso é feito por cervicotomia anterior. Durante o procedimento cirúrgico o nervo laríngeo recorrente deve ser identificado em cada lado do pescoço para minimizar o risco de lesões e a identificação do ramo externo do nervo laríngeo superior é recomendada. Entre as complicações mais comuns estão infecções, hemorragias, paralisia de pregas vocais e hipoparatiroidismo temporário. É de suma importância ressaltar que após a cirurgia o paciente deve ser submetido a um acompanhamento para reposição hormonal.

**Palavras-chave:** disfonia; paralisia de corda vocal; bócio mergulhante.

PO179

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

**Paralisia Bilateral de Pregas Vocais em Abdução Após Intubação Endotraqueal: Relato de Caso**

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA CECÍLIA AMORIM DE BARROS

**COAUTORES:** MATEUS MORAIS AIRES CAMARA; MARCELLA FERREIRA BARROS; ANA CAROLINA CAVALCANTI ACCIOLY; GABRIELA SILVESTRE RIBEIRO DA COSTA GOMES; GIOVANNI HENRIQUE BARBOSA SANTOS DA SILVA; FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS; IAN PASSOS SILVA

**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP, RECIFE - PE - BRASIL

Paciente LHSL, sexo masculino, 17 anos, natural e procedente de Pernambuco, diagnosticado há 1 ano com leucemia linfoblástica aguda de células T com massa mediastinal, tem história de intubação endotraqueal de urgência permanecendo 8 dias intubado. Após a extubação, evoluiu com disфония e disfagia para líquidos. Negava dispneia. À videolaringoscopia (28/11/2022) foi evidenciado fechamento eficiente de esfíncter velofaríngeo, imobilidade bilateral de pregas vocais em abdução, ausência de lesões em supra e subglote e ausência de sensibilidade em região de aritenoides, porém preservada em região de epiglote. Inicialmente, devido à ausência de repercussão clínica da disfagia para líquidos, foi orientado acompanhamento com fonoaudiologia e reavaliações periódicas com otorrinolaringologia. Após 1 ano da avaliação primária, o paciente persiste com disфония às custas de soproidade importante e rugosidade em análise perceptivo-auditiva da voz e nega disfagia. À videolaringoscopia (11/09/2023) foi evidenciado paralisia bilateral de pregas vocais em abdução com formação de fenda paralela ampla durante avaliação estroboscópica, presença de estenose subglótica grau 1 e sensibilidade presente em toda a região glótica. Como propedêutica, foi optado pela manutenção do tratamento conservador.

Para que haja prejuízo da mobilidade da prega vocal, faz-se necessário ter lesões que atingem o nervo vago, seja em seu núcleo, próximo a ele ou em seu trajeto até a região glótica, ou na fixação das cartilagens glóticas. No entanto, é incomum que ambas as pregas vocais sejam acometidas no mesmo paciente, principalmente se apresentando em abdução. A perda de função dos principais músculos adutores, innervados pelo nervo laríngeo inferior, ramo do nervo vago, leva à paralisia bilateral de pregas vocais em abdução. Sua etiologia pode ser dividida em congênitas, traumáticas (incluindo procedimentos cirúrgicos na tireoide e intubação prolongada), desordens neurológicas e causas neoplásicas. A incidência da paralisia de prega vocal como complicação da intubação é estimada em 7% dos casos, principalmente à esquerda, porém faltam estudos que revelem dados de incidência no acometimento bilateral e em abdução. A fisiopatologia da paralisia de pregas vocais envolvendo a intubação prolongada ainda não está bem estabelecida, porém pode ser resultado da compressão direta do nervo laríngeo inferior pelo cuff, deslocamento ou subluxação da articulação cricoaritenóidea ou neuropraxia secundária a hiperextensão cervical. A região de maior vulnerabilidade do nervo laríngeo inferior é na junção do processo vocal da cartilagem aritenóide e a prega vocal, aproximadamente 6-10 mm abaixo da região glótica. Neste local, o tubo endotraqueal ou cuff insuflado pode comprimir o nervo na lâmina da cartilagem tireóidea. A paralisia bilateral de pregas vocais é diagnosticada pelo exame videolaringoscópico em que se observa ausência de movimentação de ambas as pregas vocais. O diagnóstico diferencial é baseado na história clínica e nos achados videolaringoscópicos. Em alguns casos, pode ser necessário a realização da eletromiografia laríngea ou até inspeção e palpação laríngeas durante microlaringoscopia. A clínica dos pacientes com fixação em abdução depende da extensão do acometimento, podendo apresentar disфония e disfagia. O tratamento visa restabelecer a qualidade vocal, mantendo a via aérea pérvia e fechamento glótico.

Após avaliação multidisciplinar com neurologia e exclusão de outros diagnósticos possíveis, a intubação prolongada foi a principal etiologia relacionada ao caso apresentado. O paciente apresentou características comuns a paralisia de pregas vocais bilateral em abdução, como a disфония e a disfagia, neste caso apenas para líquidos. Segue em acompanhamento clínico e fonoaudiológico com videolaringoscopia periódica e até então evolui com melhora da disфония e sem disfagia. O relato exposto tem relevância, pois, fornece informações acerca de uma patologia rara em termos de incidência e prevalência, contribuindo para o desenvolvimento de estudos posteriores acerca do tema.

**Palavras-chave:** paralisia de pregas vocais; abdução; disфония.

PO181

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

**EPIGLOTOPEXIA NO TRATAMENTO DA LARINGOMALÁCIA TIPO 4: RELATO DE CASO**

**AUTOR PRINCIPAL:** ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS

**COAUTORES:** NATALIA SILVA CAVALCANTI MEIRA; NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO; RAFAELLA CASÉ DE LIMA; GABRIELLA BENTO DE MORAIS; RODRIGO YURI GOMES DE LIMA; NICOLE DE CARVALHO DIAS; VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE

**INSTITUIÇÃO:** SOS OTORRINO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Lactente 3 meses, sexo masculino, cardiopata grave, com história de desconforto respiratório e baixo ganho de peso. Aos 2 meses, foi submetido a intubação orotraqueal devido a piora do quadro respiratório. Após 2 falhas de extubação, foram realizadas laringoscopia rígida e broncoscopia flexível sob anestesia geral em ventilação espontânea, que evidenciaram edema discreto de região glótica e colabamento da epiglote na inspiração, obstruindo região glótica, caracterizado como laringomalácia tipo 4 de Holinger. Diante do quadro, paciente foi submetido a epiglotopexia por cauterização. O mesmo evoluiu clinicamente bem, permanecendo em ar ambiente e se mantendo estável. O uso da ventilação por pressão positiva foi contraindicado devido ao colapso de epiglote.

**DISCUSSÃO:** A laringomalácia é a malformação congênita da laringe mais comum, caracterizada pelo colabamento das estruturas supraglóticas a inspiração, sendo a principal causa de estridor inspiratório em lactentes. Os sintomas geralmente aparecem entre a primeira e segunda semana de vida e tendem a resolução espontânea até os 2 anos. O diagnóstico é estabelecido por endoscopia respiratória, em que se observam as alterações anatômicas da supraglote características: pregas ariepiglóticas curtas, difícil visualização das pregas vocais, edema da glote posterior, epiglote longa e retroposicionada e hipertrofia dos tecidos posteriores da laringe. Apesar de apresentar um curso benigno e autolimitado, cerca de 10% dos casos necessita de intervenção cirúrgica. Os casos de laringomalácia com indicadores de gravidade, como apneia, insuficiência ventilatória, cianose, cor pulmonale, dificuldade de alimentação (com tosse, engasgamento, regurgitação ou vômitos), baixo desenvolvimento pâncreo-estatural e refluxo gastroesofágico incontrolável, têm indicação de abordagem cirúrgica. E no caso de pacientes que se apresentam inicialmente já com sintomas intensos, como no caso em questão, fica claro que a intervenção deve ser imediata, sendo a epiglotopexia uma ótima opção terapêutica, evitando inclusive a necessidade de traqueostomia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A presença de estridor inspiratório, que se intensifica aos esforços, e o encurtamento das pregas ariepiglóticas com colabamento das estruturas supraglóticas a inspiração são preponderantes em crianças com laringomalácia. O diagnóstico e uma abordagem terapêutica precoce é imprescindível para o melhor desfecho do caso. As técnicas endoscópicas minimamente invasivas, como a epiglotopexia, têm se mostrado altamente resolutivas e com baixa taxa de complicação, sendo um procedimento seguro no tratamento das crianças portadoras de laringomalácia grave, garantindo a melhora clínica desses pacientes e evitando, inclusive, procedimentos mais invasivos como a traqueostomia.

**Palavras-chave:** LARINGOMALACIA;EPIGLOTOPEXIA;LARINGE.



PO189

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

**SÍNDROME DE DANDY WALKER E DISFAGIA: RELATO DE CASO**

**AUTOR PRINCIPAL:** CAMILA ARAUJO OLIVEIRA

**COAUTORES:** RODRIGO LEMOS DA SILVA; PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA; NAIADÉ DE OLIVEIRA DO AMARAL; BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO; RAISSA ANDRADE DO NASCIMENTO; GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY; PAULO MARCOS FONTELLES DE LIMA ARAUJO

**INSTITUIÇÃO:** UFPA, BELEM - PA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino de 14 anos com diagnóstico de Síndrome de Dandy Walker procurou o serviço universitário de Otorrinolaringologia com quadro de sialorreia intensa e disfagia para sólidos e líquidos, atraso do desenvolvimento psicomotor, boa compreensão de ordens verbais simples e fala distorcida com baixa inteligibilidade. Ao exame físico, possuía fasciculações na língua e dificuldade para lateralizá-la para a esquerda, hipernasalidade, desvio fonético fonológico e dispraxia motora e verbal. Possuía alteração estrutural das mãos, com agenesia da falange média e distal do 2º e 4º quirodáctilo e da falange média do 5º quirodáctilo esquerdo. Realizado audiometria tonal, vocal e imitanciometria para exclusão de causas auditivas que pudessem contribuir e agravar as alterações fonatórias, estando os exames dentro da normalidade. Na avaliação cognitiva SONS-R-6-40, obteve QI 79, apontando inteligência limítrofe. A ressonância do crânio evidenciou espessamento de giros e redução dos sulcos em lobos frontais compatível com migração neuronal e persistência de septo pelúcido. Tomografia de crânio sem alterações significativa. Na videoendoscopia da deglutição apresentou insuficiência velofaríngea às custas de palato mole encurtado, com gap pequeno e saída de bolhas de saliva durante as manobras, escape oral anterior e escape posterior precoce dos alimentos líquidos, com aspiração. Observou-se na deglutição de sólidos resíduos alimentares em valéculas e clearance supra glótico somente após 7 deglutições. Iniciou tratamento com injeção de toxina botulínica em glândula submandibular associada a fonoterapia com melhora significativa da sialorreia. Após 2 anos de terapia, paciente evoluiu com melhora parcial da fala e da disfagia. Atualmente a videoendoscopia da deglutição demonstra persistência de escape posterior para sólido com clearance supraglótico após 7 deglutições e deglutição fracionada para todas as consistências, sem penetração ou aspiração.

**DISCUSSÃO:** A síndrome de Dandy Walker se caracteriza pela anomalia de fossa posterior devido agenesia ou hipoplasia do verme cerebelar com alargamento cístico do 4º ventrículo. A maioria dos casos são esporádicos, porém pode vir associado com alterações genéticas e comorbidades. As alterações clínicas da síndrome comprometem a motricidade e coordenação. Pode ocorrer fraqueza muscular, incoordenação dos movimentos, letargia, convulsões, hidrocefalia, vômitos, cefaleia, psicose, macrocefalia entre outros. Essa síndrome pode estar associada a malformação cardíaca, espinha bífida, fissura palatina, malformação intestinal, alterações de pigmentação cutânea e neurofibromatose. O tratamento consiste em tratar manifestações clínicas e comorbidades. Na maioria das vezes, o pilar do tratamento é controlar o aumento da pressão intracraniana cirurgicamente com derivação ventriculoperitoneal. Entretanto, a miríade de disfunções torna necessário que outras intervenções multidisciplinares sejam realizadas

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A abordagem multidisciplinar ganha representatividade no mundo atual. É dever do médico participar no projeto de inclusão social e garantir qualidade de vida para pacientes anteriormente marginalizados e esquecidos.

**Palavras-chave:** SÍNDROME DANDY WALKER; DISFAGIA; TOXINA BOTULÍNICA.

PO196

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ****HEMANGIOMA DE PREGA VOCAL- UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO**COAUTORES:** LARISSA CARVALHO SILVESTRE; LAISSON RONNAN SILVA DE MELO; DÉBORA GONÇALVES PEREIRA GUIMARÃES; LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES; PAULA CORRÊA COTTA; GUILHERME NOVAES COIMBRA; ANA PAULA MARQUES MACHADO**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL OTORRINO CENTER, MONTES CLAROS - MG - BRASIL. 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA, MONTES CLAROS - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo masculino, 60 anos, com história de disfonia há 10 anos, tendo sido diagnosticado com pólipos em prega vocal há alguns anos. Procura atendimento devido a piora aguda e intensa do quadro de disfonia associada a dispneia após quadro de Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS). À videolaringoscopia apresentava, aparentemente com origem em prega vocal direita, lesão avermelhada, pediculada, basculante com a respiração, reduzindo consideravelmente luz glótica. Durante programação cirúrgica, o paciente informou episódio de tosse intensa, tendo expelido pequena massa avermelhada, com melhora parcial da dispneia. Ao repetir videolaringoscopia, foi evidenciado redução parcial da lesão. Paciente foi submetido a microcirurgia de laringe para exérese da lesão, evoluindo com melhora das queixas. Diagnóstico anatomo-patológico foi compatível de hemangioma de prega vocal.

**Discussão:** Os hemangiomas são tumores vasculares benignos, podendo acometer qualquer órgão. A pele é o local mais comum, sendo que apenas 1,5% dos casos são laríngeos. Os hemangiomas da laringe dividem-se em duas formas: da infância e do adulto. Os hemangiomas da infância localizam-se habitualmente na subglote enquanto os hemangiomas do adulto situam-se ao nível da glote ou supraglote. O hemangioma da corda vocal é um achado clínico raro, mais comum no sexo masculino. A sintomatologia é inespecífica, podendo nas crianças cursar com estridor que pode ser respiratório ou difásico. Pode apresentar, também, rouquidão e disfagia. O desconforto respiratório pode variar de dia para dia - isto é atribuído à variação de pressão venosa na lesão. Quando assintomáticos, os hemangiomas laríngeos podem ser diagnosticados por outros especialistas, durante exames endoscópicos por exemplo. A fibrolaringoscopia é o método mais indicada no diagnóstico, devendo ser meticulosamente realizada para excluir a extensão da lesão a estruturas adjacentes ou associação a outras lesões. Reserva-se exames complementares, como ressonância nuclear magnética contrastada e angiografia aos tumores volumosos. A biópsia não está indicada devido ao risco sangramento. A maioria destas lesões pode ser removida por via endoscópica, tendo a ressecção cirúrgica resultados muito satisfatórios a longo prazo.

**Comentários finais:** Os hemangiomas de pregas vocais são lesões raras, sendo muitas vezes erroneamente diagnosticadas como pólipos ou nódulos. Deve-se estar atento ao diagnóstico diferencial na prática clínica, para realizar o manejo propedêutico e terapêutico adequado.

**Palavras-chave:** HEMANGIOMA;PREGA VOCAL;DISFONIA.

PO207

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## PAPILOMATOSE LARÍNGEA OBSTRUTIVA EM CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR - RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA RECH

**COAUTORES:** LAURA KLEIN; CAROLINA SARCINELLI SPINELLI; VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ

**INSTITUIÇÃO:** GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do caso:** V.S.H, 8 anos, HIV positivo por exposição vertical, em uso irregular de terapia antirretroviral. Compareceu à emergência pediátrica da instituição devido a estridor e sibilância de início no mesmo dia, precedidos por disfonia notada há 2 meses por familiares. Na chegada, necessitou de manejo para broncoespasmo e teve resposta pobre, evoluindo para disfunção respiratória grave com indicação de intubação orotraqueal, permanecendo em ventilação mecânica com parâmetros ventilatórios baixos. Durante o procedimento, equipe da emergência visualizou lesões em via aérea alta na laringoscopia direta, suspeitando de papilomatose laríngea ou de doença granulomatosa da laringe. Foi solicitada avaliação da equipe da otorrinolaringologia e realizada nasofibrolaringoscopia em leito de emergência, na qual foram visualizadas lesões vegetantes em supraglote, estendendo-se até metade da face laríngea da epiglote. Paciente foi levada a bloco cirúrgico, onde foi realizada laringoscopia de suspensão e exérese das lesões, seguidas por extubação de criança, sem intercorrências. Permaneceu com boa saturação e sem sinais de desconforto respiratório após a cirurgia. Material foi enviado para cultura e anatomopatológico, confirmando diagnóstico de papiloma escamoso de origem viral e sem outras infecções associadas. Ainda em mesma internação, foi realizada revisão endoscópica com nasofibrolaringoscopia para avaliar persistência de lesões. Exame foi realizado com ausência de alterações e sem necessidade de nova exérese. Paciente com melhora importante de disfonia durante estada no hospital, permaneceu internada para ajuste de tratamento para HIV com a equipe da infectologia e recebeu alta sem intercorrências. Segue em acompanhamento em serviço, sem recorrência de quadro até o presente momento e com normalização vocal.

**Discussão:** A papilomatose laríngea é a neoplasia benigna mais frequente da laringe. É uma patologia causada pela infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), em especial pelos tipos 6 e 11, gerando lesões que podem apresentar grande extensão, recorrência e agressividade, especialmente quando se trata do diagnóstico em faixas etárias mais jovens. A glote é o sítio geralmente mais acometido, mas as lesões podem estender-se por outros locais, como a cavidade oral. Tem a disfonia como principal sintoma, mas quando obstrutiva ou restringindo a passagem de ar pela via aérea, pode gerar desconforto respiratório importante, sibilância e estridor, geralmente inspiratório ou bifásico. O diagnóstico definitivo se dá através da biópsia e anatomopatológico, e seu tratamento, por meio de exérese cirúrgica. O paciente deve manter seguimento clínico e endoscópico após o procedimento, devido ao alto risco de recorrência das lesões e à imprevisibilidade do curso das mesmas. O objetivo do tratamento e do acompanhamento é manter a função vocal e a via aérea pérvia.

**Comentários finais:** A papilomatose laríngea costuma ser uma doença de baixa suspeição clínica em serviços de emergência, devido à sua incidência relativamente baixa. No entanto, quando disseminada e agressiva, necessita de intervenção rápida a fim de evitar desfechos negativos, como insuficiência respiratória por obstrução alta e comprometimento de vocalização do paciente. O presente relato demonstra a importância de atentar para esse diagnóstico diferencial em caso de crianças apresentando quadro clínico compatível, ou mesmo fatores de risco para sua ocorrência.

**Palavras-chave:** papilomatose; criança; laringe.

PO220

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## PAPILOMATOSE LARÍNGEA RECORRENTE COM DEGENERAÇÃO MALIGNA

**AUTOR PRINCIPAL:** RENAN DONAIRE CÔNSOLO

**COAUTORES:** MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO; TACIANE BRINCA SOARES SALITURE; ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI; MARIANA MOTA KERTZMAN; LARISSA RAMOS RIBEIRO; DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA; ISADORA FRATTINI COLLA

**INSTITUIÇÃO:** 1. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. FACULDADE DE MEDICINA DE TAUBATÉ, TAUBATÉ - SP - BRASIL

**PAPILOMATOSE RESPIRATÓRIA RECORRENTE COM TRANSFORMAÇÃO MALIGNA E TRATAMENTO COM RADIOTERAPIA: UM RELATO DE CASO**

### APRESENTAÇÃO DO CASO:

Paciente feminina de 40 anos, que apresentou, aos 2 anos de idade, parada respiratória secundária a insuficiência respiratória aguda devido a Papilomatose Respiratória Recorrente com necessidade de traqueostomia (TQT) a qual permaneceu por 4 anos. Durante a infância, adolescência e juventude, foi submetida a inúmeras abordagens para retirada de lesões com piora do quadro durante gestação, quando foi realizada nova TQT, mantida até o presente.

Paciente apresentou dispneia progressiva de início em maio de 2022, associado a cansaço a médios esforços (subir escadas, varrer a casa), evoluindo com afonia nesse período, apesar de oclusão de TQT. Nega episódios de cianose ou síncope. No período, a broncoscopia evidenciou papilomas acometendo comissura posterior, ocupando cerca de 80% da luz glótica e subglote circunferencialmente.

O resultado do anátomo-patológico do material retirado foi papiloma escamoso com displasia de alto grau (receptores P-16 e KI-67).

Devido a gravidade do caso, extensão da doença e baixo controle com procedimento cirúrgico, optou-se por indicar terapia adjuvante com radioterapia (RT). Foram então realizadas 35 sessões de RT a 2Gy por dia, evoluindo com melhora da dispneia após oitava sessão de radioterapia e recuperação da fonação.

Paciente retornou após término de tratamento e ao exame nasofibrocópio, visualizou-se apenas paquidermia secundária a RT e ausência de lesões papilomatosas, também confirmada por broncoscopia. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial em programação de decanulação.

### DISCUSSÃO:

A papilomatose respiratória recorrente é causada, principalmente pelo HPV tipos 6 e 11 (sendo este último, o mais agressivo). Trata-se da segunda causa mais comum de rouquidão na infância; possui transmissão materno-fetal durante gestação.

Pode ser dividida em duas formas: juvenil; que acomete pacientes menores de 12 anos e, infelizmente, pior prognóstico e a forma adulta; os jovens entre 20 e 40 anos, com melhor prognóstico, entretanto, maior risco de malignização.

As pregas vocais, pregas vestibulares, subglote e a face laríngea da epiglote são as topografias mais frequentes de seu acometimento.

Na histologia, apresentam projeção epitelial com um núcleo fibrovascular, e há paraceratose, coilocitose e acantose associadas.

Como fatores de risco para degeneração maligna, podemos citar PRR prolongada e recorrente; associação com os tipos 16 e 18 do HPV, que possuem maior probabilidade de malignização; indivíduos imunocomprometidos; e outros fatores de risco associados, como tabagismo, infecção por Herpes Vírus.

A transformação maligna para carcinoma de células escamosas acontece em 3% a 7% dos adultos, geralmente quando há disseminação prévia para a árvore traqueobrônquica.

Tratamento pode ser realizado com ressecção, imunobiológicos como Bevacizumab ou, por vezes, regressão espontânea.

### COMENTÁRIOS FINAIS:

Paciente portadora de Papilomatose Respiratória Recorrente de grau severo desde a infância, evoluindo com afonia e dispneia aos médios esforços. Apresentou degeneração maligna para papiloma escamoso com displasia de alto grau e foi submetida a radioterapia. O tratamento radioterápico resultou em regressão das lesões e recuperação da fonação da paciente. Apesar de rara, a degeneração maligna pode apresentar uma melhora de prognóstico para essa doença, haja vista que seu tratamento implica abordagens mais agressivas.

**Palavras-chave:** Papilomatose Laríngea Recorrente; HPV; carcinoma de células escamosas.

PO242

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ****EPIGLOTITE EM ADULTO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** DANIEL TINÔCO LEITE**COAUTORES:** NATÁLIA MARIA CÂMARA DA LUZ; VICTTORIA RIBEIRO DE ALENCAR ARARIPE FERREIRA; BEATRIZ BRAGA SILVA; WILSON BENINI GUERCIO; ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO**INSTITUIÇÃO:** UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 42 anos, atendido em ambulatório especializado em Otorrinolaringologia, com queixa de odinofagia associada a disfonia e dispneia há 2 dias. Foi realizada Videolaringoscopia que evidenciou intenso edema e eritema da epiglote, sugerindo quadro de epiglote aguda. Foi realizada, então, internação hospitalar com administração de corticoide e antibióticos endovenosos (hidrocortisona, amoxicilina + clavulanato e clindamicina). Após 4 dias, o paciente foi submetido a um novo exame endoscópico que demonstrou regressão importante das alterações descritas no exame anterior. Devido melhora clínica e laboratorial, o paciente obteve alta domiciliar com antibioticoterapia oral.

**DISCUSSÃO:** A epiglote é uma doença mais comumente relacionada à população pediátrica, porém a incidência em crianças caiu significativamente desde a vacinação contra *Haemophilus influenzae* tipo B (HIB). Essa doença é uma causa reconhecida de comprometimento agudo das vias aéreas e possui uma taxa de mortalidade relatada de 1 a 20%. Os sintomas em adultos podem incluir odinofagia, febre, disfagia, dispneia, estridor, sialorreia e insuficiência respiratória aguda. Exames de imagem para pacientes com possível diagnóstico de epiglote podem ser considerados, porém a visualização direta da epiglote continua sendo o padrão-ouro para o diagnóstico. O tratamento clínico precoce deve ser realizado e, para casos mais graves, pode ser necessária intervenção cirúrgica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Embora rara, a epiglote deve ser uma hipótese diagnóstica para pacientes adultos com queixa súbita de dispneia associada a disfonia e odinofagia. O exame videolaringoscópico é essencial para o diagnóstico e tratamento precoces.

**Palavras-chave:** Epiglote; Dispneia; Adulto.

PO244

# **E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ** **MIÍASE DE PALATO – RELATO DE CASO**

**AUTOR PRINCIPAL:** LUIS EDUARDO GLOSS DE MORAIS MARQUARDT

**COAUTORES:** VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA; RUBIANNE LIGORIO DE LIMA; MILENA SAYURI OTSUKI; FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI; BRUNA PUPO; PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA; DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, CURITIBA - PR - BRASIL

## **APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente do sexo feminino, 74 anos de idade, com histórico de Alzheimer, acamada e totalmente dependente para suas atividades diárias, proveniente do RJ. Atendida no Hospital Cruz Vermelha, em Curitiba – PR, trazida por ambulância privada, com queixa de odor fétido e necrose em região oral, associada a presença de necrose e larvas em palato, com queda do estado geral progressivo segundo relato da filha.

Ao exame físico, higiene oral precária, presença de larvas em região de palato duro, com necrose local e presença de larvas também em bordos de dentes molares a esquerda. Em cavidade nasal, ausência de larvas ou necrose, sem sangramentos. De tal maneira, feito o diagnóstico de miíase de palato.

Realizado o internamento da paciente, ainda na admissão retirado mecanicamente 26 larvas, iniciado tratamento com Ivermectina, analgesia, e solicitado avaliação da odontologia e da clínica médica. Após manejo inicial multidisciplinar, sabendo-se do histórico de saúde prévio, paciente encaminhada para cuidados paliativos pela clínica médica em consenso com a família.

Ao todo, retirado um total de 98 larvas da cavidade oral.

## **DISCUSSÃO:**

O Alzheimer é uma condição neurodegenerativa progressiva que afeta a memória, cognição e funcionamento geral de uma pessoa. À medida que a doença avança para estágios mais graves, as sequelas se tornam mais pronunciadas e abrangentes, com perda progressiva da mobilidade e dificuldade para deglutição.

A miíase é uma condição clínica causada pela infestação de larvas de moscas em tecidos vivos de humanos ou animais, mais comum em locais de clima quente e úmido. Geralmente ocorre em áreas com higiene inadequada e em pacientes com comprometimento da saúde, a exemplo da paciente em questão, com comprometimento total das atividades diárias.

O diagnóstico de miíase é clínico, com a comprovação da presença de larvas, e o tratamento é a remoção mecânica associada a medicamentos locais e sistêmicos nos casos mais graves. A limpeza local da lesão é de suma importância para o tratamento e, principalmente, para evitar a recolonização do tecido pelas larvas.

## **COMENTÁRIOS FINAIS:**

A miíase oral é uma comorbidade rara, porém associada a uma doença basal limitante e cuidados de higiene precários, aumenta-se o risco de acometimento e lesões graves ao paciente. Nesse caso, acometimento do palato e com desfecho para cuidados paliativos. O tratamento medicamentoso imediato e a remoção mecânica são de suma importância para o combate da proliferação de larvas, além da correta prevenção para evitar novos acometimentos.

Palavras-chave: Miíase;Palato;Miíase oral.

PO252

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

**RELATO DE CASO: CALCIFICAÇÃO INTRAPROTÉTICA DO PERICÔNDRIO NA TIREOPLASTIA TIPO I**

**AUTOR PRINCIPAL:** ANDRE RICARDO MERKLE

**COAUTORES:** LOUISE FERREIRA IUNKLAUS; LUISI MARIA MEZZOMO; AURENZO GONÇALVES MOCELIN; LETICIA LEAHY; GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI; ROGERIO HAMERSCHMIDT

**INSTITUIÇÃO:** COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação de caso:** Mulher, 61 anos, apresentando disfonia há 3 anos, que iniciou após realização de procedimento de tireoidectomia total. Durante a investigação inicial foi realizada uma videolaringoscopia, que evidenciou paralisia de prega vocal direita em posição paramediana. Indicada e realizada a tireoplastia tipo I, com pouca melhora do quadro no pós-operatório. No seguimento pós cirúrgico, nova videolaringoscopia mostrando presença de GAP médio posterior e uso de falsa prega à esquerda para compensar, sendo então indicada nova tireoplastia tipo I. No transoperatório se observou intensa fibrose, dificultando a identificação dos planos, com visualização de calcificação de pericôndrio interno à prótese. Neste ato cirúrgico, o produto calcificado foi retirado, produzida nova janela no pericôndrio, bem como nova protetização. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, evoluindo com melhora da disfonia após reabordagem, seguindo acompanhamento fonoaudiológico.

**Discussão:** A tireoplastia tipo I ou medialização da prega vocal é o tratamento de escolha na maioria dos casos de insuficiência glótica decorrentes de imobilidade unilateral de prega vocal em posição abduzora e consiste no deslocamento da prega vocal paralisada para a posição medial. A cirurgia consiste na introdução de um implante, lateralmente à prega vocal paralisada, através de uma janela produzida na lâmina da cartilagem tireoidea. Deste modo, a prega vocal é deslocada pela prótese e posicionada medialmente, promovendo melhor fechamento glótico. O benefício desta cirurgia se relaciona com a diminuição da soproidade, melhorando a coaptação glótica e proporcionando uma fonação mais adequada. As complicações descritas incluem hemorragia da ferida cirúrgica, obstrução aérea, extrusão do implante, hematoma de prega vocal, sem obstrução das vias aéreas e mobilização do implante, sendo a extrusão da prótese para a luz da laringe o mais frequente, podendo ser evitada, mantendo-se a cartilagem da janela, sem removê-la.

**Considerações Finais:** A técnica cirúrgica realizada teve êxito em evitar a complicação mais frequente, a extrusão da prótese para a luz da laringe. Porém, a paciente evoluiu com complicação raramente descrita na literatura, uma calcificação intraprotética do pericôndrio, sendo brevemente identificada a alteração. Assim, é importante que todos os pacientes submetidos ao procedimento de tireoplastia tipo I tenham seguimento ambulatorial regular para que, caso apresentem indícios de complicações sejam reabordados de maneira precoce, como aconteceu no caso concreto.

**Palavras-chave:** Tireoplastia tipo I; Complicações; Calcificação intraprotética do pericôndrio.



PO282

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR NEOPLASIA DA CAVIDADE ORAL, LÁBIOS E FARINGE NO BRASIL ENTRE 2017 E 2022.**

**AUTOR PRINCIPAL:** CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS

**COAUTORES:** ARTHUR CAVALCANTE LOPES; CAROLINA SOARES CHADY; LUCAS DA SILVA VINAGRE; RENAN WILIAN COSTA DA SILVA; RICARDO ORMANES MASSOUD; THAINÁ BENTES CELSO; ANGELICA CRISTINA PEZZIN

**INSTITUIÇÃO:** 1. NÚCLEO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E MEDICINA DO SONO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA), BELÉM - PA - BRASIL3. CENTRO UNIVERSITÁRIO METROPOLITANO DA AMAZÔNIA-UNIFAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL4. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ (UEPA), BELÉM - PA - BRASIL5. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ (CESUPA), BELÉM - PA - BRASIL

**OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo realizar uma avaliação do perfil epidemiológico dos óbitos por neoplasia na cavidade oral, lábios e faringe no Brasil entre 2017 e 2022.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal quantitativo utilizando dados secundários da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A partir dos dados, foi possível a identificação de quatro variáveis principais: região; faixa etária; raça/cor e sexo, as quais foram adequadamente agrupadas e tabuladas por meio do Microsoft Excel 2019.

**RESULTADO:** O total de dados coletados para análise da incidência de Neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe, entre os anos de 2017 a 2022, corresponde a 18.142 ocorrências nas cinco regiões brasileiras, sendo a região Sudeste detentora da maior incidência de óbitos pela enfermidade com 9.150 (50,43%) casos. Diante disso, o estado de São Paulo concentra 4.531 (24,97%) mortes, número maior que a incidência na segunda região mais acometida, Nordeste, a qual apresenta 3.652 (20,13%) óbitos pela enfermidade. As cores/raças branca e parda foram as mais predominantes somando 14.245 ocorrências (78,51%), das quais 7.135 corresponderam à raça branca e 7.110 à raça parda. Quanto ao sexo, a maioria das mortes aconteceram no sexo masculino, representando 14.056 (77,4% do total) indivíduos. Ademais, a faixa etária que apresentou mais óbitos foi a de 60 a 69 anos com 5.793 (31,9%), seguida pelas idades entre 50 e 59 anos com 5.057 (27,8%), ou seja, as mortes foram prevalentes entre adultos mais velhos e idosos abaixo de 70 anos.

**DISCUSSÃO:** Diante dos resultados, nota-se o grande número de indivíduos acometidos por neoplasia na cavidade oral, principalmente na região Sudeste do Brasil, com um diferencial notável de indivíduos de raça branca e parda. Essa enfermidade está relacionada a diversos fatores de risco, como genéticos e hábitos de vida (etilismo, tabagismo, sedentarismo). Além disso, ressalta-se que seu diagnóstico pode ser feito por meio de exames clínicos, mas é necessário que se tenha a biópsia para a confirmação do caso. O tratamento costuma ser cirúrgico, porém em algumas situações mais complexas é necessário que se tenha a realização de radioterapia para obter um melhor resultado curativo. Particularmente, observa-se uma incidência maior na região Sudeste provavelmente em função do maior número populacional e da maior urbanização, aumentando os fatores de risco externos para o desenvolvimento dessas neoplasias, tais como a poluição. Percebe-se também uma predominância entre as raças branca e parda que são equivalentes, revelando que a doença acomete as maiores raças que compõem a população brasileira de modo indiscriminado. Outro ponto a ser destacado é a grande maioria dos óbitos ocorrer no sexo masculino, normalmente mais associado a poucos cuidados com a saúde e, principalmente, ao tabagismo (fator de risco fundamental nesse tipo de neoplasia). Além disso, as faixas etárias de 50 a 59 anos e de 60 a 69 anos apresentaram a maior quantidade de óbitos provavelmente pela exposição prolongada desses indivíduos aos fatores de risco previamente expostos, tanto ambientais como pessoais. A questão socioeconômica apresenta influência direta nos dados obtidos pela pesquisa, à medida que o acesso do público aos sistemas de saúde públicos são precários e a demora nos atendimentos favorece a ocorrência de óbitos por doenças crônicas, como o câncer.

**CONCLUSÃO:** Portanto, percebe-se que os óbitos foram predominantes entre o sexo masculino na faixa etária de 60 a 69 anos. Além disso, a maioria deles ocorreu na região Sudeste com destaque para o estado de São Paulo com acometimento das raças branca e parda de maneira semelhante. Nesse sentido, os dados são facilitadores de um direcionamento de políticas públicas e sugerem um melhor planejamento para alcançar segmentos sociais que não estão sendo contemplados, assim como melhorar o atendimento àqueles que já estão sendo.

**Palavras-chave:** EPIDEMIOLOGIA; NEOPLASIA; LARINGE.

PO287

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR NEOPLASIA DE LARINGE NO BRASIL NO PERÍODO DE 2017 A 2022.**

**AUTOR PRINCIPAL:** CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS

**COAUTORES:** FABIANY DE FÁTIMA POMPEU RODRIGUES; GIULIA LINS REMOR; JELIEL FERREIRA DOS SANTOS; LUCAS DE OLIVEIRA MENEZES; MAYARA DOS SANTOS SILVA; RICARDO ORMANES MASSOUD; ANGELICA CRISTINA PEZZIN

**INSTITUIÇÃO:** 1. NÚCLEO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E MEDICINA DO SONO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. CENTRO UNIVERSITÁRIO METROPOLITANO DA AMAZÔNIA-UNIFAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ (CESUPA), BELÉM - PA - BRASIL4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUIS - MA - BRASIL5. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL6. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ (UEPA), BELÉM - PA - BRASIL

**OBJETIVO:** O presente trabalho tem por objetivo identificar o perfil epidemiológico das internações por neoplasia de laringe no Brasil, durante o período de 2017 a 2022.

**MÉTODO:** Este estudo correspondeu a um levantamento epidemiológico descritivo e transversal. Os estudos descritivos visam caracterizar como a doença se distribui ao longo de um tempo e lugar. Para isso, utilizou-se de dados secundários extraídos do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foi possível a identificação de 4 variáveis principais: sexo, faixa etária, raça/cor e região, as quais revelaram um perfil dos pacientes internados com neoplasia de laringe entre 2017 e 2022.

**RESULTADO:** Os resultados revelaram uma incidência total de 72.896 casos de neoplasias de laringe durante o período de estudo, com predominância no sexo masculino (85%) em comparação ao feminino (15%). Somado a isso, a média de idade dos pacientes foi de 40 anos, com pico de incidência entre 60-69 anos com 27.083 internações (37,1% do total), evidenciando maior risco na faixa etária idosa. Ainda, foi observado maior proporção de casos nas raças autodeclaradas branca (29.182 casos) e parda (30.045 casos), as quais representam, juntas, 81% dos acometimentos. Além disso, quanto à distribuição regional, observou-se que o Sudeste apresentou o maior número de internações com 34.593 (47%), seguido pelas regiões Nordeste (17.498/24%), Sul (14.077/19%), Centro-Oeste (4.436/6%) e Norte (2.292/3%). Dentre elas, destacam-se os estados de São Paulo (17.568 casos; 24,1%) e de Minas Gerais (11.511 casos; 15,8%) com os mais altos índices de câncer de laringe, revelando que os dois estados mais populosos têm maior acometimento.

**DISCUSSÃO:** As neoplasias da laringe são causas de morbidade importantes, principalmente em homens idosos com histórico de tabagismo e etilismo. Sabe-se que o principal padrão histopatológico é o carcinoma de células escamosas, também atrelado a riscos ocupacionais como a inalação de fuligem e de sílica. Diante disso, o levantamento nacional das internações por neoplasias da laringe revela uma conformidade com a literatura atual, à medida que em nível estadual, no Rio de Janeiro, os mesmos resultados foram encontrados por outro estudo, revelando que o padrão de acometimento permanece o mesmo em nível local (estadual) e em nível nacional. Nesse sentido, a urbanização dos grandes centros e a poluição gerada consistem fatores de risco para o desenvolvimento de câncer laríngeo, visto que os dados apontam maior incidência em áreas mais urbanizadas. Porém, esse valor pode estar sujeito a interpretações subjetivas, pois essas áreas possuem maior densidade populacional, tendendo a apresentar um elevado acometimento por doenças crônicas como o câncer. Desse modo, percebe-se que há um padrão de acometimento bem consolidado na literatura, consistindo em homens idosos residentes em áreas mais urbanizadas e sem influência da raça.

**CONCLUSÃO:** Portanto, percebe-se que as internações provocadas por neoplasias da laringe ocorrem principalmente em homens com idades entre 60 e 69 anos e residentes na região Sudeste, sem influência da raça do paciente, pois as raças branca e parda apresentaram valores bastante similares para o período.

Palavras-chave: NEOPLASIA;LARINGE;INTERNACAO.

PO269

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## SINÉQUIA POSTERIOR PÓS-COVID – RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** RAFAELA SILVA WALTRICK

**COAUTORES:** CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR; ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ; ERIKA YUMI NAKAGAWA; GABRIELA ALVES MARRONI; GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI; GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI; ROGERIO HAMERSCHMIDT

**INSTITUIÇÃO:** COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Uma mulher de 37 anos, hipertensa, foi encaminhada ao nosso serviço de Otorrinolaringologia relatando cansaço, dispneia intensa aos esforços e rouquidão, iniciada após intubação orotraqueal de 12 dias por COVID, 16 meses antes.

Durante consulta ambulatorial, foi realizada videolaringoscopia, onde foi observado feixe fibrótico abaixo das cordas vocais, dicotomizando em pequena extensão a luz traqueal e impedindo a mobilidade das cordas, bem como sinéquias posteriores. Também realizada nasofibroscopia com a equipe da laringe, a qual mostrou prega vocal esquerda fixa, edema de aritenóides e anteriorização bilateral, tocando a epiglote. Alterações nos brônquios foram descartadas através de broncoscopia.

A Equipe de Laringe, discutindo em conjunto com a equipe da Cabeça e Pescoço, optou pela abordagem cirúrgica por traqueostomia para correção da estenose, com posterior abordagem das patologias laríngeas.

Após o período de adaptação, paciente apresentou boa aceitação à traqueostomia e melhora das queixas iniciais relatadas.

**Discussão:** O coronavírus trouxe diversas complicações, agudas e crônicas, decorrentes da própria doença ou do tratamento. Existem vários relatos de lesões secundárias à intubação orotraqueal (IOT), como sinéquias, granulomas, úlceras mucosas, estenose laríngea e traqueal, e outras. No início da pandemia já se esperava um aumento nas sequelas relacionadas a ventilações invasivas, as quais foram se confirmando em trabalhos subsequentes. Esses pacientes podem apresentar tosse seca, rouquidão, disfunção de deglutição e estridor. A cirurgia endoscópica pode ser eficaz, sendo a broncoscopia rígida uma alternativa para alguns pacientes. Em alguns casos, entretanto, a traqueostomia pode ser necessária.

No caso apresentado, a paciente em questão se beneficiou da traqueostomia por conta da sintomatologia importante que apresentava. Após o procedimento e seguimento ambulatorial, a paciente demonstrou boa adaptação a traqueostomia e melhora importante da qualidade de vida, com plano de manter acompanhamento e continuar o tratamento das demais patologias.

**Comentários finais:** Destacamos a importância do manejo não só do quadro agudo, mas também das complicações da COVID-19, que neste caso foram evidenciadas ambulatorialmente em queixas respiratórias aproximadamente 16 meses após IOT por COVID.

As sequelas deixadas pelo COVID ainda estão sendo observadas nas mais diversas apresentações, tanto devido a ação direta do vírus, quanto às intervenções relacionadas a infecção. A sintomatologia da estenose traqueal pode diminuir a qualidade de vida e, em alguns casos, ser incapacitante para o paciente. É necessário o reconhecimento por parte do profissional e a correta conduta para o benefício de quem procura a ajuda.

**Palavras-chave:** Coronavírus; Sinéquia; Intubação orotraqueal.

PO297

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## PARALISIA UNILATERAL DE PREGA VOCAL COMO MANIFESTAÇÃO DE TUMOR MEDIASTINAL: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** BRANDA CAVALCANTE DOURADO

**COAUTORES:** CLÁUDIA ROCHA PARANHOS VIANNA DIAS DA SILVA; NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO; JULYANA CARNEIRO GOMES; THATIANA PEREIRA SILVA; MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO; WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA; LORENA MASCARENHAS VENEZA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, 65 anos, com queixa de disfonia persistente há 30 dias, associada à tosse produtiva. Nega dispneia, disfagia, tosse, febre e perda ponderal. Portadora de HAS, DM tipo 2 e Dislipidemia. Nega etilismo e relata história de tabagismo há 20 anos (5 maços/ano), com suspensão há 20 dias. No exame físico não foram observadas alterações. Realizou Videolaringoscopia que evidenciou paralisia de prega vocal direita, além de Tomografia computadorizada (TC) de Tórax e de Pescoço que se complementam e evidenciam massa heterogênea expansiva no mediastino superior à direita, de margens parcialmente visualizadas, com linfonodos metastáticos nas cadeias cervical, traqueal, peribronquica e subcarinal bilateralmente cujos diâmetros oscilam de 1,0 a 3,0 cm. Portanto, a paciente apresenta paralisia de prega vocal direita oriunda de tumor mediastinal. Foi encaminhada ao Cirurgião de Tórax e ao Cirurgião de Cabeça e Pescoço para prosseguir com investigação e tratamento, porém não pôde dar seguimento pois evoluiu a óbito três meses depois.

**DISCUSSÃO:** O nervo vago é o nervo craniano com o trajeto mais longo, estendendo-se do tronco cerebral ao abdome. São várias as afecções que acometem o nervo vago e/ou seus ramos podendo ocasionar paralisia das pregas vocais e, consequentemente, disfonia.

As causas de paralisia das pregas vocais podem ser divididas em origem central (neuropatia vagal) e periférica (neuropatia do nervo laríngeo recorrente = NLR), sendo esta última a mais comum, chegando até a 90% dos casos em algumas séries.

Dentre as etiologias periféricas destacam-se os tumores mediastinais, tendo em vista que o espaço do mediastino é estreito e qualquer massa nesta região pode comprimir as estruturas adjacentes incluindo o NLR.

A paralisia de prega vocal pode ocorrer de forma aguda ou crônica, podendo ser uni ou bilateral. Mas, sabe-se que a prega vocal esquerda, geralmente é mais lesionada, uma vez que o nervo laríngeo recorrente (ramo do nervo vago) deste lado tem trajeto mais longo, com cerca de 12 cm de extensão da aorta até a junção cricotireoidea.

Portanto, em razão do seu trajeto mais longo e parcialmente intratorácico, o NLR esquerdo pode ser afetado por doenças mediastinais, incluindo os tumores mediastinais.

O diagnóstico é dado através da Laringoscopia. No entanto, destaca-se que até 35% dos pacientes podem ser assintomáticos. Nesses casos, a identificação da paralisia das pregas vocais será incidental, e tal achado deve alertar o médico sobre a necessidade de avaliação adicional, com possibilidade de inclusão de outros exames de imagem, como a Tomografia Computadorizada. Esta é considerada essencial e fornece dados importantes sobre a morfologia, densidade, limites e a vascularização destes tumores. Entretanto, a biópsia cirúrgica ainda permanece como a mais importante investigação na abordagem diagnóstica destas afecções e pode ser realizada através de várias técnicas para acesso ao mediastino.

Quanto a manifestação clínica preponderante, quando presente, pode ser destacada a disfonia, mas os pacientes podem apresentar outros sintomas mais graves, tais como: aspiração e pneumonias frequentes. O tratamento dependerá do tipo histológico, da localização, do estadiamento e de fatores relacionados ao próprio paciente (faixa etária ou comorbidades). Mas, de modo geral, existem as abordagens com radioterapia, quimioterapia e intervenção cirúrgica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A paralisia das pregas vocais é causa frequente de disfonia, podendo ser secundária a diversas afecções ao longo do nervo vago e de seus ramos. Conclui-se, por meio deste relato de caso, que pacientes com tumores localizados em mediastino apresentam potenciais riscos para alterações vocais. Desta forma, o conhecimento da anatomia e das patologias que podem acometer este nervo são de importância fundamental, a fim de alcançar o diagnóstico etiológico correto

**Palavras-chave:** Paralisia de prega vocal; Tumor de mediastino; Otorrinolaringologia.

PO316

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ****EPIGLOTITE ASSINTOMÁTICA EM PACIENTE ADULTO****AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA DE CASTRO DORNELAS**COAUTORES:** ALINE RADUAN IACOVONE; RAFAELA ESTEFANO URIZA; MARCELO GIROTTI MERIGHI**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL VERA CRUZ, CAMPINAS - SP - BRASIL**Apresentação do Caso:**

Paciente G.Q, sexo feminino, 26 anos, com história prévia de asma sem acompanhamento procurou atendimento médico otorrinolaringológico, no dia vinte e quatro de julho de 2023, para realização de laringoscopia rígida solicitada pela pneumologista. Paciente nega sintomas respiratórios, tosse, febre, dor de garganta ou disfagia, negava qualquer desconforto e afirmava ser exame de rotina. Ao exame físico apresentava discreta hiperemia em orofaringe. O exame complementar revelou um edema de epiglote importante e hiperemia difusa da laringe.

Diante dos achados endoscópicos, a paciente recebeu o diagnóstico de epiglote assintomática e foi iniciado tratamento com antibioticoterapia e corticoterapia dado o alto risco de obstrução das vias aéreas superiores caso progredisse o edema. No dia um de agosto de 2023, após o fim do tratamento, paciente mantinha sem queixas. Repetiu-se o exame de telescopia rígida que apresentava resolução completa do quadro de epiglote.

**Discussão:**

A epiglote é uma condição inflamatória aguda da epiglote, geralmente associada a sintomas graves, como disfagia, disfonia, estridor e febre elevada. No entanto, casos atípicos de epiglote assintomática em pacientes adultos podem acontecer apesar de serem raros e pouco documentados na literatura médica. Pode ser uma condição grave que requer intervenção médica imediata, uma vez que pode levar à obstrução das vias aéreas superiores e à insuficiência respiratória devido ao edema local. A maioria dos casos que evoluem para quadros graves ocorre em crianças devido a anatomia da laringe. No entanto, a variabilidade na apresentação clínica da epiglote em adultos, incluindo casos assintomáticos, pode representar um desafio diagnóstico e um atraso no início do tratamento. Neste caso, o diagnóstico foi possível devido à realização de exame de vídeo telescopia rígida de rotina. Assim, devemos destacar a importância da avaliação completa e detalhada da laringe na rotina do otorrinolaringologista mesmo em pacientes sem queixas típicas.

**Comentários Finais:**

Este relato de caso destaca a possibilidade de ocorrência de epiglote assintomática em pacientes adultos. Profissionais de saúde devem estar cientes da variabilidade na apresentação clínica da epiglote e valorizar os achados endoscópicos mesmo em pacientes sem sintomas respiratórios evidentes. A realização de exames endoscópicos e radiológicos podem ser crucial para o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações graves associadas à epiglote.

**Palavras-chave:** Epiglote;Assintomática;Telescopia.

PO331

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

DISFONIA COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA INICIAL PACIENTE COM CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS INVASIVO DE LARINGE: RELATO DE CASO.

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIEL NEVES FARIAS

**COAUTORES:** GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA; GUSTAVO CEDRO SOUZA; ROSANA DUARTE LUZ; MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI; GISLANE BORGES PEREIRA; MARIA IZADORA SENA MACIEL; ISOLDA CARVALHO DE SANTANA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ - PE - BRASIL

### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 50 anos de idade, dá entrada em um hospital de Alagoas com queixa de disfonia progressiva há cerca de 8 meses. De antecedentes pessoais, relatava tabagismo de longa data e etilismo crônico de destilados. Na escala de avaliação vocal apresentou: Rouquidão 2 + Aspreza 1 + Soprosidade 1 + Tensão 0 + Instabilidade 0. Ao exame físico, foram observadas amígdalas grau II, sem alterações à rinoscopia e otoscopia. À tomografia computadorizada de pescoço de Maio de 2023, apresentava espessamento de pele e tecido subcutâneo na região frontal, submandibular e submentoniana, pequena formação cística arredondada na pele na região parotídea à esquerda e ateromatose. Foi realizada a biópsia e o exame anatomopatológico trouxe resultado de lesão de prega vocal correspondente à carcinoma de células escamosas invasivo moderadamente diferenciado. Exames laboratoriais evidenciaram sorologia positiva para Citomegalovírus, sem demais alterações relevantes.

### APRESENTAÇÃO DO CASO

A hipertrofia da tonsila faríngea pode ocorrer de forma compensatória em portadores de anemia falciforme. Esses pacientes possuem a resposta imune afetada por uma série de alterações, como a diminuição da produção de interleucina 4, altos níveis de ferro e transferrina circulantes e comprometimento dos mecanismos que envolvem a maturação e produção de linfócito B e IgM. Vale destacar, ainda, que a autoesplenectomia é comum entre esse grupo, logo, ao perder e/ou ter suas fontes de defesa fragilizadas, o sistema humano tenta compensar através de outros tecidos linfóides. Assim, a hipertrofia de tonsila faríngea ocorre e provoca obstrução das vias aéreas superiores, o que pode piorar ainda mais o quadro de dispneia, agravando o caso. Cabe destacar que a poiquilocitose pelas células implica risco aumentado de desenvolver infecções de via aérea superior e episódios de crise algica - o exame laboratorial da paciente já indica infecção com a presença de uma leve leucocitose. Diante desse quadro, observa-se estreita relação entre a ocorrência de hipertrofia de adenoide e repercussões da anemia hemolítica em questão.

### COMENTÁRIOS FINAIS

A voz é um importante instrumento de identificação pessoal do indivíduo, revelando características de personalidade e expressão. Para que seja produzida, é necessária uma complexa e interdependente ação de músculos e a integridade do aparelho fonador. Muitas são as causas que alteram a qualidade vocal, dentre elas está o carcinoma de células escamosas, sendo a disfonia uma das manifestações iniciais do acometimento local por esta neoplasia. Os distúrbios de voz acometem de 3 a 9% da população e produzem uma série de impactos negativos na qualidade de vida dos indivíduos. Cânceres do trato aerodigestivo superior (CTADS), ou seja, cavidade oral, faringe, laringe e esôfago são responsáveis por uma incidência de cerca 5,2% dos casos de câncer em todo o mundo. Em geral, a grande maioria dos pacientes portadores de CTADS são indivíduos etilistas e/ou tabagistas, que apresentam baixa escolaridade, condições socioeconômicas ruins, desnutridos, com inadequada higiene oral.

Palavras-chave: Disfonia; Câncer da Laringe; tabagismo.

**PO336**

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

Mortalidade por neoplasia maligna da laringe no Brasil, durante o período de 2011-2021

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIANA TAINÁ OLIVEIRA DE FREITAS

**COAUTORES:** ANA CAROLINA RODRIGUES LADO; BRENDA LUIZA CARVALHO; THAÍS COUTINHO DE REZENDE; ANALUIZA MARTINS MOREIRA GOMES

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL3. CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU, RECIFE - PE - BRASIL4. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL

**Objetivo:** Descrever os parâmetros epidemiológicos acerca da taxa de mortalidade por neoplasia maligna da laringe no Brasil, durante o período de 2011 a 2021.

**Métodos:** Estudo observacional, transversal, descritivo e quantitativo, realizado mediante coleta de dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) vinculado ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), segundo as regiões brasileiras no período supracitado.

**Resultados:** Constatou-se que o total de obituários entre 2011 e 2021 foi 47.807. Desse resultado, 3.891 em 2011, 4.339 em 2012, 4.141 em 2013, 4.142 em 2014, 4.384 em 2015, 4.382 em 2016, 4.501 em 2017, 4.455 em 2018, 4.532 em 2019, 4.478 em 2020 e 4.562 em 2021. Quanto às regiões brasileiras, apresentaram os seguintes quantitativos: 2.121 na região Norte, 10.360 no Nordeste, 23.485 no Sudeste, 8.600 no Sul e 3.241 na região Centro-Oeste. Percebe-se que houve um aumento do quantitativo de mortalidades no período analisado, tendo a região Sudeste e o ano de 2021 com o maior número de casos.

**Discussão:** É importante pontuar que, o de câncer de laringe é mais prevalente no gênero masculino associado a uma maior adesão ao tabagismo e ao etilismo, os dois fatores de risco principais para a doença. Estudos demonstraram que o Brasil é o país com maior incidência para o câncer de laringe na América Latina, embora a taxa de mortalidade não seja a maior. Contudo, percebe-se que o elevado número de casos reflete em uma constante e elevada taxa de mortalidade, havendo um aumento quantitativo entre 2011 e 2021 no Brasil. Tal situação reflete a necessidade de novas políticas de rastreamento, assim como, ações de educação em saúde a fim de aumentar o diagnóstico precoce e melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos pela neoplasia maligna da laringe para, assim, reduzir a longo prazo a mortalidade da doença.

**Conclusão:** A partir do exposto, observou-se que o câncer de laringe apresenta tendência de progressão do número de casos. No Brasil, hábitos sociais podem influenciar no aumento da Neoplasia Maligna de Laringe, como o ato de ser etilista ou tabagista, já que os estudos apontam estes atos como os principais fatores de risco, visto que o fumo aumenta em 10 vezes a chance de desenvolver o câncer de laringe, como é mostrado pela literatura. Além disso, a poluição ambiental também é um fator para o aumento dos casos, principalmente na região sudeste que apresentou o maior índice, por se tratar de uma região mais industrializada. Ressalta-se a necessidade de mais pesquisas para analisar dados de longo prazo da incidência de câncer de laringe comparados com as tendências de tabagismo, alcoolismo e poluições ambientais para observar como as mudanças temporais no perfil deste câncer estão relacionadas a estes fatores no Brasil. É imprescindível, dessa maneira, que o país fortaleça as medidas de controle desses fatores de risco a fim de reduzir os casos e as mortes. Embora importantes avanços no registro do câncer tenham sido alcançados, ainda há muito a ser feito para preencher as lacunas da vigilância e epidemiologia do câncer e melhorias significativas em qualidade, cobertura e uso de dados são necessários.

**Palavras-chave:** Neoplasia de laringe;Epidemiologia;Fatores ambientais.



PO343

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Tuberculose Laringea: um relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** JULIANA FERREIRA LIMA

**COAUTORES:** JÚLIA ALVES DE SENNE; HENRIQUE VIANA CARVALHO BOTELHO; RENATO FERREIRA GARCIA; AMANDA BORGES NUNES XIMENES; FABIANA DE CARVALHO BELCHIOR; JARBAS CAMARA PACHE DE FARIA

**INSTITUIÇÃO:** 1. INSTITUTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DA GAMBOA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL. 2. CLINICA OTORRINOS REUNIDOS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente, uma mulher de 52 anos, autônoma e natural de Niterói – RJ, sem comorbidades, pratica atividade física diariamente. Procurou o serviço de otorrinolaringologia da Clínica Otorrinos Reunidos em 2019 devido a disfonia e odinofagia, iniciadas cerca de 1 ano antes. Nega tabagismo, etilismo, febre, emagrecimento, tosse ou sintomas dispépticos. Na ocasião, foi realizada videolaringoscopia que mostrou hiperemia e edema de prega vocal direita, sugestivos de lesão infiltrativa e posteriormente, tomografia de tórax, com imagem sugestiva de tuberculose pulmonar, apesar de não apresentar sintomas pulmonares. Foi encaminhada para unidade para início do tratamento, apresentando melhora dos sintomas após 15 dias.

**Discussão:** A tuberculose é um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Segundo as estatísticas da Organização Mundial de Saúde, a cada ano, 10 milhões de pessoas contraem tuberculose, principalmente na forma pulmonar, resultando em mais de 3 milhões de óbitos. No Brasil, a média anual de casos de tuberculose é de aproximadamente 85 mil. A tuberculose laríngea costumava ser uma complicação comum e frequentemente letal da forma pulmonar; no entanto, atualmente é incomum e normalmente secundária à infecção pulmonar. Na maioria dos casos, é diagnosticada pelo otorrinolaringologista devido ao seu principal sintoma que motiva a consulta: a disfonia. No relato de caso apresentado, a queixa inicial da paciente era a permanência da rouquidão e odinofagia, mesmo após o término da administração de diversos medicamentos, apresentando melhora somente após esquema anti-tuberculoso. A biópsia laríngea da paciente foi crucial para o diagnóstico, evidenciando infiltrado inflamatório crônico granulomatoso com focos de necrose. A tomografia computadorizada de tórax demonstrou opacidades com atenuação em vidro fosco central e margem densa, configurando nódulos aglomerados confluentes e não confluentes esparsos nos pulmões. O tratamento da tuberculose laríngea é semelhante ao da forma pulmonar, utilizando esquemas terapêuticos com antibióticos habituais.

**Comentários finais:** É fundamental considerar a possibilidade de tuberculose laríngea em pacientes que apresentam disfonia e odinofagia, como observado na paciente mencionada, mesmo na ausência de sinais sistêmicos ou indicativos de imunossupressão. Nesse contexto, a realização de biópsia da lesão é de suma importância para obter um diagnóstico preciso, além de outros exames complementares que também foram realizados no caso. Destaca-se também a relevância de iniciar o tratamento de forma precoce e apropriada para um desfecho positivo e contribuir para a prevenção de complicações futuras.

**Palavras-chave:** Tuberculose; Laríngea; Disfonia.

PO349

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Extrusão de prótese de tireoplastia 10 anos após procedimento.

**AUTOR PRINCIPAL:** ANA PAULA BRANDAO SILVA

**COAUTORES:** JULIANA RODRIGUES MARTINS; ANA LÚCIA CHUNG CARAVANTE; BRUNA SOARES GAZZETTA; GABRIEL DONATO AMORIM; CAIO VINICIUS SAETTINI; FERNANDA WILTGEN MACHADO; GRAZZIA GUGLIELMINO DA CRUZ

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação do Caso:** L.K, 57anos, masculino, aposentado e natural de São Paulo. Em 2013, iniciou com quadro de afonia acompanhada de disfagia, logo após extubação orotraqueal, devido à cirurgia de correção de aneurisma tóraco-abdominal. Realizado nasofibrolaringoscopia e observando-se imobilidade bilateral de pregas vocais em abdução. A eletroneuromiografia apresentou denervação somente à direita. Foi conduzido com consultas periódicas otorrinolaringológicas acompanhadas de terapia fonoaudiológica. Evoluiu com piora importante da disfonia, porém sem disfagia e sem restrições alimentares. Realizado nova eletroneuromiografia que demonstrou lesão do nervo inferior à direita, sem denervação, e com alteração neurológica do tireoaritenóideo ipsilateral. O exame de videolaringoscopia mostrou desnivelamento de pregas vocais, persistindo com imobilidade de prega vocal esquerda e paresia de prega vocal direita. Foi então submetido à tireoplastia tipo I à esquerda com melhora do padrão vocal.

**Discussão:** Em maio desse ano, o paciente apareceu ao Pronto-socorro referindo a saída pela cavidade oral da prótese de silicone da tireoplastia, após tossir. Apresentava piora vocal, com sopro e rouquidão. Negava queixas álgicas ou sangramentos. Realizado Tomografia computadorizada de pescoço que evidenciou lesão expansiva, irregular de aspecto infiltrativo em comissura anterior de prega vocal esquerda e na laringoscopia indireta, prega vocal esquerda imóvel, com rigidez de mucosa. Apresentava proeminência em região infraglótica esquerda. Tais fatos mostravam extrusão parcial da prótese de silicone, sem sinais de comprometimento da via aérea. Decidido então por abordagem cirúrgica para remoção completa de prótese, sem nova tireoplastia.

**Comentários Finais:**A tireoplastia tipo I é um procedimento cirúrgico usado para melhorar a voz por reestruturar o esqueleto laríngeo. Envolve a inserção de um implante na cartilagem tireóide para alterar a posição e a tensão das pregas vocais. Este procedimento é usado principalmente para alterar o tom da voz de uma pessoa, normalmente para aumentá-lo em casos de paralisia das pregas vocais ou para modificá-lo para terapia de voz transgênero. A cirurgia é segura, permite adequado ajuste da qualidade vocal e tem a possibilidade de ser reversível. As complicações cirúrgicas da tireoplastia tipo I podem ser maiores ou menores. As maiores incluem hemorragia na ferida cirúrgica, obstrução aérea e extrusão do implante (algo bem raro) enquanto as menores incluem hematoma de prega vocal e mobilização do implante.

**Palavras-chave:** Tireoplastia tipo I; Imobilidade de prega vocal; Relato de caso.

PO360

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

### PARACOCCIDIOIDOMICOSE MULTIFOCAL: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** NATALIA NUNES DA SILVA

**COAUTORES:** GABRIELA LEMES DAVID; BEATRIZ BRAGA SILVA; VICTTORIA RIBEIRO DE ALENCAR ARARIPE FERREIRA; SORAYA ELIAS RUSSO LIMA; WILSON BENINI GUERCIO; ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente A.L.D.E, 23, feminino, referia disfonia, odinofagia e tosse seca com evolução há 3 meses, com piora progressiva, além de ser tabagista há 10 anos e etilista social. Nega perda ponderal, febre e outras queixas. Ao exame físico, evidenciada lesão de aspecto ulcerado e irregular acometendo a loja amigdalina à direita, com linfonodomegalia palpável em nível II cervical à direita. Realizada videolaringoscopia em 05/07/23 com lesão de aspecto edemaciado e infiltrado de todo andar supra glótico, inclusive borda livre da epiglote, com mucosa evidenciando descontinuidade e perda da mobilidade, que se estende por toda região da borda ventricular, desde comissuras anterior e posterior, assim como mucosa de laringe posterior e pregas vocais. Optou-se por internação hospitalar em 07/08/23, para melhor investigação do caso, sendo feita TC de tórax com presença de padrão micronodular difuso, com leve predomínio nos lobos superiores e em TC de pescoço, espessamento difuso e irregular da epiglote e das bandas vestibulares, com realce homogêneo por contraste, estendendo-se ao aspecto lateral esquerdo da orofaringe, sem caracterizar lesão nodular bem definida, com linfonodomegalias cervicais nos níveis II e III, possivelmente reacionais. Durante internação, paciente evoluiu com lesões eritemato-vesico-croscosas pruriginosas de limites mal definidos em MMII e MMSS. Realizada investigação de tuberculose, com 3 amostras de BAAR e TRM-TB negativos. Em biópsia de lesão em 10/08/23, constatou-se granulomatose com células gigantes multinucleadas em mucosa escamosa ulcerada e pesquisa direta de fungos demonstrou estruturas fúngicas arredondadas com brotamentos ora simples e ora múltiplos, sugestivos de paracoccidiodomicose e sorologia para tal fungo positiva até 1:16. Paciente está em acompanhamento conjunto com infectologia, em uso de sulfametoxazol + trimetoprima e aguarda obtenção de Itraconazol pelo SUS, com melhora importante dos sintomas prévios.

#### DISCUSSÃO

No Brasil, a paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica endêmica, causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. Acomete sobretudo homens, de 30-60 anos, no meio rural, sendo rara em crianças e adultos jovens. A forma crônica disseminada é a mais comum, representa 60 a 70% dos casos em adultos. As vias respiratórias e os pulmões são sítios mais comuns de inoculação e localização inicial da doença. As lesões mucosas ocorrem mais comumente em lábios, gengiva, língua, mucosa jugal, palato; úvula, pilares amigdalinos, assoalho da boca, nariz e laringe. Quando há comprometimento laríngeo, este acomete principalmente as cordas vocais, sendo a disfonia a queixa principal. O diagnóstico definitivo da doença pode ser realizado por exame micológico direto, cultura, exame histopatológico e sorologias, sendo o exame direto definitivo e simples. O padrão ouro é a identificação do fungo na lesão. As drogas atualmente disponíveis para o tratamento são as sulfonamidas, anfotericina B e os derivados imidazólicos (cetoconazol e itraconazol), as quais, quando corretamente empregadas, têm eficácia similar. Os derivados imidazólicos, comparados às sulfas, levam à regressão mais rápida das lesões, mas não diminuem índices de recidivas, sendo indicados nas formas crônicas dos adultos. O tratamento em média dura dois anos e só deverá ser suspenso quando a doença estiver inativa.

#### COMENTÁRIOS FINAIS

Apesar da paciente não pertencer ao perfil epidemiológico clássico da paracoccidiodomicose, é importante incluí-la como diagnóstico diferencial frente a um quadro sugestivo, para reconhecimento e tratamento precoce, devido a elevada morbimortalidade desta patologia.

Palavras-chave: paracoccidiodomicose; laringe; lesões mucosas.

PO362

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## SINTOMA OTORRINOLARINGOLÓGICO NA SÍNDROME DE FORESTIER: UM RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** GRAZIELA MORAIS LOURENÇO

**COAUTORES:** AMANDA AZEVEDO; ANA CAROLINA ROBADELO DA SILVA FREIRE; LUCAS ABREU ARANTES; LUIZ CLAUDIO COSTA PINTO DA SILVA; ROSANE SICILIANO MACHADO BARCELOS; WALLACE NASCIMENTO DE SOUZA

**INSTITUIÇÃO:** HCPM RJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 67 anos, branco, previamente hipertenso, procedente do Rio de Janeiro/RJ. Iniciou com quadro de disfagia progressiva, principalmente para sólidos, e globus faríngeo há cerca de dois meses. Negava tabagismo, disfonia e demais sintomas otorrinolaringológicos. Ao exame físico: otoscopia, rinoscopia e oroscopia sem alterações relevantes. Foi realizada nasofibrolaringoscopia flexível, apresentando abaulamento em parede posterior da hipofaringe, móvel à movimentação da cabeça. Pregas vocais sem alterações e estase salivar em valécula à direita. Diante desse achado foi solicitada tomografia computadorizada da coluna cervical, que demonstrou alterações degenerativas da coluna cervical, notando-se exuberantes pontes osteofitárias anteriores, comprimindo a parede posterior da hipofaringe e da laringe. Dessa forma, através de critérios clínicos e radiológicos estabelecemos o diagnóstico de Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa (DISH), também conhecida como Síndrome de Forestier.

### DISCUSSÃO

Nosso relato traz a Síndrome de Forestier por ser uma doença de etiopatogenia ainda pouco investigada, mas provavelmente relacionada às alterações metabólicas sistêmicas. Afeta principalmente a coluna torácica e cervical e apresenta sintomas de natureza leve, como dorsalgia e rigidez nas articulações, além de manifestações de maior grau, como as otorrinolaringológicas, alterando a função aerodigestiva, levando à disfonia e disfagia, comprometendo a mobilidade do sistema musculoesquelético da região cervicofacial, por exemplo. Sabe-se que é uma doença degenerativa, que afeta as enteses, sendo caracterizada pela ossificação dos pontos de inserção de ligamentos, tendões e cápsulas articulares. Aumenta em frequência com a idade e predomina no sexo masculino (2:1). O diagnóstico requer a presença de anormalidades radiológicas, verificadas por meio de RX, TC e/ou RM.

### COMENTÁRIOS FINAIS

A DISH, é, portanto, um diagnóstico diferencial de disfagia/disfonia, principalmente no paciente idoso. Em virtude dessa associação a sintomas faringo laríngeos, é preciso que estejamos alertas sobre a importância do diagnóstico acertado, visando o tratamento precoce e prevenção de complicações. Por fim, o tratamento costuma ser baseado em uma estratégia multidisciplinar conservadora, com fisioterapia e atividades físicas, modificações dietéticas e terapias de deglutição. Também em casos refratários, sobretudo, de disfagia grave causada pela síndrome, podemos lançar de ressecção cirúrgica anterior.

Palavras-chave: Disfagia;coluna cervical;doença degenerativa.

PO368

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Trauma cervical contuso com fratura cartilaginosa – relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA RAMOS RIBEIRO

**COAUTORES:** BRUNA SOUZA MAGALHÃES; MIGUEL BOSENBECKER BÖHM; TACIANE BRINCA SOARES SALITURE; GABRIELA MARTINS DE MORAES; MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO; SACHA TAMARA NOGUEIRA NISSAN; ELISA INES DEMUNER VALLANDRO

**INSTITUIÇÃO:** ISCMSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL

### Apresentação do caso

Paciente do sexo masculino, 35 anos, previamente hígido, deu entrada no pronto socorro referindo dor em região cervical, disфония em rouquidão, dor à fonação, disfagia em engasgo para alimentos sólidos e dispneia a médios. Relata início dos sintomas há 3 dias, quando sofreu queda de cerca de 4 metros de altura em prática de mountain bike, com trauma cervical contuso de forte impacto. No momento da queda apresentou disфония súbita associado a desconforto respiratório importante. Teve atendimento médico em serviço externo, foram prescritos analgésicos, tendo alta posteriormente. Ao exame físico eupneico em ar ambiente, sem sinais de desconforto respiratório. Sem crepitação a palpação de laringe e sem sinais de enfisema subcutâneo. A análise perceptiva da voz indicava rouquidão e soprosidade. À nasofibrosopia, foi observado equimose em região de seio piriforme direito que se estendia até prega ariepiglótica e aritenóide ipsilaterais com impressão de rechaçamento de estruturas contralaterais, além de hematoma em ventrículo de Morgani bilateralmente. À fonação, prega vocal a direita apresentava hipomobilidade, repousando em posição paramediana. Em tomografia computadorizada de pescoço foi visualizado traço de fratura em região posterior direita de cartilagem cricoideia e aumento de partes moles adjacente. Foi optado por tratamento conservador, com internação hospitalar para vigilância respiratória e corticoterapia endovenosa. Paciente evoluiu com melhora de disфония, dispneia e disfagia, tendo alta hospitalar após 48h de tratamento.

### Discussão

A estrutura em anel da cartilagem cricoideia garante o não colapso da via aérea durante a deglutição, respiração e fonação. Fraturas, deslocamentos e lesões nessa cartilagem ou na região cervical podem causar sintomas como disфония, disfagia ou obstrução de via aérea. Após o relato de trauma e dor em região cervical é necessário realizar a investigação através de exame físico, nasofibrosopia e se disponível exames de imagem para auxiliar no diagnóstico. No exame físico, principalmente, deve-se atentar a sinais como desconforto respiratório ao repouso e estridor e se presentes prontamente garantir a via aérea do paciente. Quando o paciente não apresenta sinais de insuficiência respiratória deve-se atentar a disфония e disfagia e pesquisar alterações nas pregas vocais, que podem ser temporárias ou definitivas. Em alguns casos a intervenção cirúrgica pode ser necessária para garantir a via aérea e evitar complicações a longo prazo e em casos menos graves com o tratamento clínico e vigilância respiratória o paciente pode se recuperar completamente.

### Comentários finais

A via aérea é o primeiro passo da avaliação de um politraumatizado, e esta não deve ser menosprezada pelo iminente risco à vida. A avaliação laríngea em um paciente com queixa de disфония e dispneia após trauma cervical é mandatória, e neste caso o paciente conseguiu ter atendimento especializado sem piores desfechos. A conduta do trauma cervical contuso depende da patologia adquirida pelo paciente, podendo por muitas vezes a conduta expectante ser realizada. A depender da gravidade, traqueotomia e cirurgias de urgência podem ter que ser realizadas.

### Referências

ELIAS, N.; THOMAS, J.; CHENG, A. Management of Laryngeal Trauma. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America, jun. 2021.

IAROCCHI, A. L.; WINTERS, R. Laryngeal trauma: a review of current diagnostic and management strategies. Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery, v. 30, n. 4, p. 276–280, 1 ago. 2022.

Palavras-chave: trauma cervical;fratura cricoide;fratura cartilaginosa.

PO376

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Hemangioma supraglótico – relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA RAMOS RIBEIRO

**COAUTORES:** SACHA TAMARA NOGUEIRA NISSAN; VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA; ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI; TACIANE BRINCA SOARES SALITURE; ELISA INES DEMUNER VALLANDRO; KAREN MOREIRA ROZEMBERG; RENAN DONAIRE CÔNSOLO

**INSTITUIÇÃO:** ISCMSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL

### Apresentação do caso

Paciente feminina nascida pré-termo devido oligoâmnio, permaneceu internada 30 dias na UTI neonatal, sem necessidade de IOT. Com 2 semanas de vida foi observado ruído respiratório e durante avaliação de equipe de pediatria foi diagnosticada com refluxo gastroesofágico e iniciou tratamento clínico com omeprazol. Após alta médica, mãe referia dificuldade de amamentação em seio materno devido a engasgos e dispneia durante as mamadas. Associado ao quadro, paciente apresentava estridor principalmente durante o choro com retração de fúrcula. Tinha ganho ponderal adequado porém lento em curva de crescimento. Durante a avaliação otorrinolaringológica, feita nasofibrolaringoscopia e foi observada epiglote em ômega com ligamentos ariepiglóticos encurtados e redundância de mucosa de aritenoides bilateralmente (laringomalacia tipo 1 e 2). Devido aos sinais e sintomas, optou-se pela realização de supraglotoplastia via laringossuspensão. No acompanhamento pós-operatório, visualizou-se uma nova lesão arroxeada em região de retrocricóide, acarretando em rechaçamento de aritenoides, estabelecendo a principal hipótese de hemangioma retrocricóideo. Foi iniciado tratamento com propranolol e apesar do uso correto, não houve redução da lesão. Entretanto, paciente apresentou melhora importante da clínica respiratória e do ganho ponderal.

### Discussão

Os hemangiomas são uma formação vascular benigna composta por vasos sanguíneos anormalmente dilatados. São tumores comuns na infância sendo mais comumente encontrados em região da cabeça e pescoço (60% dos casos). Hemangiomas de via aérea superior são raros e são encontrados em 1,8% de pacientes com hemangioma cutâneo (ÁLVAREZ-NERI et al., 2019). A maior parte dos hemangiomas de via aérea são encontrados na subglote, sendo os hemangiomas supraglóticos extremamente raros.

A abordagem do hemangioma de via aérea envolve uma avaliação para determinar a extensão da lesão, a possível obstrução das vias aéreas e repercussão clínica. A maioria é identificada nos primeiros meses de vida e pode ser acompanhada por sintomas como estridor inspiratório e dificuldade respiratória. O seu tratamento depende da gravidade dos sintomas e do risco de obstrução das vias aéreas. Em alguns casos, a observação cuidadosa com monitoramento regular é suficiente, pois muitos hemangiomas diminuem naturalmente à medida que a criança cresce. No entanto, em situações mais graves em que a respiração ou a alimentação são prejudicadas, intervenções podem ser necessárias. Opções de tratamento podem incluir terapia medicamentosa com propranolol, ou, em casos raros e graves, intervenção cirúrgica.

**Considerações finais:** O hemangioma de via aérea é uma condição rara acompanhado por dispneia progressiva, estridor e possível obstrução grave aguda das vias aéreas. O manejo terapêutico do hemangioma de via aérea, principalmente de hemangioma subglótico evoluiu nas últimas décadas, uma vez que antigamente optava-se por abordagem e cirúrgica em todos os casos e recentemente, há evidências sobre a alta eficácia do uso de propranolol sistêmico além de alto perfil de segurança e possível remissão da lesão. Preconiza-se o uso na dose 0.5-1 mg/kg/ dia com incrementos diários até a dose de 2 mg/kg/dia a qual é mantida de 6-12 meses. No contexto de hemangioma supraglótico há a necessidade de estudos adicionais acerca da utilização do propranolol. É essencial a avaliação prévia e contínua com equipe multiprofissional de endocrinologia e cardiologia para vigilância dos efeitos colaterais.

**Referências:** GEORGE, A.; MANI, V.; NOUFAL, A. Update on the classification of hemangioma. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology, v. 18, n. 4, p. 117, 2014.

ÁLVAREZ-NERI, H. et al. Tiempo de respuesta terapéutica al propranolol sistémico en el manejo de hemangiomas subglóticos pediátricos: serie de casos y revisión de la literatura. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, v. 75, n. 6, 14 jan. 2019.

**Palavras-chave:** hemangioma supraglótico; hemangioma subglótico; tratamento hemangioma.

PO382

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ****CARCINOMA ESPINOCELULAR PAPILÍFERO MIMETIZANDO PAPILOMATOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE**COAUTORES:** VICTOR ARY CÂMARA; MARCELA ARAÚJO PEREIRA; BRUNA FERREIRA SILVA; DÉBORA LUCENA SILVEIRA; YURI COSTA FARAGO FERNANDES; GRAZIELA DE OLIVEIRA SEMENZATI; AGRICIO NUBIATO CRESPO**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL**Apresentação do caso:**

Homem, 49 anos, hipertenso, portador do vírus HIV (carga viral indetectável), com quadro de disfonia há 4 meses. Negava dispneia, disfagia, odinofagia, perda de peso, dor ou demais sintomas. Histórico de tabagismo e etilismo. Em telaringoscopia, apresentava lesão vegetante acometendo toda a prega vocal esquerda (PVE), optado por realizar biópsia ambulatorial, evidenciando hiperplasia epitelial com moderada queratinização e ausência de sinais de malignidade. Aventada possibilidade de papilomatose laríngea. Paciente submetido à microcirurgia transoral com laser de CO<sub>2</sub>, com os seguintes achados intra-operatórios: lesão vegetante extensa em PVE ultrapassando linha média com acometimento contralateral em terço anterior de prega vocal direita, além da presença de 4 lesões diminutas de mesmo aspecto em supraglote. Subglote e traqueia livres de lesões. Realizada a remoção de lesão em PVE e vaporização de lesões em supraglote, mantendo lesões residuais para evitar sinéquias e cicatrizes. Material enviado para análise anatomopatológica caracterizado como carcinoma epidermoide com padrão papilífero. Após discussão com equipe de Patologia, mantido o diagnóstico de neoplasia maligna. Dessa forma, devido ao aspecto endoscópico da doença, paciente foi encaminhado para Oncologia e Radioterapia para complementação de tratamento.

**Discussão:** O carcinoma espinocelular papilífero é uma variante rara do carcinoma espinocelular (CEC) do trato aerodigestivo e tem sido correlacionado com um prognóstico mais favorável que o carcinoma espinocelular convencional de cabeça e pescoço. O CEC representa mais de 90% de todas as neoplasias malignas encontradas na laringe. Os fatores de risco para o desenvolvimento desta lesão incluem o uso de álcool, tabaco e exposição à radiação. Os CECs têm múltiplas variantes histológicas, e o carcinoma espinocelular papilífero trata-se de uma entidade distinta que merece um diagnóstico específico devido ao seu bom prognóstico quando comparado ao dos CECs convencionais. O diagnóstico diferencial preciso requer estreita cooperação entre o laringologista e o patologista.

**Comentários finais:** O presente caso ilustra a importância de considerar a malignidade no diagnóstico diferencial de lesões laríngeas de aspecto benigno, especialmente à medida que aumenta a incidência de tumores relacionados ao HPV. Embora os CECs que acometem a laringe apresentem prognóstico relativamente favorável quando comparados aos CECs convencionais de cabeça e pescoço, sua correta identificação é essencial para seu manejo adequado.

**Palavras-chave:** CEC; papilomatose; CEC papilífero.



PO400

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## SCHWANNOMA LARÍNGEO: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** LUIZA VAZQUEZ BARREIRA RANZEIRO DE BRAGANÇA

**COAUTORES:** PEDRO HENRIQUE ARAUJO DE VASCONCELOS; LARISSA CORDEIRO MOSTACEDO LASCANO; FERNANDO JORGE DOS SANTOS BARROS; THIAGO DE ALMEIDA REIS; CARLOS BARONE JUNIOR; RENATA FONSECA MENDONÇA

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL. 2. POLICLINICA DE BOTAFOGO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Apresentação do Caso** - MSLS, feminina, 67 anos, HAS, depressão, AVE e câncer uterino prévios. Paciente deu entrada pelo serviço de emergência apresentando disfonia importante e referindo disfagia, engasgos frequentes, dispneia aos médios esforços, estridor e tosse com piora progressiva há quatro anos. Tomografia computadorizada do pescoço mostra lesões de aspecto polipoide em pregas vocais a direita medindo cerca de 9,5 mm e a esquerda cerca de 6,2 mm, com redução da coluna aérea e obliteração do recesso piriforme a direita. Videolaringoscopia mostra lesão polipoide, superfície lisa de cerca de 1 cm em região infra glótica, obstruindo cerca de 90% da luz glótica. Feita internação emergencial e programada traqueostomia e microcirurgia de laringe. No intra-operatório foi observada lesão sólida, pouco sangrante, encapsulada contendo material de aspecto amarelado/gorduroso em seu interior em região infra glótica à direita. Após traqueostomia foi realizada excisão completa da lesão. A cânula da traqueostomia foi retirada após sete dias e a paciente teve melhora completa dos sintomas. O exame microscópico da peça revelou neoplasia constituída por células fusiformes com núcleos alongados, moderado citoplasma, bordas indistintas, fascículos arranjados vagamente em paliçada (corpos de Verocay) com estroma hialinizado- padrão Antoni A e Antoni B, onde células encontram-se em matriz mais frouxa. O laudo sugere Schwannoma e o estudo imuno-histoquímico encontra-se em andamento.

**Discussão** - Os schwannomas, ou neurinomas, são um tumor benigno encapsulado, de crescimento lento, originário da célula de Schwann do sistema nervoso periférico. Cerca de 25-45% de todos os schwannomas são encontrados na região da cabeça e pescoço e destes, cerca de 0,1% representam os schwannomas da laringe. A maioria destes tem origem nos espaços parafaríngeos. No entanto, o schwannoma localizado na laringe é raro e representa 0,1 % de todas as neoplasias benignas da laringe. A grande maioria dos casos relatados era supraglótico, afetando as cartilagens aritenóides, pregas ariepiglóticas ou falsas pregas vocais sendo menos frequente nas pregas vocais verdadeiras, epiglote e áreas subglóticas. A hipótese mais aceita é que o schwannoma laríngeo surge do ramo interno do nervo laríngeo superior após a sua penetração na membrana tireo-hioideia. Os únicos fatores de risco conhecidos para o seu desenvolvimento são a exposição prévia à radiação e a predisposição genética. Não parece ter predileção por nenhum grupo étnico, sexo ou idade. Porém alguns estudos observaram ser mais frequente em mulheres na quinta década de vida. A maioria dos schwannomas ocorre de forma esporádica e isolada e os sintomas estão relacionados com o efeito de massa e a localização do tumor. Estes incluem sensação de globus, disfagia, odinofagia, disfonia, dispneia de esforço ou estridor. Os diagnósticos diferenciais que devem ser considerados incluem cisto laríngeo, laringoceles, condromas, adenomas, mucocelos, lipomas e neurofibromas. O diagnóstico só pode ser confirmado através de histopatologia. Macroscopicamente apresentam-se como massas cinzentas, com alterações xantomatosas ou císticas variáveis. Microscopicamente apresentam dois padrões de crescimento e coloração S-100 positiva. Um padrão organizado de forma compacta e paralelo (Antoni A), em outro é menos organizado, menos celular, com microcistos e histiócitos com conteúdo lipídico (Antoni B). A excisão cirúrgica com margens livres continua a ser o tratamento de eleição e o prognóstico dos schwannomas de laringe são bons.

**Comentários Finais** - Os schwannomas da laringe são extremamente raros e a maior parte da literatura científica é representada por relatos de casos. Eles tem variados diagnósticos diferenciais. São tumores benignos e o seu padrão de crescimento indolente pode fazer com que os sintomas estejam presentes durante anos antes do diagnóstico. O local mais comum do tumor primário é a falsa prega vocal e o sintoma mais comum é a disfonia. A excisão cirúrgica completa é curativa, seu diagnóstico definitivo é histopatológico e possui bom prognóstico.

**Palavras-chave:** SHWANNOMA; LARINGE; DISFONIA.

PO411

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## CIRURGIAS DE TRAQUEOSTOMIA NO NORDESTE BRASILEIRO: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

**AUTOR PRINCIPAL:** MARINA MOURA MACIEL

**COAUTORES:** MARIA EDUARDA ANTUNES PARREIRAS; MARIA LAURE ANTUNES PARREIRAS; IGOR DOMENICI ARAUJO LANNA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL 2. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**OBJETIVO:** Analisar quantitativamente dados acerca da realização de cirurgias de traqueostomia no Nordeste brasileiro no período entre julho de 2018 e julho de 2023.

**MÉTODOS:** Estudo ecológico, retrospectivo. Foram utilizados dados da produção hospitalar disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/DataSUS). As variáveis consultadas foram: autorizações de internação hospitalar (AIH) autorizadas, mês/ano de atendimento, unidade da federação e caráter de atendimento.

**RESULTADOS:** No período de 5 anos (Jul/2018-Jul/2023), foram realizadas 22.383 cirurgias de traqueostomia na região do Nordeste. Sendo perceptível um maior número de procedimentos cirúrgicos feitos no estado do Ceará, com 5.894 (26,3%), e, em segundo lugar Bahia com 5.417 (24,2%) cirurgias, os estados de Alagoas e Sergipe tiveram os menores números de traqueostomias realizadas, sendo, respectivamente, 584 (2,6%) e 329 (1,5%). Em relação às cirurgias efetuadas, 17.669 (78,9%) foram de caráter urgente, 4.691 (20,9%) de caráter eletivo, 15 foram por lesões e envenenamento por agentes químicos/físicos e 8 (0,036%) de outros tipos de acidente de trânsito. Vale ressaltar que, ao comparar os anos de maior e menor número de cirurgias realizadas, sendo 2021 com 4.774 procedimentos cirúrgicos e 2022 com 4.062 traqueostomias feitas, houve uma redução de 14,9% no número de cirurgias executadas.

**DISCUSSÃO:** A traqueostomia consiste em uma intervenção cirúrgica que visa permitir a desobstrução das vias aéreas superiores do paciente, sendo preconizado em cenários de comprometimento do trato respiratório superior. Diante dessa contextualização, é válido destacar que, apesar de ser procedimento amplamente realizado, o profissional médico deve seguir a técnica preconizada cientificamente e utilizar todo o equipamento necessário para cumprir as normas e os objetivos na execução dessa cirurgia. Ademais, devido aos resultados supracitados é notório a elevada realização de traqueostomia no nordeste brasileiro, com ênfase nos estados do Ceará e da Bahia. Bem como a prevalência do caráter de urgência em detrimento ao eletivo, sendo possível apontar a elevada incidência de traumas em todo território nacional, o que reflete na região abordada. Por fim, a atenuada oscilação na quantidade de intervenções cirúrgicas realizadas no período analisado expõe que o cenário pandêmico não atribuiu impacto nos dados apresentados, corroborando para hipótese de que os eventos traumáticos lideram as indicações para traqueostomia nas atuações de urgência. Nesse sentido, é fundamental o cuidado desde a recomendação do procedimento ao pós-operatório do paciente, com o objetivo de assegurar bons resultados e reduzir a prevalência de complicações e desfechos desfavoráveis.

**CONCLUSÃO:** Após a análise dos dados, é possível verificar o destaque que o procedimento de traqueostomia de caráter de urgência representa no nordeste brasileiro, totalizando 78,9% dos casos, sendo o estado do Ceará aquele com maior prevalência de pacientes registrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/DataSUS).

**Palavras-chave:** Traqueostomia;Epidemiologia;Nordeste.

PO432

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

**LESÃO LARÍNGEA PÓS INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL POR COVID-19**

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO

**COAUTORES:** ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA; ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO; LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA; MARIANE WEIZENMANN DA MATTA; ARTHUR FERREIRA DE OLIVEIRA; LUCIANA MIWA NITA WATANABE; SÁVIA MOURA TRINDADE VIANA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 56 anos, hipertenso e diabético, com história de COVID-19 em 2021, cursando com insuficiência respiratória e necessidade de ventilação mecânica. Foi submetido a intubação endotraqueal por trinta dias, seguida de traqueostomia. Após trinta dias, foi retirada a cânula de traqueostomia e o paciente evoluiu com disfonia, odinofagia e pigarro. Ao exame de videolaringoscopia apresentava lesões esbranquiçadas, pouco ulceradas, em região de aritenóides. Foi submetido a broncoscopia em abril de 2022 e realizado biópsia de lesão em aritenóide esquerda e região subglótica, com resultado de processo inflamatório crônico em atividade, sem atipias. Manteve -se em tratamento com inibidor de bomba de prótons e corticóide inalatório por um ano, sem melhora dos sintomas laríngicos. Foi então submetido a ressecção cirúrgica da lesão de região glótica. O exame histopatológico confirmou hiperplasia epitelial reativa, com paraceratose focal e ausência de displasia. Paciente evoluiu com remissão completa dos sintomas laríngicos após o procedimento.

**DISCUSSÃO:** A pandemia de COVID-19 gerou grandes exigências nos sistemas de saúde em todo o mundo, especialmente nos cuidados intensivos, devido à proporção de pacientes com necessidade de ventilação mecânica. Esses pacientes são em sua maioria aqueles com comorbidades, como diabetes mellitus tipo 2, obesidade e hipertensão. A traqueostomia é um procedimento comumente realizado de sete a dez dias após intubação, para facilitar o desmame da ventilação mecânica e para prevenir as sequelas prejudiciais a longo prazo da intubação endotraqueal. Entretanto, durante a pandemia, com a falta de consenso em relação ao risco de transmissão de aerossóis aos profissionais de saúde durante o procedimento e nos cuidados posteriores à traqueostomia, houve hesitação em seguir o protocolo normal em termos de tempo de traqueostomia, levando a intubação prolongada. A intubação endotraqueal para mais de sete dias oferece riscos de lesões laríngicas, como edema, granulomas, úlceras no nível glótico ou dificuldade de mobilidade laríngea. Os efeitos crônicos dessas lesões incluem estenose, anormalidades na mucosa, fixação das pregas vocais, disfonia e problemas de deglutição.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Lesões glóticas pós-intubação, incluindo cicatrizes glóticas posteriores, são notoriamente difíceis de tratar e o impacto a longo prazo dessas cicatrizes e o sucesso da intervenção cirúrgica e fonoaudiológica ainda carece de mais estudos.

**Palavras-chave:** COVID-19; DISFONIA; INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL.

PO438

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Web laringeo - relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA RAMOS RIBEIRO

**COAUTORES:** SACHA TAMARA NOGUEIRA NISSAN; VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA; ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI; MAYARA CELENTANO LAPORTA; DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA; RENAN DONAIRE CÔNSOLO; ELISA INES DEMUNER VALLANDRO

**INSTITUIÇÃO:** ISCMSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL

### Apresentação do caso

Paciente do sexo feminino, 2 anos, apresentava choro rouco desde o nascimento, sem sinais de desconforto respiratório e sem estridor. Não apresentava disfagia engasgos e tinha bom desenvolvimento ponderoestatural. Em nasofibrosopia foi visualizada presença de membrana mucosa entre as pregas vocais, diagnosticado como web laríngeo, que causava estenose importante de luz glótica. Foi indicada e realizada ressecção de web laríngeo e colocação de splint em laringe e paciente evoluiu com enfisema subcutâneo em face e tórax e pneumotórax, com necessidade de retirada do splint. No pós operatório paciente apresentou sinequia em região de comissura anterior e impressão de dois níveis de cicatrização se estendendo até 50% da luz glótica em nível glótico e ocupando 70% da luz em nível subglótico. Optado pela família pela não abordagem cirúrgica de sinequia. Em acompanhamento até os 7 anos de idade paciente mantinha disфония, instabilidade vocal, porém sem desconforto respiratório. Foram realizadas mais duas abordagens cirúrgicas e traqueostomia. Após o ultimo procedimento foi colocado splint swing door que foi removido em centro cirúrgico e paciente apresentou boa evolução clinica, mantendo traqueostomia. Foi indicada válvula de fala e paciente teve boa adaptação, progredindo com remoção do splint e decanulação. Evoluiu com melhora da disфония, sem dispneia ou desconforto respiratório.

**Discussão:** O web laríngeo, também chamado de membrana laríngea, é uma condição rara, que acomete cerca de 5 % dos pacientes com distúrbios congênitos laríngeos (NICOLLAS; TRIGLIA, 2008). Consiste em uma membrana fina dentro da laringe, podendo causar parcial obstrução das vias aéreas e sintomas como rouquidão, dispneia e estridor inspiratório.

O tratamento varia conforme a gravidade dos sintomas. Em situações mais graves que afetam a respiração ou a voz, cirurgia pode ser necessária para remover a membrana para restaurar a mobilidade das pregas vocais e via aérea. A recorrência de web laríngeo após procedimento cirúrgico é comum, podendo ocorrer em até 89% dos casos (LAWLOR et al., 2019). O diagnóstico precoce e tratamento adequado são essenciais para prevenir complicações e melhorar a função vocal e respiratória.

**Considerações finais:** Na disфония de início ao nascimento é de extrema importância fazer diagnóstico precoce. Dentre as afecções que acometem os recém nascidos o web laringeo deve ser uma hipótese diagnóstica. As membranas laringeas são afecções raras, mas podem estar associadas a outras anormalidades da via aérea como por exemplo fístulas traqueoesofagianas, portanto uma avaliação minuciosa da via aérea é recomendada nesses casos. A escolha da técnica cirúrgica é imprescindível para evitar cicatrizes persistentes, como sinequias causando piora da disфония e do quadro clínico do paciente.

**Referencias:** LAWLOR, C. M. et al. Laryngeal Web in the Pediatric Population: Evaluation and Management. Otolaryngology-Head and Neck Surgery, v. 162, n. 2, p. 234–240, 17 dez. 2019.

NICOLLAS, R.; TRIGLIA, J.-M. The Anterior Laryngeal Webs. v. 41, n. 5, p. 877–888, 1 out. 2008.

**Palavras-chave:** web laringeo;sinequia laringea;splint laringeo.

**PO444**

# **E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

Perfil epidemiológico das internações por neoplasia maligna de laringe no Nordeste brasileiro nos últimos 5 anos

**AUTOR PRINCIPAL:** MARINA MOURA MACIEL

**COAUTORES:** ELLEN LARISSA DA SILVA GUEDES; ANDRÉ LOPES LACERDA SALES

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL

**OBJETIVO:** Definir o perfil epidemiológico das internações por neoplasia maligna de laringe no Nordeste do Brasil nos últimos 5 anos.

**MÉTODOS:** Estudo epidemiológico, retrospectivo, quantitativo, com objetivo de traçar perfil dos pacientes internados por neoplasia maligna de laringe entre julho de 2018 e julho de 2023 no Nordeste do Brasil. Os dados foram obtidos a partir de consultas realizadas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/DataSUS). Foram analisadas as variáveis internações, unidade da federação, cor/raça, faixa etária e sexo.

**RESULTADOS:** No período estudado, ocorreram 15.015 internações ao todo, sendo o sexo masculino mais afetado (12.584; 83,80% dos casos) do que o feminino (2.431; 16,19%). A etnia mais afetada foi a população parda (11.364; 75,68%), seguida da preta (1.033; 6,88%), branca (822; 5,47%), amarela (152; 1,01%) e indígena (1; 0,006%), respectivamente. A etnia não foi informada em 1.643 (10,9%) das internações. Há notória concentração de internações na faixa etária dos 45 aos 79 anos (13.197), agregando 87,89% do total, com maior incidência na faixa dos 60 aos 69 anos (5.166; 34,4%). São raros os casos em menores de 29 anos (132; 0,87%). A distribuição predominante dos internamentos por estado se deu da seguinte forma: Bahia (4.256), Ceará (2.704), Pernambuco (2.408), Rio Grande do Norte (2.135), Paraíba (1.161), Maranhão (1.051), Alagoas (676), Piauí (350) e Sergipe (274), os 4 primeiros somando 76,6%.

**DISCUSSÃO:** Em comparação com outros tipos de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, o prognóstico do câncer de laringe é de boas chances de cura se houver diagnóstico precoce. Há vários subtipos, sendo o mais comum o carcinoma de células escamosas (também chamado de carcinoma epidermóide ou espinocelular). A região da glote é a mais afetada, apresentando um risco para a manutenção saudável das pregas vocais e, portanto, da produção vocal. Além disso, pode causar disfagia, dor e dispneia. Entre os fatores de risco, destaca-se o uso de tabaco e o consumo de bebidas alcólicas, sendo um câncer predominantemente esporádico e não hereditário.

**CONCLUSÕES:** É evidente, portanto, que as internações por neoplasia maligna de laringe no nordeste brasileiro predominam entre pessoas pardas, do sexo masculino e indivíduos com idade entre os 60 e 69 anos. Esses dados podem estar relacionados ao envelhecimento populacional e ao perfil miscigenado da população brasileira. Todavia, é essencial a investigação de quais fatores influenciam de forma direta a distribuição estatal e étnica dos internamentos por esses cânceres.

**Palavras-chave:** Neoplasia maligna de laringe;Epidemiologia;Nordeste.

PO478

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

### TUBERCULOSE DISSEMINADA EM JOVEM IMUNOCOMPETENTE COM TESTE RÁPIDO MOLECULAR NEGATIVO

**AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA SOUZA MAGALHÃES

**COAUTORES:** ELISA INES DEMUNER VALLANDRO; LEONARDO DE MOURA VOLPI; ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO; CATARINA SOARES BARTASEVICIUS; RENATO TRINTA RIOS; KAREN MOREIRA ROZEMBERG; GABRIELA MARTINS DE MORAES

**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

RPDA, 31 anos, feminina, hígida, procurou o serviço de otorrinolaringologia com queixa de odinofagia recorrente há quatro meses associada a placas purulentas em amígdalas. Referia tratamento prévio com antibióticos (amoxicilina e azitromicina), que resultaram em melhora parcial, mas, sempre, posterior piora. Há uma semana, iniciou queixa de globus faríngeo e de dispneia aos grandes esforços. Ao exame, apresentava amígdalas assimétricas ( $D > E$ ), com placas esbranquiçadas, edema e hiperemia que se estendiam até palato mole e úvula. Apresentava linfonodomegalia em cadeia cervical, móveis e fibroelásticos. Ao exame de nasofibroscopia foi evidenciada presença de edema de epiglote e edema difuso de laringe. Relatou que o irmão havia apresentado diagnóstico de tuberculose (TB), adequadamente tratado há alguns anos. Prosseguiu-se a investigação com teste rápido molecular (TRM), baciloscopia e lavado brônquico, porém todos com resultado negativo para TB. Foi optado por biópsia de amígdalas, na qual foram evidenciadas granulomas com necrose caseosa e bacilos álcool-ácido resistentes. Dessa forma, junto com a equipe de infectologia, foi feito o diagnóstico de tuberculose disseminada e iniciado o tratamento com esquema RIPE. Atualmente, paciente se encontra no sexto mês de tratamento, com melhora completa de sintomas.

#### DISCUSSÃO

A tuberculose (TB) é definida como disseminada quando há o envolvimento de pelo menos dois locais extrapulmonares, com ou sem envolvimento pulmonar: neste relato, amígdala, epiglote e pulmão 1. É um tipo de acometimento raro e, apesar de ser mais prevalente nos pacientes imunossuprimidos, pacientes imunocompetentes também podem apresentar, geralmente com melhor prognóstico.<sup>1,2</sup> Alguns autores postulam que a taxa de transmissão, notadamente alta em nosso país, possa ser a justificativa para tal quadro. <sup>1,3</sup> Esta diversidade pode ser decorrente de uma provável disseminação hematogênica, linfática, por contiguidade e por inoculação direta. <sup>3,4</sup> Quando há o acometimento pulmonar associado, a maioria dos autores acreditam na origem hematogênica, enquanto nos casos de focos amigdalianos ou laríngeos primários, surgem os questionamentos quanto a possibilidade da inoculação direta extrapulmonar.<sup>3,4</sup> Os sinais e sintomas aqui relatados, odinofagia e úlceras cobertas por fibrina em amígdalas, além de dispneia por edema difuso em epiglote, são compatíveis com os achados da literatura. O acometimento amigdaliano é o mais frequente por TB na cavidade oral, e na laringe, a epiglote ocupa o 3º lugar na epidemiologia, após as pregas vocais e vestibulares.<sup>3</sup> A alteração pulmonar também era bastante sugestiva de TB, e compatível com a epidemiologia brasileira. Mesmo com o TRM-RB, pesquisa do BAAR e lavado brônquico negativos, devido à valorização clínica do quadro, os autores insistiram na investigação para TB, e uma biópsia de amígdala foi realizada, identificando, então os bacilos de Koch. Este achado, porém, é incomum, devido a pouca quantidade de bacilo livre <sup>3</sup> e, por isto, deve ser realizada com atenção quando a suspeita é imperativa. O diagnóstico da tuberculose com acometimento das vias aéreas superiores necessita de alto grau de suspeição.<sup>3</sup> Neste caso, houve o fator confundidor dos exames específicos para TB resultarem como negativo, o que suscita discussão quanto ao diagnóstico presuntivo da TB numa população na qual o *Mycobacterium* é tão prevalente como no Brasil.

#### COMENTÁRIOS FINAIS

Sítios diferentes do pulmonar e o achado de múltiplas lesões em diferentes topografias podem confundir o diagnóstico de TB. Exames comuns para seu diagnóstico, como pesquisa do BK em escarro e em lavado brônquico e MRT geralmente dão seu diagnóstico, mas falso negativos podem ocorrer. Quando há alto grau de suspeição de TB, principalmete num país endêmico como o Brasil, a pesquisa deve insistir. Aqui, a boa e atenta avaliação histológica mostrou-se fundamental para diagnóstico e, portanto, correta conduta pra melhor prognóstico.

Palavras-chave: tuberculose;tuberculose disseminada;teste rápido molecular.

PO487

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## TOXINA BOTULÍNICA EM DISFONIA ESPASMÓDICA

**AUTOR PRINCIPAL:** ADRIELE DEBORTOLI DA SILVA

**COAUTORES:** ANA LETÍCIA VIEIRA SANTOS; BRENDA FERREIRA ROCHA; LETÍCIA DE PAULA ERVILHA; VICTOR DE LIMA RODRIGUES; CAMILLA CARVALHO MURTA BOTELHO; ANNA LUISA PEREIRA E SILVA; EMERSON MONTEIRO RODRIGUES

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL. 2. HOSPITAL BOM SAMARITANO, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** R.A., 47 anos, sexo feminino, parda, compareceu ao serviço de Otorrinolaringologia em 2021 com queixa de irregularidade fonatória e voz trêmula, sem episódios de sopro ou rouquidão. Refere início do quadro há cerca de 7 anos, durante crise de ansiedade, com piora quando está ansiosa. Faz acompanhamento com psiquiatra, porém afirma ter observado pouca melhora do transtorno ansioso. Referiu uso prévio de primidona, sem remissão dos sintomas fonatórios. Quando questionada sobre o histórico familiar, mencionou que mãe apresenta tremor essencial em movimento. À orofaringoscopia, constatou-se tremor de língua em repouso, sem demais alterações. À videolaringoscopia, constatou-se irregularidade fonatória, além de coaptação com leve tremor de pregas vocais à fonação principalmente à direita, apesar de simétricas, de coloração normal e boa mobilidade. Sem alterações nas demais estruturas. Pela análise vocal realizada com o aplicativo Voice Analyst®, foram obtidos os seguintes gráficos previamente ao tratamento: Gráfico 1 - Instabilidade do tom vocal com variação de 184 a 210 Hz com média de 194 Hz - (QRCode da voz pré-tratamento). Atestada a hipótese de Disfonia Espasmódica (DE), optou-se por tratar com infiltração de 10U de toxina botulínica (TB). No retorno em duas semanas, relatou melhora da fonação e estabilidade vocal. Realizada nova videolaringoscopia nessa ocasião, apresentando melhora do padrão vocal, obtendo o seguinte gráfico pela análise via Voice Analyst®: Gráfico 2 - Redução de instabilidade do tom vocal com variação de 195 a 211 Hz com média de 203 Hz (QRCode da voz pós-tratamento). Embora orientada a acompanhar quadro no serviço trimestralmente, a paciente voltou ao serviço apenas em 2023, queixando-se de retorno da instabilidade na voz, sendo realizada nova aplicação de TB em laringe.

**DISCUSSÃO:** A DE, também chamada de distonia laríngea, consiste num distúrbio muscular raro das cordas vocais, a qual apresenta espasmos e tremor durante a fonação, levando à alteração da voz. É dividida em três tipos: adutora, abduzora ou respiratória, sendo o primeiro o mais comum. Ocorre majoritariamente em mulheres adultas. A paciente em questão apresentou o tipo adutor de DE, caracterizado por contrações descoordenadas e involuntárias dos músculos laríngeos adutores, produzindo uma fala com voz tensa, estrangulada, com esforço vocal e quebras fonatórias frequentes. Diferencia-se dos tremores essenciais principalmente por não ocorrerem durante o sono, silêncio e durante o cantar. O diagnóstico dessa condição é essencialmente clínico e considera a história pregressa, a avaliação de características de alteração de voz e é auxiliado pelo estudo videolaringoscópico das cordas vocais. Deve-se descartar doenças neurológicas associadas e avaliar outros distúrbios musculares nos demais segmentos do corpo. Pode-se também lançar mão de aplicativos de celular para análise vocal como o Voice Analyst® e SonaGraph®, que avaliam espectrogramas, medições de frequência fundamental, entre outros, que ajudam a ratificar o diagnóstico de DE e acompanhar a evolução do quadro. A terapia preferencial para tratar a DE é a aplicação intramuscular de toxina TB, apresentando eficácia de 90% no tipo adutor. Não há consenso na dose ótima para o tratamento, devendo ser individualizado. Para os resistentes ao tratamento com a TB ou com alguma contraindicação, tem-se como terapia alternativa a desnervação-reinervação seletiva dos músculos adutores laríngeos ou miomectomia tiroaritenóidea.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A aplicação de TB intramuscular é a primeira opção de tratamento para os três tipos de distonia laríngea, e apresenta bons resultados a partir da primeira semana de aplicação. O acompanhamento do quadro é fundamental para o sucesso da terapêutica e redução de recidivas, devendo ser considerada principalmente a percepção subjetiva do doente sobre sua fonação, podendo ou não ser associada à avaliação videolaringoscópica. Feitos de forma correta, a terapia tem impacto direto na qualidade de vida do paciente, principalmente no que tange ao seu convívio social.

**Palavras-chave:** Disfonia espasmódica; Distonia laríngea; Toxina botulínica.



PO492

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## SÍNDROME DE TOURETTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS DA LARINGE

**AUTOR PRINCIPAL:** MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO

**COAUTORES:** RENAN DONAIRE CÔNSOLO; MARIANA MOTA KERTZMAN; ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI; RENATA SANTOS BITTENCOURT SILVA; ANDRE DE CAMPOS DUPRAT; ISABELA DOS SANTOS RODOLFO; ISADORA FRATTINI COLLA

**INSTITUIÇÃO:** 1. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. FACULDADE DAS AMÉRICAS, SÃO PAULO - SP - BRASIL3. FACULDADE DE MEDICINA DE TAUBATÉ, TAUBATÉ - SP - BRASIL

### Apresentação do Caso:

Paciente S.M.T de 58 anos, sexo feminino, comparece a consulta referindo que, aos 7 anos de idade, após trauma psicológico, iniciou um quadro de movimentos estereotipados dos olhos, cabeça e membros superiores. Nega outras comorbidades. Na ocasião, realizou exames laboratoriais e de imagem que não evidenciaram quaisquer alterações. Aos 50 anos de idade, devido manutenção das queixas, paciente recebeu o diagnóstico de Distonia Orofacial realizando tratamento com toxina botulínica com melhora significativa das queixas. Seis anos após receber este diagnóstico, no período da pandemia, paciente iniciou quadro de emissão de sons involuntários de maneira súbita e sem fatores de melhora ou piora ou demais sintomas associados. Paciente foi então avaliada no ambulatório de Otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo, sendo então indicado aplicação de toxina botulínica em pregas vocais devido a HD de Distonia Orofacial. Desde a primeira avaliação, paciente fora submetida a algumas aplicações, sempre com melhora parcial das queixas, no entanto, às custas de uma voz soprosa e discreta disfagia. Devido ausência de melhora completa e isenta de efeitos colaterais, iniciou-se a discussão de diagnósticos diferenciais e formulada a possível hipótese de Síndrome de Tourette. Assim, discutido caso com equipe de Neurologia, que atualmente acompanha paciente em investigação clínico laboratorial a fim de confirmação diagnóstica.

### Discussão:

A Síndrome de Tourette (ST) e as doenças neurológicas da laringe são duas condições que afetam a comunicação e a função neurológica, mas têm origens, características clínicas e abordagens terapêuticas distintas.

A ST é uma desordem neuropsiquiátrica caracterizada pela presença de tiques motores e vocais, sendo os tiques vocais um dos pontos de confusão em relação às doenças neurológicas da laringe. A ST é mais comum em crianças e pode persistir na idade adulta. Os tiques vocais na ST podem incluir sons, palavras, frases ou expressões incontroláveis. É importante notar que os tiques da ST variam em frequência, intensidade e conteúdo ao longo do tempo, e o diagnóstico é baseado em critérios clínicos, como os estabelecidos pelo DSM-5.

Por outro lado, as doenças neurológicas da laringe afetam diretamente as estruturas da laringe, como os músculos, os nervos ou as pregas vocais, comprometendo a produção vocal. Essas condições incluem disфония espasmódica, paralisia das pregas vocais e outras. Diferentemente da ST, as doenças neurológicas da laringe geralmente apresentam sintomas de disфония crônica, rouquidão, aspereza vocal e dificuldade em produzir sons vocais claros e controlados. O diagnóstico é frequentemente confirmado por meio de exames de laringoscopia, que permitem a visualização direta das estruturas afetadas.

A principal diferença clínica entre a ST e as doenças neurológicas da laringe é a natureza dos sintomas vocais. Na ST, os tiques vocais são transitórios e variados, enquanto nas doenças neurológicas da laringe, a disфония é constante e muitas vezes acompanhada de dificuldades respiratórias durante a fala. Além disso, na ST, os tiques podem envolver movimentos motores simultâneos, como piscar os olhos ou balançar a cabeça, o que não é observado nas doenças da laringe.

### Comentários Finais

A diferenciação adequada entre a Síndrome de Tourette (bem como outros possíveis distúrbios do movimento) e as doenças neurológicas da laringe é essencial para garantir o tratamento correto e eficaz para os pacientes. Enquanto a ST envolve tiques motores e vocais transitórios de origem neuropsiquiátrica, as doenças da laringe afetam diretamente as estruturas vocais e têm causas estruturais ou neurológicas. O diagnóstico preciso é o primeiro passo para oferecer a intervenção mais apropriada e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados por essas condições.

**Palavras-chave:** SINDROME DE TOURETTE;DISTONIA ESPASMÓDICA;DOENÇAS NEUROLÓGICAS DA LARINGE.

PO499

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

### CARCINOMA SARCOMATÓIDE COMO DIAGNÓSTICO DE LESÃO POLIPÓIDE DE PREGA VOCAL - RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** NATÁLIA MATOS MURICY

**COAUTORES:** DIEGO GUZMAN RODRIGUES; TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO; LUCAS SAMPAIO LUSTOSA NEVES; DANIELA SANTIAGO PASSOS; GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA; PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO; ISAAC ANDRADE MATOS JUNIOR

**INSTITUIÇÃO:** OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE, SALVADOR - BA - BRASIL

#### Apresentação do Caso

Paciente M.A.S. sexo masculino, 78 anos com história de disfonia há 1 ano com piora progressiva há 10 meses associado a perda de peso 8kg no período. Refere abuso vocal em trabalho. Nega disfagia, febre ou dispneia. Foi realizado videolaringoscopia que evidenciou lesão lisa hiperemiada entre terço médio e anterior de prega vocal direita sugestiva de pólipóide. Paciente submetido à laringoscopia direta para ressecção excisional de lesão polipoide de prega vocal direita. Procedimento realizado com retirada total de lesão visível, porém sem realização de margem de segurança pela suspeita de pólipóide de prega vocal direita. Procedimento ocorreu sem intercorrências, sendo o paciente liberado para casa de alta hospitalar no dia posterior a cirurgia, seguindo o protocolo da unidade. Orientado o mesmo manter em repouso vocal absoluto, prescrito inibidor de bomba de prótons e dieta via oral branda. Paciente retorna após 7 dias da cirurgia, mantendo orientações pós operatórias realizada videolaringoscopia com ótica de 70º de controle observado discreta hiperemia e edema de prega vocal direita com discreta irregularidade de borda livre considerado parâmetros adequados pós cirúrgicos. Paciente liberado para casa com repouso vocal relativo por 2 semanas e retorno com resultado de anatomopatológica. Paciente retorna após 30 dias do procedimento, já em fala habitual negando quais quer queixas com melhora completa de disfonia. Traz resultado de anatomia patológica evidenciando: Aspectos morfológicos e imunofenotípicos compatíveis com neoplasia maligna. Possuindo positividade nos marcadores ki-67; ck AE1AE3; p40 e p63 favorecendo o diagnostico de carcinoma sarcomatóide. VLD sem evidências de lesão, pregas vocais móveis e simétricas, sem edemas. Ao exame de palpação cervical sem achados de linfonodomegalias. Sendo assim, realizado estadiamento clínico de carcinoma de laringe possível T1N0M0. Conversado sobre diagnostico com o paciente, solicitado tomografia computadorizada de pescoço e radiografia de tórax para estadiamento e encaminhado para radioterapia, consulta com cirurgião de cabeça e pescoço além de atendimento multiprofissional no serviço de oncologia do Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce.

#### Discussão:

O carcinoma sarcomatóide é um tipo raro de neoplasia que acomete de maneira mais comum o trato respiratório superior. Este é responsável por cerca de 1% dos tumores de trato respiratório, sendo uma variante do tumor escamoso. É Considerado bifásico com comportamento mais agressivo, por proliferação maligna de dois tipos celulares: células epiteliais e fusiformes sarcomatosas. Pode está relacionado a lesões de aspecto polipóide como também ulceroinfiltrativas sendo assim, de extrema importância o diagnostico diferencial com outros tipos de tumores e lesões laríngeas. Como os outros tipos histológicos de tumores malignos de laringe, possui relação direta com a ingestão de álcool e uso de tabaco, sendo mais comuns em homens do que na população feminina. Deve-se lembrar de que pólipos de prega vocal também costumam ser unilaterais e mais comuns em homens o que dificulta o diagnostico diferencial somente pela característica macroscópica e historia clinica.

#### Comentários Finais:

Este relato de caso tem o objetivo de ressaltar a importância de acompanhamento e diagnostico histológico de lesões em prega vocal mesmo que estas tenham, inicialmente, aspecto macroscópico benigno ao exame de videolaringoscopia. Sabe-se que pela alta demanda dos serviços de saúde muitas vezes pacientes com tais características não são priorizados em prol de realização de biópsia em pacientes com lesões de característica maligna. Isso, pode postergar o diagnostico precoce de tumores agressivos em fase inicial o que afeta diretamente o prognostico de remissão e cura do paciente.

**Palavras-chave:** Carcinoma Sarcomatóide; Lesão de Prega vocal; Polipóide.

PO517

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Dificuldades no Diagnóstico de Distonia Laríngea: relato de um caso

**AUTOR PRINCIPAL:** JULIA TOLENTINO MELO MORAIS

**COAUTORES:** ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS; KARINE VALERIA GONCALVES DE OLIVEIRA; LORRANE CAROLINE BRAGA RODRIGUES; ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA; FLAVIO BARBOSA NUNES

**INSTITUIÇÃO:** HCUFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

### RELATO DE CASO

Paciente feminina, 39 anos, admitida e internada em hospital terciário para investigação de episódios recorrentes de anafilaxia com estridor laríngeo e broncoespasmo. As crises eram caracterizadas por esforço respiratório, estridor laríngeo, taquipneia, sibilos difusos e ocasionalmente rash cutâneo e distensão abdominal. Relato que teriam iniciado há 6 meses e progressivamente aumentado sua frequência, sendo que durante a internação era comum haver 2 a 3 episódios diários, sem gatilhos bem definidos. Os episódios eram revertidos com uso de adrenalina intramuscular e micronebulizada. Paciente passou por avaliação com equipe da imunologia que aventou a possibilidade da Síndrome de Ativação Mastocitária. Foi solicitada interconsulta com otorrinolaringologia. Pelo risco de desencadeamento da crise, foi optado por realizar fibronasolaringoscopia em ambiente clinicamente controlado que demonstrou e diagnosticou Distonia Laríngea Respiratória. Ao exame endoscópico, foi visualizado laringe simétrica, anatomicamente sem alterações, glote e cordas vocais dentro dos aspectos da normalidade. No momento do exame paciente iniciou com acesso de tosse, estridor e dificuldade respiratória, porém sem dessaturação. Neste momento foi possível visualizar adução das pregas vocais durante inspiração, caracterizando movimento paradoxal de pregas vocais, sem alterações da mucosa associadas, como edema, por exemplo. Paciente segue internada para elucidação imunológica, e iniciamos prova terapêutica com corticoide inalatório, sugerido terapêutica com toxina botulínica, a depender da resposta ao tratamento inicial.

### DISCUSSÃO

Distonia é uma alteração neurológica caracteriza por contrações anormais e involuntárias que causam espasmos e movimento repetitivos. As contrações podem ocorrer em qualquer parte do corpo sendo focais, segmentares ou generalizadas e geralmente se agravam com estresse, emoções e fadiga. A distonia laríngea é uma variante que afeta os músculos da laringe, podendo ou não estar acompanhado da distonia de outras partes do corpo. Existem dois tipos principais de distonias laríngeas: a distonia de adução (disfonia espasmódica), e a distonia de abdução, ambas com manifestações proeminentes no processo da fonação.

Além disso, existe um terceiro tipo de distonia laríngea pouco relatada e estudada, a distonia laríngea respiratória (DLR) que se manifesta como uma anormalidade na função respiratória da laringe. É uma desordem rara e clinicamente composta por dispneia, ausência de disфонia, pausas respiratórias inapropriadas e estridor inspiratório persistente sem dessaturação na maioria das vezes. Os sintomas podem ocorrer diversas vezes com paciente acordado e tipicamente não são observados com paciente dormindo.

O diagnóstico sugestivo é feito através da história e do exame clínico do paciente, porém, o diagnóstico definitivo é realizado com a visualização do movimento paradoxal das pregas vocais durante a inspiração através da laringoscopia endoscópica durante os momentos da distonia. Dessa forma, a certeza diagnóstica se torna um desafio uma vez que os achados da laringoscopia são normais quando paciente está assintomático.

O tratamento é multifatorial e interdisciplinar incluindo exercícios respiratórios, psicoterapia e medidas farmacológicas. Anticolinérgicos e aplicação de toxina botulínica compõem as principais propostas para DLR, sendo o último com melhores resultados descritos na literatura. A aplicação da toxina botulínica é feita diretamente nos músculos afetados, necessitando de reaplicações devido efeito ser transitório.

### COMENTÁRIOS FINAIS

A DRL é uma patologia rara em que espasmos laríngeos se manifestam durante a inspiração, provocando assim estridor inspiratório e pausas respiratórias inapropriadas devido aos movimentos paradoxais das pregas vocais. É uma desordem de difícil diagnóstico e com opções terapêuticas limitadas. Assim, é de extrema importância que otorrinolaringologistas conheçam esse diagnóstico e sempre considerem uma abordagem multidisciplinar para casos como esse.

Palavras-chave: Distonia laringea;Estridor;Laringe.

PO537

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

RELATO DE TUBERCULOSE LARÍNGEA DE LONGA EVOLUÇÃO EM MORADOR DE ZONA RURAL DE IMPERATRIZ-MA

**AUTOR PRINCIPAL:** GUILHERME CASTRO ALVES

**COAUTORES:** EDMILSON GONCALVES RODRIGUES NETO; JULIANA CARREIRO CARVALHO; SAMUEL LUCENA CANGUSSU; FAUSTO REZENDE FERNANDES; MARIANA GONÇALVES LEAL DE OLIVEIRA; SARITA SABBAG NASCIMENTO; SAMIR MENDES BRAIDE

**INSTITUIÇÃO:** 1. GCA OTORRINOLARINGOLOGIA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL2. UNIVERSIDADE CEUMA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL3. CLÍNICA OTHOS, IMPERATRIZ - MA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 77 anos sem comorbidades, mascou fumo por 1 ano, alcoólatra por mais ou menos 15 anos com bebidas destiladas. Morador da Zona Rural de Imperatriz - MA, trabalhava moendo arroz (inalação do pó sem proteção) e apagando fogo no mato.

Paciente relata que há 4 anos iniciou quadro de febre vespertina com calafrios após moer arroz. Após uns meses apresentou epistaxe de moderada intensidade evoluindo com melhora após tratamento clínico. Refere escarro de secreção piosanguinolenta, hoje sem secreção, tosse seca persistente, perda de 20kg nos últimos 4 anos. Rouquidão com piora progressiva, chegando a ficar com afonia evoluindo para um quadro de disfonia. Apresentou disfagia até para líquidos e hoje se alimenta com comida pastosa. Nega cefaleia, dispneia, dor torácica, anosmia, disgeusia. Realizou tratamento para sinusite (14/07/2020), fez uso de anfortericina B e Itraconazol 2x ao dia por dois anos. Foi internado no Hospital Municipal de Imperatriz - MA (26/11/20) com quadro de pneumonia.

Na oroscopia foi achado presença de lesão granulomatosa em palato mole, na rinoscopia presença de lesão ulcerada/amarelada em região septal posterior à direita e vestíbulo nasal, ectasia vascular em área de little.

**VIDEOLARINGOSCOPIA FLEXIVÉL (13/06/22):** MUCOSA LARÍNGEA HIPEREMIAADA E HIPERTROFIADA COM PÁPULAS HIPERTROFICAS E ERITEMATOSAS. LESÃO LEUCOPLÁSICA EM FACE LÍNGUA ESQUERDA DA EPIGLOTE. EXAME SUGERE GRANULOMATOSE (PARACOCCIDIOMICOSE?) COM LEUCOPLASIA LARÍNGEA.

**TESTE PARA MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (06/05/22) NÃO DETECTÁVEL**

**ANATOMOPATOLÓGICO (24/01/23):** INFILTRADO INFLAMATÓRIO CRÔNICO MISTO CARACTERIZADO POR LINFÓCITOS, PLASMÓCITOS, NEUTRÓFILOS E MACRÓFAGOS; 3ª AMOSTRA: HIPERPLASIA EPITELIAL ESCAMOSA SEM ATÍPIAS, COM ULCERAÇÃO, SOBRE ACENTUADO INFILTRADO CRÔNICO MISTO.

**•IMUNOHISTOQUÍMICA (02/02/23):** PROCESSO INFLAMATÓRIO CRÔNICO EM INTENSA ATIVIDADE, COM PRESENÇA DE OCASIONAIS MICROGRANULOMAS EPITELIOIDES. PESQUISA DE BAAR E FUNGOS PELO MÉTODO DE ZIEHI-NEELSEN E GROCOTT-GOMORI NEGATIVAS; AUSÊNCIA DE SINAIS DE MALIGNIDADE.

**DISCUSSÃO:** A tuberculose laringea é a doença granulomatosa mais frequente desse órgão. Em geral, as lesões laringeas são secundárias à tuberculose pulmonar, ou seja, o paciente começa com acometimento nos pulmões que acabam se estendendo para a laringe e também faringe (garganta) em alguns casos.

O quadro clínico envolve geralmente disfonia e tosse. Nas formas ulcerosas é comum o aparecimento de disfagia, e com a evolução pode aparecer dispnéia, quando a lesão atinge volumes que obstruem a luz glótica.

O diagnóstico da TB laríngea é, portanto, difícil, sendo essencial conjugar uma boa história clínica (anamnese e exame objetivo) com vários métodos complementares de diagnóstico: laringoscopia, raio-X de tórax, testes imunológicos (TST e/ou IGRA), análise da expectoração e recolha e análise de biópsias das lesões laríngeas.

Dentre os diagnósticos diferenciais, destacam-se as outras doenças granulomatosas da laringe, além dos carcinomas, que podem apresentar-se também como lesões úlcero infiltrativas ou vegetantes, sendo, às vezes, impossível de distingui-las, apenas pelo exame laringoscópico.

O tratamento da TB laríngea é sobreponível ao da TB pulmonar. São utilizados esquemas terapêuticos semelhantes e com os antibacilares habituais por seis a nove meses, com remissão completa do quadro clínico e da lesão laríngea, na maioria das vezes.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A tuberculose laríngea é uma manifestação extrapulmonar rara, é uma entidade que parece estar aumentando sua incidência pelo recrudescimento da TB, a nível nacional segundo o Ministério da Saúde. Tem seu diagnóstico difícil, porém cabe ao profissional de saúde se atentar a apresentação do quadro clínico do paciente e achados endoscópicos. No relato acima o paciente foi encaminhado para um serviço de infectologia referência, que devido sua história clínica foi diagnosticado com TB laringea.

**Palavras-chave:** tuberculose laríngea; disfonia; doença granulomatosa.

PO543

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

### ACOMETIMENTO LARÍNGEO NA DOENÇA DE MADELUNG – RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** NATÁLIA MARIA CÂMARA DA LUZ

**COAUTORES:** DANIEL TINÔCO LEITE; BEATRIZ BRAGA SILVA; VICTORIA RIBEIRO DE ALENCAR ARARIPE FERREIRA; TARSSIOUS CAPELO CANDIDO; AGENOR ALVES DE SOUZA JUNIOR; WILSON BENINI GUERCIO; ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO

**INSTITUIÇÃO:** UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO:

A doença de madelung, ou lipomatose simétrica múltipla, é um distúrbio metabólico lipídico raro. Caracteriza-se por acúmulos de gordura não encapsulada, localizados simetricamente ao redor do pescoço e tronco superior. Embora se observe uma importante associação da LSM com o alcoolismo crônico e exista evidências de que este tem um efeito direto na formação dos lipomas, a maioria dos mecanismos subjacentes e fatores precipitantes da formação das massas lipomatosas permanecem desconhecidos ou são mal compreendidos.

Existem poucos relatos de envolvimento laríngeo nesta doença, sendo primeiramente descrito na literatura francesa, um caso de lipomatose envolvendo as pregas ventriculares e a comissura posterior. Em 1973, Moretti e Miller, descreveram um caso de Doença de Madelung associado a um edema moderado da mucosa laríngea, especialmente em epiglote e supraglote, com pregas ventriculares intumescidas e de aspecto amarelado.

Apresentamos aqui o caso de um paciente do sexo masculino, 67 anos, que apresentava queixa de disфонia há meses. Foi submetido à exame de videolaringoscopia com alterações sugestivas de abaulamento em prega vocal direita, com fixação da mesma, e moderado comprometimento da luz glótica. Em relação à comorbidades, era etilista crônico, cardiopata e possuía gastrite crônica. Apresentava lipomas nas costas, já submetido a 3 exérese cirúrgicas prévias.

O paciente foi submetido à biópsia da lesão laríngea, cujo diagnóstico do anátomo-patológico foi processo inflamatório e gordura, sugestivos de lipoma em banda ventricular direita. Evoluiu bem clinicamente, sem complicações no pós-operatório imediato e tardio, com bom resultado funcional, não sendo observado recidivas num acompanhamento de até 6 meses. Evidenciou-se melhora importante da disфонia e maior abertura da luz glótica.

Foram realizadas orientações quanto a importância de cessar o etilismo, controle metabólico de comorbidades e sobre a possibilidade de recorrência da lesão, orientando-se acompanhamento com exame de videolaringoscopia periódicos.

#### DISCUSSÃO:

A Doença de Madelung é uma condição relativamente rara. Suas características principais como simetria, localização das lesões fazem da doença uma entidade clínica distinta, e a suspeita clínica é fundamental para o correto diagnóstico. A biópsia é fundamental para se excluir eventuais malignidades. O diagnóstico diferencial deve incluir os angioliomas, neurofibromas, hiperbenomas e o hiperaldosteronismo.

O tratamento costuma ser clínico e cirúrgico. Orienta-se ao paciente abstinência alcoólica, perda de peso e a correção de anormalidades endócrinas e metabólicas associadas, sendo que este tipo de tratamento não parece reverter ou interromper a progressão da doença uma vez já estabelecida.

A excisão cirúrgica dos lipomas tem como indicações absolutas a presença de deformidades estéticas severas, sinais de compressão do trato aerodigestivo (dispnéia e/ou disfagia) e disфонia, como no caso apresentado.

A recorrência dos lipomas é comum por serem altamente infiltrativos, sendo de importância prognóstica a determinação do tamanho, da localização e da extensão dos acúmulos lipomatosos. Como o risco de malignização é baixo, o seguimento clínico é suficiente quando não se evidencia sinais de infiltração do tecido lipomatoso, sendo desnecessário o acompanhamento por métodos de imagem.

#### COMENTÁRIOS FINAIS:

Há poucos relatos na literatura de acometimento laríngeo na Doença de Madelung, e assim esperamos que nosso relato acrescente sobre uma abordagem e condução eficazes e com bom resultado neste tipo de alteração.

Palavras-chave: DOENÇA DE MADELUNG; LARINGE; BIÓPSIA.

PO549

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## TUMOR MIOFIBROBLASTICO INFLAMATÓRIO DE LARINGE. RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** RODRIGO DA SILVA SANTOS

**COAUTORES:** JESSICA ABREU DOS SANTOS; ISADORA ROLLEMBERG CALDAS MENEZES; LARISSA PRADO MEIRA; ALINE DOS SANTOS CORRÊA; VALERIA MARIA PRADO BARRETO

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITARIO (HU-UFS), ARACAJU - SE - BRASIL

Paciente do sexo feminino, 27 anos de idade, compareceu ao ambulatório com queixa de disfonia persistente há quatro anos. Negava dispneia ou disfagia. Apresenta história de abuso vocal e refluxo gastroesofágico. Nega tabagismo e etilismo

Ao exame de videoendoscopia laríngea revelou uma lesão nos dois terços anteriores da prega vocal esquerda, com aspecto granulomatoso, ocupando quase toda glote, com pregas vocais móveis. As hipóteses diagnósticas foram pólipos vocais, papiloma, granuloma e carcinoma espinocelular, optando-se por microcirurgia laríngea.

A lesão tinha consistência endurecida, sem planos de clivagem com a borda livre da prega vocal, porém restrita ao espaço de Reinke. Foi realizada completa exérese da lesão.

O exame histopatológico mostrou uma lesão mesenquimal constituída por proliferação de células fusiformes em meio a denso infiltrado inflamatório rico em plasmócitos e histiócitos. O estudo imuno-histoquímico demonstrou positividade para ALK, com positividade para CD 34 (focal) e negatividade para actina de músculo liso. O resultado do exame anatomopatológico foi de neoplasia mesenquimal fusocelular de baixo grau ALK positiva, dentro do espectro de Tumor miofibroblástico inflamatório

A paciente respondeu positivamente à abordagem, apresentando melhora do quadro clínico e remissão da patologia. Até o momento não houve recidivas ou necessidade de complementação com radioterapia

### Discussão

Tumores miofibroblásticos inflamatórios são lesões raras, com baixa tendência a malignidade. Caracterizados pela infiltração de células inflamatórias em diversos tecidos do corpo, apesar do local mais encontrado ser os pulmões, pode acometer também outros órgãos.

Na laringe, o comportamento parece ser mais indolente, com prognóstico indeterminado devido à raridade da lesão. Possui etiologia é incerta, alguns fatores como trauma, associação com o vírus Epstein-Barr e a translocação cromossômica (2p23) e do gene ALK2 têm sido apontados como possíveis causas.

A glote é o sítio de maior incidência na laringe, apresentando sintomas de disfonia e podendo gerar em casos mais avançados, dispnéia e disfagia.

O tratamento cirúrgico com biópsia excisional da lesão parece ser a melhor abordagem. Embora abordagens mais amplas como cordectomia seguida de radioterapia e posterior laringectomia total podem ser alternativas terapêuticas em lesões persistentes. O seguimento do paciente é imprescindível haja vista as elevadas taxas de recidivas destas lesões.

### Comentários Finais

Por sua raridade, não há estudos consistentes sobre os tumores miofibroblastos de laringe, por isso o quadro clínico clássico associado aos exames de imagem permite a adequada programação terapêutica com a biópsia excisional. O planejamento terapêutico deve ser individualizado e em geral a resposta ao tratamento é eficaz. Faz-se necessário o seguimento do paciente no pós-operatório.

**Palavras-chave:** Tumor de pregas vocais; neoplasia mesenquimal; tumor miofibroblástico.



PO551

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

RELEVÂNCIA DA CAMPANHA NACIONAL DA VOZ E JULHO VERDE 2023 EM SERVIÇO PÚBLICO TERCIÁRIO - RESULTADOS INICIAIS

**AUTOR PRINCIPAL:** DAMÁCIO SOARES PAIVA

**COAUTORES:** ALEXANDRE AUGUSTO FERNANDES; KELVIN LEITE MOURA; MARINA MENDONÇA DE MIRANDA; PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA; YASMIM BARROS SILVEIRA; RAYANE BEZERRA FREITAS; MYLENE CRISTINA PINTO DE PAIVA ALMEIDA

**INSTITUIÇÃO:** UFRN, NATAL - RN - BRASIL

**Introdução:** O câncer de laringe é um dos mais comuns da região de cabeça e pescoço e o tabagismo é o principal fator de risco. A Campanha Nacional da Voz e Julho Verde de 2023, iniciativa conjunta da Academia Brasileira de Laringologia e Voz, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial e Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, ocorrida em 10 de abril a 31 de julho/2023, ofereceu em todo o Brasil 96 dias úteis de atendimento médico voluntário destinados à busca de pacientes com riscos para câncer de boca e laringe. A campanha era voltada para a realização de videolaringoscopia primordialmente para pacientes  $\geq 40$  anos, tabagistas ou ex-tabagistas, sobretudo, aqueles com sintomas de odinofagia, disfagia, dispneia, sensação de pigarro ou incômodo em boca e garganta, além de disfonia há mais de 15 dias. Entre os serviços no estado do Rio Grande do Norte (RN), evidencia-se o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como um dos serviços públicos terciários de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço devido ao maior volume de vagas ofertadas, bem como por ocupar posição na resolução de casos de média a alta complexidade.

**Métodos:** Foram realizadas análises descritivas dos dados, usando-se programa Excel, tendo como fonte o banco de dados obtido no sítio eletrônico oficial da campanha ([site.bocaegarganta.com.br](http://site.bocaegarganta.com.br)), além dos resultados dos desfechos no seguimento ambulatorial daqueles que foram submetidos à cirurgia.

**Resultados:** O estado do RN ofertou cerca de 849 vagas, sendo 316 (37,2%) dessas no HUOL. Foram realizados 88 atendimentos, ou seja, 27,8% do total disponibilizado nesse serviço. Os atendimentos se distribuíram nas respectivas frequências ao longo dos quatro meses: abril (34,09%), maio (39,77%), junho (15,9%) e julho (10,2%). Em relação aos resultados das videolaringoscopias foram observadas as seguintes distribuições: 33 (37,5%) com exame normal, 36 (40,9%) com sinais sugestivos de refluxo faringo-laríngeo, 12 (13,63%) com outros achados como nódulo, fenda e sulco vocal, além de edema de Reinke e pólipos. E, por fim, 7 (7,9%) pacientes com lesões laríngeas suspeitas de malignidade que, posteriormente, foram confirmadas mediante laringoscopia direta com biópsia. Destes, 100% eram homens.

**Discussão:** Nota-se que menos de 50% das vagas destinadas ao HUOL foram ocupadas, sendo abril e maio os meses com maior volume, ou seja, no início da campanha, onde havia ampla divulgação pela mídia. Provavelmente a baixa demanda obtida nos meses seguintes se deveram à redução das propagandas, o que justificaria um menor fluxo de público. Um dos benefícios foi a objetividade do fluxo paciente-especialista, uma vez que habitualmente a realidade do acesso é dificultosa devido alta demanda no setor público de saúde. Tal facilidade acarreta um melhor cuidado, bem como a possibilidade de um diagnóstico mais precoce. Pacientes com exames normais e/ou com sinais sugestivos de refluxo faringo-laríngeo responderam por cerca de 78%. No entanto, mesmo à despeito da negatividade para malignidade nesses pacientes, o momento da consulta se mostrou imprescindível como ferramenta de educação em saúde, como a orientação para a cessação do tabagismo. O percentual de pacientes diagnosticados com câncer foi significativo mediante o tamanho da amostra, bem como compatível com o risco estimado dessa neoplasia na população. No Brasil são diagnosticados cerca de 7.650 novos casos de câncer de laringe/ano, com um risco estimado de 6,20 casos/100 mil homens e 1,06 casos/100 mil mulheres.

**Conclusão:** Assim, de forma indireta, é possível inferir que se faz necessária a constância na divulgação de informações sobre o câncer de laringe, sintomas e fatores de riscos, uma vez que o conhecimento é fruto da informação e educação em saúde. Além disso, a facilidade nos fluxos de saúde pode contribuir positivamente para o diagnóstico precoce e campanhas como essa ajudam a levar o paciente necessitado ao profissional habilitado.

**Palavras-chave:** Campanha Nacional da Voz; Câncer de Laringe; Laringe.



PO557

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## RARO CASO DE SARCOMA DE EWING EXTRAÓSSEO EM LARINGE: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** YASMIN DE REZENDE BEIRIZ

**COAUTORES:** THATIANA PEREIRA SILVA; MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO; ERICA CRISTINA CAMPOS E SANTOS

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL. 2. HOSPITAL OTORRINOS DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente de 6 anos, sexo masculino, sem comorbidades prévias, vem a unidade de pronto atendimento com relato de sensação de corpo estranho há 15 dias e estridor progressivo, pior a noite, evoluindo nos últimos dias com dispneia e taquipneia. Tratado a nível ambulatorial previamente com antibioticoterapia e corticoterapia, sem melhora. Nega febre, nega histórico recente de infecção de via aérea superior, nega corpo estranho faríngeo e hemoptise. À oroscopia, apresentava lesão volumosa posterior à amígdala esquerda, ultrapassando linha média, comprimindo úvula, quase tocando a amígdala contralateral. Devido ao achado, foi encaminhado para internação em hospital terciário para investigação.

Após admissão, à TC de pescoço: observado conteúdo amorfo com densidade intermediária na orofaringe e hipofaringe, relacionado com a epiglote, com extensão aos recessos piriformes, medindo 2,8 x 2,7 x 2,1 cm podendo representar corpo estranho. Realizado broncoscopia devido à suspeita de corpo estranho, visualizando-se lesão de formato oval na hipofaringe, sem sinais de corpo estranho.

No mesmo dia, foi realizada traqueostomia para manutenção de via aérea. À TC de pescoço com contraste, que evidenciou lesão expansiva heterogênea centrada na hipofaringe e orofaringe, com contornos lobulados e aspecto predominantemente cístico, que insinuava ao interior da coluna aérea, obliterando-a.

Enquanto paciente aguardava a laringoscopia direta, apresentou quadro de tosse, expeliu fragmento irregular de tecido castanho-vinhoso (Imagem 2 e 3), de consistência elástica, medindo 2,8 x 2,7 x 2,1 cm. Enviado para anatomopatológico com resultado de neoplasia de células redondas com extensa necrose. Feito a laringoscopia direta para coleta de novo material.

Durante o exame, foi visualizado lesão vegetante de aspecto cístico ocupando hemilaringe à esquerda, ultrapassando a linha média, ocluindo toda a luz glótica (Imagem 4).

Resultado anatomopatológico e imuno-histoquímica, evidenciando sarcoma de células pequenas e redondas de alto grau – sarcoma de Ewing extraesquelético.

**Discussão:** O sarcoma de pequenas células redondas apresenta subtipos como o sarcoma de Ewing, o rabdomiosarcoma alveolar, o tumor desmoplástico de células redondas, o condrosarcoma mesenchimal, e o sarcoma sinovial pouco diferenciado (BBB). O diagnóstico clínico desses sarcomas de pequenas células redondas, quando localizados em hipofaringe, é extremamente difícil devido ao curso clínico inespecífico. Podem iniciar com odinofagia, disfonia, globus faríngeo, evoluindo posteriormente para sintomas mais expressivos como desconforto respiratório e sensação de corpo estranho.

**Comentários Finais:** Os sarcomas extraósseos, como o de Ewing, são raros em crianças. Devido à sintomatologia pobre inicialmente, ao se observar sinais de acometimento laríngeo, como dispneia, odinofagia e estridor, deve-se ter em mente não apenas condições benignas, como corpo estranho, mas também patologias malignas como o sarcoma de Ewing. Exames complementares como nasofibrolaringoscopia são úteis para definir e direcionar o diagnóstico.

**Palavras-chave:** Sarcoma de Ewing; Sarcoma de Ewing Extraósseo; Massa Laríngea.

PO570

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE FRASER COM COMPROMETIMENTO LARÍNGEO

**AUTOR PRINCIPAL:** MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO

**COAUTORES:** RENAN DONAIRE CÔNSOLO; MARIANA MOTA KERTZMAN; ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI; TACIANE BRINCA SOARES SALITURE; ISABELA DOS SANTOS RODOLFO; DIEGO SANTOS DÓRIA; GEOVANNA RESENDE DE MORAES

**INSTITUIÇÃO:** 1. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. FACULDADE DAS AMÉRICAS, SÃO PAULO - SP - BRASIL

### APRESENTAÇÃO DO CASO:

Paciente M.A.S.F.L., 9 meses, nascida de parto cesárea a termo com criptofthalmia, sindactilia e ambuguidade genital (com útero) com possível diagnóstico de síndrome de Fraser, vem encaminhada ao Ambulatório de Otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo para avaliação audiológica devido ao alto risco de deficiência auditiva. No momento da avaliação, nota-se a presença de estridor ao repouso e choro fraco, cuja genitora relata que a criança apresenta desde o nascimento sem piora do padrão durante o choro ou mamada e sem nenhum sinal de desconforto respiratório como retração subdiafragnática, tiragem costal, retração de fúrcula ou batimento de asa nasal. Ao exame de nasofibrolaringoscopia, além de estruturas nasais e faríngeas sem alterações, observou-se epiglote, seios piriformes e pregas vestibulares sem alterações, mobilidade laríngea preservada mas com redução de fenda glótica a 30% devido presença de membrana laríngea acometendo quase toda a extensão de parte fonatória das pregas vocais e exame de broncoscopia não evidenciado demais alterações do aparelho respiratório. Devido comprometimento glótico importante, paciente em programação de realização de traqueostomia por equipe de cirurgia pediátrica a fim de garantir via aérea para futuras abordagens laríngeas e possíveis abordagens ortopédicas e oftalmológicas.

### DISCUSSÃO:

A Síndrome de Fraser é uma doença genética autossômica recessiva associada a mutações no gene FRAS1 e FREM, que desempenham um papel fundamental na formação de tecidos embrionários e na diferenciação celular.

Ela é caracterizada por uma variedade de manifestações clínicas que podem incluir anomalias dos olhos como criptofthalmia (ausência de abertura palpebral), genitais, rins e membros como sindactilia, bem como alterações laríngeas.

As alterações laríngeas são uma das características menos conhecidas da Síndrome de Fraser, mas podem ter um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Algumas das alterações laríngeas associadas à síndrome incluem: cleft laríngeo, disfunção da motilidade laríngea e membrana laríngea.

O diagnóstico da Síndrome de Fraser geralmente é feito com base em uma avaliação clínica abrangente, que inclui exames físicos e exames genéticos.

É importante ressaltar que o tratamento da Síndrome de Fraser deve ser adaptado às necessidades individuais de cada paciente, e uma equipe multidisciplinar de especialistas, incluindo geneticistas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, ortopedistas e oftalmologistas e outros profissionais de saúde, pode ser necessária para oferecer o melhor cuidado possível.

### COMENTÁRIOS FINAIS

A Síndrome de Fraser é uma condição genética rara que pode afetar diversas partes do corpo, incluindo a laringe. As alterações laríngeas podem variar em gravidade e impactar a respiração, a fala e a deglutição dos pacientes afetados. O diagnóstico precoce e a abordagem multidisciplinar são essenciais para proporcionar um tratamento adequado e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras-chave: SÍNDROME DE FRASER; MEMBRANA LARÍNGEA; ESTRIDOR.

PO557

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Regressão espontânea de tumor laríngeo: existe?

**AUTOR PRINCIPAL:** ARTHUR JOSE ROQUE CRUZ

**COAUTORES:** HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA; FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO; MATHEUS LISATCHOK; YURI COSTA FARAGO FERNANDES; GRAZIELA DE OLIVEIRA SEMENZATI

**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente ex-tabagista (20 anos/maço) do sexo feminino de 70 anos comparece em primeira consulta ao serviço de Laringologia do Instituto de Otorrinolaringologia da Unicamp (IOU) com queixa de disфонia e disfagia há 4 meses.

Na laringoscopia direta notava-se lesão exofítica e ulcerada em prega vocal direita associado a acometimento de comissura anterior, com mobilidade reduzida. Optado por biópsia de lesão laríngea ambulatorial com nasofibroscoopia e solicitado exame de tomografia computadorizada para estadiamento de lesão.

Os resultados foram: Carcinoma Epidermóide moderadamente diferenciado e ulcerado e a tomografia com estadiamento T3N0M0 (tumor de laringe transglótico).

Com estes achados foi contra-indicada ressecção endoscópica e indicada laringectomia aberta. No retorno de segurança após 2 meses apresentava leve disфонia, exame endoscópico com achado de lesão leucoplásica em terço posterior de prega vocal direita, com mobilidade preservada e comissura anterior livre, solicitada nova tomografia de pescoço e discussão com equipe de patologia.

Tomografia apresentava discreta assimetria do ventrículo de prega vocal direita; equipe de patologia sugeriu principal diagnóstico diferencial era hiperplasia pseudocarcinomatosa, orientando repetir a biópsia- optado por laringoscopia direta com nova biópsia em Centro Cirúrgico.

Durante procedimento foi realizada abordagem conservadora porém buscando histologia adequada e ampla, com de avaliação de lâmina própria, sem prejuízo da voz.

Achado anatomopatológico: ausência de neoplasia, processo inflamatório crônico inespecífico com fibrose de lâmina própria.

Posteriormente paciente mantém seguimento em nosso ambulatório, há 6 meses, bimestralmente com laringoscopia normal e sem queixas.

**Discussão:** O caso relatado apresenta uma evolução extremamente atípica para as lesões de laringe, gerando duas hipóteses principais: hiperplasia pseudocarcinomatosa ou regressão espontânea de carcinoma epidermóide de laringe.

A hiperplasia pseudocarcinomatosa é uma proliferação epitelial reativa benigna, que ocorre em resposta a infecções, traumas ou neoplasias - não há consenso sobre marcadores imuno-histoquímicos.

Em revisão sistemática foram observados 23 casos publicados na literatura e em todos os casos ocorreu necessidade de tratamento para melhora - diferentemente do caso relatado, a exemplo de infecção laríngea por candida albicans mimetizando HPC na laringe resolvida após uso de anti-fúngico.

A regressão tumoral espontânea vem sendo estudada por gerações em estudo recente de grupo indiano, foi realizado revisão de literatura com todos os casos de regressão documentados: os tumores que mais apresentam regressão espontânea são carcinoma renal e linfoma, com múltiplos mecanismos associados - biópsia/ablação (40% dos casos), infecções, febre, ervas medicinais e fatores endócrinos.

O caso relatado demonstra uma regressão espontânea após biópsia com documentação completa e revisão de patologia, fortalecendo essa possibilidade rara já descrita previamente em poucos relatos de caso.

**Comentários Finais:** Ainda não é claro se existe regressão tumoral sem tratamento específico, porém muitos relatos sugerem essa possibilidade.

Apresentamos um caso de evolução atípica de tumores de laringe, com possível regressão tumoral espontânea após biópsia laríngea ambulatorial; é de extrema importância a avaliação desses casos para compreensão de possíveis mecanismos imunológicos capazes de fornecer tratamentos para tumores de laringe.

**Palavras-chave:** Tumor de Laringe;Regressão espontânea;Oncologia.

PO584

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ****CISTO GIGANTE DE VALÉCULA EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ANNA LUIZA FRAZZON TEIXEIRA**COAUTORES:** ALOMA JACOBI DALLA LANA; MARIAH GIMENIS; ÉLISSON KRUG OLIVEIRA; MARIANA ZAGO DE MORAES; REINALDO FERNANDO CÔSER NETO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL

**Apresentação do caso:** indivíduo masculino, 35 anos, procedente de cidade do interior do Rio Grande Do Sul, previamente hígido e sem histórico de tabagismo ou etilismo. Compareceu em consulta médica relatando há 6 meses dificuldade na deglutição e inapetência, disfonia do tipo rouquidão e odinofagia constante, sem perda de peso. Negava dispneia desde o início do quadro. Ao exame nasofibrolaringoscópico, evidenciou-se lesão cística na região da valécula de grande volume, mobilizando lateralmente a epiglote e as estruturas adjacentes, não se podendo visualizar as pregas vocais. Realizou tomografia computadorizada da região cervical apresentando formação volumosa com densidade de líquido medindo cerca de 3,3 x 3,3 x 2,8 cm, ocupando a valécula esquerda e íntimo contato com a borda superior da epiglote, acarretando redução importante da coluna aérea. Paciente foi submetido a procedimento cirúrgico para ressecção da lesão, tendo necessitado de entubação guiada por fibrobroncoscopia pela fossa nasal. O procedimento foi realizado sob videolaringoscopia com ótica de 30 graus e abridor de boca, com aspiração de conteúdo hemático do cisto e ressecção completa da lesão. Laudo anatomopatológico confirmou a hipótese de lesão cística benigna, com infiltrado inflamatório na parede. Paciente teve alta e acompanhamento via ambulatorial com melhora completa dos sintomas.

**Discussão:** os cistos de valécula são patologias incomuns na laringologia, com ocorrência estimada em 5% de todas as patologias benignas da laringe. Pode haver apresentações assintomáticas ou sintomáticas, com disfonia, disfagia, odinofagia e dispnéia. A principal preocupação nesta patologia é garantir uma via aérea pérvia ao paciente, visto que cistos de grande volume podem levar à insuficiência respiratória. Diagnósticos diferenciais de lesão na valécula incluem cisto dermoide, cisto de ducto tireoglosso, hemangioma e teratomas. Dentre as complicações possíveis, a infecção do cisto pode levar à epiglote e abscesso na região da epiglote. O tratamento preferencial da lesão é sua ressecção completa com excisão da cápsula para evitar recidivas. Durante o planejamento cirúrgico, é importante estar atento à dificuldade na entubação orotraqueal pelo tamanho da lesão.

**Comentários finais:** embora seja considerada uma patologia rara e benigna, o cisto de valécula pode levar a complicações se não diagnosticado precocemente. O paciente deve ter uma via aérea pérvia assegurada e planejamento cirúrgico preciso. O exame nasofibrolaringoscópico é de suma importância para o diagnóstico, além de ser facilmente realizado em consultório. Após a ressecção da lesão, a grande maioria dos pacientes têm resolução do quadro.

**Palavras-chave:** cisto de valécula;disfonia;dispnéia.

PO591

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

**PARALISIA DAS PREGAS VOCAIS PÓS INFECÇÃO POR SARS-COV2: RELATO DE CASO INCOMUM.**

**AUTOR PRINCIPAL:** JOAO BATISTA DE OLIVEIRA ANDRADE

**COAUTORES:** ANTONIO LOBO DE REZENDE NETO; RAISSA CARVALHO PEREIRA; ALICE DE SÁ GONTIJO; FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA; JULIA COLARES MOREIRA; MATHEUS BONELA CAUS; ALONSO GOMES DE MENEZES NETO

**INSTITUIÇÃO:** NUCEO DE OTORRINO BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Paciente do sexo feminino, 40 anos, comparece em consultório para avaliação de disfonia persistente iniciada após complicações respiratórias pelo SARS-CoV2, sendo necessário internação hospitalar por 40 dias, dos quais 15 dias, foi submetida a intubação orotraqueal (IOT). Após extubação, apresentou soprosidade intensa da voz, disfagia, retenção de grande quantidade de secreção em faringe, tosse e engasgos frequentes. Obteve alta, realizou vídeolaringostroboscopia evidenciando paralisia de pregas vocais em abdução, com emissão de sons soprosos, baixo pitch vocal e reflexos faringo laríngeos diminuídos. Falha ao tratamento clínico por 4 meses, com uso de beta2-agonista de longa duração, broncodilatador, anti-depressivo e benzodiazepínico e acompanhamento fonoterápico e manutenção da disfagia e tosse ao alimentar. Indicado videonasofaringoscopia com estudo da deglutição, apresentou reverberação de secreção salivar e / ou mucoide do esôfago superior firmando a suspeita de fístula traqueo-esofágica. Foi encaminhada à cirurgia torácica que confirmou a fístula através de broncoscopia e em seguida realização de procedimento cirúrgico direcionado. Após 07 meses do ato cirúrgico e acompanhamento da fonoaudióloga, melhorou o movimento das pregas vocais, mas ficando com paralisia em posição paramediana da prega vocal esquerda e importante gap glótico, tosse e microaspirações.

Optado por realizar tireoplastia Tipo I em prega vocal esquerda devido a persistência da disfonia, voz rouca e soprosa, cansaço vocal, redução do tempo máximo de fonação e odinofonia. Resultado cirúrgico satisfatório com melhora importante da voz, com maior conforto para deglutição, sem aspiração e retorno às suas atividade laborais. Nova vídeolaringostroboscopia em 2 meses de pós operatório, apresentando boa coaptação das PPVV, ausência de fendas glótica ou lesões.

As lesões que comprometem a inervação laríngea podem ocorrer em qualquer ponto da trajetória do nervo vago, desde a medula oblonga, até suas terminações na laringe, podendo acarretar paresia ou paralisia de prega vocal uni ou bilateral.

Nestas condições, as habilidades laríngeas de coaptação das pregas vocais para a fonação, tosse, deglutição e outras atividades que requerem a contribuição do fechamento glótico, podem ficar prejudicadas.

Os efeitos que levam às alterações laríngeas, devido a IOT prolongada incluem lesões por isquemia de mucosa, fibroses com estenoses, lesões das articulações cicloarritenóideas, fixação das PPVV, alterações de movimento de PPVV por imobilidade ou paralisias, fístulas, disfagia, dificuldade para respirar e aspiração com suas complicações nas Vias Aéreas Inferiores. Sintomas clínicos, cuja severidade pode manifestar-se de acordo com o grau de comprometimento. De acordo com a posição das PPVV, estas podem ser classificadas em mediana, para-mediana, intermediária ou em abdução completa como descrito no caso inicial supracitado.

O tratamento vai depender da causa, do tempo de paralisia e de seu prognóstico, assim como do modo de coaptação glótica, podendo ou não ser cirúrgico.

As evidências científicas confirmam a ampla variabilidade das complicações do pós COVID -19 e suas sequelas precoces ou tardias. Nas vias aéreas, como mostrado no caso em questão, pode gerar complicações graves que demandam tratamento muito especializado com equipe multidisciplinar bem treinada e atenta às demandas de cada caso buscando o diagnóstico precoce e soluções em tempo hábil.

Palavras-chave: PARALISIA DE PREGA VOCAL;DISFONIA PÓS COVID19;COMPLICAÇÕES COVID19.

PO598

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Exérese de Laringocele Mista por Via Cervical Externa – Um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA

**COAUTORES:** DIANA KEUN SOO KIM; MARIANA MOTA KERTZMAN; LARISSA RAMOS RIBEIRO; MIGUEL BOSENBECKER BÖHM; RENAN DONAIRE CÔNSOLO; ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI; CLAUDIA ALESSANDRA ECKLEY

**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

### Apresentação do Caso:

Paciente do sexo feminino, 55 anos, tabagista 45 anos-maço, previamente hígida, com infecção por COVID-19 em 2022, evoluindo com tosse persistente e disfonia súbita, do tipo rouquidão e abaulamento cervical a esquerda. Há 3 meses, iniciou quadro de disfagia de engasgo para sólidos, com perda ponderal de 18kg, e dispneia aos moderados esforços e ao decúbito dorsal horizontal. Ao exame físico, observou-se presença de abaulamento em região cervical de zona IIB à esquerda, de consistência fibroelástica e dolorosa a palpação. À nasofibrolaringoscopia, visualizava-se abaulamento em região de aritenóide e muro ariepiglótico a esquerda, rechaçando contralateralmente prega vestibular ipsilateral e epiglote, impossibilitando a visualização de pregas vocais e fenda glótica. A tomografia computadorizada de pescoço e tórax demonstrou lesão expansiva de aspecto cístico em laringe supraglótica a esquerda, medindo 2,6 x 2,9 x 3,6 cm, com realce periférico, irregular após administração de contraste, além de extensão lateral ultrapassando membrana tireóidea e insinuando-se entre a glândula submandibular e o espaço carotídeo. Medialmente, observado descolamento da prega ariepiglótica e do seio piriforme a esquerda, sugerindo laringocele mista. Optou-se por procedimento cirúrgico sob anestesia geral, com intubação orotraqueal com auxílio de broncoscópio e exérese de laringocele mista à esquerda por via cervical externa. Procedimento cirúrgico em conjunto com equipe de cirurgia de cabeça e pescoço (CCP), sendo removida toda a lesão até a sua inserção anterior. Após procedimento, paciente evoluiu com melhora completa da qualidade vocal, da disfagia e da dispneia.

### Discussão:

A laringocele é uma dilatação sacular anormal do vestíbulo laríngeo. Esta entidade nosológica, infrequente, é predominante na quinta e sexta década de vida, entre homens (90%) pelo seu maior esforço físico. Pode apresentar uma sintomatologia que pode ser dividida de acordo com o seu tipo. As internas, contidas no espaço supraglótico, podem obstruir a via aérea e alterar a fonação; as externas, que se expandem através da membrana tireóidea, visualizadas como massas cervicais com sintomatologia variada; e as mistas, quando possuem ambas as apresentações (1,2).

Esta doença, tem uma etiopatogenia controversa e, possivelmente, multifatorial. Compreende-se que sua origem envolve desde de fatores congênitos, neonatais e adquiridos. Entre os fatores adquiridos é importante evidenciar as afecções que levam ao aumento de pressão intralaringea, como a tosse crônica.

A tomografia computadorizada (TC) é considerada o exame padrão-ouro para seu diagnóstico, podendo ser complementada com a ressonância magnética. Este exame não apenas confirma o diagnóstico, como também é fundamental na programação terapêutica, pois possibilita avaliar seu preenchimento, seus limites e suas relações anatômicas (1,3).

O tratamento cirúrgico da laringocele depende de seu tipo e da repercussão clínica. Enquanto laringoceles externas, internas maiores e mistas necessitam de uma via cervical externa. Laringoceles internas menores podem ser abordadas endoscopicamente. Nos casos de laringoceles pequenas e assintomáticas, pode-se optar por realizar apenas acompanhamento ambulatorial da lesão (2,4).

### Comentários finais:

O caso citado teve como fator causal deflagrador a tosse crônica, secundária ao COVID-19, sintoma com alta prevalência nesta patologia. No caso apresentado, a laringocele mista era extensa e causava grande morbidade à paciente, com necessidade de abordagem externa em conjunto com equipe de CCP. A laringocele, apesar de rara, apresenta uma enorme variedade de sintomas e apresentações devido a sua localização, além de ser uma causa importante de risco para obstrução de via aérea. Portanto, o otorrinolaringologista deve considerar esta hipótese para melhor investigação diagnóstica e escolha da melhor abordagem terapêutica em cada caso.

Palavras-chave: LARINGOCELE; LARINGOCELE MISTA; LARINGE.

PO641

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ****CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PREGA VOCAL COM ASPECTO ENDOSCÓPICO DE LESÃO BENIGNA CÍSTICA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** VICTOR ARY CÂMARA**COAUTORES:** LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE; BRUNA FERREIRA SILVA; WOLFGANG THYERRE PINTO; DÉBORA LUCENA SILVEIRA; YURI COSTA FARAGO FERNANDES; GRAZIELA DE OLIVEIRA SEMENZATI; AGRICIO NUBIATO CRESPO**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL**Apresentação do Caso**

Homem, 59 anos, hipertenso, com história de disfonia de início súbito há 4 meses, associado à sensação de globus faríngeo. Negava disfagia, dispneia ou perda de peso. Ausência de histórico de etilismo ou tabagismo. Realizado telarlaringoscopia, que evidenciou lesão exofítica de aspecto cístico em terço médio de prega vocal esquerda (PVE) e vasculodisgenesias, além de mobilidade preservada e boa luz glótica. Submetido a laringoscopia direta com exérese da lesão em PVE de aspecto cístico e consistência fibrosa. Material enviado para análise anatomopatológica e caracterizado como carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado. Desse modo, devido diagnóstico de neoplasia maligna, indicada nova abordagem cirúrgica para ampliação de margens. Realizada microcirurgia transoral com laser de CO<sub>2</sub>, apresentando lesão leucoplásica infiltrativa bem delimitada em prega vocal esquerda, feito uma cordectomia tipo III em PVE com exérese de lesão em bloco. No seguimento pós cirúrgico, novo anatomopatológico evidenciou displasia epitelial escamosa de alto grau/ carcinoma in situ com margens cirúrgicas livres de neoplasia. Atualmente o paciente mantém acompanhamento ambulatorial periódico em nosso serviço, sem sinais de recidiva de neoplasia.

**Discussão**

As pregas vocais podem ser acometidas por diversas patologias, sejam elas benignas ou malignas. A avaliação dessas lesões é realizada inicialmente em consulta ambulatorial, quando o paciente é submetido a uma anamnese detalhada, videolaringoscopia e estroboscopia. Desse modo, é visualizado o aspecto da lesão, se há suspeita de malignidade, impacto sobre a luz glótica, entre outras alterações. Alguns fatores podem interferir na acurácia do diagnóstico da lesão, como a adequada calibração do videolaringoscópio, interpretação do examinador da imagem e observação da lesão em momentos diferentes. Além disso, em alguns serviços, a fila de espera para realizar uma laringoscopia direta em centro cirúrgico pode contribuir para o atraso no diagnóstico e mudança no aspecto da lesão.

Nesse aspecto, a realização da laringoscopia direta é importante para melhorar a propedêutica diagnóstica, podendo a lesão ser avaliada de forma mais adequada e palpada durante o exame. Não é incomum que as lesões tenham mudança de diagnóstico após essa avaliação.

**Considerações finais**

Dessa forma, faz parte da avaliação inicial das lesões de pregas vocais exames minuciosos de videolaringofibroscopia e estroboscopia. No entanto, deve-se atentar que essa avaliação pode variar de acordo com o examinador e o momento do exame. A laringoscopia direta com palpação da lesão é importante para uma melhor acurácia diagnóstica. Ademais, mesmo que aventado a suspeita de lesão benigna, quando submetido a microcirurgia de laringe, o cirurgião deve sempre enviar o material para estudo anatomopatológico e estar preparado para mudança de estratégia terapêutica no intra e pós operatório a medida que for estabelecido o diagnóstico final.

**Palavras-chave:** CARCINOMA EPIDERMÓIDE; PREGAS VOCAIS; MICROCIURURGIA DE LARINGE.



PO665

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

ESTENOSE LARINGOTRAQUEAL IDIOPÁTICA SECUNDÁRIA A DOENÇA RELACIONADA AO IGG4: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA FERREIRA SILVA

**COAUTORES:** LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE; VICTOR ARY CÂMARA; MARCELA ARAÚJO PEREIRA; DÉBORA LUCENA SILVEIRA; YURI COSTA FARAGO FERNANDES; GRAZIELA DE OLIVEIRA SEMENZATI; AGRICIO NUBIATO CRESPO

**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL

### Apresentação do Caso

Mulher caucasiana, 20 anos de idade, com história de dispneia insidiosa e progressiva iniciada há 5 anos. Paciente não tinha histórico de intubação prolongada, trauma das vias aéreas ou DRGE. Não possuía doenças crônicas e não era etilista ou tabagista. Em 2018 realizamos laringoscopia direta sob anestesia geral, sendo identificada estenose fibrótica, glótica e subglótica grau 3, segundo a classificação de Cotton-Myer. Optado por realizar traqueostomia no mesmo tempo cirúrgico. A biópsia da região estenótica mostrou infiltrado plasmocitário com mais de 10 plasmócitos para IgG4 por campo e fibrose.

Encaminhamos para reumatologia para investigação de um possível quadro autoimune. O painel de anticorpos revelou apenas p-ANCA positivo, sendo então feito o diagnóstico de Doença Relacionada ao IgG4 (DR-IgG4) e iniciado tratamento medicamentoso com prednisona 40mg/dia em janeiro de 2020. Inicialmente teve bom controle da doença, porém perdeu seguimento médico durante a pandemia COVID-19, retomando seguimento um ano após, tendo descontinuado o uso de corticoides. Apresentou como nova queixa embaçamento visual a esquerda, sendo diagnosticada com neuropatia óptica compressiva, secundária à atividade inflamatória da doença na órbita esquerda. Iniciado então tratamento com Rituximabe 1g em ciclos semestrais, associado a Metotrexato 12,5 mg semanais. Paciente atualmente vem evoluindo com melhora das queixas visuais e estabilidade do quadro, porém na última tomografia computadorizada realizada em junho de 2023, foram identificados sinais de atividade de doença orbitária.

Apesar da estabilidade do quadro laríngeo, em se tratando de uma doença sistêmica, nossa equipe optou por aguardar melhor controle da doença antes de indicar um procedimento de reconstrução laringotraqueal e decanulação.

Paciente segue em acompanhamento com as equipes de otorrinolaringologia, reumatologia e oftalmologia, com programação de novo ciclo de Rituximabe em janeiro de 2024.

### Discussão

O envolvimento subglótico parece ser uma manifestação rara de DR-IgG4. Dado que o envolvimento traqueal e laríngeo pode evoluir de forma insidiosa e progredir para obstrução crítica das vias aéreas, este caso destaca a importância de ter em mente a Dr-IgG4 ao diagnosticar e tratar a estenose das vias aéreas superiores.

As biópsias são o padrão ouro para diagnóstico; no entanto, é importante ter em mente que vários fatores podem influenciar o resultado, podendo ocorrer falsos negativos. Se o quadro clínico levantar forte suspeita de DR-IgG4, a biópsia deverá ser repetida para fornecer resultados mais definitivos.

O tratamento pode ser multimodal dependendo da área envolvida. A primeira linha se baseia no uso de glicocorticóides. Anticorpos monoclonais, como o rituximabe, podem ser empregados como opções de segunda linha se a doença for refratária aos esteróides ou se os esteróides não puderem ser desmamados para uma dose que mitigue os efeitos colaterais de longo prazo. Outros agentes imunossupressores que podem ser considerados incluem azatioprina e micofenolato, mas são conhecidos por serem apenas moderadamente eficazes. É importante ressaltar que a fibrose madura pode não responder à imunossupressão sistêmica e ainda requerer tratamento cirúrgico. O tratamento do paciente pode ser multifacetado quando a via aérea está comprometida; no entanto, a imunossupressão sistêmica é a base do tratamento para levar a doença à remissão.

### Comentários Finais

O envolvimento laríngeo da DR-IgG4 é incomum; no entanto, é uma manifestação que deve ser incluída no diagnóstico diferencial das estenoses laringotraqueais. Além disso, é importante lembrar que a DR-IgG4 subglótica pode ser um fator etiológico potencial de estenose adquirida das vias aéreas após intubação de curto prazo.

**Palavras-chave:** Estenose laringotraqueal; Doença relacionada ao IgG4; Estenose subglótica idiopática.

PO671

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA NEOPLASIA MALIGNA DA LARINGE, NO PERÍODO ENTRE 2019 A 2023, NO NORDESTE.

**AUTOR PRINCIPAL:** JENNIFER CRISTIANA VICENTE DE LIMA

**COAUTORES:** JOSÉ WAGNER DE LIMA

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL

**OBJETIVO:** Analisar e descrever o perfil epidemiológico da neoplasia maligna da laringe, nos estados do nordeste brasileiro, no período entre 2019 e 2023.

**METODOLOGIA:** O presente estudo trata-se de uma pesquisa epidemiológica ecológica, de série temporal, com análise do perfil epidemiológico de casos de neoplasia da laringe, no nordeste do Brasil, entre os anos de 2019 até julho de 2023. Esses dados foram coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS — Painel Oncológico). As variáveis de informação foram: número de casos de neoplasia, unidade da federação (UF), sexo e a faixa etária.

**RESULTADO:** No período retratado, entre os anos de 2019 a 2023, os dados coletados demonstram que o nordeste é responsável por 5.772 diagnósticos de neoplasia da laringe. Dentre as nove (UF) que compõem a região nordeste, a com maior número de casos diagnosticados é a Bahia com quase 26% (1.497), em seguida, o Ceará com 20,32% de casos. Contrapondo aos estados com tão alto índice de neoplasia da laringe, há o estado de Alagoas, com o menor número de diagnósticos, correspondendo apenas a 251 casos, o que equivale a 4,35% da totalidade da região nordeste. O sexo masculino é o que apresenta maior acometimento por essa malignidade, da totalidade de 5.772 casos, 4.801 ocorrem em homens e 971, em mulheres. E por fim, a faixa etária com maior quantidade de casos diagnosticados está entre 60-64 anos de idade, com número absoluto de 1.047 casos, o que equivale a 18.14% em relação às outras faixas etárias. Em seguida, pessoas com idade entre 65 a 75 anos apresentam o segundo maior número de diagnósticos, e ao contrário do que se pensa, essa estimativa não ascende para idades subsequentes. A faixa etária, a partir dos 65 anos, sofre redução no número de casos de neoplasia de laringe. Quando se chega aos 75 anos, menor é a quantidade de casos que acomete os idosos, de modo que o número de câncer da laringe se torna menor que o número dos que são acometidos por essa enfermidade, quando se chega na idade entre 50 a 54 anos de idade.

**DISCUSSÃO:** Segundo a literatura médica, a neoplasia de laringe é a segunda causa mais comum de malignidade do trato aerodigestivo em homens, isso vai de encontro com os dados analisados, uma vez que a neoplasia retratada neste trabalho é muito mais comum em pacientes do sexo masculino. O câncer tem causa multifatorial, dessa forma, o estilo de vida e a idade de uma pessoa são fatores que influem diretamente no desenvolvimento da neoplasia laríngea. O consumo de cigarro e bebidas alcoólicas, além da idade acima de 40 anos, por exemplo, estão fortemente associados ao desenvolvimento da doença. Sintomas como disfonia, faringite, disfagia, otalgia irradiada e massa cervical, os quais persistem por mais de 3 semanas, são sinais de alerta para que o paciente procure um otorrinolaringologista. Além disso, antes de prescrever qualquer medicamento, é de suma importância que o médico informe ao paciente sobre a necessidade de se manter uma boa qualidade de vida, na qual se consuma alimentos saudáveis, reduza a ingestão álcool, pratique exercícios físicos para que, ao envelhecer, não se torne um idoso cheio de fatores de risco para desenvolvimento da neoplasia de laringe ou de qualquer outra.

**CONCLUSÃO:** O perfil epidemiológico de casos diagnosticados de neoplasia maligna da laringe, na região do nordeste brasileiro, durante os anos de 2019 até julho de 2023, se dá em maior número em homens de faixa etária entre 60-64 anos de idade, sendo que a Bahia foi o estado em que mais se diagnosticou casos de neoplasia maligna da laringe.

**Palavras-chave:** Neoplasia; laringe; nordeste.

PO673

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ****ESTRATÉGIA DE TRIAGEM PARA IDOSOS COM SINTOMAS DE DISFAGIA****AUTOR PRINCIPAL:** LIDIANE MARIA DE BRITO MACEDO FERREIRA**COAUTORES:** HIPÓLITO VIRGÍLIO MAGALHÃES JÚNIOR; IGOR SILVA DE CASTRO LIMA; LARA COSTA BELARMINO DE MACEDO; LUCAS GOMES DE ASSIS RIBEIRO; THÁRCIO MATHEUS ALVES DA SILVA; TÁCITO CUNHA LIMA; YASMIM BARROS SILVEIRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL**Objetivo:** Triar pacientes idosos com sintomas de disfagia no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), no Rio Grande do Norte.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes sob o protocolo de número de 3027525. A pesquisa se baseia na aplicação de questionário validado de rastreamento de disfagia, o RAD (Rastreamento de disfagia orofaríngea em idosos). Além disso, foram investigados aspectos epidemiológicos e clínicos dos pacientes. Os participantes avaliados possuíam ao menos 60 anos, estavam no HUOL como pacientes ambulatoriais ou internados no período de março a setembro de 2023, e que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos pacientes idosos que não apresentavam estado de vigília ou orientação adequada no momento da coleta, assim como pacientes com baixo nível de compreensão e cognição que os impediram de responder às perguntas. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e analisados por meio de estatística descritiva a partir de tabelas de frequências e médias

**Resultados:** Ao todo, foram avaliados 94 idosos, dos quais, 26 (27,6%) pontuaram mais que 3 pontos no questionário RAD. Entre os investigados, 50% estavam na faixa etária entre 60 e 70 anos, dos quais 17% pontuaram mais que 3; 37,2% tinham entre 70 e 80 anos, dos quais 31,4% pontuaram mais que 3, e 12,8% tinham entre 80 e 90 anos dos quais 41% pontuaram mais que 3. Ao todo, 58,5% homens e 41,4% mulheres participaram da pesquisa, 7,4% das mulheres e 20,2% dos homens obtiveram mais de 3 pontos no rastreamento. 29,7% dos idosos já foram ou são tabagistas e destes 17% pontuaram mais que 3 pontos. Sobre as queixas principais da deglutição oral, a mais recorrente foi sialorreia, com 36,1% das respostas, seguida da alteração do apetite com 30,8%, 28,7% demoravam para engolir, 23,4% apresentavam boca seca, 22,3% referiram escape de alimentos pelos lábios, 19,1% apresentavam dificuldade para mastigar, 17% tinham alteração do paladar e alimentação grudada no céu da boca, 15,9% apresentaram refluxo nasal, 6,3%, dor na cavidade oral e 31,9% não referiram queixas orais. Sobre as queixas principais da deglutição faríngea, a mais relatada foi o pigarro com 41,4% das respostas, seguida por azia com 39,3%, 36,1% das respostas positivas para entalo, 35,1% referiram engasgos com líquidos, 30,8% referiram engasgos com sólidos, 26,5% apresentavam tosse seca, 22,3% faziam força para engolir, 13,8% tinham náuseas e engasgos com alimentos pastosos, 8,5% tinham tosse produtiva, 7,4% sentiam dor ao engolir e 25,5% dos pacientes não referiram queixas faríngeas.

**Discussão:** O questionário RAD mostrou que, em média, 1 em cada 4 idosos apresentava disfagia, um número maior que a da população geral nessa faixa etária. Talvez isso seja em virtude do HUOL ser um hospital terciário, tendo pacientes comórbidos. Além disso, nota-se uma maior prevalência de disfagia à medida que a idade aumenta. Ademais, metade dos tabagistas entrevistados teve rastreamento positivo para disfagia, podendo este sintoma ser um indicativo de alguma outra comorbidade causada pelo uso do cigarro. Portanto, é de suma importância a realização do rastreamento de disfagia em tabagistas.

**Conclusão:** A disfagia orofaríngea é uma condição muito prevalente entre os idosos, sobretudo os de idade mais avançada. Apesar da disfagia, por definição, ser a dificuldade de deglutição, percebe-se pelo rastreamento que isso impacta a vida do paciente, devido ao engasgo, pigarro, tosse, dor e outros sintomas. Além disso, há uma íntima relação com o tabagismo, fator de risco ainda prevalente em nosso meio. Por fim, o rastreamento da disfagia orofaríngea a partir do questionário RAD se mostrou bastante efetivo e prático, tanto para uso ambulatorial como em enfermagem, sendo uma ferramenta fundamental.

**Palavras-chave:** Disfagia; Triagem; RAD.

PO685

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

HISTOPLASMOSE LARÍNGEA COM REPERCUSSÃO CUTÂNEA EM PACIENTE IDOSO: UM RELATO DE CASO.

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIAH GIMENIS

**COAUTORES:** ALOMA JACOBI DALLA LANA; ANNA LUIZA FRAZZON TEIXEIRA; FABRICIO SCAPINI; MARIANA ZAGO DE MORAES; REINALDO FERNANDO CÔSER NETO; RODRIGO AGNE RITZEL

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL

**Apresentação do caso:** Indivíduo masculino, 81 anos, tabagista (120 anos.maço), com doença obstrutiva pulmonar crônica, histórico de endarterectomia carotídea esquerda há 5 anos e insuficiência renal sem acompanhamento, procurou atendimento otorrinolaringológico por odinofagia há 20 dias, acompanhada de perda ponderal. Fez uso de antimicrobiano sistêmico no período sem alívio. Negava disfagia, disфонia e sintomas respiratórios. Apresentava exame físico otorrinolaringológico sem alterações. Realizou videofaringolaringoscopia, que evidenciou edema difuso da laringe e lesão infiltrativa na face laríngea da epiglote (FIGURAS 1 e 2). Dessa maneira, foi submetido a biópsia incisional em ambulatório sob visualização videoendoscópica. O exame histopatológico foi inconclusivo, sem evidências de neoplasias ou fungos. Manteve sintomas e perda ponderal progressiva, evoluindo com lesão ulcerada em nível III de região cervical nas 4 semanas subsequentes (FIGURA 3). Assim, foi revisado com novo exame endoscópico faringolaríngeo, na qual realizou-se nova biópsia incisional e swab das lesões. O novo exame histopatológico demonstrou.... e cultura do swab apresentou de crescimento de Histoplasma spp, concluindo-se o diagnóstico de histoplasmose laríngea. Evoluiu com piora clínica geral, insuficiência renal aguda e óbito.

**Discussão:** A histoplasmose é uma das causas de doenças granulomatosas crônicas, causada pelo fungo dimórfico Histoplasma capsulatum. Sua transmissão ocorre pela inalação de esporos presentes em solos contaminados por excrementos de morcegos ou pássaros. As três formas clínicas da doença são a pulmonar aguda, pulmonar crônica e a forma disseminada - associada ao comprometimento laríngeo. A histoplasmose laríngea é caracterizada por odinofagia intensa, disfagia, disфонia, tosse e sintomas constitucionais, sendo diagnóstico diferencial de neoplasias e tuberculose, o que dificulta seu diagnóstico. As lesões cutâneas ocorrem em 4 a 11% dos pacientes e resultam de invasão secundária da pele em formas disseminadas da infecção. A característica da mucosa na videofaringolaringoscopia é a cor branca perolada, o edema, as ulcerações, mimetizando neoplasias. Outros diagnósticos diferenciais são a criptococose e blastomicoses. Imunodeficiências e infecções por grandes inóculos de organismos fúngicos podem levar a doenças mais graves ou disseminadas. Histopatologia com marcador para fungos, culturas, detecção de antígenos e testes para anticorpos específicos para histoplasma podem ser usados no diagnóstico. O tratamento consiste em terapia com Anfotericina B intravenosa por 7 a 10 dias, seguida de itraconazol oral por 9 a 12 meses.

**Comentários finais:** A histoplasmose laríngea é uma doença potencialmente fatal, principalmente em indivíduos imunodeficientes como os idosos. Por apresentar-se como um diagnóstico diferencial de neoplasias e tuberculose, doenças prevalentes em nosso meio, seu tratamento pode ser retardado devido a dificuldade do seu diagnóstico. Portanto, lesões mucosas e cutâneas suspeitas devem ser biopsiadas e realizada cultura o mais precocemente possível. Ainda, a histoplasmose pode coexistir com estas patologias, que também devem ser investigadas simultaneamente.

**Palavras-chave:** Histoplasmose laríngea; Histoplasma spp; Lesão cutânea.

PO687

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

### DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE DOENÇAS INCOMUNS: UM RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO

**COAUTORES:** CATARINA SOARES BARTASEVICIUS; ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI; ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO; REBECA NAOMI SHIDA; ROSANA LAZZARINI; BRUNA SOUZA MAGALHÃES

**INSTITUIÇÃO:** 1. DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 31 anos, procedente de São Paulo, encaminhado para avaliação otorrinolaringológica por lesões cutâneas em região perioral e de asa nasal direita e em mucosa oral, odinofagia, disfagia a sólidos, disфонia progressiva e emagrecimento não quantificado, de início súbito há um ano. Negava febre. Tratado com sintomáticos.

Apenas 18 dias antes da consulta foi encaminhado para internação hospitalar penitenciária para investigação do quadro. Iniciou-se, então, mesmo sem diagnóstico definitivo, aciclovir (nove dias), fluconazol (cinco dias), triancinolona+neomicina+bacitracina tópico (cinco dias), prednisona (13 dias), loratadina (17 dias) e morfina, para controle algico. Referiu tuberculose ganglionar tratada em 2019, tabagismo, uso de maconha e cocaína.

Ao exame visualizava-se hiperemia, pústulas e pápulas em região perioral e asa nasal, edema importante no lábio inferior, restrição à abertura bucal pelo quadro algico; língua, gengiva e mucosa jugal edemaciados com lesões ulcero-granulomatosas recobertas por fibrina. A análise perceptiva auditiva vocal (APAV) revelou aspereza (2+/3+), soprosidade (2+/3+), astenia (1+/3+), tensão (2+/3+), pitch agudizado e loudness e tempo máximo fonatório reduzidos.

À nasofibrolaringoscopia, edema em parede posterior da rinofaringe e estase salivar significativa em valécua e seios piriformes, com penetração e aspiração salivar. A mucosa laríngea apresentava edema difuso; a epiglote, amputação parcial em sua porção distal e as pregas vocais, sem alteração de mobilidade, mas com fenda à fonação. O anátomopatológico do lábio inferior demonstrou mucosite crônica granulomatosa inespecífica e o citológico a presença de leveduras birrefringentes com dupla membrana e múltiplas gemulações, sugerindo *Paracoccidioides* sp.

Prescrito itraconazol e atropina sublingual para controle salivatório, porém o hospital penitenciário introduziu anfotericina B, substituída por fluconazol devido distúrbio eletrolítico. Apenas três semanas após o diagnóstico de certeza foi iniciado itraconazol. Após sete dias de tratamento teve melhora significativa de estado geral, dor e lesões em pele e mucosa. Porém persistiam a retração gengival, com exposição de raiz dentária e lesões semelhantes a picadas de pulga em gengiva, língua e lábio inferior, associadas à edema e infiltração. A APAV mostrava melhora parcial da aspereza, soprosidade e tensão; demais parâmetros mantidos. À endoscopia nasal, redução parcial do edema na parede posterior da rinofaringe e laringe, sem estase ou aspiração salivar; mantinha erosão da epiglote e fenda glótica fonatória.

O paciente segue acompanhamento ambulatorial com as equipes de otorrinolaringologia e de dermatologia, em uso de itraconazol, 200mg/dia, com ótima evolução clínica.

#### DISCUSSÃO

A paracoccidioidomicose ou blastomicose brasileira é uma infecção fúngica crônica, endêmica no Brasil, causada pela inalação de esporos do *Paracoccidioides brasiliensis*. Na forma cutânea, as lesões variam de pápulas até úlceras extensas, mais comum em áreas expostas ao sol, e podem causar deformidades. As injúrias na mucosa oral, faringe e laringe resultam da disseminação hematogênica a partir do foco primário pulmonar. Na boca, há frequentemente a estomatite moriforme, mas lesões mais profundas e dolorosas podem coexistir, gerando odinofagia e disfagia. O acometimento laríngeo pode causar diferentes graus de disфонia e dispnéia. No quadro disseminado diferentes órgãos podem ser afetados (gânglios, baço, fígado, trato digestivo, genito-urinário e cérebro), com importante morbi-mortalidade.

#### COMENTÁRIOS FINAIS

Afecção endêmica do Brasil, a paracoccidioidomicose é responsável por uma gama diversa de sinais e sintomas que podem gerar dificuldade em seu diagnóstico, porém, quando sob boa investigação, com dados epidemiológicos considerados, tem fácil identificação por exame histológico. Ainda um grande desafio médico, esta micose tem seu quadro agravado e mascarado em situações de imunossupressão e uso de drogas ilícitas. Uma vez identificada, mesmo na ausência de clínica, seu tratamento prolongado é imperativo e resolutivo.

Palavras-chave: PARACOCCIDIOIDOMICOSE;DOENÇAS GRANULOMATOSAS;ESTOMATOLOGIA.

PO704

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

### APRESENTAÇÃO SUBGLOTICA DO TUMOR DE CELULAS GRANULARES

**AUTOR PRINCIPAL:** NATHALIA CAMPOS BEZERRA

**COAUTORES:** KARINE VALERIA GONCALVES DE OLIVEIRA; PAULA CORDOVAL CAETANO; MARINA AMORIM BATISTA DE VASCONCELOS; ANA ELISA MOTA MAGALHÃES SANTANA; RODRIGO DE ANDRADE PEREIRA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - IPSEMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO:

EDM, sexo feminino, 8 anos, compareceu para avaliação em 2020 com disfonia há 1 ano e meio com piora progressiva. Sua videolaringoscopia rígida evidenciou lesão interarritenoidea e infra-glótica que limitava a movimentação das pregas vocais. Foi então submetida a tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM) de pescoço para delimitação de acometimento de estruturas adjacentes, que mostraram lesão sólida com extensão até o segundo anel traqueal. A biopsia incisional diagnosticou tumor de células granulares. Baseado nesse diagnóstico, optou-se por ressecção endoscópica com uso de laser em 02/2021 e acompanhamento trimestral com laringoscopias. No primeiro ano de seguimento, não teve sinais de recidiva. Entretanto, em 10/2022 a estroboscopia evidenciou redução de mobilidade de prega vocal direita (PVD) e lesão volumosa subglótica estendendo-se à região interarritenoidea.

Realizada laringoscopia de suspensão para tentativa de ressecção endoscópica; no entanto, constatada ausência de plano de clivagem e dificuldade de estabelecer ressecção com margem, indicando a necessidade de abordagem aberta. Paciente evoluiu com dispneia e estridor. Em videolaringoscopia, verificada redução intensa da luz glótica obstruindo quase totalmente a passagem de ar para traqueia. Optado, então, por internação hospitalar e realização de traqueostomia e laringectomia parcial direita em abril de 2023 com reconstrução com retalho de prega vestibular e musculatura cervical. A anatomia patológica da laringectomia parcial direita possuía margens comprometidas, e a paciente segue em acompanhamento, com proposta de decanulação.

#### DISCUSSÃO:

O tumor de células granulares (TCG) é uma neoplasia incomum, benigna em 98% dos casos, de crescimento lento, com provável origem nas células de Schwann. Seu pico de incidência é entre a 4ª e a 6ª década de vida, tendo predileção pelo sexo feminino e pela raça negra.

A principal área de acometimento do TCG é a região cervicofacial (45 a 65% dos casos), no entanto, casos como o relatado de um TCG acometendo a laringe são raros, correspondendo apenas 6 a 10%. Nesses casos, o sítio mais comum é a porção anterior da subglote podendo estender-se à glote. O sintoma mais frequente é a rouquidão, estando presente em mais de 90% dos pacientes. A laringoscopia que evidencia um nódulo firme, não ulcerado, com coloração amarelada a cinza rosada, geralmente com bordos bem definidos. Exames de imagem auxiliam a definir os limites e estadiamento da lesão. No entanto, cabe ressaltar que o diagnóstico definitivo é histopatológico e o tratamento preconizado é cirúrgico, podendo a ressecção ser tanto endoscópica quanto aberta, a depender da extensão tumoral. Recidiva após a cirurgia inicial ocorre em 8% dos casos se margens livres e em 21–50% dos casos quando as margens estão acometidas. Nestes casos, nova abordagem, mais agressiva, é a opção de escolha, sendo, em muitos casos, curativa.

Embora seja um tumor benigno, o que possibilita seu acompanhamento em lesões assintomáticas ou de menores dimensões, este tumor apresenta alta taxa de recorrência. A laringe é um órgão que dificulta as excisões com margens amplas como as requeridas no caso deste tipo histológico.

#### COMENTÁRIOS FINAIS:

O TCG é um tumor raro, especialmente na população pediátrica, sendo o tratamento preconizado a excisão cirúrgica com margens amplas. No entanto, o tipo de cirurgia e o acompanhamento pós cirúrgico deve ser individualizado, levando em consideração morbidade cirúrgica e qualidade de vida pós operatória. Nesse trabalho relatamos um caso raro de TCG pediátrico, no qual a decisão terapêutica foi individualizada levando em consideração a morbidade cirúrgica e qualidade de vida.

Palavras-chave: TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES;TUMOR NA LARINGE;TUMOR SUBGLÓTICO.



## PO710

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Análise da Mortalidade por Câncer de Laringe no Brasil (2012 - 2021): Uma Avaliação por Ano, Gênero e Faixa Etária

**AUTOR PRINCIPAL:** AMANDA NICHELE

**COAUTORES:** MARIA FERNANDA RONCHETTI GRILLO; LAURA BOSI GIL; LEONARDO ZOLDAN SPAGNOL; MARIA ANTONIA SCHLUTER GRECO; RAFAELI SAGRILO GROSSI

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNISINOS, BENTO GONÇALVES - RS - BRASIL 2. UNISINOS, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL 3. UNISINOS, SÃO LEOPOLDO - RS - BRASIL

**OBJETIVOS**

O câncer de laringe é um dos tumores de cabeça e pescoço mais prevalentes no país, acometendo principalmente homens na sétima década de vida. Esta neoplasia pode ter início em um dos três subsídios da laringe: supraglote, glote e subglote. Dados do Ministério da Saúde evidenciam que  $\frac{2}{3}$  se originam na glote, e  $\frac{1}{3}$  na supraglote. O principal tipo histológico é o carcinoma de células escamosas, sendo o tabagismo o principal fator de risco. De acordo com estimativas do INCA (Instituto Nacional do Câncer), de 2023 a 2025 são esperados 15,1 mil novos casos de câncer de boca, 16.660 casos de tireoide e 7.790 de laringe a cada ano. Nessa perspectiva, este trabalho tem como objetivo analisar e descrever a evolução da mortalidade por Câncer de Laringe no Brasil nos anos de 2012 e 2021.

**MÉTODOS**

Foi realizado um estudo descritivo por meio da análise de dados mais recentes disponíveis no INCA. Foram examinados os números de óbitos por câncer de laringe, categorizados por região (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul). A investigação foi segmentada por ano, gênero e faixa etária, proporcionando um mapeamento temporal que destaca as tendências predominantes da última década. A avaliação por gênero, com foco na identificação do gênero mais vulnerável; a análise regional, onde se busca discernir variações geográficas entre as regiões brasileiras; o estudo específico por faixa etária, com o intuito de reconhecer os grupos mais e menos afetados. Por fim, realizou-se a integração de dados coletados, correlacionando ano, gênero e faixa etária para uma compreensão abrangente do panorama da mortalidade por câncer de laringe no período.

**RESULTADOS**

No ano de 2012, 4.337 óbitos por câncer de laringe foram confirmados no Brasil. Já em 2021, este número foi de 4.561, tendo um aumento de 224 mortes em uma década, apesar das flutuações anuais. Na análise por região, o Sudeste apresentou o maior número de óbitos em todos os anos, com 2.247 em 2012 e 2.174 em 2021. Em contraste, a região Norte manteve-se com o menor número de mortes em todo período analisado, com 195 em 2012 e 212 em 2021. Notavelmente, todas as regiões mostraram uma certa estabilidade nos números ao longo da década, com ligeiras variações ano a ano. Quanto ao sexo, pode-se afirmar que os homens foram mais afetados pelo câncer de laringe em todas as regiões e anos analisados. Em 2012, das 4.337 mortes, 3.782 foram do sexo masculino e em 2021, dos 4.561 óbitos, 3.956 eram homens. Isso reflete uma tendência nacional onde, em média, 87,2% das mortes anuais pelo câncer ocorrem entre o sexo masculino. Ao longo da década analisada, é evidente que o câncer de laringe afeta predominantemente as faixas etárias mais avançadas. A maior concentração de óbitos esteve entre os 60 e 69 anos, totalizando 14.136 mortes. Em contrapartida, abaixo dos 30 anos, foram registradas apenas 96 mortes durante os dez anos avaliados.

**DISCUSSÃO**

O estudo revelou que, de maneira geral, a mortalidade por câncer de laringe no Brasil mostrou uma tendência de leve crescimento ao longo da década analisada. O Sudeste foi a região mais afetada, o que pode ser atribuído a fatores socioeconômicos, populacionais, culturais e acesso à saúde. Nas estatísticas de óbito, houve predominância masculina, que sugere uma maior exposição/suscetibilidade a fatores de risco como tabagismo e etilismo, além de uma maior incidência em faixas etárias mais avançadas, que pode ter relação com exposição prolongada a carcinógenos e alterações no processo de renovação celular.

**CONCLUSÃO**

A mortalidade por câncer de laringe no Brasil mostrou uma tendência de crescimento na década analisada, sendo as faixas etárias mais avançadas, o sexo masculino e o Sudeste os mais afetados. Os achados deste estudo enfatizam a imperatividade de um compromisso contínuo em pesquisa, capacitação e implementação de medidas eficazes de prevenção e tratamento desta doença. A pesquisa ilumina aspectos fundamentais da trajetória desta enfermidade no país, delineando um caminho para estratégias mais adaptadas e potencialmente mais bem-sucedidas no futuro.

**Palavras-chave:** Câncer de Laringe; Mortalidade; Estudo Epidemiológico.



PO737

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A VIDEOLARINGOSCOPIA ENTRE OS ANOS DE 2019 E 2022 EM UM SERVIÇO DE REFERENCIA NO AMAZONAS

**AUTOR PRINCIPAL:** VIVIANE SALDANHA OLIVEIRA

**COAUTORES:** LEONARDO RAMALHO DE OLIVEIRA; JOÃO PAULO PACHECO DE OLIVEIRA; JULIA FERNANDA ALENCAR NICOLAU; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; ANA LUIZA PINTO FREIRE; YANE MELO DA SILVA SANTANA

**INSTITUIÇÃO:** 1. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL2. FAMETRO, MANAUS - AM - BRASIL

**Objetivo:** Identificar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos ao exame de videolaringoscopia entre os anos de 2019 e 2022 em um serviço de referência em otorrinolaringologia no Amazonas, e caracterizar a população de acordo com o sexo, idade e hábitos de vida, além de determinar os achados videolaringoscópicos mais prevalentes e correlacioná-los com os principais sinais e sintomas relatados pelos pacientes durante avaliação clínica.

**Método:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, que buscou analisar os prontuários e laudos dos exames de videolaringoscopias realizados entre os anos de 2019 e 2022 em um serviço público de otorrinolaringologia na cidade de Manaus, Amazonas, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição sob o CAAE nº 488322.9.0000.0007 e parecer nº 5.540.097.O N amostral do referido estudo correspondeu a 188 prontuários.

**Resultados:** Após análise dos dados de 188 prontuários, os resultados demonstraram que a faixa etária predominante foi dos 30 aos 60 anos (57%), seguidos daqueles com idade superior a 60 anos, correspondendo a 34 %. A minoria (9 %) tinha idade menor que 30 anos. Quanto ao sexo, observou-se que o gênero feminino foi o mais prevalente, equivalendo a 71%. Os homens representavam apenas 29 % do estudo. Os hábitos de vida (tabagismo e etilismo) foram avaliados, sendo em número de 33 os pacientes que fumavam e bebiam, 10 apenas fumavam e 18 somente bebiam. Os principais sintomas relatados foram rouquidão, pigarro, odinofagia e globus faríngeo. Durante a análise das videolaringoscopias, 60% apresentavam sinais de laringite posterior sugestivas de refluxo laringofaríngeo, enquanto 10 % encontravam-se dentro da normalidade e um paciente apresentou lesão sugestiva de neoplasia maligna. Também foram encontradas, em menor número, lesões como granulomas em pregas vocais (2%), cistos (1%) e fenda fusiforme (3%).

**Discussão:** A partir da análise dos prontuários, observou-se que houve uma procura maior pela realização do exame nos indivíduos entre 30 e 60 anos, dados que entram em concordância com Andrade et al, que afirma que a presença de refluxo laringofaríngeo ocorre mais comumente nesta faixa etária, com média de 50 anos. Estudos fortalecem a predominância do sexo feminino, assim como em nessa pesquisa, e adicionam a idade avançada nesse grupo como um fator de risco para alterações esofagianas, como o refluxo laringofaríngeo. Observou-se em muitos pacientes os hábitos de vida relacionados ao alcoolismo e ao tabagismo, sendo 60% desses com lesões sugestivas de RLF, fazendo correlação com ZHENG, et al. (2021). Este informa que o álcool e o tabaco são fatores diretos para o desenvolvimento da doença do refluxo laringofaríngeo e que os principais sintomas são rouquidão, pigarro e globusfaríngeo. Por fim, assim como Andrade et al., e Silva et al., percebe-se que o exame de videolaringoscopia tem papel importante no diagnóstico e prognóstico de doenças benignas e malignas, impactando sobremaneira na qualidade de vida das pessoas.

**Conclusão:** Conclui-se, então, que a maior demanda pelo exame foi em indivíduos com idade maior que 30 anos, especialmente no sexo feminino e que sinais de laringite posterior sugestivos de refluxo laringofaríngeo esteve presente em mais da metade dos pacientes estudados. Além disso, é evidente que este exame é primordial no diagnóstico e prognóstico de doenças de etiologia maligna e benigna. A partir do perfil clínico e epidemiológico levantado, pode-se incentivar a criação de medidas que auxiliarão o tratamento e a prevenção de doenças, além de melhorar a abordagem em saúde pública.

**Palavras-chave:** laringoscopia;rouquidão;refluxo laringofaríngeo.

PO762

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Manifestações otorrinolaringológicas na Granulomatose de Wegener com estenose subglótica: Relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** GISELE MAIA SIQUEIRA VALENTE

**COAUTORES:** LARA BENEDETTI BISPO; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; ANA LUIZA PINTO FREIRE; AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES; YANE MELO DA SILVA SANTANA; RAÍSSA COSTA SAID

**INSTITUIÇÃO:** 1. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE NILTON LINS, MANAUS - AM - BRASIL

**Apresentação do Caso:** A.F.S., sexo feminino, 39 anos, buscou o Serviço de Referência em Otorrinolaringologia na cidade de Manaus-Amazonas em janeiro de 2022, relatando que há 30 dias apresentou quadro de intensa algia facial; hipoacusia bilateral, pior à direita; zumbido recorrente do tipo cigarra; rouquidão; odinofagia intensa; dificuldade na fala; tosse com secreção serosanguinolenta; disfagia acompanhada de quadros febris, perda de peso e queda do estado geral. Referiu atendimento médico prévio, onde foi realizado antibioticoterapia oral e posterior progressão para endovenoso, devido hipótese de otite média aguda. Ao exame físico, na oroscopia, a paciente apresentava tonsilas palatinas grau I com petéquias em região de pilar anterior à esquerda. Na rinoscopia observou-se fossas nasais com mucosa hiperemiada, hipertrofia dos cornetos nasais inferiores de grau leve, septo centrado, sem secreção, com lesão em região anterior de meato inferior de fossa nasal esquerda. Na otoscopia, foram visualizadas ambas as membranas timpânicas íntegras, apresentando abaulamento e aumento da vascularização em orelha direita. Apresentava exame de videolaringoscopia do dia 15/01/2021, que se visualizava lesão subglótica a esclarecer. Por fim, foi encaminhada para avaliação da equipe de clínica médica da instituição. Após 6 meses, retornou à otorrinolaringologia com impressão diagnóstica de Granulomatose de Wegener e C-ANCA positivo, em uso de Azatioprina 50mg/dia. Foi conduzida à reumatologia com urgência para avaliação de tratamento imunossupressor, orientado lavagem nasal diária e marcado retorno após tratamento. Após 1 ano, paciente retornou com histórico de ter sido internada devido a quadro de choque séptico que teve início com estridor laríngeo que evoluiu com dispneia progressiva, apresentando insuficiência respiratória aguda com necessidade de traqueostomia de urgência. Realizou broncoscopia que evidenciou estenose subglótica de 90% da luz da laringe com indicação de uso de traqueostomia definitiva desde então. Em última consulta com o serviço de Otorrinolaringologia, confirmou-se a estenose subglótica de 90%, além de perfuração septal em zona 2 e zona 4.

**Discussão:** As manifestações otorrinolaringológicas nas doenças reumáticas seguem sendo um desafio diagnóstico para o médico reumatologista, otorrinolaringologista e generalista. É comum que os sintomas sejam relatados na fase inicial da Granulomatose de Wegener (GW), sendo a rinite, sinusite, otite e epistaxe manifestações iniciais em 75% dos casos. A predileção da GW pela região da cabeça e pescoço denota um papel crucial da alta suspeição clínica e confirmação sorológica para diagnóstico e tratamento precoces, sendo o anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) útil na investigação. A obstrução laríngea pode se apresentar com rouquidão, dispneia progressiva, estridor laríngeo e insuficiência respiratória aguda em casos graves. A estenose traqueal é a complicação mais comum no sexo feminino e aparece em até 17% dos casos de GW. Esses casos são descritos como subglóticos, logo, a estenose subglótica deve ser considerada em todos esses pacientes que apresentam dispneia, tosse e alterações da voz. A presença de um estridor audível auxilia sua detecção, mas nem sempre está presente. Há outros casos descritos de estenose subglótica grave causando dispneia intensa aguda que requerem traqueostomia em pacientes com GW e estes, independente da atividade da doença e tipo de terapia, costumam não responder ao tratamento sistêmico imunossupressor.

**Comentários Finais:** Os sintomas iniciais da Granulomatose de Wegener podem ser manifestados como queixas otorrinolaringológicas. Pode-se afirmar que o início dos sintomas de rouquidão da paciente do caso, apresentava-se como sinal inicial de obstrução laríngea e posterior progressão para estenose subglótica. Corroborar-se, portanto, que o diagnóstico precoce e investigação de novos sintomas é indispensável para a prevenção de complicações, como as ocorridas com a paciente.

**Palavras-chave:** Granulomatose de Wegener; nasofaringe; estenose.

PO765

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

Penfigoide mucoso com acometimento laríngeo: relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE

**COAUTORES:** VICTOR ARY CÂMARA; VINÍCIUS DOMENE; BRUNA FERREIRA SILVA; DÉBORA LUCENA SILVEIRA; YURI COSTA FARAGO FERNANDES; GRAZIELA DE OLIVEIRA SEMENZATI; AGRICIO NUBIATO CRESPO

**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:**

Mulher, 33 anos, com histórico de leucemia mielóide aguda (M3) em remissão desde 2019, realizando acompanhamento com Dermatologia por quadro de penfigóide mucoso, encaminhada à Otorrinolaringologia por queixa de rinorréia, dispneia, disfonia e estridor. Em nasofibrosopia flexível: mucosa nasal friável, presença de crostas em ambas fossas nasais, sinéquia de cornetos médios com septo e parede lateral nasal bilateralmente, estenose supraglótica com encurtamento de pregas ariepiglóticas e tecido redundante de aritenóides obstruindo parcialmente a glote, presença de pequenas lesões esbranquiçadas e planas residuais em epiglote. As queixas clínicas otorrinolaringológicas apresentavam caráter flutuante conforme exacerbação do penfigóide mucoso. Realizou terapêutica com azatioprina, metotrexato, corticóide para controle da doença de base. Indicada supraglotoplastia após estabilização do quadro agudo, objetivando melhora de sintomas respiratórios.

**Discussão:**

O envolvimento laríngeo em penfigóides é raro, afetando uma em cada 10 milhões de pessoas, e existem apenas pequenas séries e relatos de casos descritos na literatura. É geralmente assintomático, mas quando os sintomas ocorrem, eles podem se apresentar como rouquidão, disfagia e obstrução das vias aéreas.

As lesões de penfigóide laríngeo podem se manifestar em penfigóide bolhoso (BP) e penfigóide de membrana mucosa. O diagnóstico de distúrbios penfigóides é baseado em uma combinação de apresentação clínica, histologia, microscopia de imunofluorescência direta (IFD) e sorologia. A inflamação laríngea progressiva pode resultar em estenose das vias aéreas. É bem aceito que a intervenção precoce e agressiva é necessária para evitar as sequelas cicatriciais, no entanto, as sequelas da doença podem surgir a despeito do tratamento sistêmico. Dessa forma, exames laríngeos frequentes são necessários durante o tratamento e o período de acompanhamento para avaliar o envolvimento laríngeo, particularmente durante o tratamento sistêmico agressivo.

**Comentários finais:**

Penfigóides laríngeos podem se manifestar como uma doença grave que pode resultar em estenose e obstrução das vias aéreas com risco de vida. As lesões aparecem como mucosa inflamada no início do curso da doença, e a descamação da mucosa pode aparecer mais tarde, com cicatrizes eventualmente sendo observadas. O caso em tela traz um relato de paciente com sequelas laríngeas (estenose supraglótica) em programação de abordagem cirúrgica (supraglotoplastia) após controle de doença de base.

**Palavras-chave:** penfigóides;bolhasas;estridor.

PO776

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

CEC Invasor de Laringe em paciente jovem sem fatores de risco: Um Relato de Caso

**AUTOR PRINCIPAL:** GISELE MAIA SIQUEIRA VALENTE

**COAUTORES:** YANE MELO DA SILVA SANTANA; RAÍSSA COSTA SAID; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES; ANA LUIZA PINTO FREIRE; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; LEONARDO RAMALHO DE OLIVEIRA

**INSTITUIÇÃO:** 1. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL2. FACULDADE METROPOLITANA DE MANAUS - FAMETRO, MANAUS - AM - BRASIL

A.S.R, sexo masculino, 32 anos, foi encaminhado a um Serviço de Referência em Otorrinolaringologia na cidade de Manaus-Amazonas, pelo serviço de Cabeça e Pescoço, devido suposto quadro de pólipos em prega vocal direita. Durante atendimento Otorrinolaringológico, queixou-se de rouquidão, com piora ao esforço vocal, associada à falha vocal, ardência em região faringolaríngea, episódios de globus faríngeo e disfonia. Paciente negou histórico familiar de neoplasias de cabeça e pescoço, tabagismo, etilismo e doenças prévias. Durante a consulta, o paciente foi submetido ao exame de Videolaringoscopia que constatou lesão de aspecto irregular, polipoide, enrijecida, em prega vocal direita, com sua maior extensão em terço anterior. Foi proposto microcirurgia exploradora de laringe, para elucidação diagnóstica. O resultado anatomopatológico foi de carcinoma escamocelular invasor, moderadamente diferenciado. O paciente, então, foi acolhido e ouvido pela equipe de otorrinolaringologia, a qual aplicou o protocolo SPIKES e encaminhando o mesmo ao Hospital referência de Oncologia do Estado do Amazonas.

**Discussão:** O câncer de laringe é a 3ª neoplasia mais prevalente que acomete a região da cabeça e pescoço no Brasil, sendo o carcinoma de células escamosas o subtipo mais comum deste tipo de neoplasia. O diagnóstico da doença deve ser feito através do exame físico e clínico do paciente, associado a exames de imagem como a Videolaringoscopia e confirmado através de exame anatomopatológico. Ressalta-se que a amostra não foi enviado para pesquisa de papiloma vírus humano (HPV). Comumente atinge indivíduos com faixa etária a partir da sexta década de vida, sendo mais prevalente no sexo masculino. Os principais fatores de riscos associados a esta neoplasia são o etilismo e o tabagismo, exposição ao vírus HPV e os sintomas encontrados irão depender da região anatômica acometida. O caso relatado mostra de um indivíduo jovem, sem fatores de risco aparentes, que apresentava sintomas inespecíficos e que ao serem relacionados com a epidemiologia, estariam associados a uma doença de caráter benigno, o que foi descartado pelas evidências do exame de imagem e posterior confirmação com o anatomopatológico.

**Comentários finais:** Conclui-se que o câncer de laringe é uma patologia complexa, que se manifesta diferentemente em cada indivíduo, e que há possibilidade de ser encontrada em pacientes jovens e sem fatores de risco evidentes, reforçando que cada paciente deve ser estudado de maneira individualizada.

**Palavras-chave:** cancer de laringe; disfonia; laringoscopia.

**PO789**

## **E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

**Neoplasias malignas da orofaringe na região nordeste do Brasil: uma análise epidemiológica dos 60-79 anos nos últimos 5 anos**

**AUTOR PRINCIPAL:** NATHÁLIA PRATES SILVA

**COAUTORES:** MARIANA NOGUEIRA DE LORENA; RICARDO NAKA FIGUEIREDO; BRUNA BARROS CAPITANI; GUILHERME DE ANDRADE RUELA

**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. FMO, OLINDA - PE - BRASIL3. PUC-PR, LONDRINA - PR - BRASIL4. UNIMAX, INDAIATUBA - SP - BRASIL5. UFJF, SÃO PEDRO - MG - BRASIL

**Introdução:** A neoplasia maligna da orofaringe é um tipo de câncer que afeta a região da garganta, com maior predomínio, dos tumores da região tonsilar, sendo estes os mais frequentes das vias aerodigestivas superiores. O mais comum é o carcinoma epidermóide diferenciado. Quanto à idade de maior incidência, ressalta-se que tais neoplasias são raras em paciente com menos de 40 anos e mais acometidos com idade entre os 60 e os 79 anos do sexo masculino. A epidemiologia da neoplasia maligna da orofaringe revela alta incidência, especialmente países desenvolvidos. Estima-se que a prevalência desse tipo de cancer tenha aumentado nos últimos anos. Fatores, como o tabagismo, consumo excessivo de álcool e infecção pelo papilomavírus humano (HPV) têm sido associados ao desenvolvimento dessa neoplasia. O diagnóstico precoce desempenha um papel crucial na eficácia do tratamento e na sobrevivência dos pacientes. No entanto, a neoplasia maligna da orofaringe muitas vezes não apresenta sintomas visíveis nas fases iniciais, tornando o diagnóstico desafiador, o que se faz necessário o reconhecimento das lesões pré-malignas, que podem progredir para carcinoma, a qual reside na identificação de fatores de risco e na possibilidade de atuação precoce. As lesões benignas precursoras mais evidentes são a leucoplasia, estomatite nicotínica, leucoplasia verrucosa proliferativa, displasia liquenóide e a eritroplasia. Considerando a incidência progressiva, este estudo foi desenvolvido para auxiliar na identificação por meio do diagnóstico precoce, enfatizando os fatores de risco, principalmente o HPV.

**Objetivo:** Mostrar o índice epidemiológico crescente de neoplasias da orofaringe dos últimos 5 anos na população idosa, dos 60 aos 79 anos de idade, e a diferença entre sexo masculino e feminino.

**Métodos:** Estudo epidemiológico com dados extraídos do DATASUS da incidência, com base nas notificações, em ambos os sexos, durante o período de 2017 a 2022 na população do Nordeste Brasileiro de 60-79 anos de idade.

**Resultado e discussão:** De acordo com os dados coletados do DATASUS, é possível perceber uma incidência maior de casos de neoplasias malignas da orofaringe na população da idade de 65 a 69 anos na região Nordeste de 2019 a 2022. Em relação, ao grupo de pessoas entre 70 a 74 anos há uma diferença de 194 casos e entre 75 a 79 anos, de 370. Do total de casos de pessoas diagnosticadas com neoplasia maligna da orofaringe de 65 a 79 anos, há 2025 casos.

Dessa forma, é possível concluir que a população de maior incidência, equivalente a 30,4% do total de casos, é a população entre 65 a 69 anos. Em relação a comparação entre os sexos, entre as idades de 65 a 79 anos da população residente da região Nordeste entre 2019 a 2022, há uma diferença de 1111 casos. Dos 2025 casos diagnosticados, 1568 são do sexo masculino.

Dessa forma, é possível concluir que a população de maior incidência são pessoas entre 65 a 79 anos e homens.

**Conclusão:** Diante destes aspectos, compreende-se que a vigilância das taxas de diagnóstico e mortalidade nas populações, principalmente se analisadas por estratos, facilitará o planejamento, formulação de estratégias e programas de saúde mais equânimes, região Nordeste do país, tanto no âmbito da prevenção e do diagnóstico precoce, quanto do tratamento e reabilitação, para que assim os pacientes tenham um melhor prognóstico e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Neoplasia ;Orofaringe ;Epidemiologia .

PO797

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Avaliação Videostroboscópica Laringea de cantores populares amazonenses

**AUTOR PRINCIPAL:** ALVARO SIQUEIRA DA SILVA

**COAUTORES:** LARA BENEDETTI BISPO; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; ANA LUIZA PINTO FREIRE; YANE MELO DA SILVA SANTANA; GUSTAVO LEITE ANTUNES; YAGO CHAVES DOS SANTOS AGUIAR

**INSTITUIÇÃO:** 1. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE NILTON LINS, MANAUS - AM - BRASIL

**Objetivo:** Avaliar as principais lesões encontradas através da estroboscopia laríngea em cantores populares amazonenses atendidos em um Serviço de Referência em Otorrinolaringologia na cidade de Manaus-AM.

**Método:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, desenvolvido entre agosto de 2022 e julho de 2023. Os critérios de inclusão foram cantores populares do Amazonas, maiores de 18 anos de idade, que residem em Manaus e utilizam a voz como instrumento profissional para subsistência. Foram excluídos os que não satisfizeram os requisitos ou não aceitaram participar do estudo. Os indivíduos foram contatados por meio telefônico, sendo informados sobre o estudo e convidados a participarem. O exame de videolaringostroboscopia foi executado no serviço de Otorrinolaringologia da Fundação Hospital Adriano Jorge e foram analisadas apenas os laudos dos cantores que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a coleta de dados, as informações foram tabuladas no programa Excel 2013. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo parecer 5.480.908.

**Resultados:** A amostra foi composta por 13 cantores participantes, no qual 69,2% eram do sexo masculino. Foi observado durante o estudo que 46,2% dos avaliados apresentavam ao exame edema na região retrocricóideia, 30,8% edema na mucosa das aritenoides, 23,1% hiperemia na mucosa supraglótica, e 7,7% edema na mucosa interaritenóide, sinais estes sugestivos de Refluxo Laringofaríngeo. Com relação as pregas vocais, 84,6% apresentavam-se normais nos pacientes avaliados. Em 7,7% foi evidenciado cisto em terço médio da prega vocal esquerda e 7,7% pólipos em terço médio posterior da prega vocal esquerda. Ao uso do estroboscópio, demonstrou-se que 7,7% possuíam onda mucosa e amplitude de vibração diminuídas à esquerda. Ainda foi possível observar que 61,5% dos participantes apresentavam fechamento glótico incompleto devido a presença de fenda, na qual 50% era do tipo fusiforme, 37,5% triangular posterior e 12,5% em ampulheta.

**Discussão:** A população estudada apresentou sinais sugestivos de Refluxo Laringofaríngeo, os quais têm como consequência alterações dos parâmetros de voz, visto que o edema pode aumentar a massa da mucosa das pregas vocais, resultando em formação de fendas e alterando a produção vocal. O fechamento glótico incompleto teve resultado significativo de 61,5% sendo o achado mais encontrado nos participantes em decorrência da presença de fendas. Na literatura, pacientes com fenda em ampulheta e fenda fusiforme apresentam significativamente menor quantidade de harmônicos e a fenda fusiforme apresenta nível de ruído audível maior. Logo, essas modificações causam repercussões evidentes na qualidade vocal. Outras lesões benignas vistas foram o cisto e o pólipo. O primeiro foi visualizado numa paciente do sexo feminino que apresentou associado onda mucosa e amplitude de vibração diminuída à esquerda. Ambas alterações devido à presença do cisto na prega vocal esquerda. Tal achado corrobora com a literatura que considera o cisto intracordal mais predominante no sexo feminino. O pólipo de prega vocal é uma lesão fonotraumática benigna caracterizada por uma lesão inflamatória séssil ou pediculada por abuso vocal, mais prevalente na população masculina, podendo acometer profissionais da voz, como no estudo apresentado. A onda mucosa e amplitude de vibração são melhores avaliadas pelo exame de videolaringostroboscopia, com melhor caracterização quanto aos tipos de fenda, lesões fonotraumáticas e alterações estruturais mínimas, principalmente na população que usa a voz como instrumento de trabalho.

**Conclusão:** Em vista dos instrumentos diagnósticos nos quadros de disфонia, a videolaringostroboscopia é uma ferramenta essencial na avaliação da voz profissional, como cantores, para definição de alterações de pregas vocais e posterior instituição de métodos terapêuticos.

**Palavras-chave:** estroboscopia; canto; prega vocal.

PO805

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## LARINGOMALÁCIA GRAVE: DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO - RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** RAFAEL HADDAD CHECHIN

**COAUTORES:** THEREZINHA DA SILVA PROBST; ANDRESSA ALENCAR SOUSA; LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI; SERGIO HENRIQUE KIEMLE TRINDADE; SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO

**INSTITUIÇÃO:** 1. HRAC-USP, BAURU - SP - BRASIL2. HRAC USP BAURU, BAURU - SP - BRASIL

### Apresentação do caso:

GV, feminina, branca, cinco meses de vida, apresentando, desde nascimento, desconforto respiratório com inspiração ruidosa, roncos e dificuldade no aleitamento com déficit de crescimento. Apresenta-se, ao exame físico, com estridor inspiratório, retração intercostal e de fúrcula. Nasofibrolaringoscopia evidenciou epiglote em ômega, encurtamento das pregas ariepiglóticas com redundância mucosa sobre aritenóides, estreitamento do lúmen da laringe e limitação da abertura da prega vocal (figura 1.). Diagnóstico de laringomalácia grave foi fundamentado nos achados clínicos e nasofibrolaringoscópicos e na magnitude do quadro, respectivamente, havendo indicação de procedimento cirúrgico. A paciente foi submetida à microlaringoscopia de suspensão sob anestesia geral e intubação orotraqueal, sendo realizada a supraglotoplastia bilateral a frio; paciente foi extubada no pós-operatório imediato e não foram observadas complicações cirúrgicas. Apresentou evolução favorável com cessação dos roncos, melhora importante do padrão respiratório com ausência de sinais de esforço e de estridor, aceitando bem dieta e com desenvolvimento pôndero-estatural adequado. Nasofibrolaringoscopia após um mês e seis dias do procedimento cirúrgico demonstrou epiglote em ômega sem comprometimento de passagem aérea, ântero posicionada com boa cicatrização local, discreto edema interaritenóideo e retrocricolaríngeo com paquidermia local (figura 2.). Seguirá em acompanhamento otorrinolaringológico e fonoaudiológico ambulatorial.

### Discussão:

Laringomalácia caracteriza-se pelo colapso das estruturas supraglóticas durante inspiração e é a anomalia congênita da laringe mais comum, atingindo cerca de 70% da população pediátrica e correspondendo a cerca de 65% dos casos de estridor em menores de um ano. Pode estar isolada ou associar-se à síndromes genéticas como trissomia do 21 e síndrome de diGeorge. Comumente tem curso benigno e resolução espontânea dos sintomas até 24 meses, porém, a doença grave não tratada pode ter complicações, tais como hipertensão pulmonar e cor pulmonale. Distingui-se semiologicamente por causar estridor inspiratório intermitente de baixa frequência (respiração ruidosa consequente ao turbilhonamento de ar em uma via aérea estreitada) que pode piorar em vigência de infecção de via aérea superior, com choro e agitação ou na posição supina e melhorar em repouso ou a partir de hiperextensão cervical. Outros sintomas como engasgos e dificuldade de ganho de peso podem estar presentes. Refluxo gastroesofágico é uma comorbidade frequentemente associada à laringomalácia; a relação entre as duas patologias é desconhecida, mas é provável que haja origem subjacente comum e, na prática, medicações anti-refluxo mitigam os sintomas. Sua etiologia exata permanece incerta, mas, mecanismos etiológicos sugeridos são: imaturidade e hipotonia neuromuscular com alteração do tônus laríngeo; redundância de partes moles supraglóticas; distúrbios neuromusculares; inflamação ou edema supraglótico; prega ariepiglótica encurtada ou estreitada. O diagnóstico é confirmado por meio da nasofibrolaringoscopia flexível. O manejo da laringomalácia dependerá da severidade do caso e varia de acompanhamento clínico a intervenção cirúrgica.

### Comentários finais:

A despeito de ser uma patologia frequente, a laringomalácia não possui etiologia totalmente conhecida e se mostra subdiagnosticada, na medida em que, usualmente seu reconhecimento é dificultado devido elevado número de possibilidades diagnósticas diferenciais. A supraglotoplastia mostra-se um procedimento seguro e eficaz no tratamento do quadro grave, garantindo melhora clínica.

**Palavras-chave:** laringomalácia; estridor; supraglotoplastia.



PO813

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Avaliação Videofaringolaringoscópica de cantores populares amazonenses.

**AUTOR PRINCIPAL:** ALVARO SIQUEIRA DA SILVA

**COAUTORES:** LUANNA PILLA PIMENTEL; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; ANA LUIZA PINTO FREIRE; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; YANE MELO DA SILVA SANTANA; RAÍSSA COSTA SAID; AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES

**INSTITUIÇÃO:** 1. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL

**Objetivo:** Descrever os achados videolaringoscópicos de cantores populares amazonenses atendidos em um serviço de referência em Otorrinolaringologia na cidade de Manaus-Amazonas, entre 2022 a 2023.

**Metódos:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, baseado na análise de prontuários, laudos de exames de videolaringoscopia e dados coletados em questionários aplicados em pacientes que utilizam a voz profissionalmente, tendo como critério de inclusão serem cantores, maiores de 18 anos e que assinaram o termo de consentimento para participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa aqueles que apresentaram sintomas de infecções de vias aéreas superiores nas últimas 3 semanas, para evitar possíveis vieses.

**Resultados:** A amostra final foi composta por 13 pacientes, no qual 69,2% eram do sexo masculino e 30,8% do sexo feminino. Foram observados, a partir da realização do exame videolaringoscópico, as seguintes alterações: nos pacientes com sinais de Laringite Posterior sugestivos de Refluxo Laringofaríngeo, 42,85% apresentaram edema de região retrocricóidea, 28,57% edema de mucosa aritenóide, 28,57% hiperemia de mucosa supra-glótica, 14,28% espessamento de mucosa interaritenóide, 7,14% paquidermia e 7,14% muco endolaringeo. Em pacientes com lesão de prega vocal, 85,4% não apresentaram nenhum tipo de acometimento, enquanto 7,3% apresentaram cisto em prega vocal esquerda e 7,3% pólipos em prega vocal esquerda. Em se tratando do fechamento glótico, apenas 21,4% possuíam fechamento completo enquanto os demais apresentaram fenda glótica, dos quais 42,9% eram fusiforme, 21,4% triangular posterior, 7,1% em ampulhetas e 7,1% fenda paralela. Na avaliação dos sintomas relatados, 57,14% apresentaram pigarro, 50% odinofagia, 35,71% rouquidão, 14,28% disfagia e 14,28% outras alterações vocais como fadiga e disfonia. Quando questionados sobre hábitos de vida, todos negaram tabagismo e/ou etilismo, entretanto 50% relataram sintomas prévios sugestivos de Refluxo Gastroesofágico e 25% referiram alimentação inadequada. A respeito dos estilos musicais dos cantores, verificou-se que 50% cantam mais de um estilo, 21,4% líricos, 21,4% gospel e 7,1% ópera.

**Discussão:** A avaliação videolaringoscópica de cantores populares amazonenses consiste em uma análise detalhada dos possíveis comprometimentos das funções desempenhadas pelas estruturas da laringe, na fonação e na proteção das vias aéreas, visto a suscetibilidade às alterações nessa região, uma vez que os cantores são expostos aos fatores de risco, como uso intenso, prolongado e incorreto da voz. Diante disso, observa-se na videolaringoscopia alterações fisiológicas nas pregas vocais desses cantores, sendo a presença de fenda fusiforme o principal achado encontrado em relação ao fechamento glótico. Contudo, não há na literatura a íntima associação dessa alteração com o uso intenso e inadequado da voz. Além disso, a presença de Refluxo Gastroesofágico nessa população é elevada, uma vez que há um aumento da pressão intra-abdominal devido ao canto, podendo predispor ao Refluxo Laringofaríngeo. A principal lesão descrita pela literatura em profissionais da voz são os nódulos de pregas vocais, decorrente ao uso vocal incorreto e crônico, envolvendo principalmente professores e cantores, o que não foi observado no presente estudo, sendo o Refluxo Gastroesofágico o principal achado nesses pacientes.

**Conclusão:** Pode-se concluir que trabalhadores que utilizam a voz como instrumento profissional estão susceptíveis a maior risco de lesões de pregas vocais que cursam com alterações na qualidade vocal, e, consequentemente, impacto na carreira, sendo a videolaringoscopia o exame de escolha inicial para avaliação laríngea a fim de detectar alterações que possam prejudicar o desempenho de cantores.

**Palavras-chave:** LARINGE; LARINGOSCOPIA; CANTO.

PO826

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Correlação entre tabagismo e internações por neoplasia de laringe no Brasil entre 2015 a 2021

**AUTOR PRINCIPAL:** NATÁLIA SANTIAGO PINTO DE ALMEIDA

**COAUTORES:** JEAN CARLOS CARVALHO DE MENEZES; FELIPE SILVA SACRAMENTO; RAFAEL LOPES SAMPAIO; THALIA FEITOSA DE SOUSA; AMANDA BRANDÃO SOARES; VITOR GABRIEL SILVA FRANCISCHINI; HÉLIO CÁSSIO SILVA GUIMARÃES

**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE ZARNS, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivo:** O objetivo principal deste estudo é realizar uma análise detalhada da possível correlação entre o hábito de tabagismo e a incidência de neoplasia de laringe no Brasil no período compreendido entre 2015 e 2021. O propósito é identificar potenciais fatores de risco associados a essa enfermidade, contribuindo para um entendimento mais abrangente da relação entre o tabagismo e o desenvolvimento dessa condição de saúde.

**Métodos:** O presente trabalho se baseou em um estudo ecológico de séries temporais, com a finalidade de investigar a relação entre o tabagismo e as internações por neoplasia de laringe no Brasil. Para a coleta de dados referentes ao percentual de tabagistas no país, utilizou-se o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) no período de 2015 a 2021. Os dados relativos às internações por neoplasia de laringe foram obtidos por meio de fontes secundárias do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/DATASUS). A análise estatística baseou-se na correlação de Spearman, que foi empregada para avaliar a possível associação entre o percentual de tabagistas e as internações por neoplasia de laringe. Os resultados foram submetidos a uma análise minuciosa.

**Resultados:** Os resultados da análise estatística apontam para uma correlação fraca e estatisticamente não significativa entre o percentual de tabagistas e as internações por neoplasia de laringe ( $p=0,229$ ). Isso sugere que não há uma relação direta e estatisticamente robusta entre o hábito de fumar e a ocorrência de neoplasias malignas de laringe no contexto brasileiro durante o período estudado.

**Discussão:** Com base nos resultados obtidos, podemos concluir que, de acordo com este estudo, os pacientes que foram internados devido a neoplasias malignas de laringe não apresentam uma associação estatisticamente significativa com o percentual de tabagistas. No entanto, é importante destacar a necessidade de conduzir pesquisas futuras com metodologias mais sólidas e abrangentes, a fim de aprofundar a análise dessa possível ligação e identificar eventuais mecanismos causais subjacentes. Esses achados não devem ser considerados conclusivos, mas sim como um ponto de partida para investigações adicionais que possam fornecer uma compreensão mais completa e precisa dessa questão complexa. Além disso, os resultados deste estudo podem ser úteis na formulação de estratégias de tratamento e prevenção de neoplasias de laringe, bem como na criação de novos conceitos e abordagens no campo da oncologia.

**Conclusão:** Portanto, com base nas evidências coletadas até o momento, parece não haver uma conexão estatisticamente significativa entre o hábito de fumar e o desenvolvimento de neoplasias malignas de laringe no Brasil durante o período analisado. No entanto, é crucial ressaltar que essa conclusão requer investigações experimentais adicionais para confirmar ou refutar de forma conclusiva qualquer associação entre o tabagismo e essa condição de saúde, garantindo assim uma base sólida para futuras intervenções e políticas de saúde pública.

**Palavras-chave:** LARINGE;NEOPLASIA;TABAGISMO.

PO841

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

### CISTO DE VALÉCULA SINTOMÁTICO EM LACTENTE: RELATO DE UMA ABORDAGEM BEM-SUCEDIDA

**AUTOR PRINCIPAL:** JULIA TOLENTINO MELO MORAIS

**COAUTORES:** JOÃO VITOR LIMA BUENO; ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS; YANK SANTA CECILIA MARQUES; MARIANA DE CASTRO MACHADO; NAJILA AELIDA OLIVEIRA VIANA; NILTON JOSÉ DE ALMEIDA COSTA JUNIOR; LORRANE CAROLINE BRAGA RODRIGUES

**INSTITUIÇÃO:** HCUFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente feminina, 1 mês e 14 dias de vida, apresentou quadro de dispneia e estridor nos primeiros dias de vida, seguido por esforço respiratório moderado, quando procurou por assistência médica. Admitida em hospital de origem com irritabilidade, estridor inspiratório, cianose, destaturação e esforço respiratório. Em avaliação otorrinolaringológica realizada fibronasolaringoscopia com evidência de imagem cística em região de valécula com obstrução significativa de via aérea superior, impedindo visualização glótica. Solicitada TC de pescoço que evidenciou “formação ovalada hipoatenuante obliterando parcialmente as valéculas, devendo-se considerar a possibilidade de cisto laríngeo”. Lactente foi mantido em internação e transferido para hospital terciário, onde foi realizada abordagem cirúrgica.

Apresentou IOT difícil, com tentativa por meio de videolaringoscopia sem sucesso.

Optado por tração de língua e punção de cisto por via cervical guiado por USG, com drenagem de 2,5 ml de secreção serosa.

Em seguida, laringoscopia e intubação orotraqueal sem dificuldades, e o. realizada ressecção endoscópica de cisto em região de valécula à esquerda. Paciente evoluiu com boa recuperação pós-operatório, mantendo bom padrão respiratório em ar ambiente obtendo alta hospitalar com proposta de acompanhamento ambulatorial.

#### DISCUSSÃO

Os cistos de laringe são considerados um grupo raro de lesões benignas, correspondendo a 5% dos achados benignos de laringe. São classificados em dois grupos, os ductais (representando 25%) considerados cistos de retenção ou mucosos e os saculares (representando 75%) caracterizados por cistos que se projetam a partir do ventrículo. Os locais mais comuns de se encontrar cistos de laringe, por ordem de frequência, são as pregas vocais, a epiglote e a valécula, onde apenas 10% dos casos ocorrem.

Em relação ao quadro clínico, as lesões em sua maioria são assintomáticas, porém quando os sintomas estão presentes, variam com idade, tamanho e localização do cisto. Os sintomas são diversos, podendo ser relatado sensação de corpo estranho, disfagia, tosse progressiva, disfonia, dispneia e estridor. Nos lactentes, a apresentação inicial pode mimetizar um quadro de laringomalácia, sendo um importante diagnóstico diferencial. Entretanto, com o crescimento, o estridor piora e outros sintomas como disfonia, cianose e disfagia se tornam proeminentes.

O diagnóstico se torna um desafio nos pacientes assintomáticos ou com sintomas inespecíficos, mas, deve ser sempre considerado naqueles com estridor laríngeo. A laringoscopia direta é o método padrão ouro, sendo exames de imagens necessários para determinar extensão de acometimento.

Existem várias formas de tratamento descritas para os cistos de laringe, como aspiração, marsupialização e excisão via externa ou endoscópica. A escolha deverá ser individualizada, porém a excisão total apresenta a menor taxa de recorrência.

#### COMENTÁRIOS FINAIS

Os cistos de laringe compõem um grupo de lesões benignas raras que podem causar obstrução respiratória importante seguida de desfecho fatal se não tratadas adequadamente. Em lactentes com estridor é de extrema importância considerar como diagnóstico diferencial, uma vez que diagnóstico e tratamento precoce apresentam um bom prognóstico.

Palavras-chave: Cisto de valécula; Estridor; Laringe.

PO842

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A VIDEOLARINGOESTROBOSCOPIA EM UM SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA EM MANAUS-AM

**AUTOR PRINCIPAL:** VIVIANE SALDANHA OLIVEIRA

**COAUTORES:** JASMINNE MARQUES GUIMARÃES; YANE MELO DA SILVA SANTANA; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; ANA LUIZA PINTO FREIRE; RAÍSSA COSTA SAID; ADRIELY LAIS DE SOUZA PEREIRA

**INSTITUIÇÃO:** 1. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL

**Objetivo:** Avaliar o perfil clínico dos pacientes submetidos a videolaringoestroboscopia em um serviço público de otorrinolaringologia entre 2022 e 2023, incluindo-se a prevalência de idade e gênero, as principais queixas e os tipos de lesão mais prevalentes ao exame, correlacionando-as com a clínica dos pacientes.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, observacional, do tipo prospectivo, com levantamento de dados primários em abordagem quantitativa. Foram incluídos no estudo pacientes da uma unidade de referência em otorrinolaringologia na cidade de Manaus-Amazonas submetidos a videolaringoestroboscopia no período de agosto de 2022 a junho de 2023, maiores de 18 anos, independente de sexo ou idade. Foram excluídos os indivíduos que apresentavam doença mental incapacitante ou com alteração da consciência e aqueles com restrições na abertura bucal que impedissem a realização do exame.

**Resultados:** Participaram do estudo 50 indivíduos, sendo a maioria (64%) composta de mulheres. A amostra contou com pessoas de 23 a 81 anos, sendo a faixa etária mais prevalente a de 58 a 63 anos. Observou-se que a maioria fazia uso de álcool (56%) e tabaco (62%). As principais queixas e sintomas relatados foram a rouquidão (64%), seguido por pigarro (20%) e globus faríngeo (14%). O sintoma menos encontrado foi a "fadiga ao falar" e apenas um paciente apresentou-se sem queixas. Os outros sintomas relatados foram pirose, regurgitação e prurido orofaríngeo. Ao exame videolaringoestroboscópico, a maior parte da amostra apresentava pólipos vocais (13%) e laringite posterior (11,1%). Em 11,1% não foram observados nenhuma lesão.

**Discussão:** A população mais acometida por lesões de laringe é composta por mulheres, tabagistas, na faixa etária de 58 a 63 anos. Compreender essas características é fundamental para elaborar medidas de prevenção e realização do diagnóstico precoce de lesões benignas e malignas. Além disso, conhecer as lesões mais prevalentes é importante para o rastreamento em pacientes de alto risco. Neste estudo, há destaque para o pólipos e laringite posterior. Ter conhecimento do perfil clínico dos pacientes auxilia na melhor condução dos casos, trazendo avanços na qualidade de vida dos pacientes com distúrbios da voz.

**Conclusão:** A população mais acometida por lesões de laringe é composta por mulheres, tabagistas, na faixa etária de 58 a 63 anos. Compreender essas características é fundamental para elaborar medidas de prevenção e realização do diagnóstico precoce de lesões benignas e malignas. Além disso, conhecer as lesões mais prevalentes é importante para o rastreamento em pacientes de alto risco. Neste estudo, há destaque para o pólipos e laringite posterior. Ter conhecimento do perfil clínico dos pacientes auxilia na melhor condução dos casos, trazendo avanços na qualidade de vida dos pacientes com distúrbios da voz.

**Palavras-chave:** ESTROBOSCOPIA; ROUQUIDÃO; PREGA VOCAL.

PO849

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

**Refluxo Laringofaríngeo:** É uma doença conhecida entre os acadêmicos de medicina do Estado do Amazonas?

**AUTOR PRINCIPAL:** ALVARO SIQUEIRA DA SILVA

**COAUTORES:** GABRIELI CRISTINA DA SILVA AULER; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; YANE MELO DA SILVA SANTANA; RAÍSSA COSTA SAID; AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; ANA LUIZA PINTO FREIRE

**INSTITUIÇÃO:** 1. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL

**Objetivo:** Avaliar o nível de conhecimento dos acadêmicos de medicina de uma Universidade Pública acerca da Doença do Refluxo Laringofaríngeo e avaliar a compreensão dos alunos quanto a diferença entre a Doença do Refluxo Gastroesofágico(DRGE) e Refluxo Laringofaríngeo (RLF).

**Métodos:** Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, quantitativo e qualitativo com dados coletados a partir de um questionário eletrônico, elaborado pela equipe de pesquisa, estruturado com dez questões com opção de resposta “sim”, “não” e “não sei responder” ou “outro”. O questionário foi aplicado aos acadêmicos do curso de medicina da Universidade do Estado do Amazonas via e-mail institucional junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram incluídos os acadêmicos que estavam cursando do primeiro ao oitavo período da graduação e com idade igual ou superior a 18 anos, enquanto os indivíduos que não preencheram todo o questionário foram excluídos do estudo.

**Resultados:** Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão 106 participantes estavam aptos a participar do estudo e 47,2% destes afirmam saber o que é a doença do refluxo laringofaríngeo, enquanto 52,8% desconhecem ou não souberam responder. Para 71,7% dos avaliados, RLF e DRGE foram consideradas a mesma doença. Quanto ao profissional responsável pelo diagnóstico de RLF 68,9% assinalou que é o Otorrinolaringologista, 30,2% que é o Gastroenterologista e 1 (0,9%) participante assinalou a opção “outro profissional”. Com relação ao diagnóstico, a Videolaringoscopia foi o método de diagnóstico de escolha da maioria dos participantes (64,2%) e a Endoscopia Digestiva Alta de 34%. Para o manejo terapêutico, pouco mais da maioria dos entrevistados (56,6%) afirma que o Otorrinolaringologista é o profissional responsável por direcionar o tratamento do RLF e 42,5% acredita que seja direcionado pelo Gastroenterologista. Quando questionados se os tratamentos da doença do refluxo laringofaríngeo e do refluxo gastroesofágico são iguais ou diferentes 50% dos estudantes afirmam que são tratamentos diferentes, 7,5% que os tratamentos são iguais e 42,5% não souberam responder esse questionamento. Com relação ao medicamento utilizado no manejo de ambas doenças, 57,5% dos estudantes não soube responder se os medicamentos são iguais ou diferentes e no que se refere à dieta, 82,1% dos participantes acreditam que a dieta influencia na predisposição para desenvolvimento de RLF. Ao comparar se a dieta que predispõe o RLF é semelhante à dieta que predispõe a DRGE, 51,9% não soube responder, 38,7% afirma que ambas dietas são semelhantes e 9,4% assinalou que não são semelhantes.

**Discussão:** No Brasil não há um consenso para definição, diagnóstico e tratamento do refluxo laringofaríngeo, o que pode levar a uma dificuldade no entendimento e desfecho clínico pouco satisfatório devido a uma divergência das informações, o que pode ser percebido a partir dos resultados obtidos, em que uma pequena parcela dos acadêmicos afirma conhecer a doença, sabe direcionar ao especialista e escolher o exame para diagnóstico; Ainda há uma quantidade expressiva de estudantes considerando RLF e DRGE a mesma patologia e demonstrando dificuldades em definir o tratamento. Ademais, a maioria revela não conseguir diferenciar se a dieta que predispõe os sintomas de ambas as doenças é semelhante. Vale ressaltar que os hábitos alimentares da população amazonense contribuem para a predisposição de sintomas relacionados ao refluxo laringofaríngeo, os quais são semelhantes aos sintomas apresentados pela DRGE tendendo a causar equívocos durante a investigação clínica e no manejo de pacientes.

**Conclusão:** Considerando os resultados apresentados, a abordagem da Doença do Refluxo Laringofaríngeo não deve ser negligenciada durante a graduação de medicina, uma vez que pode ser diagnosticada e manejada de forma equivocada devido às semelhanças com a DRGE. Além disso, a dieta local reforça a importância de sua abordagem sobretudo nas escolas médicas da região amazônica.

**Palavras-chave:** Refluxo Laringofaríngeo; Doença do Refluxo Gastroesofágico; Estudantes de Medicina.

PO852

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

### CISTO ONCOCÍTICO DE LARINGE - RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** ISABEL SAORIN CONTE

**COAUTORES:** GERALDO DRUCK SANT ANNA; MARILIA RIBEIRO BRUM; HEMILY IZABEL ALVES NEVES; LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO; LUANA VIEIRA MARGHETI; JOÃO LINS MAUÉS; MATEUS DOS SANTOS TAIAROL

**INSTITUIÇÃO:** IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 72 anos, procurou atendimento com otorrinolaringologista por queixa de “rouquidão”. Referia disфония lentamente progressiva, há mais de 3 meses, sem um fator precipitante específico. Não apresentava oscilação da voz ao longo do dia, persistindo com uma disфония constante.

Associado, referia disfagia, com engasgos frequentes. Queixava-se de pirose, regurgitação e tosse ocasional, sobretudo à noite, com melhora parcial após início de lanzoprazol.

A paciente apresentava história prévia de HAS, dislipidemia, DM 2, comorbidades adequadamente tratadas. Negava uso abusivo da voz, tabagismo ou etilismo. Negava outros sintomas.

Considerando-se a escala de RASATI para a avaliação da qualidade vocal, a paciente apresentava rouquidão de grau 2 e ausência de alteração nas outras variáveis analisadas (aspereza, sopro, astenia, tensão e instabilidade). Prosseguiu investigação com videolaringoscopia indireta, evidenciando lesão polipóide aparentemente proveniente de prega vestibular direita, causando efeito de massa sobre prega vocal ipsilateral, de aproximadamente 1 cm.

Optado, pois, por microcirurgia de laringe para exérese da lesão, com vistas a definição da etiologia e melhora do quadro clínico. Durante o intraoperatório, visualizada lesão de aparência cística, proveniente de ventrículo laríngeo. Realizada a exérese total da mesma, sendo evidenciada lesão preenchida por ar. Dessa forma, aventada a hipótese de laringocele.

Em consulta pós operatória, a paciente referia resolução total da disфония e melhora gradual dos sintomas disfágicos. À análise histopatológica, firmado o diagnóstico de cisto oncocítico de laringe. Tendo em vista a benignidade do caso, porém risco de recidiva, a paciente foi considerada como adequadamente tratada, mas com necessidade de revisões periódicas com exame de laringoscopia.

#### DISCUSSÃO

Cistos oncocíticos são tumores benignos raros, também, chamados de hiperplasia adenomatosa oncocítica, oncocitoma, cistoadenoma papilar oncocítico, entre outras denominações. Ocorrem devido à metaplasia de células epiteliais presentes nos ductos de glândulas exócrinas. São encontrados, pois, em sítios onde há a presença de epitélio glandular, destacando-se as glândulas salivares e lacrimais, tireoide e trato respiratório superior. Na laringe, a prevalência é de 1% de todos os tumores benignos desta região. Quando presentes, localizam-se, sobretudo, no ventrículo laríngeo e prega vestibular.

À macroscopia, os cistos oncocíticos apresentam-se, normalmente, como uma lesão única, de aspecto polipóide, séssil ou pediculada, com superfície lisa. Microscopicamente, visualizam-se cistos uni ou multiloculares, com células epiteliais metaplásicas, citoplasma eosinofílico e núcleos densos, achados que permitem o diagnóstico confirmatório.

Alguns fatores de risco podem ser considerados, como sexo feminino, idade avançada e tabagismo. A evolução tende a ser lenta, podendo, a longo prazo, gerar disфония, disfagia e dispneia. Dentre os diagnósticos diferenciais, incluem-se laringocele, cisto sacular, cisto ductal.

O tratamento é cirúrgico, com ressecção total da lesão. Normalmente, é realizada cirurgia transoral. Contudo, dependendo do tamanho e número de lesões, intervenções mais invasivas, com acesso externo e laringectomia, podem ser necessárias.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que infrequentes, os cistos oncocíticos de laringe devem estar entre as hipóteses diagnósticas em pacientes que se apresentem como no relato acima. Neste caso, alguns fatores de risco estavam presentes e a paciente referia uma história de disфония progressiva. Todavia, não existem sinais e sintomas patognomônicos de cisto oncocítico. Desta forma, o diagnóstico definitivo só é possível, como no caso, após a análise histopatológica.

A microcirurgia de laringe que foi realizada, é o tratamento padrão. Mesmo com ressecção completa, o seguimento periódico desta paciente deverá ocorrer, visto a possibilidade de recidiva.

Palavras-chave: LARINGE;DISFONIA;CISTO ONCOCÍTICO.



PO862

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## PREVALÊNCIA E PERSISTÊNCIA DE DISFONIA EM PACIENTES COM COVID-19

**AUTOR PRINCIPAL:** AURENZO GONÇALVES MOCELIN

**COAUTORES:** FERNANDA LAIS SAITO; MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI; NICOLE TASSIA AMADEU; ÍCARO DE ALMEIDA TOLEDO PIRES; EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO; ROGERIO HAMERSCHMIDT; GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI

**INSTITUIÇÃO:** HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL

### RESUMO

**Introdução:** o sintoma de disfonia é um termo médico que caracteriza problemas de fonação e de produção vocal, podendo influenciar de forma negativa na qualidade de vida dos pacientes. Este estudo teve como objetivo identificar a persistência desse sintoma, em 12 meses, em pacientes que foram internados em enfermaria por COVID-19. Outro objetivo é o de caracterizar a prevalência do sintoma vocal relacionado a idade, o sexo, o IMC, o tabagismo e a sintomas como tosse, dispneia, fadiga e disfagia, no primeiro dia de internamento.

**Materiais e métodos:** estudo descritivo prospectivo, em que pacientes previamente internados na enfermaria do Complexo do Hospital de Clínicas por COVID-19 serão reavaliados após 1 ano do internamento, por meio de ligações telefônicas, quanto à queixa de disfonia. Como método de avaliação, foi aplicado o questionário Voice Handicap Index - 10 durante a internação na enfermaria e por ligação telefônica após 1 ano. Além das informações sobre a disfonia, foram coletados dados sobre outros sintomas presentes no momento do internamento. Para o estudo da prevalência, foram incluídos 75 pacientes, enquanto para o estudo da persistência, foram incluídos 27 pacientes.

**Resultados:** a disfonia apresentou uma prevalência de 34% entre os 75 pacientes avaliados no primeiro dia de internamento. 47 deles eram homens (63%) e 28 deles eram mulheres (37%), sendo a idade média de 43 anos. 39% dos pacientes com tosse apresentaram disfonia com um  $p = 0,04478$ , o único dado estatisticamente relevante apresentado. Entre 27 pacientes avaliados para persistência, 5 deles tinham disfonia no primeiro dia de internamento. Após 1 ano, 7 eram disfônicos, sendo que apenas 1 teve sintomas vocais persistentes durante os 12 meses, os outros 6 desenvolveram o sintoma no decorrer do tempo.

**Discussão:** estudos anteriores sobre a disfonia em pacientes com COVID-19 encontraram uma prevalência de 31% do sintoma, sendo as mulheres o grupo mais afetado. A amostra avaliada no presente estudo obteve 34% de disfonia na amostra. Os resultados do trabalho permitem concluir que todos os pacientes com disfonia tiveram tosse, mas nem todos que apresentaram tosse tiveram disfonia. Atribuímos a isso a justificativa de que nem todos os pacientes souberam identificar o sintoma disfônico na fala, pois a avaliação da disfonia seguindo a escala analógica visual e o VHI-10, usada durante a coleta na enfermaria, é dependente da percepção subjetiva do paciente com relação ao sintoma.

**Conclusão:** a prevalência da disfonia encontrada foi de 34% e o único sintoma associado foi tosse. Não foi observada a persistência da disfonia após um ano da alta hospitalar. Porém, a disfonia pode ser uma sequela tardia da infecção pelo Sars-Cov-2, sendo um sintoma desenvolvido após 1 ano do internamento em 22,2% dos pacientes. Trabalhos futuros são necessários para avaliar a história e as características anatômicas dos pacientes identificados, procurando determinar as possíveis causas da disfonia nesses pacientes.

**Palavras-chave:** Disfonia; COVID-19; Voz.



**PO868**

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ**

**PANORAMA DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO NÚMERO DE ÓBITOS E DA TAXA DE MORTALIDADE DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE LARINGE, NO BRASIL, DE 2018 A 2023**

**AUTOR PRINCIPAL:** LIVIA THABATA DE OLIVEIRA

**COAUTORES:** AGNEL TEIXEIRA DOS SANTOS JÚNIOR; CÉSAR ROMERO ANTUNES JÚNIOR; INGRI ROCHAEL AGUIAR XISTO BRITO; MATHEUS SANTOS VICENTE DIAS

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL2. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL3. FTC, SALVADOR - BA - BRASIL

**OBJETIVO:** Avaliar o número de óbitos e a taxa de mortalidade por neoplasias malignas de laringe por sexo e por região, no Brasil, no período entre 2018 e 2023.

**MÉTODOS:** Foi realizada uma análise observacional e quantitativa, através de informações disponíveis no Departamento do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do número de óbitos e da taxa de mortalidade de neoplasias malignas de laringe, nas 5 regiões administrativas do Brasil, e por sexo, no período correspondente entre 2018 e 2023.

**RESULTADOS:** No período avaliado, foram contabilizados, no país, 6.136 óbitos por câncer de laringe. Desse total, 4,51% concentraram-se na região Norte, 20,56% na região Nordeste, 50,18% na região Sudeste, 17,81% na região Sul e 6,29% na região Centro-Oeste. Dentre os dados, a taxa de mortalidade por câncer de laringe, no Brasil, teve um total de 9,94 óbitos/100000 habitantes, no mesmo período. A região Norte com a taxa de mortalidade de 14,47 óbitos/100000 habitantes, a região Centro-oeste, com 11,13 óbitos/100000 habitantes, Sudeste com 10,57 óbitos/100000 habitantes, Sul, com 9,11 óbitos/100000 habitantes e a Nordeste com a taxa de mortalidade correspondente a 8,47 óbitos/100000 habitantes. Fazendo uma análise por sexo, o masculino teve 85,96% de óbitos e o feminino 14,03%. A taxa de mortalidade masculina foi de 9,96 óbitos/100000 habitantes e a do feminino 9,76 óbitos/100000 habitantes.

**DISCUSSÃO:** Dos dados analisados, no tocante a suas regiões, o Sudeste se destacou dentre os demais, liderando o número de óbitos, o qual pode ser explicado parcialmente pela sua alta densidade populacional, tendo em vista que São Paulo e Rio de Janeiro são o primeiro e terceiro estado mais populoso do país. Sobre a taxa de mortalidade, a região norte apresentou a maior dentre as regiões. Tal resultado tem relação com a desigualdade socioeconômica entre as regiões do país, dado que quanto melhores as condições de vida menor é a mortalidade de uma população. O estudo mostrou que o número de óbitos e a taxa de mortalidade no sexo masculino foram maiores que no feminino, o que condiz com os dados do INCA (Instituto Nacional de Câncer), em 2023, que afirma que o câncer de laringe acomete mais homens e em termos de mortalidade, ocupa o 9º lugar nos homens e o 20º lugar nas mulheres.

**CONCLUSÃO:** Este estudo apontou que o perfil epidemiológico do número de óbitos por neoplasias malignas de laringe se demonstra com maior prevalência na região Sudeste. A maior taxa de mortalidade, considerando a população, é na região Norte. E o sexo mais acometido nas duas variáveis é o masculino. Estratégias voltadas para o manejo eficiente e cuidado com os pacientes devem ser planejadas de acordo com as necessidades de cada região.

**Palavras-chave:** taxa de mortalidade;neoplasias malignas de laringe,;número de óbitos.

PO872

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## PARALISIA UNILATERAL DE PREGA VOCAL POR TUMOR DE PANCOAST: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE DA SILVA BRAZ

**COAUTORES:** JHOLBERT CARDOSO SANTANA; RHAEL SOUSA RODRIGUES; RICARDO ARAUJO MEIRA ALMEIDA; MATHEUS NEIVA CARVALHO; EDUARDO RODRIGUES SILVA; CLAUDINEY CANDIDO COSTA; HUGO VALTER LISBOA RAMOS

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL

**Apresentação do Caso:** R.M.S, 71 anos, sexo masculino, encaminhado ao ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás devido ao quadro de disfonia. Paciente refere que há 3 meses iniciou quadro de disfonia progressiva, associada a rouquidão. História prévia de tabagismo (20 maços/ano), tendo cessado há 2 anos. Nega cirurgia cervical prévia. Oroscoopia não apresentava alterações significativas e a palpação cervical estava livre de adenomegalias. Foi realizado o exame de videolaringoscopia indireta com ótica rígida no ambulatório, que constatou a paralisia de prega vocal esquerda em posição paramediana. Paciente foi então submetido à avaliação com Tomografia Computadorizada de crânio, pescoço e tórax com contraste endovenoso, para investigação das possíveis etiologias da paralisia de prega vocal esquerda. A Tomografia Computadorizada revelou lesão expansiva no lobo superior do pulmão esquerdo com invasão mediastinal e da parede torácica superior, com envolvimento circunferencial das artérias carótida comum esquerda e subclávia correspondente, sem plano de clivagem com a margem lateral esquerda da traqueia e esôfago, consistente com lesão neoplásica com sinais de alta agressividade, sugerindo tumor de Pancoast. Paciente foi encaminhado para avaliação da equipe da cirurgia torácica, onde foi submetido à biópsia pulmonar, cujo anatomopatológico e imuno-histoquímica confirmaram o diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão.

**Discussão:** A motricidade da laringe tem início na área motora primária do córtex cerebral e segue pelo trato corticobulbar até o núcleo ambíguo. O núcleo ambíguo origina fibras do nervo vago (X par craniano), que deixa o crânio pelo forame jugular e que é responsável pela emissão de 2 ramos que exercem a função de motricidade das pregas vocais (ramo externo do nervo laringeo superior e nervo laringeo recorrente). A origem do nervo recorrente difere conforme o lado, estando ao nível da artéria subclávia à direita e do arco da aorta à esquerda. O comprometimento do nervo laringeo recorrente acarreta paralisia de todos os músculos intrínsecos da laringe, exceto o músculo cricotireóideo. A paralisia recorrente é mais frequente do lado esquerdo, provavelmente em decorrência do maior trajeto intratorácico do nervo deste lado. As causas mais comuns de paralisia de corda vocal com etiologia extralaringea são cirurgias cervicais (46%) e tumores (24%). Portanto os pacientes devem ter todo o trajeto do nervo vago avaliado através de Tomografia Computadorizada com contraste endovenoso, visando encontrar possíveis lesões expansivas em seu trajeto. O tumor de Pancoast, também chamado de tumor de sulco superior, é um tipo raro de câncer de pulmão que invade a parede apical do pulmão. Os subtipos histológicos mais encontrados são o adenocarcinoma e o carcinoma epidermóide. Esses tumores, na prática, costumam ter um diagnóstico desafiador e são, geralmente subdiagnosticados. Devem ser suspeitados principalmente em pacientes com histórico de tabagismo, sexo masculino e na 6ª década de vida. Cursam com uma grande variedade de sintomas a depender do seu local de invasão e crescimento, incluindo região de plexo braquial, cadeia simpática e corpos vertebrais.

**Comentários Finais:** A paralisia de prega vocal é um achado importante durante o exame físico otorrinolaringológico e que merece atenção. O caso relatado, demonstra a importância da avaliação complementar, buscando o possível fator etiológico nos casos de pacientes apresentando paralisia prega vocal, especialmente as unilaterais.

**Palavras-chave:** Tumor de Pancoast; Paralisia; Prega vocal.

PO886

## E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO DE OTONEUROLOGIA NA CIDADE DE MANAUS- AMAZONAS

**AUTOR PRINCIPAL:** VIVIANE SALDANHA OLIVEIRA

**COAUTORES:** CARLOS EDUARDO DOS SANTOS PEREIRA; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; ANA LUIZA PINTO FREIRE; YANE MELO DA SILVA SANTANA; RAÍSSA COSTA SAID; LEONARDO RAMALHO DE OLIVEIRA

**INSTITUIÇÃO:** 1. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL3. FACULDADE METROPOLITANA DE MANAUS, MANAUS - AM - BRASIL

### Objetivos:

Descrever o perfil clínico dos pacientes atendidos em um ambulatório de Otoneurologia de um hospital de ensino e pesquisa, entre março de 2019 e março de 2022.

### Métodos:

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, transversal, na área de Otorrinolaringologia, a fim de analisar os prontuários eletrônicos de pacientes atendidos no ambulatório de Otoneurologia de um Hospital na cidade de Manaus, no período de março de 2019 a março de 2022. Foram incluídos os prontuários de todos os pacientes atendidos no ambulatório, que fecharam diagnóstico de afecção otoneurológica ou algum diagnóstico diferencial, durante o período delimitado.

### Resultados:

Dos 176 prontuários selecionados e analisados, a tontura é a queixa otoneurológica mais relevante para esse estudo. Considerando as faixas etárias, as idades variaram de 06 a 94 anos, classificadas em grupos: 0 a 20 anos, 21 a 40 anos e assim por diante, estabelecendo um intervalo de 20 anos em cada grupo. A faixa etária mais prevalente foi de 41 a 60 anos (38,07%). Com relação ao sexo, o feminino foi o mais evidente (67,05%).

Dentre as queixas relatadas, a tontura foi a mais prevalente (32,95%), seguida da de zumbido (23,30%).

Entre os pacientes que queixavam tontura, o sexo mais prevalente foi o feminino (75,86%) e a faixa etária foi entre 61 e 80 anos (41,38%).

Dos casos com tontura, o sintoma associado que se destacou foi o zumbido (37,93%), seguido de sintomas alérgicos nasais (36,21%), sintomas de laringite posterior por refluxo laringofaríngeo (22,41%) e hipoacusia (20,69%). Dos hábitos de vida, o histórico de etilismo e tabagismo estiveram presentes em 27,59% e 24,14%, respectivamente.

De acordo com o histórico patológico pregresso, destacou-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 48,28%, enquanto diabetes mellitus e o hipotireoidismo apareceram ambos em 13,79% dos casos.

### Discussão:

Têm-se que o perfil de pacientes que mais apresentou tontura foi de mulheres com histórico de tabagismo e etilismo, concordando com Bunzenet al (2014). Pesquisadores que estudaram sintomas vestibulares encaminhados ao otorrinolaringologista pela atenção primária da cidade do Recife, onde 74,70% da amostra era do sexo feminino.

Com relação à faixa etária, pode-se correlacionar o surgimento de tontura com o progredir da idade, com destaque para aqueles entre 61 e 80 anos, discordando de Bunzenet al (2014), no qual a idade média foi de 56,7 anos.

A principal comorbidade encontrada foi HAS, chamando atenção para a necessidade de investigação suplementar nos casos com queixa de tontura. Levando em consideração os sintomas associados, o mais evidente foi o zumbido, à semelhança do encontrado por Bunzenet al (2014), que foi de 43,2%.

### Conclusão:

O perfil clínico encontrado foi de pacientes do sexo feminino, na faixa etária de 61 a 80 anos, com histórico de tabagismo e etilismo, tendo HAS, DM e hipotireoidismo como comorbidades mais prevalentes, apresentando o zumbido como principal sintoma associado. O objetivo esperado pelo estudo foi alcançado, visto que se conseguiu coletar dados de todos os prontuários de pacientes que apresentaram tontura no período delimitado, criando assim um perfil clínico local, comparativamente aos estudos nacionais. Avaliou-se as características locais próprias, gerando informações científicas importantes para ações futuras de promoção em saúde na área da Otoneurologia.

**Palavras-chave:** ZUMBIDO; TONTURA; PERDA AUDITIVA.

PO896

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ****UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE RASTREAMENTO PARA DISFAGIA OROFARÍNGEA NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO****AUTOR PRINCIPAL:** KELVIN LEITE MOURA**COAUTORES:** BRYSE KATHERYNE VIDAL MADOUNGOU; FRANCISCA LUIZA KENNIA LOPES ARAÚJO; NATHÁLIA DE OLIVEIRA ALVES; CYNTHIA MEIRA DE ALMEIDA GODOY; RAFAEL MACIEL DE ANDRADE LIMA; HIPÓLITO VIRGÍLIO MAGALHÃES JÚNIOR; LIDIANE MARIA DE BRITO MACEDO FERREIRA**INSTITUIÇÃO:** UFRN, NATAL - RN - BRASIL

**Objetivo:** Detectar pacientes com risco para disfagia orofaríngea (DO) internados em UTI ou enfermaria, através de triagem, utilizando o instrumento de Rastreamento para Disfagia Orofaríngea no Acidente Vascular Encefálico (RADAVE).

**Método:** Esta pesquisa é de caráter transversal, de cunho descritivo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL-UFRN) (CAAE:97285118.9.0000.5292). O trabalho tem como sujeito de estudo pacientes em leito de UTI e enfermarias do HUOL. O instrumento escolhido para a triagem foi o RADAVE devido sua validação no Brasil. Foram excluídos da pesquisa pacientes dos variados ambulatorios do HUOL e amostras repetidas. Para realização deste estudo, discentes que participavam do projeto de extensão em DO foram selecionados para realizar a triagem. A coleta de dados ocorreu entre o período de agosto a dezembro de 2022. O instrumento de rastreio é composto por duas etapas, a primeira contendo 12 questões e a segunda seis. Somente a etapa I do RADAVE foi aplicada, pois ela rastreia os fatores de risco para a DO com caráter observacional e realização de comandos simples sem exigir oferta de alimento. Ao final da triagem, os pacientes foram classificados como apresentando “sim” ou “não” risco para DO, por meio de uma análise subjetiva. O questionário foi armazenado no Google Forms, plataforma segura que segue a lei geral de proteção de dados e gera automaticamente uma planilha de acesso aos resultados obtidos. A partir desta planilha foi realizada uma análise descritiva e qualitativa dos dados.

**Resultados:** A amostra foi composta por 257 pacientes triados, destes 131 (51%) são do sexo feminino e 126 (49%) do masculino, sendo que as idades variaram entre 14 e 96 anos, com média de 56,17. Foram detectados 123 (47,8%) sujeitos que apresentam risco para DO, 61 (23,7%) do sexo feminino e 62 (24,1%) do masculino. Dentre os pacientes que possuem risco para a DO, 61 (49,6%) são idosos acima de 60 anos.

**Discussão:** A literatura traz diversos instrumentos de rastreio para a DO, entretanto, em alguns estudos, não há precisão quanto a distinção entre conceitos de rastreamento e avaliação. Mas sabe-se que hospitais que possuem protocolos de rastreio adaptados à sua realidade, independente do método, são beneficiados em relação aos que não possuem. Ainda é escasso na literatura o quantitativo de hospitais no Brasil, que dispõem de uma equipe multiprofissional atenta quanto aos distúrbios da deglutição e que tenha acesso e treinamento para aplicar algum protocolo de triagem validado. Assim, a ausência de uma implementação de triagem para a DO provoca um mascaramento de pacientes em leito de UTI e enfermarias que se beneficiariam da terapia fonoaudiológica, mas não foram detectados precocemente pela falta de conhecimento da equipe. Nesse estudo podemos observar que quase metade dos indivíduos internados precisam de uma avaliação fonoaudiológica. Destes, metade são idosos.

**Conclusão:** Conclui-se que a etapa I do RADAVE mostrou-se eficiente na triagem de sujeitos internados em UTI e enfermarias, capaz de identificar precocemente sintomas que compõem risco para a DO. Com isso, oferece ao enfermo a chance de obter avaliação e tratamento fonoaudiológico com antecedência, contribuindo com a redução do tempo de internação, dependendo do prognóstico e, consequentemente, a redução de custos do hospital, além da melhora da qualidade de vida do paciente. Por fim, sugere-se ajustes com relação à padronização da pontuação no instrumento RADAVE e novos estudos para construção e validação de protocolos específicos para UTI e enfermarias.

**Palavras-chave:** disfagia; acidente vascular encefálico; rastreamento.

PO904

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA SUPERIOR POR SARCOMA DE KAPOSÍ, UM CASO RARO DE ACOMETIMENTO LARÍNGEO

**AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS

**COAUTORES:** RAINAN OSVALDO CARVALHO VIEIRA; MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS; GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO; BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS; MATEUS MORAIS AIRES CAMARA; BRUNO TEIXEIRA DE MORAES

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE - PE - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente R.A.D.B., sexo masculino, 39 anos, com diagnóstico recente de HIV, internado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco por quadro de disfagia, odinofagia, rouquidão, anorexia e perda ponderal. Durante realização de videolaringoscopia, observaram-se lesões nodulares eritemato-violáceas em orofaringe, rinofaringe, hipofaringe e laringe supraglótica. Tomografia de tórax com contraste e endoscopia digestiva alta revelaram disseminação das lesões por pulmão, esôfago, estômago e duodeno. Diagnóstico etiológico de Sarcoma de Kaposi foi dado por biópsia de lesão cutânea. Paciente tinha contagem de linfócitos T CD4 = 97 células/ $\mu$ L e carga viral = 63 cópias/ml, em uso de terapia antirretroviral com Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG). Apresentou piora da disфония e dispneia no repouso. Realizada traqueostomia eletiva por obstrução de via aérea pelo sarcoma de Kaposi, após nova laringoscopia, que mostrava 90% de obstrução da via aérea. Submetido, ainda, à quimioterapia com Paclitaxel 80mg, apresentando melhora incipiente das lesões orais e faringolaringeas. Manteve disfagia grave e obstrução completa das supraglote por lesões sarcomatosas, apesar da melhora do estado geral. Isso pode sugerir falha terapêutica e ratificar a necessidade de cuidados paliativos.

**DISCUSSÃO:** Sarcoma de Kaposi (SK) é um tumor angioproliferativo multifocal, com proliferação de células endoteliais, fibroblastos, leucócitos e das próprias células tumorais, associado à infecção por Herpesvírus tipo 8 (HHV-8), sendo classificado em 4 tipos: clássico, endêmico, iatrogênico e associado à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). O SK associado à SIDA é a principal neoplasia que ocorre em portadores do HIV, podendo ser local ou disseminado, de acometimento cutâneo ou visceral e padrão agressivo ou indolente. Tendo uma chance 19 vezes maior de ocorrer em pacientes com T CD4 menor que 200 células/ $\mu$ L., com a contagem baixa de CD4 também relacionada a pior prognóstico. A forma mais comum de apresentação da patologia é cutânea, com máculas e pápulas roxas, vermelhas ou marrons, não pruriginosas e indolores; o acometimento visceral é incomum, sendo a cavidade oral acometida em cerca de 30% dos casos, o que já indica acometimento visceral. SK representa 20% de todos os sarcomas de cabeça e pescoço. É raro na laringe, em que os sintomas mais comuns são dispnéia e disфония e o acometimento mais frequente é da supraglote. O diagnóstico é feito por biópsia. Por ser um tumor angioproliferativo, a biópsia da laringe tem um alto risco de sangramento e consequente obstrução das vias aéreas. Em caso de acometimento concomitante da derme, realiza-se a biópsia de tumor da pele. O tratamento busca paliar os sintomas, prevenir progressão da doença e reduzir tumores que estejam comprometendo o funcionamento de órgãos. Para os casos de SK avançado, faz-se uso de quimioterapia sistêmica (antraciclinas ou paclitaxel) e terapia antirretroviral (TARV), sendo o paclitaxel preferível em casos de evolução rápida.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o Sarcoma de Kaposi tende a ter um comportamento mais agressivo, acometendo a derme e mucosa de maneira generalizada. Quando tem acometimento visceral, sua principal forma de apresentação é nodular e o principal sítio é o gastrointestinal. Sarcoma de Kaposi laríngeo é extremamente raro e lesões nessa topografia demandam atenção já que podem evoluir para insuficiência respiratória por obstrução das vias aéreas superiores.

**Palavras-chave:** SARCOMA DE KAPOSÍ; INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA; AIDS.

PO912

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Membrana laríngea congênita em paciente adulta

**AUTOR PRINCIPAL:** IARA CAMARGO MANSUR

**COAUTORES:** LETÍCIA MARTUCCI; TAYANNE DE OLIVEIRA SILVA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente G.S.L., feminina, 40 anos veio ao serviço de otorrinolaringologia do Hospital Santa Marcelina devido a queixa de amigdalites de repetição associado a disfonia e dispneia a fonação desde o nascimento. Referia ainda quadro de engasgos e globus faríngeo, negava disfagia ou perda ponderal. Paciente também negava história de IOT ou manipulação de via aérea. Ao exame paciente apresentava amígdalas grau II, sem lesões, simétricas. Ao exame de laringoscopia indireta foi observada presença de uma fina formação translúcida entre as pregas vocais com redução de 50% da luz glótica durante a fonação associada a coaptação ineficiente das pregas vocais, levantando a hipótese de membrana laríngea congênita.

**Discussão:** A membrana laríngea congênita é uma condição rara que geralmente se manifesta em recém-nascidos e crianças, mas, em casos atípicos, pode ser identificada em pacientes adultos. Esta afecção se caracteriza pelo desenvolvimento anormal de uma membrana espessa na região da laringe. Embora seja mais frequentemente diagnosticada em estágios iniciais da vida, sua detecção em adultos suscita uma série de considerações complexas. Primordialmente, a membrana laríngea congênita em pacientes adultos pode ser subdiagnosticada, devido à escassez de sintomas específicos ou à adaptação ao longo da vida. A apresentação clínica pode variar consideravelmente, abrangendo sintomas como rouquidão crônica, disfagia, dispneia e tosse persistente. Em adultos, tais sintomas frequentemente são erroneamente atribuídos a outras causas, como refluxo gastroesofágico, tabagismo ou disfunção vocal, atrasando, assim, o diagnóstico preciso.

O diagnóstico da membrana laríngea congênita em adultos envolve tipicamente uma avaliação clínica que abarca a laringoscopia, possibilitando ao médico visualizar diretamente a laringe e a membrana em questão. As opções terapêuticas variam conforme a gravidade dos sintomas e a extensão da membrana, frequentemente incluindo procedimentos cirúrgicos para a remoção ou abertura da membrana. Em determinados casos, a terapia vocal pode ser recomendada para aprimorar a função vocal após o tratamento. O manejo deve ser adaptado individualmente, levando em conta a idade do paciente, seu estado de saúde geral e suas preferências.

**Comentários finais:** a descoberta da membrana laríngea congênita em adultos representa uma ocorrência rara mas importante de ser reonhecida. Requer uma abordagem cuidadosa, com avaliação precisa e tratamento customizado. A conscientização sobre essa condição em adultos é fundamental para garantir diagnóstico e tratamento adequados, com vistas a aprimorar a qualidade de vida e a função vocal desses indivíduos.

**Palavras-chave:** membrana laríngea;disfonia;dispneia.

PO913

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ****MÚLTIPLOS CISTOS EM FACE LINGUAL DE EPIGLOTE - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JULIA TONETTO PORTO**COAUTORES:** LUCIANE MAZZINI STEFFEN; NEDIO STEFFEN; GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO; MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH; GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU; LEONARDO ZANETTI FLORIAN; DIEGO RAHDE FIALHO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente F.S.A, 55 anos, previamente hígida, não tabagista, consultou inicialmente em 23/02/2022 por queixa de disфония de longa data, contínua, refratária à fonoterapia. No exame de videolaringoscopia indireta realizada em consultório, foram evidenciadas múltiplas lesões císticas em face lingual da epiglote. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de pescoço, realizada em 24/02/2022 evidenciando formações císticas submucosas em laringe supraglótica na região de epiglote com extensão para pregas ariepiglóticas sem realce ao contraste. Paciente foi submetida à microcirurgia de laringe sob anestesia geral no dia 08/08/2023, onde foram visualizados múltiplos cistos em valécula bilateralmente. Foi realizada dissecação com laser de diodo contínuo à 4000 watts, com remoção completa das lesões e encaminhadas para estudo anatomopatológico. Manteve boa evolução pós operatória e regressão completa das lesões, além da melhora da qualidade vocal da paciente.

**DISCUSSÃO:**

Os cistos de laringe representam um grupo de lesões benignas raras que podem causar obstrução respiratória importante e até mesmo o óbito se não tratadas adequadamente. São incomuns, correspondendo a 5% das lesões benignas de laringe. Apresentam dificuldade em seu diagnóstico, pois são, via de regra, achados de exame em pacientes com sintomas inespecíficos ou assintomáticos, devendo serem pesquisados em pacientes com estridor laríngeo ou dispneia a fim de se evitar essas complicações. Além disso, é válido ressaltar que esses pacientes podem apresentar-se ao otorrinolaringologista com outras queixas comuns, tais como disфония, dor, disfagia ou sensação de corpo estranho na garganta, ou ainda ser, frequentemente, um achado ocasional, não necessitando de tratamento específico.

Quanto à localização dos cistos na laringe, a epiglote é o local onde os mesmos são mais encontrados, especificamente sua face lingual. Geralmente estão localizados ao lado da linha mediana, na sua superfície lingual. Além dela, as cordas vocais verdadeiras são referidas como outro local de grande prevalência. Na epiglote, em sua maioria, são únicos e são revestidos por epitélio pavimentoso, sendo raro o achado de múltiplos cistos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

A presença de múltiplos cistos em epiglote trata-se de um achado raro na literatura, demonstrando a relevância do presente caso. A compreensão acerca da história clínica e evolução dos cistos laríngeos torna-se fundamental ao médico especialista, que com métodos relativamente simples é capaz de realizar o diagnóstico e o tratamento adequados dessa patologia.

**Palavras-chave:** DISFONIA;CISTO DE EPIGLOTE;VALÉCULA.



PO928

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ****CORPO ESTRANHO DE LARINGE –BERNE EM REGIÃO GLÓTICA****AUTOR PRINCIPAL:** CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI**COAUTORES:** PAULO TINOCO; MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO; ALFREDO VIEIRA BERNARDO; GABRIELA CARDOSO LIMA; SÁVIO LUQUETTI SILVA VIEIRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ, ITAPERUNA - RJ - BRASIL

A laringe tem como principal ação a proteção da via aérea inferior, através de um mecanismo esfinteriano. Corpos estranhos na laringe são raros, sendo mais comum a apresentação em crianças entre 6 meses e 3 anos de idade, com a prevalência estimada em 2 a 11% dos corpos estranhos de via aérea.

Os sinais clínicos mais presente de obstrução de laringe por corpo estranho são disfonia, dispnéia, sibilos, roncos e esforço respiratório com ou sem tiragens.

As abordagens mais observadas nas literaturas é através da remoção do corpo estranho sob anestesia geral, associado à laringoscopia de suspensão ou broncoscopia, devido ao risco de deslocamento do corpo estranho para o trato respiratório inferior com consequente obstrução à ventilação.

O objetivo do presente trabalho é elucidar um relato de caso de paciente com quadro de corpo estranho (berne) em região glótica e seus principais sinais e sintomas.

Paciente M.A.N., 48 anos, sexo masculino, é encaminhado por gastroenterologista ao consultório de otorrinolaringologia com relato de visualização, através da endoscopia digestiva alta, de pólipos de coloração branca em comissura anterior de ambas cordas vocais. Ao chegar no consultório, paciente relata disfonia há cerca de 2 meses, sem demais queixas. Foi submetido então a videolaringoscopia, na qual observou-se presença de massa esbranquiçada em comissura anterior de ambas cordas vocais. Foi levantada hipótese de neoplasia ou pólipos, sendo encaminhado para procedimento cirúrgico, microcirurgia de laringe, para ressecção e encaminhamento da peça para patologia. No momento da cirurgia, foram observados pequenos pontos pretos dispersos no local a ser retirado. Então, foi realizado o diagnóstico de corpo estranho de laringe, berne, e realizado exérese do mesmo. Procedimento ocorreu sem intercorrências e o paciente foi de alta com melhora dos sintomas.

Deve-se atentar aos sinais e sintomas que levem a elucidação do quadro de corpo estranho de laringe, que podem se manifestar com disfonia, hemoptise e em alguns casos, dispneia com sibilância e cianose, afim de que com a suspeita diagnóstica, possa dar procedência ao tratamento e assim, melhorar o quadro do paciente. Como no relato em questão, o qual foi encontrado berne em região da glote, uma condição rara e por isso é de grande importância uma anamnese detalhada para que através do entendimento da história social, no qual estará mais exposto a população que reside no meio rural ou em condições precárias de saneamento básico, possa suspeitar do corpo estranho.

Palavras-chave: CORPO ESTRANHO;BERNE;LARINGE.

PO933

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

Análise Do Perfil Epidemiológico De Internações Por Faringite Aguda e Amigdalite Aguda Segundo Faixa Etária No Brasil Entre 2020 e 2023

**AUTOR PRINCIPAL:** LORENZO BRITO VIEIRA

**COAUTORES:** ADERSON EMANUEL SANTOS SOARES; KLAUS WERNER HOLLER; PAULO TOMIO OKASAKI

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA, PARNAÍBA - PI - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, PARNAÍBA - PI - BRASIL

**OBJETIVO:** Traçar o perfil epidemiológico de internações por faringites e por amigdalites agudas no período de 2020 a 2023.

**MÉTODOS:** Estudo epidemiológico, quantitativo, com coleta de dados realizada a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). A população refere-se a crianças a partir de 1 ano até idosos de 80 anos ou mais, de ambos os sexos, internados em todo o território nacional por agravo resultante da inflamação da faringe ou das amígdalas.

**RESULTADOS:** No período entre 2020 e 2023 foram registrados um total de 27485 internações por faringite aguda e amigdalite aguda. Mediante o gráfico 1, percebeu-se uma distribuição bimodal das internações por faringite aguda e amigdalite aguda entre 2020 e 2023 com dois picos situados entre faixa etária entre 1 e 4 anos, de maior prevalência, com 9892 internações representado de aproximadamente 36%, que progride em queda até a faixa etária entre 20 e 29 anos, na qual ocorre outro aumento, com 3755 casos (13,6%). Posteriormente, notou-se uma redução gradual de incidência até a faixa de 80 anos ou mais, com 198 casos (0,72%). Outrossim, notou-se a região Nordeste como a principal acometida, com 11858 casos, representando 43,14 % das internações no país. Durante a investigação, não foi percebida predileção entre sexos.

**DISCUSSÃO:** As faringites e as tonsilites são importantes entidades clínicas que, apesar de bastante frequentes na população pediátrica, também devem ser adequadamente reconhecidas na população adulta. Nesse sentido, desde o generalista até o especialista devem ter capacitação adequada para o reconhecimento precoce de quadros de infecção das vias aéreas superiores. Logo, além dos diagnósticos diferenciais – laringite, epiglote e candidíase, por exemplo -, o profissional de saúde também deve questionar a respeito dos fatores de risco associados aos quadros, como histórico de tabagismo ou fumo passivo e episódio prévio de rinite alérgica. Sob essa óptica, a prevalência desses agravos durante a pandemia de COVID-19 reafirma a necessidade de que, desde a formação enquanto acadêmico, os quadros sindrômicos sejam adequadamente reconhecidos e notificados, a fim de reduzir os índices de internação por entidades clínicas que poderiam ser efetivamente manejadas fora do ambiente hospitalar.

**CONCLUSÃO:** Percebeu-se que significativa parcela das hospitalizações por faringites e amigdalites ocorre na população entre 1 e 4 anos, independentemente do sexo, com importante distribuição também na demografia de jovens adultos, excepcionalmente entre os 20 a 29 anos. Outrossim, a prevalência dos agravos na região Nordeste do país pode se configurar como orientação para políticas públicas, tanto em educação em saúde quanto prevenção desses agravos, de forma a reduzir desfechos mais sensíveis, a exemplo das internações. Diante disso, a pesquisa pode ser útil para a detecção das faixas etárias de maior risco para essa condição clínica, favorecendo a promoção de políticas de saúde voltadas para a prevenção dos agravos em pauta, não apenas na região mais crítica, quanto em todo o território nacional

**Palavras-chave:** Faringites;Tonsilites;Atenção à Saúde.

PO950

**E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE LARINGE NO BRASIL NO PERÍODO DE 2011 a 2021****AUTOR PRINCIPAL:** LUIZA DE SÁ FERREIRA PAIXÃO**COAUTORES:** JOÃO VICTOR SIMÕES CASTRO PERRONE; THALITA FAHEL VILAS BÔAS AZEVEDO; LEONARDO FONSECA GONDIM**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL**OBJETIVO**

O presente trabalho tem como objetivo descrever as características epidemiológicas dos óbitos por Câncer de Laringe no intervalo dos anos de 2011 a 2021, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

**MÉTODOS**

Foi realizado um estudo ecológico, no qual foram utilizados dados coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), acessado em 08 de setembro de 2023. A população de estudo incluiu os óbitos por Câncer de Laringe, nas regiões do Brasil, entre os anos de 2011 e 2021. Como critério de inclusão, foi utilizado os anos de óbito, bem como a causa do óbito, filtrada através do CID-BR-10.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No total, entre os anos de 2011 e 2020, foram notificados cerca de 47.807 óbitos por Neoplasia Maligna de Laringe em todas as regiões do Brasil. O ano de 2018 foi o que mais apresentou óbitos por Câncer de Laringe, com 4.532, enquanto o ano de 2011 foi o que menos conteve óbitos por tal enfermidade, com 3.889. Dentre as regiões, a Sudeste, foi, isolada, a que mais apresentou notificações por óbitos secundários à essa neoplasia, com 23.483 (49,12% do total), em seguida vem o Nordeste com 10.359 (21,67%), depois o Sul, com 8.599 (17,98%). Do outro lado, o Centro-Oeste e o Norte foram as regiões que apresentaram os menores números de óbitos, com 3.240 (6,77%) e 2.121 (4,43%), respectivamente. Os óbitos ocorreram principalmente na faixa etária de 60 a 69 anos, com 15.247 (31,89%) óbitos, seguido de 50 a 59 anos, com 12.416 (25,97%) e 70 a 79 anos, com 10.392 (21,73%). Em relação à raça, houve prevalência de brancos, com 25.651 óbitos, representando 53,65% do total. Em relação ao sexo, houve maior quantidade de óbitos no sexo masculino, representando 87,15% do total.

**CONCLUSÃO**

O presente estudo revela o perfil epidemiológico dos pacientes que vão a óbito por câncer de laringe no Brasil, nos anos de 2011 a 2021, que são homens, procedentes da região Sudeste, na faixa etária de 60 a 69 anos, da raça branca. Esse trabalho pode ser útil para nortear o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção primária, voltadas para a parcela demográfica mais exposta ao risco do desfecho, com foco na prevenção e redução da morbimortalidade da população brasileira, visto que o câncer de laringe está associado a fatores de risco evitáveis e esses devem ser os alvos das políticas de prevenção do país.

Palavras-chave: Neoplasia;Laringe;Mortalidade.

PO951

# E-PÔSTER - LARINGOLOGIA E VOZ

## APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO EM REGIÃO SUBGLÓTICA

**AUTOR PRINCIPAL:** JHOLBERT CARDOSO SANTANA

**INSTITUIÇÃO:** HC-UFG, GOIÂNIA - GO - BRASIL

Paciente, 37 anos, sexo feminino, asmática, sem outras comorbidades. Possui história de crise de asma grave em 2020 com necessidade de intubação orotraqueal (IOT). Referia que em maio de 2022 iniciou quadro de dispneia progressiva e em julho do mesmo ano evoluiu com parada cardiorrespiratória devido hipóxia por insuficiência respiratória aguda. Deu entrada em serviço de urgência sem sucesso em várias tentativas de IOT, evoluindo para traqueostomia de urgência. Em setembro de 2022 deu entrada no serviço de otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, onde foi evidenciado em videolaringoscopia indireta lesão em região subglótica ocluindo totalmente a luz traqueal. Foi realizado ressecção total da lesão via endoscópica e o estudo anatomopatológico e imunoistoquímico foi evidenciado Carcinoma Adenoide Cístico (CAC). Paciente evoluiu bem, com decanulação e foi optado por não realizar radioterapia adjuvante. Segue em acompanhamento ambulatorial com videolaringoscopia indireta e PET-CT.

### Discussão

O carcinoma adenoide cístico (CAC) é uma neoplasia de crescimento lento e indolor que tem a tendência de invadir os nervos periféricos, frequentemente recorrendo e metastatizando para outros órgãos. Este tipo de câncer é considerado relativamente raro, representando cerca de 10% a 15% de todos os tumores das glândulas salivares maiores e aproximadamente 12,3% das glândulas salivares menores.

Na laringe, embora seja extremamente raro, o CAC tende a ocorrer com mais frequência na região subglótica. Cerca de 64% dos CAC na laringe têm origem subglótica, enquanto 25% são supraglóticos, 5% glóticos e 6% transglóticos, refletindo a distribuição das glândulas salivares menores nessa área anatômica. Geralmente, esse tipo de câncer permanece assintomático até atingir um tamanho considerável, como no caso da paciente mencionada.

Condições que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial incluem obstruções das vias aéreas, como tumores traqueais, estenose subglótica e paralisia das cordas vocais. Além disso, neoplasias benignas das glândulas salivares, como o carcinoma linfoepitelial, carcinomas neuroendócrinos, tumores tireoidianos, neoplasias esofágicas e condições benignas da laringe, como artrite reumatoide e granulomatose de Wegener, também devem ser consideradas.

Estudos indicam que a cirurgia é a abordagem preferida para o tratamento do CAC da cabeça e pescoço, embora a decisão de adicionar radioterapia ainda seja controversa devido à baixa frequência de casos. No entanto, é importante notar que apenas uma pequena porcentagem de casos (1-3%) está localizada na via aérea superior. A quimioterapia não é recomendada para este tipo de tumor. Pesquisas têm explorado alvos moleculares para otimizar o tratamento, observando um aumento na expressão de EGFR (receptor do fator de crescimento epidérmico) e VEGF (fator de crescimento vascular endotelial) em pacientes com CAC. Apesar da recorrência local ser rara, a disseminação à distância ocorre em aproximadamente 16-35% dos casos, levando a uma sobrevida geralmente baixa, com um prognóstico de 15-20 anos inferior a 20%. A principal causa de morte em pacientes com CAC é a disseminação à distância, que pode ocorrer mesmo após 10 anos do tratamento. Os fatores de risco para recidiva incluem estágio avançado do tumor no momento do tratamento, margens cirúrgicas positivas e invasão perineural. Em resumo, o estágio avançado, o tipo sólido, a localização extrabucal, a expressão aumentada de p53 e EGFR são fatores de mau prognóstico independentes. Além disso, fatores clinicopatológicos, como idade avançada, envolvimento neural e ressecção cirúrgica incompleta, também estão associados a um pior prognóstico. Não foi estabelecida uma relação entre o tabagismo e o risco de desenvolver esse tipo de câncer.

Palavras-chave: CARCINOMA;SALIVAR;SUBGLOTICO.

PO013

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Perda auditiva subclínica no Lúpus

AUTOR PRINCIPAL: NUNO ANDRADE O'NEILL MENDES

COAUTORES: ANA GUIMARÃES; FILIPE FREIRE

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, LISBOA - PORTUGAL

**Objetivos:** O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune que afeta diferentes órgãos. Sabe-se que esta doença pode cursar envolvimento mais ou menos extenso do ouvido interno que se pode traduzir por surdez neurosensorial. A patogénese da surdez neurosensorial no LES parece estar relacionada com fenómenos de vasculite, depósitos de imunocomplexos na stria vascularis ou no saco endolinfático, e eventos trombóticos ou citotóxicos. Assim, o presente trabalho tem três principais desígnios: avaliar os achados audiológicos numa população de indivíduos com Lúpus; verificar se existe alguma associação entre as alterações audiológicas e o grau de atividade da doença e/ou tempo decorrido desde o diagnóstico da mesma.

**Métodos:** Foram incluídos, neste estudo caso-controlo, doentes com diagnóstico de Lúpus realizado no Hospital. Excluíram-se indivíduos com <18 ou >40 anos de idade. Foram também excluídos doentes com história de exposição continuada a ruído, fármacos potencialmente ototóxicos e história pessoal ou familiar de patologia otológica. Obteve-se assim uma amostra de 15 doentes – Grupo caso “L”. Criou-se um grupo de controlo “C” –com o mesmo número de indivíduos e aplicação dos mesmos critérios de exclusão. Foi realizado timpanograma, audiometria tonal simples, audiometria de altas frequências e otoemissões acústicas a ambos os grupos.

**Resultados:** O audiograma tonal (125 Hz – 8000 Hz) revelou 3 casos de surdez neurosensorial ligeira no grupo “L” e nenhum caso no “C” ( $p=0,022$ ). Aos 12000 Hz e aos 16000 Hz verificou-se uma elevação significativa do limiar auditivo em “L” (12000 Hz: 41dB SPL; 16000 Hz: 57dB SPL);  $p=0,02$  comparativamente ao grupo “C”. No grupo “L”, as otoemissões acústicas estavam ausentes em pelo menos uma frequência em 33% dos casos, enquanto que no grupo controlo, estas estavam presentes em todas as frequências ( $p=0,04$ ). Nenhum dos achados se relacionou com o grau de atividade da doença. Por outro lado, a surdez neurosensorial (3 indivíduos com Lúpus) está fortemente associada ( $\eta^2=0,85$ ) a doença mais prolongada (média de tempo decorrido desde o diagnóstico inicial: 16,3 anos).

**Conclusão:** Estes resultados sugerem que os achados na audiometria de altas frequências e otoemissões acústicas verificados nos primeiros anos de doença podem preceder a surdez clinicamente detetável em audiometria tonal simples. Uma vez que o Lúpus é uma doença sistémica e o tratamento precoce se associa a melhores resultados clínicos, pensamos que, em relação à audição, a identificação precoce de disfunção auditiva por meio de DPOAE/HFA pode ser a chave para antecipar e prevenir a instalação de surdez através de tratamento atempado.

**Palavras-chave:** Lúpus; Perda Auditiva; Audiometria.

PO027

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Complicação otológica relacionada ao uso de cone hindu

**AUTOR PRINCIPAL:** EMERSON SCHINDLER JUNIOR**COAUTORES:** VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA; IAN SELONKE; MILENA SAYURI OTSUKI; ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA; GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA; DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH; LUCAS CORREIA PORTES**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA - PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL2. HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA, CURITIBA - PR - BRASIL**Apresentação do caso**

Paciente feminina, de 53 anos, utilizou cone hindu bilateralmente em 2020 para limpeza otológica. Após alguns dias, evoluiu com hipoacusia à esquerda, otalgia à esquerda, zumbido e tontura após o procedimento. Utilizou Cerumin e realizou múltiplas lavagens otológicas na tentativa de melhora dos sintomas, sem êxito. Foi, então, encaminhada ao nosso serviço para avaliação. Ao exame físico, a otoscopia esquerda evidenciou resquícios de cera seca de vela em conduto próximo da membrana timpânica, aparentemente íntegra, sem possibilidade de visualização completa. A membrana timpânica direita não teve alterações significativas ao exame físico. Devido à história clínica e aos achados no exame físico, foram solicitados exames complementares. A Tomografia de mastoide não teve alterações, exceto por conteúdo de densidade de partes moles em conduto auditivo esquerdo. A audiometria evidenciou perda auditiva mista à esquerda e curva do tipo C, sem alterações à direita. A paciente aguarda abordagem cirúrgica via transmeatal.

**Discussão**

O cone hindu é uma terapia alternativa para remoção de cerume do conduto auditivo amplamente utilizada ao redor do mundo. O Paciente é inicialmente posicionado em decúbito lateral, sendo introduzido um cone aceso com uma chama no conduto auditivo externo. O artefato é mantido no local por aproximadamente 15 minutos. Complicações relacionadas ao procedimento já foram relatadas previamente. Rafferty et al descreveram o caso um paciente com perfuração timpânica que demandou abordagem cirúrgica, caso similar ao atendido pelo nosso serviço. Nahid et al observaram o caso de um paciente com otalgia secundária à aderência de cera em conduto auditivo, que felizmente foi removida com uso de pinça sem danos à membrana timpânica. Devido à sua técnica, a possibilidade de lesão térmica, ou mesmo traumática, deve ser considerada em pacientes que utilizam o cone hindu como estratégia de limpeza otológica. Atualmente, existem estratégias mais seguras para remoção de cerumen impactado, que devem ser preferencialmente realizadas por um médico otorrinolaringologista.

**Comentários finais**

A utilização do cone hindu é considerada uma forma alternativa, com riscos, de limpeza auricular. O procedimento é realizado, frequentemente, por profissionais não médicos, o que pode culminar em atrasos na identificação de complicações como as citadas. É fundamental a ampla divulgação dos potenciais riscos envolvidos no procedimento, bem como a importância da avaliação por um médico otorrinolaringologista.

**Palavras-chave:** cone hindu;perfuração timpânica;hipoacusia.

PO029

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PERICONDRITE POR ACTINOMICOSE: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GUSTAVO TREVISAN**COAUTORES:** BÁRBARA ROCIO DELATORRI LEITE; GABRIELE BILLER; FRANSÉRGIO EMÍLIO MANTOVANI CAVALLARI**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA CASA DE BARRETOS, BARRETOS - SP - BRASIL

**RELATO DE CASO:** Um homem de 67 anos encaminhado ao serviço de otorrinolaringologia do Hospital Santa Casa de Barretos, pela equipe da cirurgia plástica, apresentando piora de abscesso em pavilhão auricular esquerdo há 4 meses. Paciente apresenta quadros recorrentes desde 2012, após picada de mosquito, em orelha esquerda, durante pescaria. Paciente comparece ao ambulatório da equipe da otorrinolaringologia, em D11 de ciprofloxacino 1500mg/dia, com pavilhão auricular esquerdo edemaciado e hiperemiado, drenando por orifício secreção purulenta e fétida. A otoscopia ipsilateral, não foram observadas alterações em conduto auditivo externo, membrana timpânica e orelha média. Em orelha direita, não foram observadas alterações. Ao primeiro contato, foi realizada drenagem em abscesso de pavilhão esquerdo, manutenção do ciprofloxacino por 10 dias e prescrito suspensão otológica de ciprofloxacino + hidrocortisona 3 gotas, durante 7 dias, e collagenase pomada para aplicação em local acometido. Paciente retorna após 10 dias, para consulta programada, sem melhora do quadro. Opta-se pelo encaminhamento para o Ambulatório Médico de Especialidades de Barretos (AME), para nova abordagem cirúrgica e pesquisa etiológica.

No AME, foi realizada ampla drenagem, em centro cirúrgico, de pavilhão auricular esquerdo com aplicação de dreno de Penrose. Realizada biópsia de cartilagem e pericôndrio e prescrito axetilcefuroxina 1000mg/dia, durante 10 dias. Paciente retorna no 7o PO, para retirada de dreno de Penrose, apresentando moderada secreção de aspecto serossanguinolento, sem complicações. Em reavaliação no 11o PO, paciente mantinha edema e hiperemia com secreção purulenta em pavilhão auricular esquerdo. Paciente retorna após 3 semanas, para resultado de biópsia e cultura, evidenciando respectivamente, fibrose em pele e processo inflamatório crônico com ausência de neoplasia, e cultura positiva para *Schaalia odontolytica*. Realizado nova abordagem cirúrgica, com nova drenagem de pavilhão auricular esquerdo e contato com equipe de infectologia para novo esquema terapêutico. Após 1 mês da última abordagem, com permanência do abscesso e saída de secreção, paciente retorna para coleta de novo material para cultura e prescrição de clindamicina 600mg/dia, durante 7 dias. Paciente reavaliado em 20 dias, sem melhora do quadro. Em nova cultura, evidenciou-se a permanência da *Schaalia Odontolytica*, com acréscimo de *Pseudomonas Mendocina*. Em antibiograma, obteve-se a sensibilidade para amicacina, ceftazidima-avibactam e meropenem. Por facilidade posológica, opta-se pelo uso de amoxicilina 1750mg/dia, durante 14 dias. Paciente retorna após 2 meses da última conduta, com melhora do quadro, apresentando saída de pouca quantidade de secreção hialina. Concluindo assim, o tratamento e condutas da equipe de otorrinolaringologia.

**DISCUSSÃO:** A pericondrite se manifesta com hiperemia e edema dolorosos da cartilagem, podendo evoluir com coleções purulentas. Entre as causas, a traumática é a mais frequente. Sem o tratamento adequado, podem evoluir com complicações graves e irreversíveis, como necrose e deformidade auricular. O tratamento varia conforme o estágio da doença, podendo ser tratado com antibioticoterapia à drenagem da coleção. O principal agente etiológico citado em literatura é a *Pseudomonas aeruginosa*, seguida da *Staphylococcus Aureus*. As *Actinomyces* são bactérias gram-positivas que usualmente colonizam a boca humana e o trato gastrointestinal, mas podem causar uma infecção conhecida como actinomicose. No caso apresentando, a possibilidade de pericondrite recidivante foi descartada devido ao acometimento de única cartilagem, resultado obtido em biópsia e pela relação causal com a picada do inseto.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As pericondrites são situações comuns na otorrinolaringologia, e procuramos atuar de maneira assertiva, a fim de evitarmos suas complicações. Apresentamos um caso de um paciente e evoluções atípicas dos padrões descritos pela literatura, buscando compartilhar e otimizar situações semelhantes.

Palavras-chave: PERICONDRITE;ACTINOMICOSE;PAVILHÃO AURICULAR.



PO038

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Síndrome do Aqueduto Vestibular Alargado unilateral: uma manifestação incomum

AUTOR PRINCIPAL: FLAVIA CAROLINE KLOSTERMANN

COAUTORES: EDUARDO VIEIRA COUTO; ISABELLA RIBEIRO DE SOUSA; FLAVIA EDUARDA NUNES ATAIDE; VANESSA THAÍS MORAES ARAUJO; ANA CLAUDIA MONDINI RIBEIRO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE, LAGES - SC - BRASIL

A síndrome do aqueduto vestibular alargado (SAVA) é caracterizada pelo alargamento do aqueduto vestibular, ocasionando um perda auditiva neurossensorial. Dessa forma, a SAVA ocorre quando o diâmetro do aqueduto vestibular excede 1,5 mm, um canal ósseo que comunica a porção pósteromedial do vestíbulo ao espaço epidural da fossa posterior média. A SAVA é admitida como resultado de uma anormalidade genética no desenvolvimento do aqueduto vestibular anterior a quinta semana de gestação, sendo essa a anomalia mais comum da orelha interna associada a disacusia neurossensorial ou mista. A ocorrência de SAVA está entre 1% e 1,3%, chegando até 7% dependendo da população analisada. O objetivo do estudo é relatar um caso de uma criança com diagnóstico de SAVA unilateral, além de revisar a literatura, atualizando os métodos diagnósticos e terapêuticos. Relata-se o caso de um paciente do sexo masculino com histórico de hipoacusia desde os sete anos de idade, no qual pela audiometria foi confirmada apenas rebaixamento auditivo a esquerda em frequências graves e agudas sem causa definida e aos doze anos após trauma cranio-encefálico apresentou piora da disacusia. O quadro clínico da SAVA possui característica variada, geralmente manifesta-se na infância, associada a perda auditiva congênita ou adquirida e apresentando-se de forma unilateral ou bilateral. O diagnóstico é realizado a partir de tomografia computadorizada dos ossos temporais para se avaliar o formato da cóclea, do vestíbulo e dos canais semicirculares a fim de definir o tamanho do alargamento do aqueduto vestibular, além disso, a mesma deve estar associada à anamnese, exame físico, testes audiológicos e exames complementares com o intuito de investigar a causa etiológica dessa patologia. Ademais, os exames de imagem servem para distinguir essa patologia de outras anormalidades clínicas. O tratamento da síndrome exposta depende da sua etiologia, no caso exposto a conduta foi o tratamento conservador e encaminhamento para protetização auditiva com acompanhamento de equipe multiprofissional, tendo em vista os melhores resultados benéficos quando o tratamento reabilitador é realizado precocemente. Conclui-se que o diagnóstico de SAVA constitui um diagnóstico diferencial das disacusias neurossensoriais progressivas em crianças, sendo fundamental sua identificação precoce por um otorrinolaringologista experiente com o propósito de permitir um tratamento reabilitador não invasivo e favorável ao melhor prognóstico do paciente.

Palavras-chave: Aqueduto Vestibular;Relato de caso;Surdez neurossensorial.

PO047

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****RELATO DE CASO: SURDEZ SÚBITA ASSOCIADA A DISPLASIA FIBROSA DE MEATO ACÚSTICO INTERNO****AUTOR PRINCIPAL:** DANIELLY CUNHA DE CARVALHO**COAUTORES:** ISABELLA DORNELES DE CARVALHO; LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO; FERNANDA DELOSI ROCHA; VERIDIANA DE SANTANA LUSVARDI LUIZARI; FLAVIO RICIERI CARNEIRO; PEDRO FELIPE VICENTE; ANDY DE OLIVEIRA VICENTE**INSTITUIÇÃO:** CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente feminina, 12 anos, comparece com queixa de zumbido e plenitude aural súbita à direita. À otoscopia sem alterações. A Audiometria evidenciava perda auditiva neurossensorial moderada em ouvido direito, com SRT de 50. Prescrito corticoterapia seguindo protocolo de surdez súbita, 4 meses após paciente retornou referindo melhora auditiva e trazendo exames solicitados na ocasião da primeira consulta. Realizada uma nova audiometria, que mostrou limiares dentro da normalidade em ambos os ouvidos. Ressonância e tomografia de ossos temporais apontaram redução da amplitude dos meatos acústicos internos, sobretudo na porção medial dos mesmos, associado ao espessamento difuso das estruturas ósseas, destacando-se exostoses na parede medial das mastoídes de pirâmides petrosas, contribuindo para estenose dos condutos auditivos internos. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial em nosso serviço com suspeição clínica de displasia fibrosa com acometimento de ossos temporais. Paciente foi encaminhada para avaliação com reumatologista.

**DISCUSSÃO**

A displasia fibrosa é uma doença benigna caracterizada por uma lenta e progressiva substituição óssea por tecido fibroso proliferativo isomórfico anormal, interposto com arranjo trabecular ósseo imaturo ou normal. Esse tecido ósseo neoformado pode deslocar a cortical óssea normal, causando deformidade expansiva do osso acometido. A causa da displasia fibrosa é desconhecida, embora várias etiologias estejam sendo sugeridas. A doença tende a se desenvolver na pré-adolescência e tem predomínio no sexo masculino (2:1). A incidência do envolvimento craniofacial é de 10 a 25% na forma monostótica da doença. Nesta região, as áreas mais afetadas são mandíbula e maxila, sendo o osso temporal afetado em apenas 18% dos casos. Frequentemente, apenas um osso temporal é afetado, mas na forma poliestótica da doença ambos os ossos temporais podem estar envolvidos.

A manifestação clínica mais comum do envolvimento do osso temporal é o estreitamento do conduto auditivo externo resultando em perda condutiva. A perda auditiva neurossensorial pode ocorrer quando há envolvimento da cápsula óptica e conduto auditivo interno. O diagnóstico definitivo de displasia fibrosa é feito pela correlação da clínica, achados radiológicos e anatomopatológicos. A tomografia computadorizada proporciona maiores detalhes da extensão da displasia fibrosa do osso temporal. Não há tratamento clínico ou medicamentoso até o momento, entretanto, a descompressão do canal auditivo externo, do canal auditivo interno e do canal de Falópio pode ser indicada a depender do prejuízo funcional auditivo, do acometimento da atividade motora do nervo facial ou da suspeita de colesteatoma.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

As doenças rotuladas como osteodistrofias apresentam um espectro de manifestações bastante amplo, o que explica a dificuldade para individualizá-las. O envolvimento do osso temporal é incomum e, com maior frequência, ocorre na forma monostótica da doença. A avaliação clínica, audiométrica e tomográfica pode ser útil no acompanhamento do paciente para avaliar progressão da doença e da necessidade de outras intervenções cirúrgicas.

Palavras-chave: DISPLASIA FIBROSA; SURDEZ; SÚBITA.

PO049

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

RELATO DE CASO: DIAGNÓSTICO PRECOCE DE PARAGANGLIOMA TIMPÂNICO

AUTOR PRINCIPAL: DANIELLY CUNHA DE CARVALHO

COAUTORES: ISABELLA DORNELES DE CARVALHO; LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO; FERNANDA DELOSI ROCHA; VERIDIANA DE SANTANA LUSVARDI LUIZARI; FLAVIO RICIERI CARNEIRO; PEDRO FELIPE VICENTE; ANDY DE OLIVEIRA VICENTE

INSTITUIÇÃO: CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

## APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, 73 anos, masculino, compareceu ao nosso serviço, com queixa de zumbido pulsátil à direita associada a hipoacusia ipsilateral progressiva há 05 meses. Ao exame otorrinolaringológico, observamos na otoscopia conduto auditivo externo sem alterações, membrana timpânica íntegra e tumoração avermelhada retrotimpânica. O exame audiométrico revelou perda auditiva condutiva leve, SRT (Teste de limiar de recepção de fala) de 30 dB. Tomografia computadorizada de ossos temporais sustentou a suspeita de paraganglioma timpânico, restrito a cavidade timpânica, de pequenas dimensões (Tipo A de Fisch). Optou-se pela exérese cirúrgica por via endoscópica. O tumor estava localizado no promontório, ao longo do trajeto do nervo de Jacobson. A cirurgia decorreu sem intercorrências, com remoção de totalidade do tumor. O sangramento intraoperatório foi facilmente controlado com eletrocauterização bipolar. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, com desaparecimento completo da sintomatologia e segue em acompanhamento ambulatorial.

## DISCUSSÃO

Os paragangliomas timpânicos são tumores benignos, localmente invasivos que surgem de fibras parassimpáticas localizadas ao longo de estruturas neurovasculares. São tumores hipervascularizados, pouco frequentes, mais prevalentes no sexo feminino e acima da quinta década de vida. Clinicamente, apresentam tinnitus pulsátil e hipoacusia como sintomas iniciais. Outros sintomas estão relacionados ao crescimento e invasão tumoral. Pela característica de crescimento lento do tumor, muitas vezes os sintomas aparecem apenas quando a lesão já atingiu dimensões maiores. É de suma importância a avaliação audiométrica e radiológica nesses pacientes, preferencialmente por tomografia computadorizada de ossos temporais, mas em alguns casos existe a necessidade de complementar com ressonância magnética. A excisão cirúrgica total, isolada ou com embolização prévia são as principais opções de tratamento. No caso descrito, tornou-se explícito a importância do diagnóstico precoce, uma vez que permitiu a realização de uma cirurgia minimamente invasiva e altamente resolutiva.

## COMENTÁRIOS FINAIS

Apesar de não existirem sinais e sintomas patognomônicos de paraganglioma timpânico, a presença de zumbido pulsátil associado a alteração característica na otoscopia com a visualização de uma massa pulsátil, avermelhada, à transparência da membrana timpânica deve instigar o otorrinolaringologista a suspeição clínica, que guiará o pedido de exames complementares para o diagnóstico definitivo. Dado que as opções terapêuticas não estão isentas de riscos, o diagnóstico precoce é fundamental, visto que a abordagem cirúrgica em lesões iniciais apresenta grande aplicabilidade com redução da morbidade associada ao procedimento.

Palavras-chave: PARAGANGLIOMA;ZUMBIDO;HIPOACUSIA.

PO054

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****LABIRINTITE OSSIFICANTE, A EVOLUÇÃO DE UM PROCESSO DE LABIRINTITE SUPURATIVA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** EUVALDO NETO BORGES TOMAZ**COAUTORES:** GABRIEL BORGES TOMAZ DE SOUZA; ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA; PALOMA FEITOSA PINHO GOMES; RAYANE CARNEIRO DE AMORIM; FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA; HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA; ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA MARTA, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Introdução:** A Labirintite ossificante, consiste em uma complicação geralmente de origem infecciosa, é caracterizada por uma osteogênese que preenche o lúmen coclear e vestibular como um estágio final de diversas doenças. Após o processo infeccioso, o processo de ossificação evolui ao longo de semanas e decorrer com sequelas como: perda auditiva neurossensorial profunda, vertigens e piora no prognóstico para um implante coclear.

**Relato de Caso:** Paciente, 34 anos, do sexo feminino, procurou o serviço do hospital Santa Marta em setembro de 2022, referindo que há aproximadamente 2 meses, apresentou um quadro de otalgia intensa em orelha direita. Após 3 dias do início do quadro evoluiu com vertigem incapacitante associado a náusea e vômitos, sendo medicado no pronto socorro com medicação endovenosa e antibiótico e evolução com melhora do quadro. Com uma semana apresentou disacusia e recidiva dos sintomas vestibulares.

Decorrido um mês do quadro inicial apresentou tinnitus de forte intensidade e contínuo associado a piora da disacusia, sendo medicado, na ocasião, com cinarizina. Somente com 60 dias após o início dos sintomas que paciente procurou o serviço de otorrinolaringologia.

A procura pelo o ambulatório de otorrinolaringologia ocorreu principalmente pelos sintomas de vertigem e náuseas, refratários ao tratamento com cinarizina. Ao exame físico não havia paralisia facial periférica e apresentava otoscopia normal. Paciente negava episódios de otites anteriores, doenças associadas e/ou uso de medicações de uso contínuo.

Foi realizada audiometria que evidenciou anacusia em orelha direita e nenhuma alteração em orelha esquerda. Seguiu-se investigação solicitando Tomografia Computadorizada de Ossos Temporais onde se observou como únicas alterações a presença de ossificação total da cóclea à direita.

O controle dos sintomas vestibulares somente aconteceu após a combinação do uso de flunarizina com a betaistina e terapia de reabilitação vestibular. Atualmente a paciente encontra-se em processo de planejamento cirúrgico para implante auditivo.

**Discussão:** A labirintite ossificante é uma das possíveis complicações que podem ocorrer pela má condução de infecções da orelha média, além de estarem diretamente relacionadas a fatores fisiopatológicos das otites e do grau imunológico do hospedeiro. A importância do conhecimento precoce e do adequado tratamento das complicações é de extrema importância. Apesar dos sintomas precoces, serem inespecíficos, devem ser investigados como uma possibilidade tais complicações.

A destruição do labirinto membranoso que resulta na ossificação da orelha interna, leva o paciente aos quadros de hipoacusia profunda, e desequilíbrio. O diagnóstico é facilitado pela tomografia, que também tem papel na indicação de implante coclear nos casos selecionados.

Várias estratégias de tratamento têm sido realizadas na esperança de descobrir meios que inibam o desenvolvimento da labirintite ossificante. Com o uso dos antibióticos de amplo espectro, a incidência de complicações de otite média tem diminuído.

A prevenção da labirintite ossificante é importante, não somente para evitar a perda auditiva, mas também para um melhor prognóstico caso se decida por um implante coclear. A labirintite ossificante pode complicar a cirurgia de implante coclear.

**Conclusão:** A falta de diagnóstico e de tratamento antes do acometimento do ouvido interno é fundamental para uma boa evolução do quadro; o que não ocorreu no caso descrito. É importante ressaltar a relevância do tratamento adequado, assim como do acompanhamento evolutivo da doença por um especialista para que se possa intervir de forma precoce e adequada nas possíveis complicações de otite média, diminuindo, desta forma, a incidência de complicações.

Na abordagem da otite média aguda é necessário considerá-la como uma doença potencialmente grave devido as suas sérias complicações. Sendo que uma abordagem precoce pode viabilizar um sucesso maior até mesmo para uma reabilitação auditiva posteriormente, com o implante coclear.

**Palavras-chave:** LABIRINTITE OSSIFICANTE;IMPLANTE COCLEAR;OTITE MÉDIA.

PO061

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****COMPARAÇÃO TOMOGRÁFICA DA CÓCLEA, JANELA OVAL, JANELA REDONDA E NERVO FACIAL ENTRE ADULTOS E CRIANÇAS E SUA INFLUÊNCIA NO IMPLANTE COCLEAR****AUTOR PRINCIPAL:** MOHAMAD FERAS AL-LAHHAM**COAUTORES:** ROGERIO HAMERSCHMIDT; JÚLIA OPPERMANN ROCHA; ROGÉRIO DE AZEVEDO HAMERSCHMIDT; MAYARA RISNEI WATANABE; GABRIELA ALVES MARRONI; LETICIA LEAHY; LUISI MARIA MEZZOMO**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi comparar as medidas de ângulo MJR-NF-PC e distância vertical MJR-PC em adultos e crianças para verificar se há diferenças significativas entre ambos, justificando a dificuldade cirúrgica ocasionada pela menor visibilidade da janela redonda em crianças.

**Métodos:** Foram analisadas as variáveis idade, ângulo MJR-NF-PC e distância vertical MJR-PC por medidas direita e esquerda dos grupos de 16 adultos e 16 crianças, através da estatística descritiva. Confirmada a normalidade e homogeneidade da amostra, as análises do ângulo MJR-NF-PC e distância vertical MJR-PC por medida direita foram realizadas utilizando teste de Mann-Whitney, enquanto as análises das medidas esquerdas foram realizadas utilizando teste T de Student não pareado. O nível de significância adotado foi  $\alpha < 0,05$ .

**Resultados:** A média do ângulo MJR-NF-PC em crianças foi significativamente menor, tanto a direita quanto a esquerda, do que a média em adultos (Direita:  $24,7 \pm 6,8^\circ$  vs  $31,5 \pm 3,5^\circ$ ; Esquerda:  $29,1 \pm 5,8^\circ$  vs  $34,9 \pm 3,9^\circ$ ) (Direita:  $p=0,006$ ; Esquerda:  $p=0,003$ ). A média da distância vertical MJR-PC em crianças (Direita:  $2,7 \pm 0,9\text{mm}$ ; Esquerda:  $3,2 \pm 0,9\text{mm}$ ) foi significativamente menor do que a média em adultos (Direita:  $3,8 \pm 0,5\text{mm}$ ; Esquerda:  $4,1 \pm 0,9\text{mm}$ ) ( $p=0,0001$ ).

**Discussão:** Os achados deste estudo corroboram os resultados encontrados na literatura que reportam ângulos e distância significativamente menores em crianças quando comparados aos adultos. Dessa forma, infere-se que crianças possuem uma chance maior de possuírem a janela redonda pouco visível ou invisível. Como consequência, é notável e passa a ser justificável uma maior dificuldade para inserção do eletrodo através da Membrana da Janela Redonda, tornando a cocleostomia uma opção mais viável, e em casos extremos, a única opção de inserção de eletrodos para esse grupo. Isso corrobora a real necessidade de realizar o estudo tomográfico pré-operatório em crianças, como forma de identificar malformações e outras condições anatômicas que possam ser limitadores e complicadores da técnica cirúrgica do implante coclear, inclusive podendo-se lançar mão da ressonância magnética como exame alternativo caso haja alguma suspeita de alteração coclear ou suspeita de lesão do nervo coclear.

**Conclusão:** Em crianças, o ângulo MRJ-NF-PC é mais agudo e a distância vertical MJR-PC medida é menor quando comparadas aos adultos. Tais diferenças anatômicas justificam a menor visibilidade da janela redonda durante a inserção do implante coclear em crianças.

**Palavras-chave:** Implante coclear; Janela redonda; Crianças.

PO071

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PREVALÊNCIA DE OTITES MÉDIAS EM PACIENTES FISSURADOS DE UM CENTRO NO OESTE PARANAENSE****AUTOR PRINCIPAL:** BRUNNO LUIS BRUGNERA ORLANDO**COAUTORES:** PEDRO HENRIQUE VELASCO DA SILVA; ALUISIO MARTINS JUNIOR; EDUARDO DE BARROS SAROLLI**INSTITUIÇÃO:** UNIOESTE, CASCAVEL - PR - BRASIL

O objetivo do estudo foi avaliar a incidência de otites médias (OM) em crianças com fissuras pós-forame e transforame atendidas em um setor de atenção e pesquisa em anomalias craniofaciais de um hospital universitário do oeste do Paraná. Essas informações podem ser utilizadas para estimar o risco de OM em crianças fissuradas, planejar e avaliar os serviços de saúde disponíveis e verificar a utilidade de testes diagnósticos e opções de tratamento. Foram revisados os prontuários de pacientes do Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais (CEAPAC), centro que atende a população com anormalidades crânio faciais da 10ª regional de saúde paranaense e que proporciona um cuidado integral e multiprofissional aos seus pacientes. Foram incluídas no estudo crianças de 1 a 12 anos de idade, atendidas entre os anos de 2019 e 2022. Foram excluídos os pacientes que apresentavam prontuários com informações insuficientes para as análises propostas. A amostra foi classificada quanto ao sexo, tipo de fissura (transforame/pós-forame), presença e número de episódios de OM e tipo de OM (aguda, serosa e crônica). O projeto foi submetido ao comitê de ética, sendo posteriormente aprovado (CAAE 64627722.0.0000.0107). Os dados coletados foram plotados e analisados no Excel®, os cálculos para avaliação de Odds-Ratio e Intervalo de confiança foram realizados utilizando a ferramenta online Medcalc. Dos 670 pacientes atendidos, 109 cumpriram os critérios de elegibilidade do estudo. Assim, foram analisados 109 prontuários. Do total, 65 (59,6%) eram do sexo masculino e 44 (41,5%) do sexo feminino, com média de idade de 4,6 ( $\pm 3,19$ ) anos. Em relação ao tipo das fissuras, 65 (59,6%) possuíam fissura transforame e 44 (40,3%) fissura pós-forame. Nos pacientes com fissura transforame, a média de idade foi de 4,75 anos, enquanto nos pacientes com fissura pós-forame foi de 4,02 anos. A OM foi identificada em 34 (31,2%) pacientes do total, sendo 24 com fissura transforame e 10 com fissura pós-forame. Dos 24 pacientes com fissura transforame, foi possível identificar 11 ocorrências de OM aguda (OMA), 20 de OM serosa (OMS) e uma de OM crônica (OMC). Já nos pacientes com fissura pós-forame, foram diagnosticados 7 episódios de OMA, 16 de OMS e 2 de OMC. A população fissurada era predominantemente masculina (59,6%), resultados semelhantes aos dados da região de Cascavel e do Paraná (MATOS, 2020; SOUZA, RASKINS, 2013), evidenciando uma amostra condizente com o esperado. Com relação a idade, a média obtida de 4,6 anos vai de encontro a literatura pesquisada, na qual indica maior prevalência de OMA na faixa etária entre 4 e 6 anos (SHEAHAN et al, 2003). Dentre os tipos de fissura, a transforame apresentou maior prevalência (59,6% dos pacientes) em comparação a pós-forame, contudo, sem significância estatística observável da diferença de incidência de OM entre as duas variantes (OR 1,99; IC 95% 0,84 – 4,73;  $p=0,11$ ). Na literatura, observa-se que a prevalência de OM é de 75-80% em crianças com fissuras (FLYNN et al, 2009; RIEU-CHEVREAU et al, 2019), enquanto nas não fissuradas, é de 19% (FLYNN et al, 2009; SCHILDER et al, 2016). No presente estudo, o resultado encontrado foi, de certa forma, discordante, sendo diagnosticada a ocorrência de OM em apenas 31,2% dos fissurados. Essa divergência pode ser explicada pela compartimentalização dos cuidados, já que os pacientes buscam atendimento em serviços diversos, como os de urgência e emergência, para tratar doenças agudas, sendo esses atendimentos por vezes não descritos nos seus prontuários. A incidência de OM em crianças com fissura transforame e pós-forame foi de 31,2% em um centro de atendimento no oeste paranaense, número inferior ao demonstrado para esta população na literatura, porém maior do que o esperado em relação a população sem fissura. Além disso, não houve diferença estatisticamente significativa da incidência de OM entre as fissuras pós-forame e transforame.

Palavras-chave: Otite média; Fissura palatina; Anomalia Craniofacial.

PO076

## E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

### OTALGIA COMO SINTOMA PRIMÁRIO DE NEOPLASIA DE RINOFARINGE

**AUTOR PRINCIPAL:** PAULA CORDOVAL CAETANO

**COAUTORES:** MARINA AMORIM BATISTA DE VASCONCELOS; NATHALIA CAMPOS BEZERRA; RODRIGO RIBEIRO FERREIRA DUARTE; ANA ELISA MOTA MAGALHÃES SANTANA; RODRIGO DE ANDRADE PEREIRA

**INSTITUIÇÃO:** IPSEMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente D.C.V, sexo masculino, 74 anos, tabagista até 2011, com carga tabágica de 50-anos/maço, sem comorbidades conhecidas, chega ao ambulatório de otorrinolaringologia com queixa única de otalgia intensa e sensação de plenitude aural à esquerda há cerca de 4 meses. Negou episódios prévios de otite, otorrêia ou trauma local. Negou também dificuldade para deglutir, sintomas nasais ou qualquer alteração sistêmica como febre e emagrecimento espontâneo.

Como tratamento para sintomatologia em questão já havia utilizado antibiótico oral e tópico, além de fisioterapia para disfunção de articulação têmporo-mandibular, sem qualquer melhora. Estava em uso de opióides de duas em duas horas, com controle ineficaz da dor. Realizado fibronasendoscopia que não revelou nenhuma alteração grosseira. Impedanciometria mostrava curva B e audiometria evidenciava perda auditiva mista moderada à esquerda. Á direita sem alterações significativas. Solicitado tomografia computadorizada de ouvidos que mostrou mastóide e ouvido médio velados à esquerda, sem demais alterações. Porém, como otalgia era de intensidade muito superior aquela esperada para uma otite serosa, optou-se pela solicitação de ressonância de face e pescoço, com contraste. O resultado obtido foi de massa infiltrativa em rinofaringe e orofaringe à esquerda, obliterando fosseta de Rossemüller e tórus tubário ipsilateral, medindo cerca de 4,6 x 2,8cm.

Paciente foi então submetido a biópsia via cavum e resultado final mostrou tratar-se de Linfoma Difuso de Grandes Células B, subtipo de Linfoma não-Hodkin. prontamente encaminhado à oncologia, realizou 8 sessões semanais de quimioterapia e, após realização de PET-scan, foi considerado momentaneamente livre do tumor. Paciente apesar de enfraquecido pelos efeitos colaterais do tratamento, encontra-se bem e sem queixas álgicas, após 6 meses do término do tratamento indicado.

**Discussão:** A otalgia é descrita como sintoma inicial em alguns tipos de tumores de cabeça e pescoço e tal hipótese deve ser principalmente aventada quando se tratar de sintoma unilateral. Em se tratando de Linfomas não-Hodkin (LNH), este é o segundo sítio mais comum, atrás apenas do trato gastrointestinal. Ocorre principalmente na localização do anel de Waldeyer.

O linfoma difuso de grandes células B é o subtipo mais comum dos LNH na orofaringe. Tem discreta predileção pelo sexo masculino e acomete mais comumente população da 6ª e 7ª décadas de vida. Os sintomas primários apresentados diferem com a localização exata do tumor, mas podem ser resumidos a sensação de inchaço e dor.

O LNH em sua apresentação como tumor primário é de grande desafio diagnóstico, principalmente quando não apresenta disseminação e tem pouca profundidade/efeito de massa, semelhante ao caso apresentado. Na tomografia computadorizada o tumor se mostra homogêneo e de aparência muito similar a musculatura normal. Já na ressonância magnética há hipersinal em sequência T2 o que poderia facilitar visualização de tumor.

Após diagnóstico firmado o paciente deve seguir para estadiamento e avaliação individualizada de tratamento. Habitualmente terapia mais recomendada é o padrão quimioterápico R-CHOP (Rituximabe, Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisona), com cerca de 6 a 8 aplicações, podendo ter uma taxa de remissão de até 70% quando descoberto nos estádios iniciais.

**Comentários finais:** A grande morbimortalidade de tumores de cabeça e pescoço é estímulo para pesquisas que visem detectá-los o mais precocemente possível. Glynn et al, sugere em seu estudo que todo paciente com otite serosa unilateral deveria ter rinofaringe biopsiada.

Define-se então como de suma importância a valorização de otalgia unilateral, podendo culminar na descoberta de tumor em estágios iniciais, elevando a possibilidade sobrevida do paciente.

**Palavras-chave:** linfoma não-hodkin, rinofaringe; otalgia, otite serosa; linfoma difuso de grandes células B.



PO077

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Meningioma de ângulo pontocerebelar esquerdo com extensão para orelha média ipsilateral – Relato de Caso

AUTOR PRINCIPAL: CAROLINA SARCINELLI SPINELLI

COAUTORES: VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ; GABRIELA RECH; LUCIANA LIMA MARTINS COSTA

INSTITUIÇÃO: 1. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL2. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A.G., 49 anos, feminina, hipertensa, procedente de Campinas do Sul. Paciente encaminhada para o serviço de otorrinolaringologia terciário por zumbido à esquerda de cerca de um ano de evolução, não pulsátil, contínuo. Refere também parestesia em região de nervo facial ipsilateral em face e hipoacusia à esquerda. Além disso, nota que plenitude auricular esquerda é flutuante. Paciente realizou, com otorrinolaringologista da cidade de origem, investigação diagnóstica através de RNM de crânio com contraste e tomografia de ouvidos e mastoide sem contraste em Julho de 2022 e audiometria tonal e vocal com imitanciometria. Revisado prontuário médico prévio, paciente foi submetida em local de origem a biopsia de orelha média esquerda por apresentar abaulamento de membrana timpânica na otoscopia e exames de imagem com evidência de lesão expansiva, extra-axial, sólida, hipointensa em T1, isso/hiperintensa em T2, com ampla base dural e ávido realce ao meio de contraste (2,5x1,1x2,4 cm) no ângulo pontocerebelar esquerdo, com margem anterossuperior insinuando-se sobre o óstio do conduto auditivo interno com íntimo contato com o VII e VIII pares cranianos, sugestivo de meningioma. O resultado do anatomopatológico e imuno-histoquímica, na cidade de origem, evidenciou meningioma. O resultado da audiometria tonal e vocal foi de perda auditiva do tipo mista moderada e de configuração descendente em ouvido esquerdo com curva timpanométrica tipo B. Após resultados dos exames citados e manejo inicial, paciente foi encaminhada para serviço terciário para avaliação e acompanhamento multidisciplinar. Na avaliação clínica da primeira consulta em nosso serviço, evidenciou-se lesão nodular proveniente da orelha média em direção ao conduto auditivo externo em otoscopia à esquerda. Discutido os exames de imagem prévios, e repetidos os mesmos em nosso serviço, com neuroradiologista que confirmou extensão direta de meningioma de ângulo pontocerebelar para orelha média esquerda. Paciente sem planos cirúrgicos por parte da neurocirurgia e mantendo acompanhamento clínico e radiológico em nosso serviço.

**DISCUSSÃO:** Os meningiomas são lesões de caráter benigno que constituem 15 a 20% de todos os tumores cerebrais. São tumores de evolução lenta e os sintomas geralmente aparecem quando há compressão do parênquima nervoso. Os sintomas são variáveis e podem se apresentar como zumbido, tontura ou vertigem, hipoestesia da face, nevralgia do trigêmeo, instabilidade da marcha ou cefaleia. O diagnóstico se deve a partir de exames de imagem como RNM de ouvidos e mastoide com contraste no qual demonstra lesão isointensa em T1 e hipointensa em T2 com hiperostose e calcificação e, dilatação de conduto auditivo interno ipsilateral. O diagnóstico diferencial se faz com o Schwannoma que é a lesão mais frequente de ângulo pontocerebelar. O tratamento é realizado conforme avaliação neurocirúrgica e extensão da lesão, assim como, sintomatologia e crescimento ao longo dos anos de acompanhamento, sempre discutindo os riscos e benefícios com o paciente.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A suspeição diagnóstica deve ser realizada o quanto antes das lesões por meningioma em ângulo pontocerebelar já que sua evolução é lenta e insidiosa e o tumor é de sintomatologia variante e unilateral. O tratamento deve ser realizado de forma multidisciplinar e discutido condutas com o paciente.

**REFERÊNCIAS:**

1. Tratado de Otorrinolaringologia /Organização Shirley Shizue Nagata Pignatari, Wilma Terezinha Anselmo-Lima. – 3a. Ed – Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
2. Singh KP, Smyth GDL, Allen IV. Intracanalicular Meningioma. J Laryngol Otol 1975;89(5):549-52.
3. Hilton MP, Kaplan DM, Ang L, Chen JM. Facial nerve paralysis and meningioma of the internal auditory canal. J Laryngol Otol 2002;116(2):132-4.

Palavras-chave: Meningioma;Ângulo pontocerebelar;Orelha média.

PO083

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Perfil de Pacientes Surdocegos em um Centro de Referência em Implantes Cocleares no Rio de Janeiro, Brasil

**AUTOR PRINCIPAL:** YURI DE MEDEIROS ALCÂNTARA

**COAUTORES:** IVIS ANDREA MARQUES FERRO; FELIPPE FELIX; PRISCILA NOVAES FERRAILOLO; NATHÁLIA FERNANDA DA SILVA; HUGO FERREIRA ALVES; LORENA CARVALHO DOS SANTOS; RENATA ANSELME DA SILVA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL 2. UFRJ, NITEROI - RJ - BRASIL

**OBJETIVOS**

Identificar a prevalência de pacientes surdocegos entre os pacientes com perda auditiva atendidos no ambulatório de implante coclear no Departamento de Otorrinolaringologia de um Hospital Universitário Terciário que serve como centro de referência para Implantes Cocleares em todo o estado. Descrever o perfil etiológico da surdocegueira nesse grupo.

**MÉTODOS**

Foi realizado um estudo retrospectivo transversal com base no banco de dados do ambulatório de implante coclear, incluindo 465 pacientes com perda auditiva sensorioneural bilateral profunda, nos anos de 2010 a julho de 2023.

Dentro deste grupo, foram identificados pacientes com grave comprometimento visual confirmado por meio de avaliação oftalmológica. A etiologia do comprometimento visual nesses pacientes foi analisada.

**RESULTADOS**

Dos 465 pacientes analisados, foram identificados 7 pacientes com grave comprometimento visual, resultando em uma frequência aproximada de 1,5%.

Este grupo surdocego era composto por 4 homens e 3 mulheres, com faixa etária de 26 a 59 anos. Em relação à etiologia da surdocegueira, 3 tinham origens síndrômicas (2 Síndrome de Usher e 1 Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada), 3 tinham atrofia do nervo óptico (hipóxia neonatal e pós-meningite) e 1 tinha anoftalmia congênita bilateral.

**DISCUSSÃO**

A análise dos dados revela que o perfil etiológico mais prevalente foram as causas síndrômicas, sugerindo melhorias potenciais na medicina preventiva do país. Houve uma mudança no padrão ao longo dos últimos 20 anos, pois a Rubéola era a causa mais prevalente, representando 60% dos casos.

Em países desenvolvidos, as causas congênitas são menos frequentes, e a degeneração macular relacionada à idade (31%) prevalece, representada por um grupo etário mais avançado. As perdas sensoriais cumulativas têm um impacto significativo quando combinadas com outras condições relacionadas à idade. Evidências emergentes indicam que a perda de visão afeta negativamente a cognição, semelhante à perda de audição. Dado o vínculo entre conexão social e saúde mental, fornecer intervenções apropriadas para melhorar a interação social em idosos surdocegos é viável, levando a melhorias na saúde mental.

**CONCLUSÃO**

Com base no exposto, a relevância significativa deste estudo é evidente, considerando que esses dados contribuem para uma abordagem direcionada e abrangente aos pacientes com esse perfil. As mudanças demográficas estão aumentando a prevalência de pacientes com deficiência sensorial dupla, desta forma, o conhecimento destes dados é importante para o aprimoramento da reabilitação sensorial e social desses pacientes.

Palavras-chave: SURDOCEGUEIRA;IMPLANTE COCLEAR;SURDEZ.

PO087

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PACIENTE COM TRÍADE DE MONDINI SUBMETIDO AO IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** RAFAELA DE ALMEIDA LARA**COAUTORES:** ROGERIO HAMERSCHMIDT; ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ; LUISI MARIA MEZZOMO; MARIANA DE NADAI ANDREOLI**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo masculino, 4 anos, previamente com história de duas falhas no teste da orelhinha com quadro perda auditiva bilateral severa evidenciada no BERA e Potencial Evocado Auditivo de Estado Estável. Há cerca de 10 meses em uso de AASI bilateral, com boa adaptação, com leve melhora do comportamento após início do uso e realizando fonoterapia 2 vezes na semana. Possui história familiar de dois tios maternos com perda auditiva. Realizada otoscopia, sem alterações. Possui Tomografia computadorizada de Mastoides evidenciando alargamento de espira basal da cóclea, comunicação de espira média e apical, alargamento de vestíbulo e alargamento de aqueduto vestibular bilateralmente. Programada cirurgia para implante coclear unilateral à direita. Cirurgia realizada sob anestesia geral e monitorização do nervo facial. Realizada antrostomia e timpanotomia posterior seguida de cocleostomia a direita com a presença de “Gusher” - fenômeno que consiste na saída de grande quantidade de líquido perilinfático pela cocleostomia; que foi controlado com uso de Manitol e elevação de dorso. Realizado o posicionamento de unidades internas e colocação de feixe de eletrodos intracoclear em janela redonda, seguida de colocação de gordura subcutânea em janela redonda para oclusão. Após ser evidenciada a ausência de líquido pela cocleostomia, realizada telemetria de impedância pela fonoaudióloga demonstrando viabilidade de todos os eletrodos. Evoluiu sem intercorrências. Atualmente o paciente está no 2º mês de seguimento pós-operatório, com programação para mapeamentos com fonoaudióloga.

**Discussão:** A Displasia de Mondini, caracterizada como uma anormalidade da orelha interna, foi descrita pela primeira vez em 1971 por Carlos Mondini, baseada na autópsia das orelhas de um paciente de 8 anos com perda auditiva congênita. Estudos subsequentes demonstraram tratar-se de uma partição incompleta do tipo II, que é resultado da fusão das espiras cocleares média e apical. Denomina-se tríade de Mondini quando o defeito coclear está associado à dilatação do vestíbulo e alargamento do aqueduto vestibular (Jackler 2005; Sennaroğlu e Bajin, 2017). Normalmente, os pacientes com partição incompleta do tipo II tem perda auditiva progressiva, levando a necessidade de implante coclear em algum momento. A pressão do líquido cefalorraquidiano transmitido para a orelha interna pode ser o responsável por essa evolução desfavorável. Como a parte basal do modíolo é normal, todos os tipos de eletrodos podem ser usados durante a cirurgia (Sennaroğlu e Bajin, 2017). Suri et al. (2021), em um estudo com 338 pacientes com perda auditiva neurosensorial severa a profunda, em que 27 tinham displasia de Mondini, compararam os resultados do implante coclear em crianças com a malformação com aquelas com orelha interna normal, e não encontraram diferença estatística entre os grupos após um ano. Tal resultado evidenciou que o implante coclear é uma intervenção eficaz para crianças com displasia de Mondini.

**Comentários finais:** No caso clínico estudado neste relato, a Displasia de Mondini se manifestou como uma malformação isolada e bilateral, levando a perda auditiva severa. Quando a perda auditiva é severa e o uso do aparelho de amplificação sonora é insuficiente, o implante coclear se mostra uma intervenção efetiva, que mostrou sucesso em melhorar a percepção e produção da fala, além do desenvolvimento das habilidades auditivas. O caso relatado traz à luz a importância da triagem auditiva neonatal, e do desenvolvimento de técnicas diagnósticas de perda auditiva, já que desta forma torna-se possível identificar crianças com perda auditiva congênita precocemente e assim tratar os pacientes com displasia de Mondini com o implante coclear. O implante coclear, por sua vez, proporciona a essas crianças uma melhor oportunidade para o desenvolvimento de suas habilidades auditivas.

**Palavras-chave:** Mondini; Displasia de Mondini; Gusher.

PO092

## E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

HEMANGIOMA DE NERVO FACIAL: RELATO DE CASO.

AUTOR PRINCIPAL: FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA

COAUTORES: DIEGO COSTA FARIAS; LEANDRO DE BORBOREMA GARCIA; RUBENS VUONO DE BRITO NETO; RODRIGO LEMOS DA SILVA; GIOVANA GOMES FERNANDES; ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT; CAMILA ARAUJO OLIVEIRA

INSTITUIÇÃO: 1. HUBFS/UFPA - HOSPITALAR BETTINA FERRO, BELÉM - PA - BRASIL2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL

## APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 42 anos, foi encaminhada para avaliação otorrinolaringológica devido a quadro de paralisia facial à direita e otalgia ipsilateral persistente há 02 meses, apesar do tratamento conservador prévio com corticoterapia e analgesia, mencionando também ter tido episódio prévio de paralisia facial periférica transitória do mesmo lado há 03 anos atrás. No exame físico, não foram observadas anormalidades na otoscopia bilateral, rinoscopia e oroscopia. No entanto, a paciente apresentava paralisia facial periférica de grau V na Escala de House-Brackmann (H.B.) no lado direito. Foram solicitados exames audiológicos que apresentaram resultados normais. Além disso, exames de imagem, como tomografia computadorizada (TC) da mastoide, revelaram uma imagem peculiar na área do gânglio geniculado direito (Figura 1), e a ressonância magnética (RNM) do crânio identificou uma lesão com captação de contraste na mesma região, em contato com o plano dural da fossa média, com aproximadamente 12 mm de tamanho (Figura 2).

Com base nos achados, o diagnóstico presumido foi de hemangioma do nervo facial e recomendada uma cirurgia de descompressão do nervo facial, realizada por meio de acesso transmastóideo com microscopia. A intervenção incluiu ampla aticotomia, ressecção da bigorna e da cabeça do martelo, com reconstrução ossicular através de prótese de substituição ossicular parcial (PORP), bem como a remoção da lesão friável e sangrante sobre as porções do gânglio geniculado e labiríntica do nervo facial (Figura 3). O exame histopatológico confirmou o diagnóstico principal (Figura 4). No pós-operatório imediato, a paciente experimentou uma melhoria na paralisia facial periférica, sendo inicialmente classificada como grau III na Escala de H.B.; no entanto, no dia seguinte, seu quadro retornou ao grau V. Ela foi tratada com propranolol por um mês e passou por avaliação em um centro especializado em nervo facial, que não identificou reinervação. Posteriormente, a paciente foi submetida a uma cirurgia de cross-face, o que resultou em uma melhoria significativa no pós-operatório tardio. Atualmente, ela está sob acompanhamento clínico e radiológico, com exames de ressonância magnética craniana anuais, revelando apenas evidências de intervenção cirúrgica anterior.

## DISCUSSÃO

Hemangiomas localizados no trajeto do nervo facial são tumores benignos raros, representando aproximadamente 0,7% de todos os tumores intratemporais. A localização mais comum é no gânglio geniculado, que é o caso em questão. Clinicamente, os pacientes com hemangiomas nessa região frequentemente apresentam paralisia facial periférica em graus variados, ocorrendo em cerca de 96% dos casos. O diagnóstico envolve avaliação auditiva, exames de imagem e acompanhamento, de acordo com as diretrizes da literatura. As opções terapêuticas, como cirurgia para descompressão e o uso de propranolol, bem como as possíveis falhas no tratamento, são amplamente documentadas.

## COMENTÁRIOS FINAIS

É fundamental que o otorrinolaringologista compreenda as características do acometimento em topografia de nervo facial de um hemangioma e suas particularidades, a fim de aprimorar sua capacidade de diagnosticar as causas da paralisia do nervo facial e tumores na orelha média e interna. Isso inclui a consideração de medidas bem estabelecidas de recuperação, como a possibilidade de reabordagem do nervo por meio da técnica de cross-over, quando apropriado para essa etiologia.

Palavras-chave: Nervo facial; Hemangioma; Otalgia.

PO094

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****ULTRASSOM DE ALTA RESOLUÇÃO NA AVALIAÇÃO DE NÓDULO DOLOROSO EM PAVILHÃO AURICULAR – RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** WALQUIRIA GELINSKI HENICKA**COAUTORES:** MARIA LUIZA VERONESE BAZZO; THAIS GOMES MOREIRA; JOAO ANTÔNIO MARDEGAN FERREIRA; JAQUELINE LEIDENTZ; LUANA SILVA DE ARAÚJO; TATIANA NAKAMURA; GLAUBER VOLTAN**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO HUMANIZARE - CLÍNICA MÉDICA DE ESPECIALISTAS, JUINA - MT - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** ABC, masculino, 25 anos, estudante, com queixa de surgimento de nódulos no pavilhão auricular esquerdo com crescimento e dor há cerca de 45 dias, sem outros sintomas. HPP: hígido, nega uso de medicamentos ou alergias, nega história de trauma na região afetada. Ao exame físico: orelha esquerda apresenta 2 lesões nodulares localizadas em região do ramo da ante-hélice superior, fixas, consistência firme, sem sinais flogísticos adjacentes. Exames laboratoriais sem alteração significativa para idade/sexo. Solicitado Ultrassonografia de Alta Resolução (HRUS) que evidenciou: pele sem alterações. Cartilagem auricular: nódulo ovalado, margens circunscritas, heterogêneo com área anecoica interna com reforço acústico (descontinuidade ou fratura focal), discreta captação de fluxo ao Doppler intralesional, mede 0,9 x 0,5 cm sugerindo nódulo de origem inflamatória ou traumática, sem sinais de malignidade.

**DISCUSSÃO:** As lesões benignas da orelha podem ser diagnosticadas clinicamente ou através de histopatológico. A realização de HRUS cresceu amplamente nos últimos anos, e contribui na avaliação da lesão e seu diagnóstico, como também no planejamento do tratamento cirúrgico. Este estudo aborda uma situação atípica de nódulo doloroso na região da anti-hélice em um homem sem história de trauma agudo ou crônico. Entre os diagnósticos diferenciais para nódulo em pavilhão auricular, estão: a condrodermatite nodular de hélice, mais comum na região da hélice e anti-hélice, que uma é afecção benigna, geralmente unilateral, mais frequente em homens (10:1), sem uma etiologia muito bem esclarecida, mas há uma relação principalmente com pressão e redução do suprimento sanguíneo do pavilhão auricular, e ao histopatológico, a cartilagem frequentemente é normal; outros diagnósticos diferenciais são as lesões císticas da orelha que preferem o espaço entre a cartilagem e o pericôndrio; os tumores écrinos, apócrinos, conjuntivo e lipomatoso; o tumor glômico que é uma lesão tumoral benigna, frequentemente encontrado na polpa digital e subungueal, também descrito em outras regiões menos comum como a orelha, cursa com hiperalgia e possui um aspecto de nódulo pequeno, firme e com coloração púrpura. Outros diagnósticos diferenciais se fazem com nódulo inflamatório ou infeccioso, condrite ou pericondrite, nódulo associado a doenças reumatológicas. Evidentemente, não serão esgotados neste estudo todos os diagnósticos diferenciais, mas percebeu-se a relevância da ferramenta de HRUS nesse caso, pois possibilitou um direcionamento assertivo quando descreveu as características da lesão, indicando ser um nódulo de origem inflamatória ou traumática. Diante disso, realizou-se uma anamnese mais detalhada a fim de encontrar algum fator que correspondesse à causa dos nódulos. Então, o paciente revelou que vem apresentando um comportamento de realizar movimentos de dobrar o pavilhão auricular enquanto estuda, como um tique, ou seja, ele promove movimentos estereotipados, repetitivos e involuntários, levando a uma reação inflamatória local e perda da integridade da cartilagem, levando ao desenvolvimento dos nódulos. Assim, os nódulos dolorosos da orelha fazem parte de um diagnóstico sindrômico e não etiológico, como neste caso associado ao transtorno ansioso.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

A HRUS, por ser um método seguro, acessível, indolor ao paciente e livre de radiação, com alta acurácia no estudo detalhado nas várias camadas da pele e demais estruturas, contribuiu de forma importante neste diagnóstico, conferindo segurança ao profissional e promovendo uma atenção voltada a retornar a história clínica para encontrar possíveis causas relacionadas com a descrição da ecografia. Sendo assim, apesar da história pouco sugestiva inicialmente, a utilização da HRUS foi demasiadamente valiosa, pois afastou lesão maligna e possibilitou a localização tecidual da lesão, além de ter auxiliado no diagnóstico de um nódulo doloroso da orelha associado a um transtorno ansioso.

Palavras-chave: Ultrassom;nódulo;orelha.

PO098

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****FÍSTULA OTOLÍQUÓRICA ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** BEATRIZ BRAGA SILVA**COAUTORES:** VICTORIA RIBEIRO DE ALENCAR ARARIPE FERREIRA; PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA MEDEIROS; SORAYA ELIAS RUSSO LIMA; GABRIELA LEMES DAVID; NATALIA NUNES DA SILVA; AUDRYO OLIVEIRA NOGUEIRA; ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO**INSTITUIÇÃO:** HU-UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL**Apresentação do Caso**

Paciente do sexo feminino, 51 anos, iniciou quadro de otalgia à esquerda, associada a hipoacusia e zumbido, negando otorreia ou outros sintomas. A paciente era hipertensa e apresentava doença renal crônica em hemodiálise. Negava procedimentos cirúrgicos prévios em otorrinolaringologia. Não havia evidências de alterações à otoscopia.

Em 2022, foi realizado tomografia computadorizada de mastoide que demonstrou velamento difuso das células da mastoide à esquerda, bem como em seu antro, associado a material de densidade de partes moles preenchendo a caixa timpânica e Espaço de Prussak. Não houve evidência de erosão de tégmen timpânico. Em audiometria tonal e vocal e imitanciometria de novembro de 2022 foi verificado perda auditiva mista de grau leve e curva tipo C em ouvido direito e perda auditiva mista de grau moderado e curva tipo B em ouvido esquerdo.

Após, em junho de 2023, a paciente foi submetida a miringotomia unilateral à esquerda, com implantação de tubo de ventilação, realizada sem intercorrências. No entanto, em consulta de acompanhamento após duas semanas, retornou ao serviço queixando-se de otoliquorréia à esquerda desde a cirurgia. Ao exame físico, constatou-se a presença de conteúdo citrino em conduto auditivo externo, proveniente de ouvido médio, e tubo de ventilação em posição adequada. Neste momento, foi realizada a coleta do líquido com solicitação de dosagem de glicose, além de solicitação de nova tomografia computadorizada de mastoide.

Ao analisar os exames de julho de 2023, verificou-se sinais de otomastoidopatia bilateral, notadamente à esquerda, com solução de continuidade do tégmen timpânico ipsilateral, comunicando a cavidade timpânica com a fossa craniana média. Além disso, glicose de líquido secretado em ouvido esquerdo igual a 64, levantando a hipótese diagnóstica de fístula otoliquórica.

Diante destes achados, a equipe optou por programar nova abordagem para correção de fístula otoliquórica a ser realizada no serviço de otorrinolaringologia deste hospital.

**Discussão**

As fístulas otoliquóricas ocorrem quando há comunicação patológica entre o espaço subaracnóideo e áreas pneumatizadas do osso temporal. Se associada à perfuração timpânica ou a um defeito na parede do conduto auditivo externo, observa-se saída do líquido através deste. Se não houver lesão, o líquido passa pela tuba auditiva, podendo causar rinorreia.

Podem decorrer de forma espontânea, de causas congênitas e, mais frequentemente, de causas adquiridas, como traumas de osso temporal. Os locais mais comumente atingidos são o tégmen timpânico, tégmen mastoideo, aqueduto coclear e conduto auditivo interno.

Para confirmação diagnóstica, pode ser realizada a dosagem de beta 2 transferrina na secreção, ou ainda a dosagem de glicose, como realizada neste caso, teste do duplo halo e teste de sedimentação. A tomografia computadorizada é o exame de escolha para evidenciar falhas ósseas.

De forma geral o tratamento é cirúrgico e defeitos do tégmen são habitualmente corrigidos via fossa média ou via fossa média associada à transmastoides.

**Comentários Finais**

A fístula otoliquórica espontânea deve ser suspeitada principalmente em crianças com quadros de hipoacusia e meningites de repetição, devido à deiscência do osso temporal, e em adultos, geralmente com clínica de otite média serosa, como a presença de líquido retrotimpânico, queixas unilaterais de hipoacusia e zumbido, que não apresentam melhora clínica. A suspeita clínica precoce e tratamento de forma rápida e efetiva são indispensáveis para diminuir a possibilidade de complicações.

Palavras-chave: Fístula Líquórica Espontânea; Otoliquorréia; Otolgia.



PO100

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Otosclerose: manejo clínico

AUTOR PRINCIPAL: BRANDA CAVALCANTE DOURADO

COAUTORES: MILTON PAMPONET DA CUNHA MOURA

INSTITUIÇÃO: 1. OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo masculino, 73 anos, comparece à consulta otorrinolaringológica com queixa de hipoacusia em ouvido direito, de longa data, em piora progressiva e zumbido associado. Relata exposição ocupacional a ruídos. Ao exame, apresenta otoscopia sem alterações. Audiometria revela perda auditiva mista de grau moderadamente severo no ouvido direito, com timpanograma tipo “B” e perda auditiva sensorioneural de grau leve no ouvido esquerdo, com timpanograma tipo “As”. Tomografia computadorizada (TC) de ouvidos evidencia mastoide direita esclerótica, com células remanescentes preenchidas por material hipodenso que se estende pelo aditus as antrum até o hipotímpano, obliterando a janela oval; sinais de desmineralização das fissuras antefenestram e pericoclear bilateral. Foi indicado uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual em ouvido direito. Ao passar no ambulatório de Otolgia, foi prescrita medicação formulada com fluoreto de sódio 500 mg + carbonato de cálcio 500 mg + vitamina D3 400 UI, 1 vez ao dia, por 6 meses; tendo em vista o diagnóstico de otosclerose. Paciente retorno após seis meses referindo melhora da hipoacusia e do zumbido, sendo mantida a medicação por mais seis meses. Em um ano de tratamento clínico, paciente nega zumbido e parou de usar AASI por não ter mais indicação. Realizada nova audiometria que revela perda auditiva do tipo sensorioneural de grau leve bilateral, timpanograma tipo “A” no ouvido direito e tipo “C” no ouvido esquerdo. Reflexos acústicos contralaterais ausentes bilateral. Devido ao sucesso do tratamento, optou-se por manter o uso da medicação formulada por pelo menos mais seis meses e acompanhamento. **Discussão:** A otosclerose é uma otodistrofia inflamatória que afeta as estruturas da cápsula ótica e a cadeia ossicular. Altera o tecido ósseo normal, principalmente osso temporal, por osso de alta celularidade e componente vascular. Com isso, gera hipoacusia, a princípio relacionada a fase de condução e em estágio mais avançado, de forma mista ou neurosensorial. O quadro inicial é de osteólise ou espongiose, posteriormente relacionada à reconstrução com osso displásico e denso, conhecido como esclerose. A otosclerose tem um componente genético, é causa mais comum de perda auditiva em adultos jovens (segunda a quarta décadas), lentamente progressiva, de aspecto bilateral e assimétrico em até 80% dos casos. Predomina em mulheres, em uma relação de 2:1, pela influência dos hormônios sexuais. Afeta em sua grande maioria a população caucasiana. Para o diagnóstico, faz-se anamnese, otoscopia e exames audiológicos, por testes com diapásão, tonalidade liminar e imitanciometria, e em alguns pacientes é indicada a tomografia computadorizada (TC) de alta resolução para melhor visualização dos ossos temporais. É observado na otoscopia áreas hiperemiadas em região de promontório, com membrana timpânica sadia e focos de otosclerose. A TC auxilia na localização e caracterização da lesão, confirmação do diagnóstico e programação cirúrgica, além da realização de diagnóstico diferencial. No tratamento cirúrgico, a estapedotomia é considerada segura e eficaz; têm sido cada vez mais utilizada no lugar da estapedectomia. Há opção de próteses auditivas convencionais, bem como implantáveis, implantes cocleares, além da estapedoplastia. Como tratamento medicamentoso, há opção por antienzimáticos ou moduladores da reabsorção óssea. Alguns estudos correlacionam o uso de bifosfonados de 3ª geração (risedronato e alendronato), bem como fluoreto de sódio, demonstrando resultados positivos na estabilização e melhora dos limiares auditivos dos pacientes. Esses estudos apontam uma redução na função e sobrevivência dos osteoclastos, diminuindo o processo de hialinização e produção de fator de necrose tumoral alfa.

**Comentários finais:** a otosclerose é uma otodistrofia crônica, progressiva, que causa zumbido e hipoacusia. Como opções de tratamento há cirurgia e próteses auditivas, mas ainda não há uma terapia farmacológica amplamente aceita. O acompanhamento otorrinolaringológico é fundamental para evitar a progressão da doença.

**Palavras-chave:** hipoacusia; otosclerose; fluoreto de sódio.



PO103

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTITE EXTERNA NECROTIZANTE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO**COAUTORES:** LAURA DIEHL BARBOSA; VINICIUS SIMON TOMAZINI; MAYARA ROSANELLI; VITOR TAKASHIBA; JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO; MAYSIA VARGAS DUZANSKI; MARCO AURÉLIO FORNAZIERI**INSTITUIÇÃO:** INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL, LONDRINA - PR - BRASIL**Apresentação do Caso**

FGC, 64 anos, masculino, atendido no Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Londrina, em janeiro de 2023, com história de otalgia, otorreia, plenitude e abaulamento pré-auricular à direita há 2 meses. Há 1 mês, havia feito uso de ciprofloxacino, clindamicina e otosporin, sem melhora do quadro. Paciente ex-tabagista e diabético tipo 2 em uso de insulina. Ao exame, otoscopia direita apresentava discreta assimetria de região pré-auricular, dor à palpação local e secreção purulenta em CAE, não visualizada membrana timpânica. Realizada TC de mastoide, com sinais de erosão da porção anterior de CAE com comprometimento de glenoide, erosão da mastoide e conteúdo de partes moles ocupando todo CAE e orelha média. Foi aventada hipótese de Otite Externa Maligna (OEM) e realizado curativo otológico beira-leito, com drenagem de secreção e retirada de duas lesões de aspecto polipoide obstruindo CAE, enviadas para cultura e anatomopatológico. O paciente evoluiu com internação prolongada, uso de múltiplos antibióticos de amplo espectro e debridamento de osso zigomático e cavidade glenoide à direita, timpanomastoidectomia e meatoplastia em ouvido direito. Durante a internação, apresentou hiporexia, náusea, vômitos e anemia inexplicada. Em investigação conjunta com a hematologia, foi diagnosticado Mieloma Múltiplo como doença de base.

**Discussão**

A OEM é uma infecção rara, provocada predominantemente por *Pseudomonas Aeruginosa*, que acomete mais pacientes idosos, diabéticos e imunocomprometidos. A doença representa um estágio já avançado de otite externa e tende a se espalhar do CAE para tecidos adjacentes, podendo atingir base do crânio e evoluir para osteomielite. Suspeita-se de OEM em pacientes com os fatores de risco descritos acima, que apresentem otalgia e otorreia persistente, refratárias ao tratamento ambulatorial durante semanas, com piora noturna e dor desproporcional ao exame físico. Na otoscopia, pode ser visualizado tecido de granulação na porção inferior do CAE. Geralmente, espera-se melhora com antibioticoterapia de amplo espectro por 6 a 8 semanas. Nesse caso, o paciente foi submetido a tratamento hospitalar prolongado – clínico e cirúrgico – por difícil controle da OEM. Durante a internação, evoluiu com queixa de hiporexia e anemia inexplicada. Foi acompanhado em conjunto com a hematologia, que solicitou eletroforese e aspirado de medula óssea, com diagnóstico conclusivo para Mieloma Múltiplo (MM). O MM corresponde a aproximadamente 1 a 2% de todas as neoplasias, sendo mais comum em idosos, afro-descendentes e homens. Sua fisiopatologia envolve supressão da hematopoiese e hipogamaglobulinemia. Assim, os pacientes apresentam anemia e risco de infecção aumentado, podendo chegar a 11 vezes mais que em pessoas sem o diagnóstico. Meningite, sepse, pneumonia, osteomielite, celulite e pielonefrite são as doenças mais prevalentes. No caso relatado, a Otite Externa Maligna foi a manifestação inicial do quadro de Mieloma Múltiplo do paciente, que foi encaminhado ao Instituto do Câncer de Londrina para tratamento, porém evoluiu com sepse de foco pulmonar e óbito.

**Comentários Finais**

A OEM é uma doença rara, tipicamente encontrada em pacientes diabéticos, idosos e imunocomprometidos, que cursa com anemia e infecções oportunistas. Diante de um quadro de OEM, deve-se considerar MM como diagnóstico diferencial de doença de base, caso o paciente preencha critérios epidemiológicos e de suspeita clínica para tal. Neste caso, o paciente apresentou a OEM como manifestação inicial do quadro de Mieloma Múltiplo.

**Palavras-chave:** otite externa necrotizante;mieloma multiplo;timpanomastoidectomia.

PO119

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Diagnóstico e Tratamento precoce na Surdez Súbita: Relato de caso

AUTOR PRINCIPAL: GABRIELA BARRETO ESPINHEIRA

COAUTORES: MAYANE MACEDO PEREIRA DOS SANTOS; IANNE ACÁSSIA RAPÔSO DUARTE COSTA; ANDRESSA RIBEIRO SILVA; MARIA EDUARDA NOGUEIRA CONTI BURGOS; JULIA FARIAS BRAGATTO; NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO

INSTITUIÇÃO: 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL2. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL3. HOSPITAL OTORRINOS FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Apresentação do Caso:** M.M.C., 57 anos, sexo feminino, hipertensa, procurou o serviço de Otorrinolaringologia devido à queixa de zumbido intenso em ouvido esquerdo há 3 dias, associado a plenitude aural e hipoacusia de início súbito. Negou a presença de fator desencadeante e fatores de melhora ou piora do quadro. Informa quadro de IVAS há 1 mês. Nega queixas otológicas prévias. Sem alterações à otoscopia. Realizada audiometria tonal e vocal na ocasião, que evidenciou perda auditiva sensorioneural de grau moderadamente severo em orelha esquerda e limiares auditivos contralaterais dentro dos padrões da normalidade, com imitanciometria normal e reflexos acústicos parcialmente presentes. Foi estabelecida suspeita diagnóstica de surdez súbita, sendo solicitados exames laboratoriais, ressonância magnética de mastoides e iniciado tratamento precoce com Prednisolona (1mg/kg/dia por 10 dias, com posterior desmame), Aciclovir (2g/dia por 10 dias) e Pentoxifilina (1.200mg/dia em 3 doses por 6 meses). Paciente segue em acompanhamento, tendo retornado 1 mês após o início do tratamento apresentando melhora dos sintomas, especialmente a hipoacusia.

**Discussão:** A Perda Auditiva Neurosensorial Súbita (PANSS) é definida como perda de audição, geralmente unilateral, associado a redução na acuidade auditiva de pelo menos 30 dB em três frequências audiométricas consecutivas, que ocorre em um intervalo de 72h. Essa condição surge frequentemente acompanhada de zumbido e plenitude aural, como no caso da paciente relatada, além de vertigem, otalgia e parestesias. A PANSS é, na maioria dos casos, idiopática, sendo mais comum em indivíduos entre 43 e 53 anos. Alguns estudos apontam que tabagismo, hipercolesterolemia e hipertensão podem ser fatores de risco para PANSS por causa indefinida. Todavia, existem etiologias potenciais como infecções, doenças autoimunes, traumatismos, lesões vasculares, neoplasias, disfunções metabólicas e neurológicas. No presente caso, a paciente possui histórico de IVAS, entretanto, isso não é suficiente para determinar a etiologia do quadro. O tratamento para o paciente com PANSS permanece em controvérsia, sendo realizado conforme a causa, quando ela é identificada. Contudo, no caso das ocorrências idiopáticas, não existe um protocolo padronizado quanto ao tratamento médico, sua duração ou via de administração. Os corticosteróides, então, emergiram como a terapia primária comumente empregada, todavia, carecendo de evidências sólidas. Esses medicamentos podem ser administrados de forma intratimpânica, sistêmica ou como terapia combinada, dependendo das características de cada paciente. Alguns dos corticosteróides que podem ser utilizados são a prednisona por via oral e a dexametasona intratimpânica. Na paciente em questão, foi escolhida a terapia combinada de Prednisolona com Aciclovir (terapia antiviral) e Pentoxifilina (hemorreológico). O prognóstico da PANSS depende do processo da doença, duração, impacto nas estruturas cocleares e nas opções de tratamento, mas a PANSS de causa idiopática costuma ter um prognóstico positivo no geral, com certo grau de restabelecimento auditivo, tendo grande benefício quando instituído o tratamento de forma precoce.

**Considerações finais:** Fica evidente a importância do diagnóstico e tratamento precoces em casos de PANSS, já que tanto as medidas terapêuticas quanto o prognóstico divergem a depender do fator responsável pelo quadro. Contudo, ainda são necessários estudos mais aprofundados para determinar o mecanismo de ação de potenciais patógenos, além da comprovação acerca da eficácia dos tratamentos disponíveis.

**Palavras-chave:** Perda Auditiva Súbita; Diagnóstico Precoce; Tratamento.

PO120

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****NEVO MELANOCÍTICO INTRADÉRMICO EM CONDUTO AUDITIVO EXTERNO ASSINTOMÁTICO: UM RELATO DE CASO.****AUTOR PRINCIPAL:** NATÁLIA REBELATTO VANZ**COAUTORES:** CAROLINA SANDI KUNZ; MURIEL FERREIRA DA SILVA; ROBERTO DIHL ANGELI; RENATO ROITHMANN**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, CANOAS - RS - BRASIL**Apresentação do caso:**

F.F.C, 76 anos, masculino, aposentado, procedente de Uruguaiana. Paciente encaminhado a um consultório de Otorrinolaringologia da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, para avaliação de rinossinusite de repetição em seio maxilar direito, sendo a principal suspeita sinusite odontogênica a direita, que, no entanto, não se confirmou. Durante a realização do exame físico completo, constatou-se na otoscopia, como achado ocasional, uma lesão de cerca de 0,5 cm, de aspecto arredondado, de superfície lisa e cinzenta, na porção proximal do conduto auditivo externo (CAE) direito, sendo a mesma assintomática. Procedeu-se, então, o tratamento da rinossinusite e realizou-se uma Tomografia de Ouvidos e Mastoides com contraste para avaliação complementar da lesão no CAE, evidenciando pelas imagens diminuta saliência com densidade de partes moles na parede posterior cartilaginosa do conduto auditivo externo direito, com cerca de 0,5 cm, sem impregnação por meio do contraste. Diante disso, se propôs uma biópsia excisional da lesão de CAE direito obtendo-se o seguinte laudo histopatológico: Nevo Melanocítico intradérmico com margens livres.

**Discussão:**

Os nevos melanocíticos intradérmicos são tumores cutâneos pigmentados muito comuns, porém dentro do conduto auditivo externo (CAE) sua ocorrência é rara, principalmente devido ao fato que seu principal fator de risco é a exposição solar. No Brasil, foram encontrados apenas dois casos relatados na literatura por meio da pesquisa nas principais bases de dados com os descritores “external auditory canal”, “melanocytic nevus” e “intradermal nevus”.

Os nevos são tumores pigmentados benignos, formados pela proliferação de melanócitos da junção dermoepidérmica. As células proliferadas formam ninhos e migram para a derme onde podem se agrupar a elementos derivados das células de Schwann. São considerados defeitos do desenvolvimento do tipo hamartoma. Podem ser classificados em nevo de junção, intradérmico ou composto. Além disso, os nevos melanocíticos podem ser divididos em cinco tipos macroscópicos: lesões planas, lesões levemente elevadas, nevos halos, lesões verrucóides (são mais comumente nevos intradérmico ou – menos comum- de junção) e lesões tipo cúpula (também podendo ser nevos intradérmicos).

No CAE, os nevos intradérmicos podem apresentar obstrução aural e perda auditiva de condução, podendo causar também otorreia. Alves et al. e Katarkar et al. acreditam que quando um nevo no CAE torna-se sintomático, ele deve ser removido com biópsia excisional por abordagem transcanal com anestesia local, e, caso não seja possível, pode-se fazer abordagem retroauricular para ter um maior campo cirúrgico.

O diagnóstico diferencial é necessário devido a possibilidade de melanoma e para descartar outros diagnósticos, considerando as malignidades. Em última análise, o diagnóstico definitivo deve ser feito microscopicamente.

O paciente em questão não apresentava sintomas e também não foi detectado a tomografia computadorizada invasão tecidual mas optou-se pela biópsia excisional da lesão.

**Considerações finais:**

A literatura mostra que o nevo melanocítico, apesar de ser uma lesão de pele muito comum, tem sua incidência no conduto auditivo externo muito rara. Considerando a terapêutica, concordamos neste estudo com a conduta orientado pela literatura, a despeito disso levantamos a possibilidade de realizar a biópsia excisional de uma lesão assintomática ou minimamente sintomática, para que, além de elucidação diagnóstica, possa-se evitar o estreitamento de CAE que po

Palavras-chave: nevo melanocítico; nevo melanocítico intradérmico; conduto auditivo externo.

PO125

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Panorama Das Cirurgias Para Implante Coclear Nos Últimos 5 Anos No Sul Brasileiro

**AUTOR PRINCIPAL:** CAMILA BRUSAROSCO FERREIRA**COAUTORES:** EMANUEL GOMES FERREIRA**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL

**OBJETIVO:** Analisar estatisticamente o número de procedimentos de implante coclear realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na região Sul Brasileira entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022.

**MÉTODOS:** Estudo descritivo transversal com base na abordagem quantitativa das internações pelo SUS para o procedimento de implante coclear na região Sul do Brasil, de 2018 a 2022. Os dados foram coletados do DATASUS-TabWin, através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), os registros relativos às internações estavam separado em Implante Coclear, Implante Coclear Unilateral e Implante Coclear Bilateral. Posteriormente os dados foram tabulados no Excel 2013.

**RESULTADOS:** As internações SUS para implante coclear no Brasil são registradas de três maneiras diferentes no SIH. Em relação ao registro Implante Coclear no período analisado foram 28 cirurgias em 2018, 14 em 2019, 6 em 2020, 20 em 2021 e 18 em 2022, resultando em um total de 86 procedimentos. Quanto ao Implante Coclear Unilateral, foram 64 cirurgias em 2018, 70 em 2019, 48 em 2020, 57 em 2021 e 61 em 2022, resultando em um total de 338 procedimentos. Em relação ao Implante Coclear Bilateral foram 21 cirurgias em 2018, 28 em 2019, 32 em 2020, 39 em 2021 e 55 em 2022, resultando em um total de 175 procedimentos. Somando-se todas as maneiras de registros, obtemos um número total de 599 procedimentos realizados nos últimos 5 anos. Na categoria Implante Coclear o estado que mais realizou o procedimento foi o Paraná com 81,4%, seguido pelo Rio Grande do Sul com 17,5% e por Santa Catarina com 1,1%. Na categoria Implante Coclear Unilateral o estado que mais realizou o procedimento foi o Paraná com 54,5%, seguido pelo Rio Grande do Sul com 24,2% e Santa Catarina com 24,2%. Na categoria Implante Coclear Bilateral o estado que mais realizou o procedimento foi o Paraná com 46,8%, seguido por Santa Catarina com 28,6% e Rio Grande do Sul com 24,6%.

**DISCUSSÃO:** A deficiência auditiva interfere em diversos aspectos da vida, sendo potencialmente incapacitante devido implicar diretamente na comunicação. Os pacientes com perda auditiva severa ou profunda que não apresentam benefício com o uso de amplificadores sonoros podem ser beneficiados pelo instrumento mais avançado de reabilitação auditiva: o implante coclear. Com isso, observa-se a importância dos dados epidemiológicos para analisar a necessidade de estratégias de políticas públicas para a ampliação desse procedimento na região Sul.

**CONCLUSÃO:** A audição é um dos principais canais de informação do homem e, por isso, deve-se contemplá-la como um fator de vital importância para a qualidade de vida das populações. Sendo uma das principais responsáveis pela aquisição da linguagem, processo que envolve desenvolvimento de pensamento, memória e raciocínio. Desse modo, novos estudos e investimentos devem ser realizados para que se possa conhecer o perfil epidemiológico e para que o número de beneficiários do implante coclear aumente, pois é um procedimento que ainda tem um alto custo para ser realizado. Por fim, os dados acima apontam que o estado que se destaca em relação a realização do Implante Coclear em todas as suas categorias é o Paraná.

**Palavras-chave:** Implante Coclear;Epidemiologia;Sistema Único de Saúde.

PO127

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****Análise Epidemiológica Da Perda De Audição Em Crianças Nos Últimos 10 Anos No Brasil****AUTOR PRINCIPAL:** CAMILA BRUSAROSCO FERREIRA**COAUTORES:** EMANUEL GOMES FERREIRA**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL**OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico e a frequências das diferentes regiões brasileiras por perda de audição em crianças de até 14 anos nos últimos 10 anos.**MÉTODOS:** Estudo epidemiológico e descritivo dos pacientes pediátricos com até 14 anos internados por perda de audição entre janeiro de 2013 e janeiro de 2023 no território brasileiro. Os dados foram obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) utilizando as variáveis: internações, faixa etária, sexo, região e unidade de federação.**RESULTADOS:** No Brasil houve um total de 5.276 internações por perda de audição, dessas 64,1% foram de crianças na faixa etária de 1-4 anos, seguido de 24,6% de 5-9 anos, 10% de 10-14 anos e 1,3% menores de 1 ano. Entre as regiões brasileiras, a com maior número de internações foi a sudeste com 3.117 casos (59,07%), seguido pela região nordeste com 1.123 (21,28%), região sul com 733 (13,9%), região centro-oeste com 222 (4,2%) e região norte com 81 (1,5%). Entre os estados com maiores números de internações estão São Paulo na região sudeste com 2.530 casos (81,1%), Paraná na região sul com 347 casos (47,3%), Goiás na região centro-oeste com 116 casos (52,2%); Na região Norte somente os estados de Rondônia, Amazonas e Pará apresentaram dados, sendo o Pará o estado com maior número de internações, 78 casos (96%) e por fim na região Nordeste, o estado com maiores números foi a Bahia com 415 casos (36,9%). Em relação à raça/etnia, a mais acometida foi a branca, com 2.728 casos que corresponde a 51,7%, seguida da parda com 1.463 correspondente a 27,7%. Não houve grandes distinções entre os sexos, sendo o masculino responsável por 52,1% do números de internações e o feminino por 47,9%.**DISCUSSÃO:** A perda auditiva em crianças é comum e tem havido progresso no diagnóstico e manejo desses pacientes. A identificação precoce da perda auditiva e a compreensão de sua etiologia podem auxiliar com prognóstico e aconselhamento às famílias. Além disso, a consciência de estratégias de tratamento, incluindo as muitas opções de aparelhos auditivos, implante coclear e dispositivos auxiliares, podem ajudar no manejo direto de paciente para otimizar os resultados. Sem reabilitação auditiva, a perda auditiva pode causar efeitos prejudiciais na fala, na linguagem e nos resultados de desenvolvimento, educacionais e cognitivos das crianças. Desse modo, os dados epidemiológicos são de suma importância para o conhecimento das especificidades das populações e regiões afetadas no Brasil.**CONCLUSÃO:** Os dados apontam que o perfil epidemiológico dos pacientes internados por perda de audição no Brasil são crianças, de raça/etnia branca, na faixa etária de 1-4 anos e que há um predomínio desses casos na região sudeste do Brasil com 59,07% dos casos.**Palavras-chave:** Perda de audição; Crianças ;Epidemiologia.

PO135

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PERDA AUDITIVA PROFUNDA APÓS INFECÇÃO POR COVID-19: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** HENRIQUE CAVALCANTE BITTENCOURT SANTOS**COAUTORES:** ALINE GOMES BITTENCOURT; MELISSA CLEMENTINO SOUSA**INSTITUIÇÃO:** 1. UFMA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL2. UNICEUMA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** J.G.M.L., 20 anos, sexo feminino. Nota perda visual e auditiva com piora progressiva logo após ser acometida pela Covid-19, caracterizada por zumbido alto bilateral persistente, pior à esquerda. Nega tontura, trauma ou histórico familiar de surdez. Exame físico sem alterações. Realizou uma avaliação audiológica que apontou perda auditiva neurosensorial profunda e de configuração horizontal com detecção a partir de 95 dB, curva timpanométrica tipo "As" bilateral, emissões otoacústicas de orelha direita presentes em 5, 3 e 2 kHz, e de esquerda presentes em 5 e 3 kHz. Também, uma ressonância das orelhas internas, que evidenciou bulbo jugular alto bilateral, e uma tomografia de mastoide sem alterações. Realizou teste de ganho com aparelho de amplificação sonora individual (AASI), com resultado de 0% para reconhecimento de palavras e para compreensão de sentenças. Prosseguiu para alocação cirúrgica de implante coclear bilateral sequencial, iniciando pela orelha esquerda. Procedimento feito na sua forma usual, por meio de mastoidectomia seguida de timpanotomia posterior, com exposição e inserção dos feixes de eletrodos pela janela redonda e avaliação por telemetria, sem intercorrências. Evoluiu bem, sem grandes queixas, com liberação para ativação e pré-operatório para implantação contralateral.

**DISCUSSÃO:** No contexto da pandemia da Covid-19, são estudadas atualmente possíveis sequelas agudas e crônicas decorrentes de sua infecção. Dentre essas, foram relatadas alterações otológicas, usualmente observadas por perda auditiva leve, com aumento dos limiares auditivos em altas frequências, e/ou zumbido bilateral contínuo. No caso apresentado, uma paciente jovem desenvolveu sequelas auditivas e visuais de forma intensa, de rápida progressão e não transitória, evoluindo em 7 meses após a infecção com perda auditiva profunda e perda visual de 80% com grau 4.5. Uma possível explicação fisiopatológica seria um acometimento neural pela instalação facilitada do vírus no córtex auditivo do lobo temporal, em função de uma alta concentração da enzima conversora de angiotensina 2. Outra hipótese correlaciona-se com o comprometimento da microvascularização da orelha interna, por meio de processos isquêmicos causados pelo aumento dos fatores inflamatórios. A partir da identificação do quadro, ressalta-se a importância da investigação clínica e realização de exames complementares, a exemplo da audiometria tonal e das emissões otoacústicas, para determinar o tipo de perda auditiva e acompanhar sua evolução. Logo, a conduta escolhida foi determinada pelo diagnóstico de perda auditiva neurosensorial bilateral profunda pós-lingual, com o resultado menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com o uso de AASI, tendo em vista que ainda não há um protocolo específico para o tratamento dessas alterações otológicas decorrentes da Covid-19.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A pandemia da Covid-19 foi um evento de grande magnitude e ainda recente. Portanto, ainda estão sendo elucidadas como podem se desenvolver as suas sequelas a longo prazo. Neste relato, as alterações auditivas evoluíram de forma acelerada e sem perspectiva de melhora, fazendo-se necessário o uso do implante coclear. Desse modo, é essencial o estudo e observação contínuos das afecções otológicas crônicas provocadas pela Covid-19, a fim de definir um melhor direcionamento para as condutas médicas de prevenção e tratamento desses casos.

**Palavras-chave:** COVID-19; Perda Auditiva Neurosensorial; Implante Coclear.



PO138

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OTALGIA INTENSA: CARCINOMA ESCAMOSO - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR**COAUTORES:** MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA; OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR; PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE; LELIA MARIA ALVES DUARTE; PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ; KAROLYNE SANNY BARROS ARAUJO; JOAO PAULO LINS TENORIO**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE MACEIÓ, MACEIÓ - AL - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente M.A.P.N. de 67 anos, sexo feminino com quadro de otalgia intensa, pior durante noite, associada a otorreia à direita há 3 meses em ouvido direito, com histórico de internação no HGE de Alagoas em julho de 2023 por quadro de otite externa maligna. Histórico de hipertensão arterial, diabetes mellitus, glaucoma e lesão em fêmur e quadril em investigação com ortopedia. Após alta hospitalar procura ambulatório do nosso serviço, no qual foi realizada biópsia ambulatorial de lesão granulomatosa de conduto auditivo externo e seguimento com antibiótico domiciliar (ciprofloxacino oral). Após 20 dias paciente evoluiu com piora do quadro de otalgia associado a paralisia facial à direita (House-Brackmann grau V), necessitando de nova internação hospitalar, onde iniciou uso de Meropenem 2g de 8/8h.

Foi realizado TC de mastoide: espessamento e realce do pavilhão auricular direito, com atenuação de partes moles que oblitera o conduto auditivo externo e estende-se ao aspecto superior do espaço parotídeo homolateral, exibe realce heterogêneo ao meio de contraste iodado, que mede 2,1 x 1,1 x 0,8 cm. Obliteração quase completa da cavidade timpânica direita, hipoatenuante, que envolve a cadeia ossicular, sem sinais de erosão da mesma, destacando-se sinal de deiscência do canal do nervo facial direito. Exuberante áreas de destruição do osso temporal direito, observando-se áreas líticas de aspecto permeativo que acometem as paredes do conduto auditivo externo, aspecto inferior da escama temporal, parede posterior e teto da fossa mandibular, com possível extensão do processo à articulação temporomandibular direita. Erosão das paredes do forame jugular direito, células mastoideas anteriores, tegmens timpânico e mastóideo, com possível extensão do processo à fossa craniana média à direita, observando-se discutiável área hipoatenuante no aspecto inferior do lobo temporal adjacente.

Biópsia de conduto auditivo externo direito acusa carcinoma escamoso com focos de necrose, sendo paciente encaminhada aos cuidados da oncologia clínica.

**Discussão:**

A otite externa maligna (necrosante) é uma infecção invasiva do conduto auditivo externo e da base do crânio, que ocorre tipicamente em idosos com diabetes mellitus. A *Pseudomonas aeruginosa* é quase sempre o organismo responsável.

Os pacientes com otite externa maligna apresentam otorreia e otalgia mais intensa do que a observada na otite externa simples, tende a ser noturna, não responsivas às medidas tópicas.

Ao exame físico, é frequentemente visível tecido de granulação na porção inferior do canal auditivo externo, no local das fissuras de Santorini. No entanto, este achado pode estar ausente em doentes atípicos. A progressão da infecção pode provocar osteomielite da base do crânio e articulação temporomandibular, podendo estar associada a paralisias dos nervos cranianos.

O diagnóstico de otite externa maligna baseia-se numa combinação de achados clínicos, laboratoriais e radiográficos.

O carcinoma de células escamosas do osso temporal também pode apresentar-se na forma de otalgia intensa associada a otorreia. Uma vez que os estudos radiográficos não conseguem diferenciar o tumor da infecção necrosante, a biópsia é o único método definitivo para distinguir entre estas duas entidades.

Uma cultura positiva para *P. aeruginosa* e a elevação da VHS e/ou da PCR estão mais frequentemente associadas à infecção.

Os antimicrobianos antipseudomonas são a base da terapia para a otite externa maligna. A excisão cirúrgica também não desempenha qualquer papel no tratamento atual desta doença, embora esta modalidade tenha sido utilizada antes da disponibilidade de antibióticos antipseudomonas sistêmicos. O desbridamento e/ou a biópsia para excluir a presença de neoplasia são os únicos procedimentos cirúrgicos indicados.

**Comentários finais:**

O caso acima mostra a importância de considerar os mais diversos diagnósticos quando em frente a um paciente com otalgia intensa, levando em consideração comorbidades e a possibilidade de neoplasia para definição da melhor conduta para o caso.

**Palavras-chave:** OTOLOGIA; CARCINOMA ESCAMOSO; OTITE EXTERNA MALIGNA.



PO144

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Paraganglioma Jugulotimpânico Funcionante: uma abordagem multidisciplinar

AUTOR PRINCIPAL: LEONARDO DE MOURA VOLPI

COAUTORES: MARIANA HERARIA FAVORETTO; JENIFFER CRISTINA KOZECHEN RICKLI; MELISSA FERREIRA VIANNA; AMÉRICO RUBENS LEITE DOS SANTOS; PAULO ROBERTO LAZARINI

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**RELATO:** Paciente RTN, 32 anos, previamente hígido, apresentava hipoacusia unilateral à direita progressiva há 1 ano. Associava-se quadro de tontura em pré-síncope, cursando com queda. Evoluiu com episódios de taquicardia, aumento da pressão arterial e cefaleia. Apresentava déficit dos nervos cranianos V e VII a XII ipsilaterais. Ressonância magnética evidenciava lesão expansiva de 6,2 x 3,8 x 2,7cm ocupando forame jugular à direita. Envolvía 50% da carótida interna, sem compressão. Com extensão para orelha interna, com plano de clivagem com nervos cranianos. Apresenta intenso realce ao contraste, com sinais de extravasamento e inúmeros “flow voids”, com aspecto em “sal e pimenta”. Sugere-se paraganglioma jugulotimpânico. Screening de catecolaminas plasmáticas resultou em metanefrinas <0,2 e normometanefrinas 9,1 (VR <0,9), sugerindo tumor funcionante. Sem lesões neuroendócrinas que indicassem Síndrome MEN. Optado por introdução de doxazosina e propranolol para bloqueio adrenérgico. Nas 48 horas anteriores à cirurgia, arteriografia demonstrou vascularização predominante das artérias faríngea ascendente e artéria occipital, bem como vascularização menor da carótida interna e da artéria cerebelar anteroinferior à direita. Embolização ocorreu sem intercorrências. Na cirurgia, realizado acesso cervical com dissecação de carótida interna e jugular direitas, mastoide e petrosectomia, abertura de forame jugular, obstrução e abertura de seio sigmoide e jugular, exérese da porção extradural sob visualização direta, ressecção microcirúrgica da porção profunda à dura-máter em ângulo ponto-cerebelar. Fechamento de falha óssea com retalho de músculo temporal. Paciente evoluiu com fistula líquórica corrigida cirurgicamente. Alta com 1 mês sem novos déficits. Realizadas avaliação genética e aconselhamento devido a variante patogênica no gene succinato desidrogenase B (SHDB). Atualmente em reabilitação.

**DISCUSSÃO:** Os paragangliomas são tumores de origem no sistema paraganglionar. Modelos experimentais sugerem que a tumorigenese é composta por primeira fase vascular, seguida de crescimento neuroepitelial apenas após nutrição vascular abundante, podendo justificar a raridade de tumores funcionantes. Ambos componentes vascular e neuroendócrino requerem atenção simultânea. A embolização pré-operatória é controversa. Power et al., mostraram que não diminuiu tempo de cirurgia ou lesão de nervos cranianos. É consenso que o bloqueio alfa adrenérgico deve ocorrer de 1 a 2 semanas antes e durante o tratamento clínico ou cirúrgico, devido ao risco de liberação maciça de catecolaminas. A miltirosina (inibidor de tirosina hidroxilase) também é uma opção. Aproximadamente 40% dos casos apresenta mutação em genes específicos, sendo SHDA/B/C/D os mais relevantes, responsáveis por decodificar o succinato desidrogenase. Fatores de risco que sugerem componente familiar incluem história familiar, paragangliomas múltiplos ou prévios, malignidade, sexo masculino e idade <50 anos. Nosso paciente era jovem do sexo masculino e apresentava mutação em SHDB, mas não apresenta nenhuma outra neoplasia endócrina. A via de acesso classicamente descrita por Fisch em 1977 é o acesso via infratemporal, mas que pode cursar com amputação de conduto auditivo externa e lesão de nervo facial. Por outro lado, Borba et al. reportaram 94,7% de conservação de nervo facial com 91% de ressecção tumoral completa mesmo quando preservação do canal ósseo do facial. Dentre os pacientes não cirúrgicos, a observação é uma opção aceitável, visto o crescimento lento de 0,8cm/ano. A meta-análise de Ivan et al., demonstra taxas de controle tumoral similares entre radioterapia e cirurgia primária, porém com menor incidência de novos déficits de nervos cranianos baixos. Finalmente, novas terapias sistêmicas como quimioterapia, radionuclídeos ou inibidores de HIF-2 $\alpha$  têm mostrado eficácia.

**CONCLUSÃO:** Os paragangliomas jugulotimpânicos são entidades raras que muitas vezes se iniciam com sintomas otorrinolaringológicos. Alta suspeição e manejo multidisciplinar é essencial para mitigar o impacto do tumor primário e do tratamento muitas vezes agressivo

Palavras-chave: Paraganglioma jugulotimpânico; Embolização; Base de Crânio Lateral.

PO150

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**SURDEZ SÚBITA BILATERAL****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA BERALDO BELÃO**COAUTORES:** CAROLINA OLIVER BRANDÃO; ANNINE SOARES DE SOUZA; NATALY SANT'ANA DE MATOS; RAFAELA SEKO FERNANDEZ; LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO; PATRÍCIA FRANCINA LIMA GOMES MAI; MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

A surdez súbita se caracteriza como uma perda auditiva neurossensorial a partir de 30 decibéis (dB) em três ou mais frequências contíguas, podendo ser grave e irreversível, cuja instalação ocorre de forma repentina. O comprometimento auditivo costuma ser unilateral em 98%-99% dos casos, sendo acompanhada de zumbidos em aproximadamente 80% dos casos e de tonturas em 30%. Não apresenta um fator etiológico bem definido, sendo a maioria idiopática, podendo ser ocasionada por comprometimento vascular, infecção viral, auto-imune ou ruptura de membrana intracoclear. A comprovação etiológica é difícil, visto que diversos podem ser os agentes causais. O neurinoma do acústico é considerado uma causa definida de perda auditiva sensorial súbita.

Para o diagnóstico da surdez súbita, além da anamnese detalhada e do exame físico, está indicada a avaliação audiométrica completa, audiometria do tronco cerebral (BERA), provas vestibulares e avaliação do nervo trigêmeo, bem como a Ressonância Nuclear Magnética com gadolínio e outros exames na pesquisa do fator etiológico.

O estudo individualizado de cada caso tende a preconizar diferentes atitudes terapêuticas nos pacientes acometidos pela surdez súbita. Os corticóides e as drogas vasodilatadoras são as opções mais utilizadas.

A surdez súbita (SS) deve ser considerada um sintoma, não uma entidade clínica, já que pode ser causada por mais de 60 doenças diferentes. Se caracteriza pela perda brusca da audição, de caráter sensorineural, geralmente unilateral, que não apresenta um fator etiológico bem definido, ou seja, de causa desconhecida. É considerada uma urgência médica, devendo ser prontamente diagnosticada e tratada.

Tem uma incidência de 5 a 47 casos por 10.000 habitantes por ano nos EUA, sendo que a incidência aumenta com a idade. No Brasil, temos relatado a frequência de cerca de 9 casos em cada 10.000 atendimentos de urgência. A média de idade gira em torno dos 40 a 44 anos.

A deficiência auditiva decorrente da surdez súbita pode tornar-se permanente ou regredir, total ou parcialmente. Vários autores relatam que a recuperação espontânea ocorre em 45 a 60% dos pacientes. Numa forma mais detalhada, estima-se que cerca de 25% dos pacientes têm recuperação espontânea total; 50%, parcial e 25%, nenhuma.

O estudo individualizado de cada caso tende a preconizar diferentes atitudes terapêuticas nos pacientes acometidos pela surdez súbita. Desta forma, diferentes formas de tratamento devem ocupar o espaço dos famosos protocolos de tratamento descritos por inúmeros autores.

Palavras-chave: SURDEZ SÚBITA; PERDA AUDITIVA; IDIOPÁTICA.

PO151

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Carcinoma Escamoso Invasor na Orelha Média – Relato de Caso

AUTOR PRINCIPAL: ISABELA GOMES MALDI

COAUTORES: LUCAS DA SILVA BRAZ; PEDRO IVO MACHADO PIRES DE ARAUJO; JÚLIA RAMOS DE MELO; HUGO FERNANDES DE PAULA; PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE; HUGO VALTER LISBOA RAMOS; CLAUDINEY CANDIDO COSTA

INSTITUIÇÃO: CRER, GOIÂNIA - GO - BRASIL

## Apresentação do Caso

I.R.A, 58 anos, sexo masculino, procurou atendimento ambulatorial em nossa unidade com paralisia facial periférica esquerda associada a hipoacusia e zumbido ipsilateral. Afirma que o quadro facial iniciou há 4 meses, mas desde a infância apresentava otorreia, zumbido e hipoacusia. A avaliação da mímica facial estática e dinâmica evidenciou paralisia House-Brackman VI. Na otoscopia, observou-se lesão polipoide no conduto auditivo externo esquerdo, obstruindo o meato acústico externo, além de otorreia em grande quantidade. Já na orelha direita, o paciente tinha perfuração da membrana timpânica com otorreia fluida. O exame audiométrico era compatível com perda auditiva mista de grau severo à esquerda e moderado à direita. Foram solicitadas tomografia e ressonância magnética dos ossos temporais para avaliação complementar. Os exames de imagem evidenciaram a presença de lesão sólida na orelha média esquerda, de aspecto infiltrativo, com erosão da cadeia ossicular e da cápsula ótica, que se estendia até o conduto auditivo interno, com acometimento do sétimo e do oitavo pares cranianos. O paciente foi submetido a timpanomastoidectomia radical, onde verificou-se uma massa de consistência aumentada acometendo a orelha externa, a orelha média e a mastoide, além da porção timpânica e mastoidea do nervo facial. Na análise anatomopatológica, foram encontradas alterações sugestivas de neoplasia epitelióide maligna. Ao mesmo tempo, o perfil imunohistoquímico foi compatível com carcinoma escamoso invasor não queratinizado de alto grau. O paciente foi encaminhado para o serviço oncológico de referência a fim de iniciar tratamento adjuvante.

## Discussão do Caso

Dentre os tumores de cabeça e pescoço, os carcinomas escamosos da orelha média e do osso temporal são raros, apresentando uma prevalência de 0,2%. Eles acometem, principalmente, pacientes do sexo feminino entre a quinta e a sétima década de vida e, devido ao quadro tardio e raro, têm um prognóstico obscuro. Apesar dos poucos casos descritos na literatura, sugere-se que antecedentes como otite média crônica, com ou sem colesteatoma, infecções pelo Papilomavírus Humano (HPV) e até mesmo história prévia de radiação podem estar relacionados ao desenvolvimento desse tumor. Atualmente, devido ao número insuficiente de casos de câncer do osso temporal, não existe um estadiamento universalmente aceito, o que dificulta a decisão do médico quanto à melhor abordagem terapêutica. Sendo assim, na maioria das vezes, o tratamento conta com uma equipe multidisciplinar e é guiado pelas queixas e condições clínicas do paciente, mas abrange, sobretudo, a abordagem cirúrgica, radioterapia adjuvante e quimioterapia. A recorrência da doença não é algo improvável, e por isso o paciente deve manter o acompanhamento regular com equipe médica especializada.

## Conclusão

Devido à baixa casuística, é fundamental que a pesquisa sobre o tema continue em busca da melhor compreensão e do aprimoramento do tratamento dos tumores do osso temporal. Este relato busca demonstrar caso de paralisia facial periférica de apresentação progressiva, unilateral e inédita, conduzido por serviço de otorrinolaringologia especializado, com propedêutica dirigida levando à identificação precoce de carcinoma escamoso agressivo, sendo submetido a tratamento cirúrgico com complementação oncoterápica. Ainda, enfatizar a importância do acompanhamento otorrinolaringológico para os pacientes afetados.

Palavras-chave: Carcinoma escamoso; Osso temporal; Mastoidectomia.

PO155

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**HEMANGIOENDOTELIOMA EM OSSO TEMPORAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** NAIADÉ DE OLIVEIRA DO AMARAL**COAUTORES:** MAIRA RODRIGUES DE OLIVEIRA; MARCELA MARIA RABELO PINTO; PAULO ANDRÉ GONÇALVES DA CUNHA; CAMILA ARAUJO OLIVEIRA; BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO; RODRIGO LEMOS DA SILVA; FÁBIO VASCONCELOS DA SILVA**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente de 66 anos, proveniente de São João da Ponta, interior do Estado do Pará. Foi encaminhada para o serviço de otorrinolaringologia do Hospital Bettina Ferro de Souza em Belém, por conta de lesão peri-auricular esquerda, a qual apresentava evolução há 19 anos, foi submetida a biópsia da lesão em serviço especializado de cirurgia de cabeça e pescoço, com resultado de histopatológico apresentando proliferação vascular e endotelial compatível com hemangioendotelioma. A paciente relata que o quadro teve início com otorreia fétida em orelha esquerda, sendo a mesma acompanhada de processo expansivo em área peri-auricular. Durante a evolução do quadro, sem o devido acompanhamento médico, foram observados outros achados como paralisia facial em hemi-face esquerda, extrusão dentária, hipoacusia, piora da dor local e crescimento tumoral. Ao exame físico, foram observados durante oroscopia, o abaulamento em região palatal esquerda com deslocamento das estruturas para o lado contra-lateral, além de massa de consistência fibroelástica e pulsátil em região peri-auricular esquerda com extensão para a região cervical. Durante o acompanhamento foi indicada realização de tomografia computadorizada de seios da face que evidenciou presença de lesão medindo 6.5 cm x 6.1 cm no maior diâmetro do plano axial, com intenso realce pelo contraste endovenoso, a qual acomete a parte petrosa e mastoidea do osso temporal esquerdo, estando associada a estruturas vasculares proeminentes e de calibre aumentado nas adjacências. Verifica-se também a lise de estruturas ósseas, além da insinuação da lesão para a fossa posterior, ao nível da cisterna do ângulo ponto-cerebelar, o processo expansivo age sobre o quarto ventrículo, reduzindo suas dimensões e com presença de ectasia do sistema supratentorial, caracterizando a lesão como irredutível. A paciente também foi submetida a audiometria em que foi constatada perda auditiva neurosensorial de grau leve em ouvido direito e de grau profundo em ouvido esquerdo.

**Discussão:** Os hemangioendoteliomas são tumores malignos que podem acometer o ouvido médio (caixa e células mastoideas), sendo raros e cursando com caráter hemorrágico, evolução lenta e paralisia de nervos cranianos como o VII e o VIII par. São neoplasias com alta chance de recidivas e com baixo potencial metastático, quando localizados no ouvido médio. Como no caso relatado, a paciente manifestava paralisia facial, não possuía metástase em outros órgãos e não manifestava sangramentos. Apresentava evolução arrastada, por quase 20 anos. Os pacientes em geral abrem o quadro com queixas como otorreia, hipoacusia e crescimento de massas próximas ao conduto auditivo externo. A otorreia crônica de duração prolongada que acompanha os quadros de tumores malignos do ouvido médio levanta a hipótese do fator irritativo crônico como causa do desenvolvimento tumoral, além da terapêutica errônea desses pacientes que em muitos casos são tratados como otite média crônica. Bem como, o sexo feminino é o mais afetado pela ocorrência dessas neoplasias, o caráter expansivo e o comprometimento de estruturas nobres adjacentes tornam a lesão irredutível.

**Considerações Finais:** O hemangioendotelioma é considerado um tumor maligno com componente vascular, sendo sua ocorrência rara e a chance de metástase é pequena. Os casos devem ser reportados para contribuir com a melhora da abordagem e da terapêutica desses pacientes, que podem evoluir com comprometimento das estruturas adjacentes ao sítio primário da lesão por efeito expansivo.

**Palavras-chave:** HEMANGIOENDOTELIOMA; OSSO TEMPORAL; TUMOR.

PO158

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR OTITE MÉDIA E MASTOIDITE, NO BRASIL, DE 2018 A 2022****AUTOR PRINCIPAL:** THIAGO CÉSAR DINIZ AUGUSTO**COAUTORES:** CLARA SOARES VIANA; FLÁVIA ANDRESSA RIBEIRO BRITO; LUIDE SCALIONI BORGES DIAS**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA - FASEH, VESPASIANO - MG - BRASIL**OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por otite média e mastoidite, no Brasil, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022.**METODOLOGIA:** Estudo descritivo do tipo análise de série temporal. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), na aba de morbidade hospitalar, disponível na plataforma DATASUS. O período analisado é de janeiro de 2018 a dezembro de 2022 e foram utilizadas as variáveis: regiões do Brasil, unidade da federação (UF), idade, sexo e o CID-10 de otite média e outros transtornos de ouvido médio e apófise mastoide.**RESULTADOS:** De janeiro de 2018 a dezembro de 2022 foram notificadas 61.945 internações por otite média e mastoidite em todo o Brasil. O ano com maior incidência foi 2019, com 15.743 casos (25,41%); seguido por 2022, com 15.345 (24,77%); 2018, com 13.997 (22,59%); 2021, com 8.603 (13,88); e, finalmente, 2020, com 8.257 (13,32%). Dentre as regiões, a mais afetada foi o Sudeste, com 25.797 internações (41,64%); seguida pelo Nordeste, com 14.414 (23,26%); Sul, com 12.050 (19,45%); Centro-Oeste, com 5.080 (8,20%); e Norte, com 4.604 (7,43%). Em relação às UFs, a mais afetada foi São Paulo, com 15.181 hospitalizações (24,50%); seguido pelo Rio Grande do Sul, com 5.066 (8,17%); Rio de Janeiro, com 4.720 (7,61%); Minas Gerais, com 4.424 (7,14%); e Paraná, com 3.852 (6,21%). As UFs menos afetadas foram o Acre, com 130 casos (0,20%); Roraima, com 196 (0,31%); e Tocantins, com 363 (0,58%). A faixa etária com maior número de casos foi a de 1 a 4 anos, com 13.380 (21,59%); seguida pela de 5 a 9 anos, com 6.592 (10,64%). O sexo com maior número de hospitalizações foi o feminino, com 32.267 (52,08%); o sexo masculino teve 29.678 (47,91%).**DISCUSSÃO:** A grande diferença entre o número de internações nos anos de 2020 e 2021, quando comparados aos demais anos pode indicar uma subnotificação durante a pandemia de COVID-19. Ao analisar os dados por localização, é possível perceber que a UF de São Paulo possui mais hospitalizações que todas as regiões brasileiras, exceto a Sudeste, onde está inserido; além disso, três das cinco UFs mais afetadas são dessa mesma região, enquanto as três UFs menos afetadas são da região Norte. Em relação à idade dos pacientes, há uma predominância da faixa etária de 1 a 4 anos e de 5 a 9 anos, o que vai de acordo com os conhecimentos sobre essas doenças na literatura. Observa-se, também, pouca variação em relação ao sexo.**CONCLUSÃO:** O estudo revela possível subnotificação em relação aos anos de pandemia. Também demonstra um grande predomínio no número de casos na região Sudeste em relação às outras. É necessário apontar que, embora seja uma grande base de dados do Ministério da Saúde, o DATASUS possui limitações e é de relevância que os dados analisados sejam relacionados a outras coletas, para que haja uma maior fundamentação.**Palavras-chave:** OTITE MÉDIA; MASTOIDITE; HOSPITALIZAÇÃO.

PO160

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**IMPLANTE COCLEAR NA SÍNDROME DE WAARDENRBUG****AUTOR PRINCIPAL:** CAMILA ARAUJO OLIVEIRA**COAUTORES:** ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT; BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO; PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA; NAIADÉ DE OLIVEIRA DO AMARAL; ANA CAROLINA DAMASCENO CORRÊA; DIEGO COSTA FARIAS; LORENA GONCALVES RODRIGUES**INSTITUIÇÃO:** UFPA, BELEM - PA - BRASIL

Paciente sexo feminino, 1 ano e 5 meses, identificada com falha no teste da orelhinha e encaminhada a serviço especializado de otorrinolaringologia para investigação. Durante gestação, mãe apresentou pré eclampsia e teve nascimento prematuro. Sem História familiar de perda auditiva ou consanguinidade. Ao Exame físico, hipocromia em mecha capilar discreta e olhos azuis. Otoscopia, rinoscopia e oroscopia sem alterações. Realizado exame de otoemissões transiente e produto de distorção com ausência de resposta em ambos os ouvidos. No Potenciais Evocados Auditivos do Tronco Encefálico (PEATE) apresentou ausência de ondas em ambos os ouvidos a intensidade máxima de 80 dB. Realizado Resposta Auditiva do Estado Estável com ausência de resposta em todas as frequências testada. Encaminhada ao geneticista que confirmou diagnóstico de Síndrome de Waardenburg. Iniciou pré-operatório para Implante coclear no referido serviço. Não possui alterações anatômicas de osso temporal ou de nervo auditivo aos exames de tomografia de mastoide e Ressonância magnética de crânio. Escolhido Ouvido Esquerdo para realização do Implante coclear devido melhor visualização na RM de Crânio.

A síndrome de Waardenburg é uma condição genética rara herdada de forma autossômica dominante. Durante a embriogênese ocorre distribuição anormal de melanócitos resultando em áreas de despigmentação em áreas de pele, olhos, estria vascular da cóclea e cabelo. Possui características de distopia cantorum, hipoplasia de asas do nariz, alterações pigmentação da íris, perda auditiva neurosensorial, base alta e alargada de nariz entre outros.

Existem 4 manifestações clínicas da síndrome. A tipo I caracteriza-se por mutação do Gene PAX2 manifestando-se com surdez, defeitos do tubo neural, fenda palatina, despigmentação do cabelo, da pele e alteração de cor da íris. A do tipo II ocorre por mutação do gene MITF 1. Tipo III se manifesta com alterações anatômicas dos membros superiores. Tipo IV ocorre alteração em um dos receptores de EDNRB ou Endotelina-3. As pessoas com surdez representam em torno de 50% das manifestações clínicas.

Devido ser uma alteração genética não possui tratamento definitivo. Crianças com essa alteração e diagnóstico precoce podem se beneficiar da cirurgia de implante coclear, a qual é atualmente o tratamento de escolha para esses casos. Fundamental importância tem do aconselhamento genético.

Importante lembrar que crianças nessa condição possuem expectativa de vida normal. A garantia do diagnóstico e intervenção precoces são garantidoras de melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: SÍNDROME DE WAARDENRBUG;IMPLANTE COCLEAR;HIPOACUSIA.

PO161

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****ANÁLISE DA EFICÁCIA DO APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL EM ADULTOS****AUTOR PRINCIPAL:** GODOFREDO CAMPOS BORGES**COAUTORES:** JOSE JARJURA JORGE JUNIOR; GUILHERME SOUTO FIGUEIREDO SILVA; REGINA HELENA MONTANARI BORGES; EMANUELA YUMI FUGISAWA DE MELLO ALCÂNTARA; VANESSA MACIEL DE MENDONÇA RIBEIRO; REBECCA GALLARDO FRANCO DE ANDRADE; LILAYNE KARLA DE SOUZA ARAUJO**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE - PUC -SP, SOROCABA - SP - BRASIL2. FACULDADE DE FONOAUDIOLOGIA DA UNISO, SOROCABA - SP - BRASIL

**Introdução:** A perda auditiva é a diferença do prejuízo individual da audição em relação à capacidade normal de percepção sonora. Essa perda pode ser causada a partir de deficiências condutivas e sensoriais. Apesar de não ser fatal, o deficiente auditivo apresenta comprometimento biopsicossocial, o que impacta diretamente em sua qualidade de vida. A respeito da idade, esse é um fator diretamente atrelado a deficiência auditiva<sup>10</sup>. Segundo o IBGE (2017), a população idosa (60+) alcançou o total de 30,2 milhões de pessoas. Todavia, expectativa de vida prolongada não é sinônimo de melhor qualidade de vida. Pelo contrário, condições como a presbiacusia se não bem manejadas prejudicam o bem viver do deficiente.

**Objetivos:** O presente estudo visa avaliar a eficácia do uso de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) em adultos.

**Método:** Trata-se de um estudo de coorte prospectivo com parecer favorável de comitê de ética. Foram selecionados, no total, 32 pacientes, dos quais 19 são homens e 13 são mulheres. Os pacientes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após esclarecimentos, assinaram, dataram e receberam uma cópia. Nenhum procedimento foi realizado sem a assinatura do TCLE. Após aplicação do questionário, os dados foram transferidos para um formulário eletrônico para melhor compilação e análise dos dados. Os participantes foram submetidos ao questionário Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) composto de 25 perguntas, das quais 13 são para escala emocional e 12 para escala social. Essas avaliam a percepção do indivíduo sobre a deficiência auditiva. Nesse questionário, as respostas às perguntas podem ser respondidas por sim (4 pontos) às vezes (2 pontos) e não (0 pontos). Dessa maneira, o escore varia entre 0 e 100. Os critérios de inclusão são: idade entre 18 e 60 anos; não necessitar de cirurgia otológica e ser capaz de responder ao questionário sem auxílio. Já os critérios de exclusão são: cirurgia otológica prévia e já usuários de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI). Aos selecionados, o questionário foi aplicado antes e após 7 dias de uso do AASI. Os resultados foram comparados e avaliados estatisticamente com o t-test de Student.

**Resultados:** Foram avaliados 32 pacientes, que responderam ao questionário HHIA antes e após 7 dias do uso de AASI, com um total de 13 mulheres e 19 homens. Desses, 26 possuíam um novo resultado melhor que o antigo, 4 não obtiveram mudança e 2 obtiveram piora.

**Discussão:** A deficiência auditiva (DA) apresenta comprometimento biopsicossocial, impactando diretamente na qualidade de vida. Dados oriundos do censo demográfico apontam 5,7 milhões de pessoas são deficientes auditivos. De tal forma, constata-se uma grande necessidade do tratamento da DA. O tratamento com o uso de AASI está indicado para quando não existe possibilidade de tratamento clínico ou cirúrgico com maiores benefícios, são os casos de perda neurosensorial, como a presbiacusia. Tal aparelho é um dispositivo que altera e amplifica sons nas frequências em que a audição apresenta comprometimento. Portanto, melhora qualidade de vida e reduz impactos causados pelo declínio social.

**Conclusão:** Portanto, o uso de AASI foi eficaz em aumentar a percepção da perda auditiva em adultos. Essa melhora pode ser constatada tanto no âmbito social quanto no emocional.

**Palavras-chave:** Perda auditiva; Aparelho de amplificação sonora individual; Adultos.



**AUTOR PRINCIPAL:** GODOFREDO CAMPOS BORGES

**COAUTORES:** JOSE JARJURA JORGE JUNIOR; REGINA HELENA MONTANARI BORGES; LEONARDO LOUZADA RIBEIRO; JÚLIA NAOMI MAZONI SASAKI; LILAYNE KARLA DE SOUZA ARAUJO; MONIQUE SOUTO DE ANDRADE SOUZA; VANESSA MACIEL DE MENDONÇA RIBEIRO

**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE - PUC- SP, SOROCABA - SP - BRASIL2. FACULDADE FONOAUDIOLOGIA DA UNISO, SOROCABA - SP - BRASIL

**Introdução:** A otite média é uma inflamação da orelha média e acomete principalmente crianças devido a fatores ambientais, sociais, imunológicos e anatômicos. A otite média crônica com efusão e otite média aguda são as principais formas da doença, ambas se caracterizam pelo acúmulo de fluido na orelha média, porém a otite média aguda é acompanhada de sinais inflamatórios. A principal complicação decorrente dessa doença é a perda auditiva, que, na criança, torna-se mais prejudicial, pois implica no desenvolvimento das habilidades de comunicação, entre elas, a linguagem. Além disso, esse comprometimento da linguagem pode resultar em dificuldade de aprendizagem e alterações de comportamento. Entre os tratamentos disponíveis, o tratamento cirúrgico com a inserção do tubo de ventilação é o procedimento mais frequentemente realizado em casos de otite média com efusão, visto que estudos evidenciam uma melhora significativa na qualidade de vida desses pacientes.

**Metodologia:** A avaliação da qualidade de vida foi feita de forma objetiva a pela aplicação do questionário Otitis Media-6 (OM-6). O questionário avaliou seis domínios relacionados à OM: sofrimento físico, perda auditiva, comprometimento da fala, sofrimento emocional, limitação da atividade e preocupação do cuidador. Cada domínio apresenta alternativas de resposta pontuadas de 1 a 7, sendo que 1 representa a inexistência de problema e 7, um problema extremo. Essas respostas permitem mensurar a qualidade de vida do paciente em um ano. A pontuação final é obtida através da soma de todos os itens, sendo o resultado dividido por seis. Quanto maior a pontuação, pior a qualidade de vida.

**Resultados:** Dos 30 pacientes avaliados, 53,3% (n=16) são do sexo masculino e 46,7% (n=14) do sexo feminino. A idade dos pacientes variou de 3 a 11 anos, com média de 5,9 anos (DP=2,15). Quanto aos antecedentes pessoais, 19 (63,3%) apresentaram quadro de otite média com efusão, destes, a média de recorrência do quadro foi de 2 (DP= 2,2), 11 pacientes (36,7%) apresentaram quadro de otite média aguda recorrente, destes a média de episódios foi de 6,63 (DP=1,6). Após analisar as respostas ao questionário OM-6 pré-operatório, a pontuação final do questionário no momento do pré-operatório variou de 3,3 a 5,3 pontos e com média de 4,15. Após a coleta dos dados do questionário OM-6 pós-operatório, a pontuação final do questionário no momento do pós-operatório de 30 dias variou de 2 a 4,6 pontos, apresentando uma média de 2,99. Quanto ao score de mudança entre os períodos pré e pós-operatório, o presente estudo revelou que 40% (n=12) das crianças apresentam uma melhora pequena em relação a qualidade de vida 30 dias após a cirurgia de colocação do tubo de ventilação; 26,7% (n=8) apresentaram grande melhora; 23,3% (n=7) apresentaram uma melhora moderada e 10% (n=3) apresentaram uma mudança trivial.

**Discussão:** Os resultados revelam uma notável melhora na qualidade de vida dos pacientes após a implantação do tubo de ventilação. A análise por meio do teste de Durbin-Conover feita para o grupo todo evidenciou que a diminuição da pontuação final demonstrou valores com associações estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Após um mês da cirurgia, 33,3% dos pacientes registraram uma grande mudança na qualidade de vida, elevando-se para 63% após um ano. Além disso, as discrepâncias entre os scores um mês e um ano pós-cirurgia em cada domínio também foi significativa. A avaliação dos scores ao longo do tempo revelou uma clara tendência de diminuição nos três momentos analisados: antes da cirurgia, um mês após a intervenção e um ano após. Isso sugere uma resposta positiva em relação à melhoria da qualidade de vida após a aplicação do tubo de ventilação.

**Conclusão:** Avaliar a qualidade de vida das crianças submetidas à colocação do tubo de ventilação após cirurgia é crucial para determinar se ocorre uma melhora significativa na qualidade de vida. Os resultados desta pesquisa revelaram efeitos positivos ao contrastar os períodos pré e pós-operatórios.

**Palavras-chave:** Otite média Secretora;Tubo de ventilação;Qualidade de Vida.

PO174

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL SÚBITA NA VIGÊNCIA DA PANDEMIA DE COVID-19****AUTOR PRINCIPAL:** KELLY ABDO PERON**COAUTORES:** MARINA CANÇADO PASSARELLI SCOTT; TRACY LIMA TAVARES; JONATAS BUSSADOR DO AMARAL; MARIA LUISA FRECHIANI LARA MACIEL; FLÁVIA ALENCAR DE BARROS SUZUKI; NORMA DE OLIVEIRA PENIDO**INSTITUIÇÃO:** ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA (EPM) - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL**OBJETIVO**

A Perda Auditiva Sensorioneural Súbita (PASNS) continua sendo um tema extremamente desafiador para médicos e cientistas, pois apesar de ser descrita desde 1908 ainda não conseguimos identificar, na maioria dos casos, seu agente etiológico. Por consequência, seu tratamento bem como sua evolução apresentam resultados heterogêneos e de difícil comparação entre os estudos. O vírus da COVID-19 pode comprometer múltiplos órgãos sensoriais, inclusive o sistema vestibulococlear. Torna-se, deste modo, premente avaliar o perfil clínico e audiológico de indivíduos acometidos por PASNS no período da pandemia da COVID-19, a fim de descrever as principais características identificadas nos subgrupos com e sem infecção por SARS-CoV-2.

**MÉTODOS**

Estudo coorte prospectivo com seguimento de 120 dias de acompanhamento de pacientes diagnosticados com PASNS na vigência da pandemia da COVID-19. Pacientes provenientes de ambulatório da disciplina de otologia em centro de nível terciário na cidade de São Paulo, Brasil, no período entre março de 2020 e setembro de 2022. Todos os pacientes foram submetidos à exames laboratoriais e sorológicos, PCR para COVID-19, ressonância nuclear magnética de ossos temporais e exame audiométrico seriado.

**RESULTADO**

Foram avaliados valores audiométricos, laboratoriais e sorológicos de 52 indivíduos com PASNS. No acompanhamento audiométrico, foi observado que a média PTA (pure tone average) inicial e final dos pacientes infectados foi maior no grupo com acometimento bilateral em comparação aos casos unilaterais, independente da infecção pelo vírus SARS-CoV-2. As taxas de recuperação auditivas tiveram comportamentos diferentes entre os grupos: valores médios de PTA em pacientes com PASNS bilateral e sem COVID-19 a recuperação auditiva foi mais significativa, se comparados aos casos bilaterais com histórico infeccioso pelo COVID-19, que apresentaram pior evolução auditiva entre os subgrupos. Comparando os grupos com histórico positivo para COVID-19 entre si, PASNS unilateral apresentou melhora no PTA significativamente maior.

**DISCUSSÃO**

Observamos neste período um acometimento de 23,08% de pacientes com PASNS em ambas as orelhas, enquanto na literatura há descrição de apenas 0,44% a 4,9% de apresentação bilateral. Outro dado discrepante foi a maior incidência (91,66%) de acometimento simultâneo nas duas orelhas, e apenas 17% de casos bilaterais simultâneos no período anterior a pandemia.

Finalmente, a avaliação destes dados revelou um pior prognóstico audiológico nos casos bilaterais em pacientes positivos para COVID-19. É importante ressaltar que a alta incidência de casos bilaterais simultâneos acometeu principalmente pacientes com COVID-19 grave, que necessitaram internação em UTI, o que aponta para uma evolução com múltiplas complicações cardiovasculares e infecciosas graves bem como a utilização de medicações potencialmente ototóxicas levando uma agressão maior de ambas as orelhas simultaneamente.

**CONCLUSÃO**

Nossos achados apontam o fato de que durante a pandemia de COVID-19 houve maior incidência de casos de Perda Auditiva Sensorioneural Súbita bilateral com acometimento simultâneo entre as orelhas em pacientes confirmados com COVID-19 grave não vacinados. Esses pacientes após tratamento evoluíram muito pior em comparação aos pacientes sem COVID-19 não apresentando nenhuma recuperação auditiva.

Palavras-chave: Perda Auditiva Sensorioneural Súbita (PASNS); COVID-19; ETIOLOGIA VIRAL.

PO176

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****SCHWANNOMA DO VIII PAR CRANIANO COM DESVIO DA LINHA MÉDIA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS**COAUTORES:** POLIANA GONCALVES VITORINO MONTEIRO; RAFAELLA CASÉ DE LIMA; NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO; GABRIELLA BENTO DE MORAIS; RODRIGO YURI GOMES DE LIMA; RENATA LISBOA BERGAMO; VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE**INSTITUIÇÃO:** SOS OTORRINO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A.P.B.G, 40 anos, sexo feminino, auxiliar de serviços gerais, atendida em clínica particular de otorrinolaringologia em João Pessoa - Paraíba com hipoacusia à esquerda há 03 anos com piora nos últimos 03 meses, associada a quadros vertiginosos esporádicos, que melhoram após poucos minutos, e zumbido esporádico à esquerda. Paciente relatou quadros de otorrêia na infância e não apresentava alterações na otoscopia. Apresentou exame prévio de audiometria (24/05/2019) realizado em outro serviço evidenciando perda auditiva mista de grau leve a direita e moderado a esquerda, com índice de reconhecimento de fala de 48% a esquerda. Realizou nova audiometria (15/08/2022) que evidenciou limiares auditivos dentro dos padrões de normalidade a direita e perda auditiva sensorioneural de grau profundo a esquerda e timpanograma tipo "A" a direita com reflexos C.L.E. ausentes e ipsilaterais presentes, e tipo "A" com reflexos C.L.D. presentes e ipsilaterais ausentes à esquerda. Solicitada ressonância nuclear magnética que demonstrou lesão expansiva sólida apresentando realce de contraste, medindo 4 x 3,7 x 3cm, ocupando fossa posterior, cisterna cerebello-pontina, com efeito compressivo sobre tronco cerebral que encontra-se desviado para lado direito sendo este achado compatível com schwannoma do VIII par craniano. Paciente foi encaminhada ao neurocirurgião e foi submetida a três cirurgias para ressecção completa do schwannoma, com preservação do nervo auditivo. Após o terceiro procedimento cirúrgico, a paciente evoluiu com paralisia facial periférica à esquerda.

**DISCUSSÃO:** O schwannoma vestibular é o tumor benigno mais frequente do ângulo ponto-cerebelar e possui crescimento lento, nascendo do oitavo nervo craniano. Perda auditiva unilateral é o sintoma mais comum. Nos casos em que o neurinoma do acústico comprime o tronco cerebral e obstrui o aqueduto cerebral, ocorre hidrocefalia, e desta forma, cefaléia progressiva acompanhada de vômitos. Trata-se de um tipo de tumor cerebral que se não for tratado, pode levar o paciente a óbito, mas se tratado, este pode ser curado. No caso em questão, o primeiro exame de audiometria vocal demonstrou indícios de alteração retrococlear à esquerda e perda bilateral na audiometria tonal, o que parece ter dificultado o diagnóstico. O fato de no segundo exame audiométrico ter demonstrado perda auditiva unilateral à esquerda chamou muito a atenção e foi investigado com a ressonância magnética, garantindo assim o correto diagnóstico e posterior tratamento.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A evolução dos exames de imagem vem facilitando o diagnóstico precoce de schwannoma. Entretanto, a anamnese, exame físico e exames audiológicos realizados de forma adequada, são primordiais para guiar o diagnóstico e até a solicitação de exames complementares, permitindo um diagnóstico e tratamento precoce, além do acompanhamento periódico e multidisciplinar para melhor abordagem terapêutica.

**Palavras-chave:** SCHWANNOMA; PERDA AUDITIVA; NEURINOMA DO ACUSTICO.

AUTOR PRINCIPAL: LUCAS CHOI MARCHESANO

COAUTORES: LORENZO SILVESTREIN SARTORELLI; PRISCILA CAVALIERI MASSON; KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS; TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA; INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO; ULA LINDOSO PASSOS; MONICA ALCANTARA DE OLIVEIRA SANTOS

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - FRANCISCO MORATO DE OLIVEIRA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Paciente A.R.B, masculino, 46 anos comparece em ambulatório de otologia, referindo entrada de corpo estranho em ouvido esquerdo (OE) do tipo inseto há 1 mês. Na ocasião, procurou pronto atendimento com realização de lavagem otológica, evoluindo com otalgia, episódios intermitentes de otorragia, tinnitus contínuo e hipoacusia moderada. Realizou tratamento com antibióticos tópicos e sistêmicos sem melhora do quadro. A otoscopia demonstrava meato acústico externo (MAE) livre, membrana timpânica (MT) íntegra com cabo do martelo horizontalizado e posteriorizado em OE. A audiometria demonstrou perda do tipo condutiva moderada em OE com gap de 30 dB, enquanto a tomografia (fig. 1, 2 e 4) evidenciou luxação incudomaleolar com deslocamento anteroinferior da cabeça do martelo e lateral do manúbrio e fratura entre a cabeça e colo do martelo. Paciente A.R.B, masculino, 46 anos comparece em ambulatório de otologia, referindo entrada de corpo estranho em ouvido esquerdo (OE) do tipo inseto há 1 mês. Na ocasião, procurou pronto atendimento com realização de lavagem otológica, evoluindo com otalgia, episódios intermitentes de otorragia, tinnitus contínuo e hipoacusia moderada. Realizou tratamento com antibióticos tópicos e sistêmicos sem melhora do quadro. A otoscopia demonstrava meato acústico externo (MAE) livre, membrana timpânica (MT) íntegra com cabo do martelo horizontalizado e posteriorizado em OE. A audiometria demonstrou perda do tipo condutiva moderada em OE com gap de 30 dB, enquanto a tomografia evidenciou luxação incudomaleolar com deslocamento anteroinferior da cabeça do martelo e lateral do manúbrio e fratura entre a cabeça e colo do martelo. Optado então por tratamento com aparelho de amplificação sonora individual (AASI) com pouca resposta à terapia e baixa adaptação. Dessa forma, foi realizada abordagem cirúrgica para reconstrução de cadeia ossicular com bigorna autóloga. O paciente apresentou então melhora importante da audição de OE com melhora também do tinnitus. A audiometria pós operatória demonstrou recuperação satisfatória dos limiares auditivos. Segue atualmente em acompanhamento ambulatorial com equipe de otologia. Primariamente descrita na década de 1950 de forma a restaurar o mecanismo de transmissão do som na orelha média, a ossiculoplastia passou por diversas evoluções com uma variedade de técnicas, materiais e próteses, sendo o principal objetivo da cirurgia restabelecer a continuidade da cadeia ossicular. A otite média crônica é responsável por até 80% dos casos de transtornos ossiculares, enquanto os demais casos são decorrentes de trauma contuso ou penetrante, fixação ossicular congênita ou adquirida, malformações, otosclerose ou neoplasias da orelha média, consistindo em indicações para reconstrução da cadeia ossicular. Há três tipos principais de próteses ossiculares sintéticas: prótese de reconstituição ossicular total (TORP), parcial (PORP) ou próteses de interposição ou substituição de bigorna, sendo que as taxas de sucesso giram em torno de 75% para PORP e 68% para TORP em 12 a 18 meses após a cirurgia. Há descrição de auto enxertos de ossículos, osso cortical, e cartilagem com a vantagem de baixo risco de extrusão, sendo o corpo de bigorna esculpido o tipo mais comumente utilizado. Suas desvantagens incluem massa corporal ossicular insuficiente se erosão óssea secundária a doença, aumento do tempo de cirurgia, fixação, reabsorção por osteíte, e risco de colesteatoma residual. Alguns estudos mostram que não há diferença estatisticamente significativa na melhora auditiva entre autoenxerto e próteses sintéticas, apesar de alguns autores demonstrarem que há maior preferência dos otologistas pelas próteses sintéticas em até 70% das vezes. A escolha do melhor tratamento por fim deve ser individualizada para cada paciente a depender da resposta ao tratamento conservador, grau de perda auditiva, comorbidades, idade e consideração do risco-benefício de terapias cirúrgicas.

Palavras-chave: Ossiculoplastia;Reconstrução de cadeia ossicular;Microcirurgia.

PO194

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA NO TRATAMENTO DE OTITE EXTERNA NECROTIZANTE****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS CHOI MARCHESANO**COAUTORES:** PRISCILA CAVALIERI MASSON; TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA; TAMARA SACUCHI CAMOES; LORENZO SILVESTREIN SARTORELLI; INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO; KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS; FELIPE COSTA NEIVA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - FRANCISCO MORATO DE OLIVEIRA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

L.G.L, feminino, 74 anos deu entrada em pronto socorro referindo otalgia, otorreia e plenitude aural à esquerda há 6 meses após lavagem aural com uso prévio de sintomáticos e antibióticos via oral sem melhora. Portadora de diabetes mellitus (DM) insulino dependente e hipertensão controlada. À otoscopia, meato acústico externo (MAE) com descamação profusa, discreto edema concêntrico, sem tecido de granulação com debris epiteliais, pequena quantidade de secreção purulenta e membrana timpânica íntegra. A tomografia evidenciou preenchimento de mastoide e de MAE com conteúdo de partes moles à esquerda sem erosão óssea. Na internação, foram realizados ceftazidima, ciprofloxacino tópico, controle glicêmico, cultura de secreção do MAE, ressonância de mastoides com contraste e audiometria. A paciente evoluiu então com piora da otalgia, manutenção de edema e hiperemia de MAE, níveis elevados de provas de atividade inflamatória e piora da tomografia com erosão de articulação temporomandibular esquerda e captação importante de contraste em RNM de osso temporal (Fig.2) a despeito da troca de antibioticoterapia para meropenem e vancomicina. Associado então amicacina ao esquema terapêutico com evolução de hipoacusia bilateral evidenciando reação de ototoxicidade ao antibiótico com piora dos limiares auditivos audiométricos. Optado por troca de esquema para Polimixina B e introdução de Anfotericina B pela positividade da cultura para Candida parapsilosis. Semanas após, a paciente apresentou piora da função renal evidenciando nefrotoxicidade medicamentosa. Pela negatividade de culturas de MAE para bactérias, foi feita abordagem cirúrgica para realização de diagnóstico microbiológico além da realização de cintilografia com Gálio-67 que evidenciou processo infeccioso em atividade. Dessa forma, foram indicadas 35 sessões de oxigenioterapia hiperbárica e manutenção do esquema de antibiótico com evolução favorável com melhora da dor, melhora da otoscopia, flutuação das provas de atividade inflamatórias e manutenção da positividade de cintilografia. A paciente recebeu alta após 9 meses internada e permanece em acompanhamento periódico em ambulatório de otologia.

A otite externa necrotizante é uma infecção do meato acústico externo que pode rapidamente acometer estruturas adjacentes e causar osteomielite da base do crânio. Ela afeta principalmente portadores de diabetes mellitus, indivíduos imunocomprometidos. Seu quadro clínico é caracterizado por otalgia intensa com irradiação para região frontotemporal e parietal, otorreia fétida e purulenta, hipoacusia condutiva leve. A otoscopia demonstra uma MAE com edema, secreção e hiperemia, membrana timpânica usualmente intacta com ou sem tecido de granulação na transição osteocartilaginosa. O agente causador mais comum é A Pseudomonas aeruginosa, uma bactéria gram negativa aeróbia presente em até 98% das infecções. O diagnóstico consiste em achados clínicos, laboratoriais com marcadores inflamatórios e radiológicos com tomografia, ressonância e cintilografia. O tratamento consiste em antibioticoterapia com atividade antipseudomonas por um período prolongado de 4 a 8 semanas. Ainda há pouca evidência da oxigenioterapia hiperbárica com impacto na sobrevida da otite externa necrotizante. Já para Byun et al, a oxigenação hiperbárica demonstrou aumentar a pressão parcial de oxigênio em tecidos infectados, aumentando a morte de patógenos, além disso há uma melhor cicatrização de tecidos moles e ossos, promovendo divisão fibroblástica, produção de colágeno e angiogênese capilar. Para Narozny, W et al, a aplicação da terapia hiperbárica se demonstrou como método valioso no tratamento da OEN de etiologia bacteriana sem o mesmo valor no tratamento da OEN de etiologia fúngica.

A oxigenioterapia hiperbárica se demonstra como um método adjuvante no tratamento de OEN refratária à terapia convencional. Apesar da ausência de consenso em literatura quanto à sua eficácia no tratamento de OEN, sua aplicabilidade deve ser levada em consideração haja vista as poucas complicações deste tratamento associada a relatos promissores na área

Palavras-chave: Otite externa necrotizante; Oxigenioterapia hiperbárica; Otite externa maligna.

PO198

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Persistência do Forame de Huschke: Desafio Diagnóstico

**AUTOR PRINCIPAL:** JÉSSICA CAMPELO DE ALMEIDA**COAUTORES:** PAULA TARDIM LOPES; MARCUS VINÍCIUS OSHIO MARIANO; MAÍRA ARAÚJO CATANZARO; WILKER LUCIAN ROCHA FERNANDES; VINICIUS MARQUES TAVARES**INSTITUIÇÃO:** OTORHINUS, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Persistência do Forame de Huschke: Desafio Diagnóstico

Jéssica Campelo de Almeida/Paula Tardim Lopes, Marcus Oshio, Maíra Catanzaro, Wilker Fernandes, Vinícius Marques, Otorhinus-São Paulo

**Apresentação do caso**

M.R.S., 49 anos, sexo feminino, enfermeira, relata secreção de aspecto hialino, sem odor e em pequena quantidade, na narina e conduto auditivo esquerdo ao alimentar-se há cerca de 10 meses. A otoscopia direita estava dentro da normalidade, enquanto a esquerda o conduto auditivo externo encontrava-se úmido e levemente hiperêmico, com presença de ponto de tumefação na região anterior do conduto auditivo externo. Na tomografia do osso temporal foi verificada a presença de processo inflamatório e discretas irregularidades e descontinuidades na face superior do osso timpânico. assim, foi solicitada sialoressonância magnética, confirmando a persistência do forame de Huschke.

**Discussão**

Durante a formação e desenvolvimento da porção timpânica do osso temporal, podemos verificar a presença de um forame na região central da parede posterior da fossa articular (parede anterior do meato acústico externo). Este forame (forame de Huschke) está presente em todos os indivíduos, e sua luz oblitera-se por um processo natural de calcificação ao redor dos 5 anos de vida.

A formação do forame de Huschke se dá após o nascimento, quando o anel timpânico se torna o osso timpânico e tem a forma de um anel interrompido em sua extremidade superior. Durante seu desenvolvimento, que ocorre em sentido circular e superior por meio de seus centros de ossificação, o osso timpânico irá fundir-se à porção petrosa do osso temporal formando a parede externa da cavidade timpânica. A próxima fase de desenvolvimento é o aparecimento de dois tubérculos ou proeminências que crescem um contra o outro, até se unirem no primeiro ano de vida. O osso timpânico apresenta, agora, como resultado da fusão desses dois tubérculos, uma abertura denominada forame de Huschke.

Na população brasileira, esse forame permanece persistente em aproximadamente 10% da população adulta. Este forame permite uma comunicação, separada apenas por tecidos moles, entre a fossa articular e meato acústico externo.

Inúmeras implicações clínicas relacionadas ao não fechamento desse forame foram relatadas na literatura como otites externas e médias, artrites infecciosas, hérnias e fístulas no conduto auditivo externo, lesões de orelha média e interna com comprometimento auditivo, fraturas ósseas pelo enfraquecimento da parede anterior do meato acústico externo, além de danos neuromotores faciais.

**Considerações Finais**

É de fundamental importância que os otorrinolaringologistas estejam cientes e atentos aos diagnósticos diferenciais de otites envolvendo todas as regiões anatômicas nas proximidades e suas possíveis variações

Palavras-chave: Forame de huschke; Implicações clínicas; Osso temporal.



PO204

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****SINTOMAS OTOLÓGICOS COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO**COAUTORES:** ANA FLAVIA BURQUE BORDINASSI; VITOR TAKASHIBA; VINICIUS SIMON TOMAZINI; MAYARA ROSANELLI; MAYSA VARGAS DUZANSKI; JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO; RICARDO BORGES**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL, LONDRINA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente M.L.C.B., sexo feminino, lactente de 11 meses, sem comorbidades ou alergias prévias foi admitida no pronto socorro pediátrico do HURNP, acompanhada pela mãe devido a otorreia espontânea à direita com odor fétido de início há 3 semanas, associada a episódios febris aferidos de 38 graus nos primeiros 14 dias. Paciente sem história de infecção de via aérea superior, sem contato com piscinas e sem episódios de otite prévios. Tratamento inicial realizado em serviço externo com antibioticoterapia oral e otológica por 10 dias sem resolução. Ainda em serviço externo, optado por troca de antibióticos por mais 7 dias, no entanto em razão da permanência sintomatológica, foi encaminhada ao HU-Uel. No atendimento inicial paciente em bom estado geral, ativa e reativa, sem alterações pré ou retroauriculares com presença de cerume em canal auditivo externo esquerdo e secreção purulenta à direita. Realizado curativo otológico, todavia, sem possibilidade de visualização da membrana timpânica devido à friabilidade do conduto e consequente sangramento. Iniciado novo tratamento antimicrobiano endovenoso associado à administração tópica de solução oftalmológica, solicitado tomografia computadorizada (TC) dos ossos temporais e exames laboratoriais. A TC de mastoides demonstrou uma otomastoidopatia com erosões bilaterais maiores a direita e o hemograma uma pancitopenia. A paciente evoluiu com estabilidade clínica durante internação prolongada e foi submetida a tomografias de seios paranasais, tórax e membros inferiores. Evidenciado velamento dos seios maxilares e das células etmoidais bilateralmente, espessamento difuso das paredes brônquicas e uma lesão osteolítica na medula óssea da região metafisária proximal do fêmur esquerdo com acometimento cortical sendo essa biopsiada. O anatomopatológico corroborou a hipótese de histiocitose devido à presença de proliferação intensa de eosinófilos penetrado por células claras histióides. A paciente foi encaminhada à serviço oncológico externo para realização de terapia específica e segue em acompanhamento ambulatorial com a nossa equipe.

**Discussão:** As histiocitoses são um grupo de doenças caracterizadas pela proliferação anormal dos histiócitos, ou seja, uma alteração do sistema retículo endotelial a qual promove o aumento deliberado das células apresentadoras de antígenos que incluem monócitos e macrófagos, células dendríticas e as células de Langerhans. Essa exacerbação pode propiciar um processo inflamatório e acometer pele e anexos, ossos ou vísceras e, portanto, ocasiona manifestações clínicas variáveis. A fisiopatologia ainda não é bem definida, todavia tem-se teorias que se baseiam na desregulação do sistema imunológico, nas infecções virais e malignidade. O quadro clínico é variado e apresenta-se de acordo com os órgãos acometidos, podendo ser uni ou multissistêmico. A doença multissistêmica manifesta-se na forma de três síndromes conhecidas como doença de Hand-Schüller-Christian, doença de Letterer-Siwe, e granuloma eosinofílico, contudo nem sempre possuem características específicas e se restringem a essa definição, sendo classificadas como histiocitose de células de Langerhans ou de classe I, quando há justaposição de aspectos clínicos. O diagnóstico ocorre através da biópsia e da imuno-histoquímica e após a confirmação é necessário determinar a extensão do acometimento, por meio de exames de imagens e laboratoriais. O tratamento modifica-se de acordo com o grau da doença, desde corticoterapia sistêmica para afecção cutânea, abordagem cirúrgica, curetagem com infiltração de corticoide ou radioterapia para lesões ósseas e até mesmo quimioterapia para distúrbio sistêmico.

**Comentários finais:** O conhecimento adquirido com a investigação nos permite incluir ao rol de diagnósticos diferenciais a histiocitose, doença imprevisível e de baixa incidência e grande diversidade clínica, muitas vezes subestimada. Sendo assim, a experiência com com esse diagnóstico faz que pacientes com sintomatologias similares sejam conduzidos ao desfecho precocemente com melhor prognóstico.

**Palavras-chave:** HISTIOCITOSE; LANGERHANS; OTOMASTOIDOPATIA.



PO208

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****MASTOIDITE COMPLICADA COM TROMBOSE DO SEIO TRANSVERSO - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA RECH**COAUTORES:** LAURA KLEIN; CAROLINA SARCINELLI SPINELLI; VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ**INSTITUIÇÃO:** GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do caso:** L.P.M, 5 anos de idade, compareceu à emergência pediátrica da instituição devido a queixa de abaulamento e hiperemia retroauricular à esquerda, precedida em 4 semanas pela ocorrência frequente de quadros febris e em 7 dias pelo início de otalgia à esquerda. Paciente relatando cefaleia na chegada, prostrada. Ao exame físico, presença de hiperemia e abaulamento em membrana timpânica esquerda, além de edema e hiperemia retroauricular. Foi realizada tomografia de ouvidos e crânio com contraste, sendo visualizada assimetria dos seios transversos e imagem hipodensa à esquerda sugestiva de trombose. Além disso, presença de acúmulo de material nos seios maxilares, esfenoidais e células etmoidais anteriores e posteriores e acúmulo de material em ambos os ouvidos médios e células das mastoide bilateralmente. Exames laboratoriais obtiveram como resultado uma leucocitose importante com desvio e uma proteína C reativa de 145. Procedeu-se à timpanotomia com colocação de tubo de ventilação bilateralmente em bloco cirúrgico. Paciente avaliada por equipe da neurocirurgia, sem necessidade de intervenção cirúrgica por parte da mesma ou de anticoagulação. Durante acompanhamento clínico pós cirúrgico, evoluiu sem melhora de picos febris, apresentando aumento de abaulamento retroauricular e surgimento de coleção palpável com flutuação. Realizada nova tomografia, com pequena coleção (2,1 x 0,6cm) hipodensa junto a partes moles extracranianas adjacentes à mastoide (retroauricular) à esquerda. Além disso, pequena descontinuidade óssea de mastoide visualizada junto ao seio sigmoide, demonstrando possível comunicação intracraniana. Devido a essa evolução, foi realizada mastoidectomia simples à esquerda, sem visualização de erosões ósseas durante cirurgia. Retirado tecido granulomatoso e enviado para anatomopatológico, que demonstrou inflamação crônica supurativa abscedida. Coletada secreção para exames culturais, negativos. Procedimento ocorreu sem intercorrências. Paciente permaneceu internada durante 6 semanas em uso de antibioticoterapia endovenosa (cefepime, vancomicina e metronidazol), conforme discussão de caso com equipe da infectologia hospitalar. Apresentou melhora clínica, com remissão de picos febris, e normalização laboratorial. Recebeu alta hospitalar e mantém acompanhamento sem recorrências de quadro.

**Discussão:** mastoidite aguda corresponde à uma infecção das células da mastoide, podendo ocorrer durante o episódio de otite média aguda ou logo após o mesmo. O desenvolvimento de trombose no seio sigmoide e/ou no seio transversos é uma complicação rara dessa infecção, especialmente na era pós-antibióticos, porém com potencial gravidade ao paciente. Pode ocorrer por disseminação via hematogênica ou por contiguidade. Cefaleia costuma ser um sintoma frequente nesses pacientes. A avaliação com exames de imagem e por uma equipe multidisciplinar é essencial para o diagnóstico precoce e tratamento, evitando consequências e um desfecho negativo.

**Comentários finais:** Destaca-se com o caso relatado a necessidade de possuir um limiar baixo de suspeição para complicações em quadros diagnosticados de mastoidite, por sua potencial gravidade e início insidioso. Além disso, deve-se fazer acompanhamento clínico frequente de paciente, para determinar novas condutas cirúrgicas e clínicas quando necessárias, visando evitar mortalidade e morbidade para os mesmos.

**Palavras-chave:** mastoidite; crianças; trombose de seio transversos.

PO210

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**PAGENESIA\HIPOPLASIA DO NERVO COCLEAR****AUTOR PRINCIPAL:** THATIANA PEREIRA SILVA**COAUTORES:** DIAGO RAFAEL MOTA FASANARO; NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO; JULYANA CARNEIRO GOMES; BRANDA CAVALCANTE DOURADO; YASMIN DE REZENDE BEIRIZ; WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA; SANDRO DE MENEZES SANTOS TORRES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL**Apresentação do caso**

D.A.C, Masculino, 9 anos, encaminhado ao serviço ambulatorial de otorrinolaringologia de um hospital municipal de Feira de Santana devido a um quadro de hipoacusia em ouvido esquerdo desde o nascimento associada a um baixo rendimento escolar. Ao exame físico, apresentou otoscopia normal em ambos os ouvidos. Foi solicitado um exame de audiometria que evidenciou perda neurossensorial profunda em orelha esquerda e Timpanometria com curva tipo A em ambas orelhas, com ausência de reflexos acústicos contralaterais. O Paciente foi submetido a uma Ressonância Magnética de ouvido interno (RNM) que evidenciou cóclea e vestibulos fusionados (cavidade comum), redução do meato acústico interno esquerdo e do nervo vestibulo-coclear, sem identificação do nervo coclear ipsilateral, sugerindo aplasia\hipoplasia do nervo coclear. Foi indicado o uso de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) cros em ouvido esquerdo e o paciente foi encaminhado para seguimento no centro de reabilitação auditiva.

**Discussão**

As malformações do ouvido interno representam cerca de 20% dos casos de perda auditiva neurossensorial congênita. Dentro desse grupo estão incluídas as alterações do meato acústico interno, como a estenose do conduto auditivo, que podem se apresentar isoladamente ou associadas a malformações cocleovestibulares, tal como a aplasia\hipoplasia do nervo coclear. Os pacientes geralmente se manifestam com hipoacusia neurossensorial ou anacusia desde o nascimento. A tomografia computadorizada do osso temporal é um importante método de imagem para avaliação da parte óssea da cápsula óptica, sendo útil na detecção de estenose ou alargamento do canal auditivo interno. No entanto, o melhor exame para caracterização do conteúdo coclear, e avaliação das estruturas nervosas, é a Ressonância magnética do ouvido interno. Nos casos de ausência ou atrofia do nervo coclear, o implante coclear é contraindicado, devendo-se optar pela realização do implante de tronco cerebral ou aparelho de amplificação sonora individual tipo cros como métodos de tratamento.

**Comentários Finais**

Sempre deve ser investigado a presença de malformações congênitas do ouvido interno diante de um paciente com história clínica de hipoacusia desde o nascimento associada a uma audiometria evidenciando uma perda auditiva neurossensorial. Após uma avaliação clínica detalhada, A realização de exames de imagem é imprescindível nesses casos, pois definem a causa e auxiliam na escolha do melhor método de tratamento.

**Palavras-chave:** OTORRINOLARINGOLOGIA;MALFORMAÇÕES COCLEOVESTIBULARES;PERDA AUDITIVA.

PO211

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Zumbido pulsátil e alterações anatômicas do bulbo da jugular- relato de dois casos

**AUTOR PRINCIPAL:** LÍVIA MACHADO RIGOLON**COAUTORES:** LUIZ GUSTAVO DE FARIA FERREIRA; IAGO ETHAN SILVA RIBEIRO ALMEIDA; ISABELA ABREU TORRES; GABRIEL COELHO SOARES MORAES; LÍVIA DE CASTRO SANT'ANNA; MARCELO CASTRO ALVES DE SOUSA; MIRIAN CABRAL MOREIRA DE CASTRO**INSTITUIÇÃO:** 1. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL. 2. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** Caso 1- Paciente idosa, sexo feminino, queixa de zumbido pulsátil crônico à esquerda. Nega outros sintomas otológicos, exames audiométricos dentro da normalidade. Otoscopia: membrana timpânica íntegra com massa pulsátil em região inferior de mesotímpano, medial ao cabo do martelo, à esquerda. Ressonância magnética (RM) de ouvidos e mastoides: ângulo ponto-cerebelar sem alterações, proeminência do bulbo da jugular para a região basal. Tomografia computadorizada (TC) de ouvidos e mastoides: sinais de deiscência do bulbo da jugular, com presença de divertículo, bem delimitado e sem outros pontos de erosão óssea evidentes. Solicitada angiorressonância e encaminhada paciente para avaliação conjunta com equipe de cirurgia vascular. Caso 2- Paciente jovem, sexo feminino, queixa de plenitude auricular, zumbido pulsátil e hipoacusia à direita. Sensação de leve desequilíbrio. Episódios de otite média aguda recorrentes à direita. Otoscopia: abaulamento em parede anteroinferior do conduto auditivo externo direito, pulsátil. TC de ouvidos e mastoides: proeminência do bulbo da jugular direito com deiscência da parede óssea, estendendo-se superiormente acima do nível do canal semicircular lateral. Optado por abordagem cirúrgica, com fechamento de defeito ósseo com cartilagem de concha auricular. Boa evolução pós-operatória, com melhora importante dos sintomas, exceto por zumbido de baixa intensidade, intermitente, ao decúbito dorsal.

**Discussão:** O zumbido pulsátil é um sintoma raro, mas incômodo, tendo várias causas, de origem vascular e não vascular. A etiopatogenia diversa do zumbido pulsátil gera dificuldade no diagnóstico e tratamento. Quando bem avaliado, com boa anamnese, exame físico e investigações personalizadas, produz etiologias que são passíveis de tratamento. Dentre as causas estão hipertensão intracraniana, tumores, como o paraganglioma, fístulas arteriovenosas durais, estenose da artéria carótida e alterações do seio venoso. A associação de zumbido pulsátil com anomalias dos seios venosos durais e do bulbo jugular, como divertículos, aneurismas e um bulbo jugular em posição alta ou lateral, são causas menos comuns, mas que devem ser levantadas como diagnóstico diferencial, principalmente se há deiscência da cobertura óssea- como foi o caso dos pacientes em questão. Sintomatologia é relacionada à extensão do divertículo, incluindo perda auditiva neurosensorial, vertigem e plenitude auricular, podendo ser também assintomático. Para diagnóstico e exclusão de outras condições, recomendada-se realização de tomografia computadorizada, ressonância magnética e arteriografia. Opções de tratamento são reparo do defeito ósseo com fâscias, cimento ósseo ou cartilagem, abordagem endovascular.

**Comentários finais:** O zumbido pulsátil pode estar relacionado a diversas patologias de gravidades variáveis. Além da alta suspeição para tumores, deve-se atentar para causas benignas e raras, como a deiscência do bulbo da jugular. Ressalta-se que exames de imagem bem avaliados no planejamento pré-operatório de cirurgias otológicas podem evitar complicações. O diagnóstico permite abordagem eficaz, com objetivo de curar ou aliviar sintomas, visto o grande desconforto e incapacidade relatados em alguns casos.

**Palavras-chave:** deiscência do bulbo da jugular; zumbido pulsátil; bulbo da jugular anômalo.

PO212

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**FÍSTULA LIQUÓRICA E PNEUMOENCÉFALO: COMPLICAÇÕES DE UMA MASTOIDECTOMIA****AUTOR PRINCIPAL:** ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT**COAUTORES:** FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA; RODRIGO LEMOS DA SILVA; GIOVANA GOMES FERNANDES; PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA; ISABELLE SOUZA DO ROSARIO; LEANDRO DE BORBOREMA GARCIA; LOUISE SAUMA DE OLIVEIRA SOARES**INSTITUIÇÃO:** BETTINA FERRO/UFPA, BELÉM - PA - BRASIL

Paciente do sexo masculino, 58 anos, foi submetido a cirurgia de timpanomastoidectomia esquerda em serviço de otorrinolaringologia. Apresentava história de mastoidectomia esquerda prévia. Durante intra-operatório, notou-se descontinuidade em região de assoalho de fossa média, com saída de grande quantidade líquido cefalorraquidiano (LCR) pela deiscência de fossa média. Dessa forma, paciente apresentava uma fístula liquórica de alto débito. Após a realização dos passos da timpanomastoidectomia, foi realizada a correção da fístula liquórica com rotação de retalho de músculo temporal esquerdo, seguida da colocação de hemostáticos surgicell e geofom em local da deiscência, no momento não havia disponível cera para osso, mas mesmo assim, a fístula liquórica foi contida, sem saída de LCR. No pós-operatório imediato, paciente realizou tomografia computadorizada de crânio, na qual foi possível notar a deiscência óssea de fossa média e presença de pneumoencéfalo de 4,5 x 1,5 cm sem herniação de tecido encefálico por deiscência. Paciente foi mantido internado em uso de diurético oral acetazolamida, ceftriaxona e com cabeceira elevada. Evolui sem queixas neurológicas, vestibulares e auditivas, havendo apenas pequeno sangramento por conduto auditivo externo, sem relação com a fístula liquórica. Paciente foi encaminhado para hospital de referência e avaliado pela equipe da neurocirurgia que tiveram conduta expectante no caso, com apenas cuidados clínicos e vigilância neurológica. Paciente recebeu alta em sétimo pós-operatório, sem queixas neurológicas. Foi solicitado nova tomografia de crânio, para controle do pneumoencéfalo, com 15 dias de pós-operatório, na qual não foram notados sinais de pneumoencéfalo, que foi absorvido naturalmente, e sem herniação encefálica pela deiscência de fossa média. Paciente permaneceu estável, sem sinais de saída de líquido por conduto auditivo externo e sem sintomas neurológicos ou vestibulares.

Durante o pré-operatório de uma mastoidectomia, é de suma importância a avaliação tomografia de mastoide para notar possíveis alterações anatômicas que possam vir a se tornar uma complicação no intra-operatório. A deiscência de fossa média com fístula liquórica de alto débito e incomum como complicação de mastoidectomia, mas pode acontecer, assim como outras complicações. Por isso, conhecer as complicações cirúrgicas e saber como resolvê-las é fundamental para um otorrinolaringologista, para que não haja consequências negativas para o paciente.

**Palavras-chave:** MASTOIDECTOMIA;COMPLICAÇÃO;PNEUMOENCEFALO.

PO214

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Revisão Sistemática da Eficácia de Tratamentos para Surdez Súbita: Uma Análise Abrangente dos Resultados

AUTOR PRINCIPAL: YASMIM ROBERTA FERREIRA

COAUTORES: MARCOS VINICIUS MARUYAMA RIBEIRO; FABIO MEIRA PACHECO

INSTITUIÇÃO: 1. UNIVILLE, JOINVILLE - SC - BRASIL2. CLINICA OTORRINOS JOINVILLE, JOINVILLE - SC - BRASIL

**OBJETIVOS:** A surdez súbita, determinada por uma perda auditiva de pelo menos 30 decibéis em 3 frequências audiométricas contíguas em 72 horas, afeta entre 5 a 27 a cada 100.000 pessoas por ano, com cerca de 66.000 novos casos anuais nos EUA, sendo mais comum entre os 50-60 anos, de acordo com a Academia Americana de Otorrinolaringologia - Cirurgia da Cabeça e Pescoço em 2019. Assim, a presente pesquisa teve o propósito de identificar os principais tratamentos utilizados e aprovados no cenário atual, a fim de apresentar dados consistentes para o tratamento de perda auditiva neurosensorial súbita.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão sistemática seguindo do método PRISMA. Etapa I: Definição da pergunta de pesquisa pelo método PICO (Qual a efetividade do uso de corticoterapia e câmara hiperbárica no tratamento de perda auditiva súbita?) e definição das palavras-chave. Etapa II: Definição do esquema booleano e de elegibilidade dos artigos. Etapa III: Definição dos sítios de busca, sendo utilizados SciELO, PubMed, BVS e Lilacs. Etapa IV: Seleção dos artigos. Etapa V: Análise dos resultados. Após as 5 etapas, 17 estudos em inglês, espanhol e português foram revisados.

**RESULTADOS:** Hipóteses foram elaboradas com base na leitura e sumarização dos textos: (1) A surdez súbita pode ser resultado de uma combinação complexa de fatores, incluindo problemas vasculares, infecciosos, autoimunes e genéticos. A interação desses fatores a torna uma condição cuja etiologia é difícil de ser atribuída a um único fator; (2) A combinação de corticoterapia e câmara hiperbárica terá uma efetividade superior no tratamento do que o uso isolado de cada terapia; (3) A eficácia da corticoterapia e da câmara hiperbárica será influenciada pela dose adequada, a via de administração e tempo entre o início dos sintomas e o tratamento; (4) A gravidade inicial da perda auditiva súbita pode influenciar os resultados.

**DISCUSSÃO:** Existem diversas variáveis envolvidas no tratamento da surdez neurosensorial súbita, principalmente devido à dificuldade de identificar a causa, com 90% dos casos idiopáticos, o tratamento empírico é instituído corriqueiramente. As terapias aceitas pela Academia Americana de Otorrinolaringologia – Cirurgia da Cabeça e Pescoço (2019) incluem corticoterapia sistêmica inicial, devido a melhora dos limiares auditivos no audiograma tonal simples, com redução da inflamação no ouvido interno por difusão pela janela redonda. Outras opções terapêuticas são a associação de corticosteróides com oxigenoterapia hiperbárica ou tal combinação como terapia de resgate dentro de 1 mês após o início do quadro. A oxigenoterapia hiperbárica (HBOT) tem potencial promissor como terapia primária, adjuvante ou de resgate em casos de isquemia ou hipóxia, visto que ela aumenta a oxigenação coclear e melhora a audição. Diferentes pesquisas e meta-análises indicaram resultados superiores quando a terapia começa dentro de duas semanas após os sintomas, combinada com corticosteróides, com ganho auditivo de 19,3 dB e 37,7 dB para perda auditiva moderada e para casos graves, respectivamente (ORTEGA; LEAL; GODOY; 2022). A terapia intratimpânica é regularmente prescrita após falha de tratamento convencional ou em casos em que há limitações para o uso de corticosteróides sistêmicos, sendo tratamento primário em 23,3% dos casos. A vantagem é que, devido à sua farmacocinética, a administração intratimpânica reduz significativamente os efeitos colaterais associados aos corticosteróides sistêmicos. (BARRETO MASC, et al., 2016). Além da corticoterapia e da oxigenoterapia hiperbárica, não há evidências sólidas que apoiem o uso de outros agentes, como antivirais ou antioxidantes, para tratar a surdez súbita.

**CONCLUSÃO:** Em síntese, a surdez súbita neurosensorial idiopática é desafiadora devido à falta de compreensão de sua causa e a possibilidade de recuperação espontânea. Até o momento, a corticoterapia e HBOT apresentou resultados promissores, resultando em uma taxa de recuperação auditiva de aproximadamente 66,67%. Portanto, o diagnóstico e tratamento precoces podem melhorar a recuperação auditiva e a qualidade de vida.

Palavras-chave: Surdez súbita; Surdez súbita neurosensorial; Tratamento surdez súbita.

PO219

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Fístula liquórica espontânea: relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** YARA FRANCESCHI SABA**COAUTORES:** SULENE PIRANA; BEATRIZ ALMEIDA SPERINI; ANTONIO FERNANDO SALAROLI; FELIPE LAMBERT BITARELLO; ANGELA CRISTINA GOMES; GIOVANNA RODRIGUES PEREZ**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, POUSO ALEGRE - MG - BRASIL

**Introdução:** O desenvolvimento de fístula liquórica da base lateral do crânio pode ser o resultado de trauma, cirurgia prévia ou defeitos congênitos; no entanto, muitas vezes uma causa não será identificada. A fístula liquórica é considerada espontânea. Acredita-se que essa condição tenha uma incidência de 5/100.000/ano, com pico de incidência na quarta década e predomínio do sexo feminino. Os sinais e sintomas incluem perda auditiva, plenitude aural e otorreia. O risco de meningite é a principal indicação de reparo de fístulas. A abordagem diagnóstica requer uma combinação de métodos e exames. Imagens de RM e TC podem fornecer informações anatômicas detalhadas e ajudar na localização da fístula. Acesso cirúrgico para reparo da fístula: craniotomia da fossa média, transmastóideia ou fossatransmastóideia média combinada. A técnica escolhida dependerá das características individuais de cada caso, incluindo a localização da fístula e a experiência do cirurgião. Uma variedade de materiais pode ser utilizada para reparo, incluindo opções autólogas e não autólogas. O manejo das fístulas liquóricas requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo neurologistas, neurocirurgiões, otorrinolaringologistas e radiologistas, entre outros especialistas. O acompanhamento pós-tratamento é crucial para monitorar a eficácia da intervenção e prevenir complicações, como recorrência do vazamento ou infecções.

**Relato do caso:** E.D.S.L., 59 anos, sexo feminino, com queixa de hipoacusia à direita há 6 meses. Antecedente pessoal de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2, Transplante renal e Câncer de mama com tratamento radioterápico. À otoscopia, membrana timpânica íntegra com visualização de secreção límpida em orelha média. Audiometria com perda auditiva do tipo condutiva de grau leve à direita e timpanometria com curva tipo B à direita, fechando diagnóstico de otite média serosa em orelha direita. Foi submetida a cirurgia com timpanoplastia para colocação de tubo de ventilação em orelha direita. No pós-operatório recente iniciou com otorreia à direita, com saída de secreção clara líquida em moderada a grande quantidade. Ao exame, evidenciada grande quantidade de secreção hialina fluindo pelo tubo de ventilação locado na membrana timpânica. Realizado teste de glicofita, com resultado positivo. Tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) dos ouvidos revelaram em orelha direita múltiplas pequenas áreas de descontinuidade óssea na margem superior da mastóide, a maior com extensão anteroposterior de 5,5mm, por onde se observava insinuação de conteúdo liquórico, que preenchia difusamente as células da mastóide e caixa do tímpano. De acordo com as características clínicas e de imagem, o diagnóstico de fístula otoliquórica à direita foi estabelecido. Foi submetida a cirurgia para correção de fístula liquórica. Breve descrição do procedimento: instalação de derivação lombo peritoneal, seguida por mastoidectomia radical modificada à direita com identificação de deiscência óssea de tegmen timpânico, com exposição da dura mater e encéfalo. Realizado fechamento da fístula com fragmento de gordura, fragmento ósseo da cortical da mastóide, fáscia temporal e por fim, cola biológica. No controle clínico e de imagem aos 6 meses, a paciente não apresentava sequelas de paralisia facial, parestesias ou danos a estruturas adjacentes, com supressão da otorreia. TC mostrava correção da deiscência óssea.

**Conclusão:** Essa patologia representa condição clínica desafiadora que requer uma abordagem multidisciplinar para diagnóstico e tratamento adequados. O diagnóstico precoce e preciso é essencial para evitar complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados.

**Palavras-chave:** Fístula liquórica; Rinoliquorreia; Otoliquorreia.

PO230

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTOSCLEROSE E CIRURGIA: EXISTE MELHORA NA AUDIÇÃO? UM ESTUDO TRANSVERSAL DO INTERIOR PAULISTA****AUTOR PRINCIPAL:** ANA LUIZA PERES CARDIM**COAUTORES:** GABRIELA MACHADO DO AMARAL; GIOVANA ESPARZA MARQUES; GUSTAVO GONÇALVES MACIEL; TAÍS RIBEIRO NUNES; WILSON FACO; LUIZ HENRIQUE CHEQUIM; EVANDRO MARTON DA SILVA**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA (FAMECA), CATANDUVA - SP - BRASIL2. HIORP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL3. FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL**Objetivos:** Avaliar evolução da capacidade auditiva em pacientes que foram submetidos à estapedectomia devido à otosclerose.**Métodos:** O estudo consiste em uma série de casos, no qual cinco orelhas de pacientes com otosclerose submetidos à cirurgia de estapedectomia nas cidades de Catanduva (SP) e Indaiatuba (SP) foram avaliadas em suas evoluções pós-operatórias. As cirurgias aconteceram entre 2019-2023, em duas clínicas particulares. Adicionalmente, foram coletados dados sociodemográficos e audiométricos para avaliar o GAP aéreo-ósseo e o ganho auditivo após o procedimento cirúrgico. A análise estatística descritiva foi realizada utilizando o software R Studio™(versão 4.3.0). O estudo recebeu aprovação ética do comitê de ética local (CAAE: 69066223.5.0000.5430, número do parecer: 6.034.528).**Resultados:** No total, foram avaliados 4 pacientes (5 orelhas afetadas pela condição), sendo 3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com uma média de idade de 45,8 anos. Os resultados do estudo revelaram diferenças significativas nos GAPs auditivos antes e após a cirurgia para diferentes frequências. Na frequência 0,5Hz a média foi de 33.4dB (DP=10.78) para 9dB (DP=10.25), na frequência 1Hz a média foi de 37.62dB (DP=8.74) para 6dB (DP= 10.84), na frequência 2Hz a média foi de 24.64dB (DP= 6.32) para 3 dB (DP=4.47) e na frequência 3Hz a média foi de 21.6dB (DP=6.66) para 2dB (DP=2.74) após a cirurgia.

Ao avaliar todas as frequências em conjunto, a média antes da cirurgia foi de 29.32dB (DP=10.11), enquanto após a cirurgia foi de 5dB (DP=7.78), resultando em uma diferença média de -24.32dB. Todos os pacientes apresentaram GAP &lt; 10dB após a cirurgia, indicando a restauração da cadeia auditiva em todas as frequências. Além disso, o ganho auditivo pós-cirúrgico também foi analisado, revelando que 1 caso teve ganho inferior a 10 dB, 1 caso teve ganho entre 10 a 20 dB e 3 casos tiveram ganho entre 20 a 25 dB.

**Discussão:** Ao longo dos anos, vários estudos têm sido publicados apresentando resultados audiométricos pós-estapedectomia. No entanto, apesar do considerável número de artigos disponíveis, a falta de padronização nas avaliações prejudica a comparação direta entre eles. Em nossa análise, observamos uma redução consistente no GAP aéreo-ósseo antes e após o procedimento em todas as 5 orelhas avaliadas, o que reforça a eficácia do procedimento, conforme já descrito em resultados semelhantes previamente publicados em outros estudos.<sup>1,2,3</sup> Sedwick, por exemplo, realizou uma revisão abrangente envolvendo 550 pacientes submetidos a estapedectomia primária na House Ear Clinic ao longo de um período indefinido, com a participação de 3 cirurgiões. Nessa revisão, a taxa de fechamento do GAP aéreo-ósseo em 4 frequências foi de 78%.<sup>3</sup> Dessa forma, nosso estudo está alinhado com a literatura, fornecendo dados atualizados de cirurgias que continuam a demonstrar resultados eficazes para o paciente**Conclusão:** Os resultados destacam melhorias significativas na redução e fechamento do GAP aéreo-ósseo, bem como no ganho auditivo dos pacientes após a realização da cirurgia. O número de paciente avaliados ainda não permite estabelecer protocolos clínicos pós-operatórios, mas serve como orientação e complementação científica para desfecho de pacientes com otosclerose submetidos a estapedectomia. Portanto, é de extrema importância novos estudos e revisões adicionais**Palavras-chave:** OTOSCLEROSE;ESTAPEDECTOMIA;GAP AUDITIVO.



PO237

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Meningite como complicação de otite média aguda em população pediátrica: relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE

**COAUTORES:** LORENZO MORAES MELOTTI; MATHEUS LISATCHOK; JONAS BELCHIOR TAMANINI; GABRIELA DE FRANÇA DELMORO; THAYNÁ FERREIRA FURTADO PEREIRA; AMANDA MELIM BENTO; ARTHUR MENINO CASTILHO

**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:**

Paciente de 9 anos, sexo, feminino, previamente hígida, carteira de vacinação para meningo-C com 3 doses, iniciou um quadro de hipoacusia e zumbido bilateralmente, que progrediu com otalgia e otorréia à esquerda. Após 2 dias, paciente apresentou cefaleia intensa, tontura e vômitos, evoluindo com agitação psicomotora e crise convulsiva tônico-clônica. Encaminhada a Hospital Quaternário com choque séptico, necessitando de IOT e uso de drogas vasoativas para manejo em UTI pediátrica. À otoscopia, havia abaulamento de membrana timpânica bilateralmente com otorréia abundante em conduto auditivo externo. Em tomografia computadorizada de mastóides presença de conteúdo moderadamente atenuante preenchendo parcialmente a cavidade do ouvido médio e moderado conteúdo atenuante preenchendo as células da mastóide à direita. À esquerda, material atenuante preenchendo a cavidade do ouvido médio parcialmente; antro e células da mastóide esquerda preenchidos por conteúdo moderadamente atenuante. Descartadas alterações intracranianas por meio de exame tomográfico de crânio. Procedida à miringotomia bilateralmente em leito de UTI. Realizou cuidados intensivos, antibioticoterapia endovenosa com ceftriaxone por 14 dias e fenitoína 400mg/D. Evoluiu com melhora importante, sem novos episódios. Durante a internação, realizou audiometria tonal (limiares auditivos dentro da normalidade bilateralmente).

Após alta hospitalar, realizou audiometria tonal + imitanciometria (perda condutiva leve bilateral, curva tipo B bilateral) e nasofibroscopia flexível (hipertrofia de tecido adenoide  $>\frac{2}{3}$ ), sendo encaminhada para timpanostomia, tubo de ventilação bilateral e adenoidectomia.

**Discussão:**

A otite média aguda é definida como infecção na orelha média e consiste no segundo diagnóstico pediátrico mais comum no pronto-socorro, depois das infecções respiratórias superiores. Embora possa ocorrer em qualquer idade, há maior incidência na faixa etária de 6 e os 24 meses de idade. A etiologia pode ser viral, bacteriana ou coinfeção. Dentre as causas bacterianas, os microrganismos mais prevalentes são *Streptococcus pneumoniae*, seguido por *Haemophilus influenzae* não-tipável (NTHi) e *Moraxella catarrhalis*. Após a introdução das vacinas pneumocócicas conjugadas, os organismos pneumocócicos evoluíram para sorotipos não vacinais. O diagnóstico se dá através da clínica: achados no exame físico (otoscopia) combinados com a história do paciente e apresentação de sinais e sintomas. As complicações da otite média aguda são geralmente separadas em categorias extracranianas (intratemporais) e intracranianas. As complicações intratemporais incluem perda auditiva, mastoidite, abscesso subperiosteal, paralisia facial, apicite petrosa, labirintite e fístula labiríntica. As complicações intracranianas incluem meningite, empiema epidural e subdural, abscesso cerebral, trombose do seio venoso cerebral, fístula liquórica e encefalocelo.

**Comentários finais:**

Este relato de caso descreve um caso de otite média aguda que apresentou evolução para meningite. A meningite bacteriana é a complicação intracraniana mais comum da otite média aguda e crônica e em crianças é comumente de uma bacteremia que acomete as meninges. Os sintomas incluem dor de cabeça intensa, febre alta, rigidez no pescoço, irritabilidade, estado mental alterado e mal-estar. Embora as complicações extra e intra-cranianas tenham se tornado incomuns na era pós-antibiótica, é de vital importância considerar a possível origem otológica dos sinais e sintomas acima mencionados quando um paciente se apresenta pela primeira vez na clínica ou no ambiente hospitalar.

**Palavras-chave:** otite média aguda;meningite;complicação.

PO254

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Os resultados de um novo protocolo de tratamento para perda auditiva neurossensorial súbita utilizando betametasona como corticosteróide para terapia

**AUTOR PRINCIPAL:** PAULA TARDIM LOPES

**COAUTORES:** RICARDO FERREIRA BENTO; JÉSSICA CAMPELO DE ALMEIDA

**INSTITUIÇÃO:** 1. OTORHINUS, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL3. OTORHINUS SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Objetivos**

Este estudo teve como objetivo descrever nossa técnica de infiltração intratimpânica de corticoide e a eficiência da injeção de betametasona, segunda vez descrita para seu uso, como tratamento sequencial nos pacientes que falharam no tratamento inicial baseado em medicação esteroide sistêmica, e comparar seu uso durante período diferente.

**Métodos**

Este estudo clínico foi realizado em 37 pacientes encaminhados ao nosso consultório com diagnóstico de perda auditiva súbita, que deram seu consentimento informado para concordar em participar deste estudo de setembro de 2019 a maio de 2022.

**Resultados**

Em nosso estudo, mesmo dividindo a análise do aumento do PTA ou STR entre a diferença de tempo para início do tratamento de resgate até 15 dias do evento de surdez súbita, e entre 15 dias e 3 meses do evento, fizemos não encontramos nenhuma diferença na melhora auditiva.

**Discussão**

Estatisticamente, nos Estados Unidos, as estatísticas de perda auditiva neurossensorial súbita afetam cerca de 66.000 novos casos por ano. A perda auditiva neurossensorial súbita (PANS) é definida como uma sensação rápida de perda auditiva em um ou ambos os ouvidos. O critério audiométrico é uma diminuição da audição de pelo menos 30 decibéis, afetando 3 ou mais frequências consecutivas definidas em relação aos limiares da orelha oposta e ocorre dentro de 72 horas a vários dias, sendo frequentemente, mas nem sempre, acompanhada de zumbido e vertigem. De acordo com o Instituto Nacional de Surdez e Outros Distúrbios da Comunicação (NIDCD) a PANSS pode ter etiologias multifatoriais, como inflamação causada por infecções virais ou respostas imunológicas, insuficiência vascular, e a maioria não identificada. Esses fatores podem explicar o alto grau de variabilidade nos prognósticos e se a causa não for identificada, será considerada etiologia idiopática, apesar de investigação adequada.

Embora várias etiologias tenham sido postuladas, a maioria dos casos tratados é considerada PANSS idiopática, sendo identificados apenas 10% dos casos de PANSS.

Apesar da importância do estudo do protocolo de diagnóstico não ser nosso objetivo, estimamos que o clínico deva encaminhar ao otorrinolaringologista para realizar o teste de Weber e Rinne com instrumento diapasão, e o mais breve possível, obter a audiometria dentro de 14 dias de sintoma. Este exame deve ser feito precocemente para confirmar o diagnóstico de perda auditiva neurossensorial súbita. Quando possível, os médicos devem obter prioridade na ressonância magnética ou pelo menos na resposta auditiva de tronco encefálico, para poder identificar uma patologia retrococlear e excluir o neurinoma do acústico como etiologia, que tem uma incidência rara de 1:100.000 habitantes por ano.

Com base no impacto psicológico que a perda auditiva súbita causa em uma pessoa, avançamos no estudo de novos tratamentos para melhorar a recuperação auditiva e a qualidade de vida do paciente.

**Conclusão**

A corticoterapia intratimpânica é prescrita quando há falha na terapia convencional, ou quando há limitação do uso de corticosteróides para distúrbios sistêmicos e novos medicamentos são subjetivos de estudos com resultados promissores, como a betametasona. Palavras-chave: Esteroide intratimpânico; tratamento de resgate; perda auditiva neurossensorial súbita;.

PO259

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**RELATO DE CASO: SÍNDROME DO AQUEDUTO VESTIBULAR ALARGADO****AUTOR PRINCIPAL:** GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI**COAUTORES:** GABRIELA ALVES MARRONI; AURENZO GONÇALVES MOCELIN; CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR; FERNANDO AZEVEDO FERREIRA; ANDRE RICARDO MERKLE; LUCAS RESENDE LUCINDA MANGIA; ROGERIO HAMERSCHMIDT**INSTITUIÇÃO:** COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Homem de 30 anos, apresenta anacusia à esquerda de longa data, sofreu traumatismo cranioencefálico leve, evoluindo com surdez súbita à direita em setembro de 2022. Na investigação diagnóstica, foi realizada audiometria, que evidenciou uma perda auditiva neurosensorial moderada à esquerda e perda auditiva neurosensorial profunda à direita. Quanto aos exames de imagem realizados, a tomografia de orelhas e mastoides mostrou o aqueduto vestibular alargado bilateralmente, enquanto a ressonância nuclear magnética de encéfalo e das orelhas internas não teve alterações. Meses depois, sofreu leve trauma durante exercício físico, evoluindo com novo episódio de surdez súbita à direita. Paciente foi orientado quanto a condição de saúde, bem como quanto aos cuidados com ouvido e evitar traumas e esportes de contato para prevenir novos episódios. Indicado uso de BICROS, paciente apresentando melhora na comunicação com uso de dispositivo.

**Discussão:** O aqueduto vestibular é um canal ósseo que se estende da parede medial do vestíbulo para uma abertura na superfície posterior da porção petrosa do osso temporal. Através deste canal, curam o ducto e o saco endolinfático que são preenchidos por endolinfa. Algumas literaturas defendem que o aqueduto vestibular alargado é resultado do desenvolvimento anormal do ducto endolinfático no período embriológico. A Síndrome do Aqueduto Vestibular Alargado (SAVA) é uma malformação bastante frequente e subdiagnosticada da orelha interna, caracterizada pelo alargamento do aqueduto vestibular. Está associada à perda auditiva neurosensorial, eventualmente mista, congênita ou adquirida, de caráter flutuante ao longo do tempo, podendo apresentar bruscas variações. O grau da deficiência auditiva pode ser leve, moderado ou profundo. As alterações auditivas iniciam, na maioria dos casos, na infância, sendo que o diagnóstico é mais tardio, na adolescência e vida adulta. O diagnóstico geralmente é estabelecido por meio de tomografia computadorizada.

**Considerações Finais:** Durante a investigação de surdez súbita na infância e adolescência, deve-se suspeitar de SAVA, principalmente em casos de perda auditiva súbita após traumatismo cranioencefálico leve. Feito o diagnóstico, o manejo é inicialmente conservador, com reabilitação auditiva conforme necessidade, associado a terapia de linguagem, além do aconselhamento sobre como evitar esportes de contato, esportes radicais na tentativa de prevenir traumatismos cranioencefálicos leves e novos episódios de perda auditiva.

**Palavras-chave:** Síndrome do Aqueduto Vestibular Alargado bilateral; Perda auditiva súbita pós trauma; Malformação.

PO269

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Otite média crônica tuberculosa em criança – Relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY**COAUTORES:** LETICIA GONÇALVES SILVA; AMANDA ANDRAUS SIMONIAN; BEATRICE HAASE CECCON; SOFIA REIS BOTELHO; CARLOS EDUARDO BORGES REZENDE; FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR; PRISCILA BOGAR**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** LVFS, 9 anos, feminino. Paciente iniciou em outubro de 2022 quadro de broncopneumonia, pericardite com derrame pericárdico e febre persistente. Realizada drenagem de derrame pericárdico e iniciada investigação para possível doença reumatológica ou imunodeficiência primária/secundária, sem fechar critérios para nenhuma doença. Sorologias para doenças infectocontagiosas negativas. Vacinação em dia. Aventada como principal hipótese diagnóstica, Lúpus eritematoso sistêmico, e iniciada imunossupressão e tratamento com azatioprina, hidroxicloroquina, prednisona e colchicina. Paciente evoluiu com hipertensão arterial sistêmica, nefropatia e síndrome de Cushing, além de 3 internações por quadros infecciosos até ser atendida pela equipe de otorrinolaringologia devido história de otorreia à esquerda há 2 meses, associada a zumbido, febre e otalgia. No momento da consulta, estava internada em uso de ceftriaxona, e já havia feito uso de gotas otológicas com ciprofloxacino, sulfato de neomicina e polimixina B sem melhora. Havia presença de secreção purulenta e lesão polipoide preenchendo meato acústico externo esquerdo. Realizada cultura de secreção com crescimento de *Candida parapsilosis* e *Sthapylococcus haemolyticus*. Solicitada tomografia de ossos temporais em Maio/2023 que apresentou conteúdo de partes moles preenchendo mastoide esquerda, sem erosões ou remodelamento ósseo. Em 27/06/23, evoluiu com paralisia facial à esquerda, com realização de biópsia de pólo em orelha esquerda para análise anatomopatológica. Realizada timpanomastoidectomia esquerda dia 14/07/23, com melhora da paralisia facial. Em 30/07, iniciou novos picos febris diários, evoluindo com deiscência completa e infecção da ferida operatória retroauricular esquerda no 30º pós operatório, com piora progressiva da paralisia facial, sendo então internada. A avaliação anátomo-patológica da biópsia realizada em 27/06 mostrou processo inflamatório granulomatoso com reação gigantocelular do tipo Langhans, necrotizante, com granulomas confluentes, positiva para bacilo álcool ácido resistente (BAAR). No mesmo período, apresentou diagnóstico de sepse de provável origem tuberculosa. Tomografia de tórax com padrão compatível com tuberculose (TB) miliar, ecocardiograma com disfunção sistólica e lavado bronco-pulmonar constatando que paciente estava bacilífera. Iniciou antibioticoterapia, incluindo esquema RIP, com melhora do estado geral, recebendo alta em 2 semanas após o início do tratamento da TB. No momento mantém otorreia, paralisia facial grau V de House Brackmann, zumbido, perda auditiva à esquerda e aguarda fechamento por segunda intenção da ferida retroauricular.

**Discussão:** A otite média tuberculosa (OMT) é uma forma rara de TB extrapulmonar, presente em 0,1% de todos os casos de TB e responsável por 0,04-0,9% dos casos de otite média crônica supurativa (OMCS). A apresentação clínica da OMT é frequentemente descrita com uma tríade clássica: otorreia indolor, múltiplas perfurações da membrana timpânica e paralisia facial. O reconhecimento e o manejo imediatos da OMT são essenciais, pois a progressão da doença pode resultar em complicações, incluindo paralisia facial irreversível, perda auditiva, mastoidite, entre outras. A avaliação histopatológica de amostras de biópsia de tecido em geral fornece um diagnóstico definitivo. Devido à sua apresentação inespecífica, a OMT é muitas vezes não diagnosticada, atrasando o tratamento inicial. No caso acima, as queixas auriculares em um primeiro momento foram incluídas como parte da doença imunológica de base. Ainda não podemos afirmar se a TB foi responsável pelo quadro desde o início, ou se durante o período de imunossupressão a paciente se infectou pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

**Considerações finais:** Suspeita clínica de OMT deve surgir quando os pacientes apresentam história sugestiva de TB e/ou OMCS que não responde à terapia convencional.

**Palavras-chave:** otite média;tuberculose;infancia.

PO271

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TIMPANOPLASTIAS UNI OU BILATERAL NO BRASIL ENTRE 2017 E 2022****AUTOR PRINCIPAL:** CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS**COAUTORES:** HARGEU ANTÔNIO MACEDO COSTA; LUCAS DA SILVA VINAGRE; MARINA MARTINS EGUCHI; PAULA KAMILLY DE ALMEIDA SOUZA; RICARDO ORMANES MASSOUD; VITÓRIA AMARAL LIMA; LEONARDO MENDES ACATAUASSU NUNES**INSTITUIÇÃO:** 1. NÚCLEO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E MEDICINA DO SONO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA), BELÉM - PA - BRASIL3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL4. CENTRO UNIVERSITÁRIO METROPOLITANO DA AMAZÔNIA-UNIFAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL5. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL6. CENTRO UNIVERSITÁRIO METROPOLITANO DA AMAZÔNIA-UNIFAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL7. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ (CESUPA), BELÉM - PA - BRASIL**OBJETIVOS:** Este trabalho tem como objetivo realizar uma avaliação do perfil epidemiológico da análise da distribuição espacial das timpanoplastias uni ou bilaterais no Brasil entre 2017 e 2022.**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal de série temporal, realizado a partir de dados secundários disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na aba Assistência à Saúde - Produção Hospitalar (SIH/SUS). Foram obtidas informações acerca da quantidade de procedimentos, total por região e Unidade da Federação e ano de realização, tendo como referencial o período de 2017 a 2022.**RESULTADOS:** Entre os 16.275 casos avaliados nos quais foi realizada a timpanoplastia uni/bilateral no período descrito, destacaram-se os anos 2017 e 2019 com 3.658 (22,4%) e 3.389 (20,8%) cirurgias, respectivamente, seguidos pelo ano de 2018 com 3.322 (20,4%). Os anos de 2020 e 2021 apresentaram uma queda na realização desse procedimento, sendo encontrados valores de 1.592 (9,7%) e 1.722 (10,5%) em cada um deles, respectivamente. O ano de 2022 representou um novo crescimento da realização dessas cirurgias, com 2.592 pacientes atendidos. O maior número de timpanoplastias aconteceu na região Sudeste com 8.353 (51,3%) registros no período descrito, seguida pelas regiões Sul (3.583/22,0%), Nordeste (2.708/16,6%), Centro-Oeste (1.192/7,3%) e Norte (439/2,6%). Os estados que apresentaram maior registro de procedimentos foram São Paulo com 5.639 (34,6) e Rio Grande do Sul com 1.787 (10,9%), enquanto no estado do Amapá foi realizado o menor número de cirurgias, representado por apenas 2, ambas no ano de 2017.**DISCUSSÃO:** Timpanoplastia é um procedimento realizado para corrigir uma perfuração da membrana timpânica utilizando um enxerto próprio do paciente, normalmente utilizando-se a fáscia do músculo temporal ou pericôndrio, indicado para pacientes com perfurações permanentes da membrana timpânica decorrentes de otite média crônica ou traumas. Normalmente o paciente que necessita da cirurgia apresenta alguma perda auditiva e otorreia constante. A análise temporal detalhada dos procedimentos de timpanoplastia unilateral ou bilateral revela a mesma tendência apresentada pela maioria dos procedimentos não urgentes realizados no Brasil nos últimos anos, com uma queda quando comparado ao período imediatamente anterior. Percebe-se que entre os anos de 2017 e 2019 os valores mantiveram-se aproximados nos 20% do total das cirurgias em cada ano. Porém, a queda observada a partir de 2020 foi uma consequência da pandemia de Covid-19, à medida que entre esse ano e 2021, apenas procedimentos de caráter urgente foram realizados e os recursos foram direcionados ao combate da emergência de saúde vivenciada pelo país inteiro. Nesse sentido, o ano de 2022 representa uma renovação da realização de procedimentos em geral com a resolução progressiva do cenário pandêmico anterior, devendo esse número aumentar em 2023. Por outro lado, a distribuição espacial dos procedimentos acompanha os locais de maior tecnologia, visto que esse tipo de procedimento exige profissionais especializados e centros capacitados para a sua realização. Nessa perspectiva, a região Sudeste como protagonista, especialmente o estado de São Paulo, é reflexo da desigualdade tecnológica entre os estados que se reflete no campo da saúde. Isso é ratificado pelo menor número encontrado na região Nordeste em relação à região Sul, visto que a população no Nordeste é muito maior que no Sul e, portanto, a realização das timpanoplastias não acompanha a distribuição populacional brasileira.**CONCLUSÃO:** Portanto, verifica-se uma distribuição geográfica variada dos procedimentos de timpanoplastia entre os anos de 2017 e 2022 em todo o país. Na região Sudeste foi realizada a maior quantidade de procedimentos, enquanto na região Norte a menor. Paralelamente a isso, os anos de 2017 a 2019 apresentaram valores constantes para a realização de timpanoplastias, com quedas durante a pandemia de Covid-19 e retomada em 2022.**Palavras-chave:** TIMPANOPLASTIA;DISTRIBUICAO;BRASIL.

PO277

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR OTITE MÉDIA NO BRASIL ENTRE 2017 E 2022.****AUTOR PRINCIPAL:** CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS**COAUTORES:** GABRIELA REIS ALEXANDRE; GIULIA LINS REMOR; ISABELA COELHO PASTANA; JOÃO PEDRO PIRES PORTO; LARISSA PIETRA CORDOVIL DA COSTA; RICARDO ORMANES MASSOUD; LEONARDO MENDES ACATAUASSU NUNES**INSTITUIÇÃO:** 1. NÚCLEO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E MEDICINA DO SONO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ (CESUPA), BELÉM - PA - BRASIL3. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ (UEPA), BELÉM - PA - BRASIL4. ENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ (CESUPA), BELÉM - PA - BRASIL**OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo realizar uma avaliação do perfil epidemiológico das internações por otite média aguda (OMA) no Brasil entre 2017 a 2022.**MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal quantitativo utilizando dados secundários da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A partir dos dados, foi possível a identificação de quatro variáveis principais: faixa etária, raça/cor, gênero e ano, as quais foram adequadamente agrupadas e tabuladas por meio do Microsoft Excel 2019.**RESULTADO:** Os dados obtidos revelam a ocorrência de 76.479 internações por otite média no período entre 2017 e 2022 no Brasil. Dentre os indivíduos submetidos à internação, sobressaem-se aqueles na faixa etária de 1 a 4 anos com 16.057 internações, o que corresponde a 21% do total referido. No período, os casos no público feminino são predominantes, com 39.941(52,22%) em face do masculino com 36.538 (47,77%). Verifica-se, ainda, maior quantidade de casos na Região Sudeste com 32.307 (42,2%), sendo São Paulo o estado mais acometido com 19.249 casos. Nas demais regiões observa-se o seguinte padrão em ordem de incidência: Região Nordeste 17.663 (23,09%), seguida da Região Sul com 14.870 (19,44%), Região Centro-Oeste com 6.121 (8,00%) e Região Norte 5.518 (7,21%). Sob o espectro de raça/cor, nota-se o destaque da população branca com 29.643 (38,75%) dos casos, seguida da parda com 27.097 (35,43%), preta com 2.292 (2,99%), amarela com 1.259 (1,64%) e, com menor acometimento, populações indígenas que contam com 177 (0,23%) casos de internações por OMA registradas.**DISCUSSÃO:** Com base nos dados analisados houve uma incidência maior na faixa etária de 1 a 4 anos, em pré-escolares. Indo dessa forma em concordância com outros levantamentos realizados. Uma vez que alguns fatores podem contribuir com isso, como a própria anatomia infantil, já que crianças possuem a tuba auditiva, canal que liga a orelha ao nariz, mais curta e horizontalizada. Associado a isso, os fatores genéticos e a entrada precoce em creches são fatores de risco considerável no surgimento da OMA, em especial pela alta prevalência de infecções respiratórias, facilitando a contaminação viral entre as crianças. Um dos fatores etiológicos para a ocorrência maior de OMA na população branca, seguida de pardos é a própria autodeclaração, visto que grande parte da população brasileira se declara como branco ou pardo. Em relação ao gênero, observa-se uma prevalência no sexo feminino em todas as regiões do Brasil. Uma das explicações para alta incidência de casos registrados é o fato da maioria das mulheres procurarem assistência médica de forma mais recorrente do que o sexo masculino. Outra explicação são os fatores de risco associados ao hospedeiro e ao ambiente. Fatores de risco associados ao hospedeiro são: idade, prematuridade, sexo, raça, alergia, anormalidades craniofaciais, presença de adenoides e predisposição genética. Enquanto os fatores associados ao ambiente incluem: Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS), sazonalidade, cuidado em creches, presença de irmãos (tamanho da família), exposição ao fumo passivo, amamentação, nível socioeconômico e uso de chupetas.. No que concerne ao ano, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram os maiores casos de OMA em 2022. Em contrapartida, as regiões Sudeste e Sul obtiveram mais casos em 2019. Os casos mais incidentes de 2017 a 2022 são nas regiões Sudeste e Nordeste, um dos motivos é o fato dessas regiões serem litorâneas e terem mudanças climáticas variáveis ao longo do ano, fator predominante para algumas das causas da doença, principalmente em crianças, como resfriado, gripe, sinusite e infecções.**CONCLUSÃO:** Portanto, percebe-se o quantitativo expressivo de internações por OMA entre crianças de 1 a 4 anos residentes na região Sudeste, do sexo feminino e da raça branca no período analisado.**Palavras-chave:** OTITE;INTERNACAO;EPIDEMIOLOGIA.



PO280

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Comparação de resultados entre timpanoplastias endoscópica e microscópicas

**AUTOR PRINCIPAL:** GODOFREDO CAMPOS BORGES**COAUTORES:** JOSE JARJURA JORGE JUNIOR; REBECCA GALLARDO FRANCO DE ANDRADE; EMANUELA YUMI FUGISAWA DE MELLO ALCÂNTARA; RAVI RODRIGUES DE LIMA; VITOR SALLES MINUSSI; FERNANDO POVEDA SALES; GABRIEL OSAKI QUEIROZ URZEDO**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE - PUC- SP, SOROCABA - SP - BRASIL

**Introdução:** As timpanoplastias e timpanomastoidectomias são técnicas utilizadas para a correção de perfurações da membrana timpânica. Essas cirurgias buscam reconstruir o sistema de condução sonora e reparar a integridade da membrana timpânica decorrentes de otites medias crônicas. Este estudo teve como objetivo comparar os resultados das timpanoplastias endoscópicas e timpanoplastias microscópicas realizadas pelo serviço de Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP.

**Metodologia:** Nesse estudo de coorte retrospectivo, foram analisados os dados dos prontuários de 174 pacientes com diagnóstico de otite média crônica supurada, submetidos a miringoplastia, timpanoplastia endoscópica ou microscópica entre 2016 e 2021. Após um mínimo de 3 meses de seguimento, o enxerto foi considerado bem-sucedido em pacientes sem perfuração da membrana timpânica.

**Resultados:** Foram analisados 174 prontuários de pacientes submetidos a timpanoplastia e a timpanomastoidectomia. Desses pacientes, 104 foram submetidos a timpanoplastia onde foram aplicadas as técnicas endoscópica ou microscópica. Foi possível a análise de 101 desses prontuários. Foi possível inferir que a taxa de sucesso da timpanoplastia endoscópica foi de 90,69% e da timpanoplastia microscópica foi de 86,20%, independentemente do tipo de enxerto aplicado. A fásia temporal teve uma taxa de sucesso de 73,36% nas timpanoplastias microscópicas e 92% nas endoscópicas. O pericôndrio do tragus teve uma taxa de sucesso de 100% em timpanoplastias microscópicas e 66,67% nas timpanoplastias endoscópicas.

**Discussão:** o uso do endoscópio como dispositivo primário ou auxiliar em cirurgia otológica vem aumentando. Ainda existem muitas vantagens da cirurgia realizada com o microscópio como o fornecimento de visão binocular e possibilidade de realizar a cirurgia com as duas mãos. Entretanto, há limitação na visualização de espaços profundos e ocultos envolvendo seio timpânico, epitímpano, recesso facial e área do ático. A técnica endoscópica demonstrou preservar a integridade da orelha externa, permite aos cirurgiões uma visão cirúrgica clara. Por outro lado, o endoscópio possui desvantagens como danos térmicos e, em caso de sangramento, a cirurgia com uma única mão é menos eficiente. No nosso serviço, temos aplicado as duas técnicas dependendo da localização e do tamanho da perfuração. Assim para perfurações amplas, quando não tem rebordo anterior e quando há necessidade de reconstruir a cadeia ossicular, preferimos abordagem com microscópio. Nas perfurações centrais de menor tamanho, utilizamos a abordagem endoscópica. Utilizamos com frequência os dois instrumentos nas abordagens retroauriculares. Em relação aos resultados, a taxa de sucesso da timpanoplastia endoscópica foi de 90,69% e da timpanoplastia microscópica foi de 86,20%. Assim como na literatura apresentando taxa de sucesso discretamente maior na técnica endoscópica, independentemente do tipo de enxerto aplicado. A fásia temporal teve uma taxa de sucesso de 73,36% nas timpanoplastias microscópicas e 92% nas endoscópicas. O pericôndrio do tragus teve uma taxa de sucesso de 100% em timpanoplastias microscópicas, 69,23% nas timpanoplastias endoscópicas. O pericôndrio com cartilagem teve uma taxa de sucesso de 100% nas timpanoplastias microscópicas, 60% nas timpanoplastias endoscópicas. Na literatura, comparando resultados em relação ao enxerto, temos o estudo de Özdamar K. e Sen A., que traz uma taxa de sucesso de 92,6% para pericôndrio do tragus e 90,0% para fásia temporal.

**Conclusão:** A timpanoplastia endoscópica apresentou resultados levemente superiores aos da microscópica e, apesar de algumas desvantagens como a utilização de apenas uma mão, ela apresenta vantagens significativas, como menor tempo de cirurgia, menor dor pós-operatório, menos uso de anestésico e menos invasiva. Assim, as duas técnicas têm indicação dependendo de como se apresenta a perfuração da membrana e a condição da orelha média.

**Palavras-chave:** Otite Média Crônica; Perfuração Membrana Timpânica; Timpanoplastias.



PO281

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Tratamento de gusher perilinfático em estapedotomia - Relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** RODRIGO DOS SANTOS NEVES**COAUTORES:** JOSE RICARDO GURGEL TESTA; RICARDO SCHAFFELN DORIGUETO; ANSELMO VAGNER DA SILVA; ANA LUIZA FARIA DIAS; MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN; MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO; FERNANDO PIRES DE ARAUJO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PAULISTA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

M.B.M.B.O., 29 anos, masculino, gestor financeiro, perda auditiva progressiva com presença de tinnitus bilateral desde os 24 anos, pior à esquerda. Negou tontura. Exames auditivos e tomografia de ossos temporais (2018 e 2023) evidenciavam otosclerose fenestral bilateral, sem outras evidências de aumento da pressão endolinfática ou perilinfática, terceira janela ou alargamento do aqueduto coclear. Fez uso de AASI por 3 meses e optou por cirurgia. Audiometria pré-peratória evidenciava perda mista moderada bilateral com GAP aéreo-ósseo de até 40dB (Figura 1). Timpanograma curva A.

Foi optada pela realização de estapedotomia endoscópica em orelha esquerda com prótese de teflon. No momento da platinotomia com perfurador de platina houve extravasamento de líquido pela fenestra. O paciente foi colocado na posição de Trendelenburg reverso com diminuição do fluxo e saída de aproximadamente 80 ml de líquido. Gordura retirada do lóbulo ipsilateral foi utilizada juntamente com o pistão da prótese de teflon 4,5mm para tamponar a fístula. Após o controle da fístula, foi alocado gelfoam para suporte da prótese e rebatido o retalho timpanomeatal.

No pós operatório: pouca tontura, nistagmo semi espontâneo para esquerda, Weber para esquerda nos primeiros 5 dias e indiferente após, com Rinne positivo à esquerda. Uso de prednisolona, cinarizina, acetazolamida e dimenidrinato.

A primeira audiometria no pós operatório não evidenciou perda neurosensorial importante e manteve limiares condutivos. Nos exames sequenciais houve melhora progressiva do limiar condutivo (Figura 2). Não apresentou alteração na avaliação vertical visual subjetiva através do Bucket Test (Figura 3). Foi submetido ao exame V-HIT no 14º dia de pós operatório e também não apresentou sinais de alterações vestibulares (Figura 4).

**DISCUSSÃO**

Gusher perilinfático é uma complicação rara que pode ocorrer durante a cirurgia de estapedotomia ou estapedectomia. Consiste em perilinforragia súbita após platinotomia. Ocorre em 1 a cada 1000 casos e pode provocar surdez neurosensorial e outras alterações vestibulares.

É inesperado e normalmente não apresenta sinais tomográficos sugestivos para alertar o cirurgião. A hipertensão perilinfática pode vir associada a malformações cocleares como alargamento do aqueduto coclear ou do meato acústico interno.

A fístula perilinfática do relato foi tamponada com gordura no orifício da janela oval seguida da inserção do pistão da prótese de teflon. O fechamento da fístula é preconizado no mesmo tempo cirúrgico com utilização de enxertos preferencialmente autólogos como gordura, fáscia ou músculo. O paciente apresentou melhora progressiva do limiar condutivo desde a cirurgia.

Em outro caso semelhante do nosso serviço, foi utilizada gordura, músculo, fáscia temporal e cola de fibrina. O paciente apresentou perda neurosensorial profunda no pós operatório e evoluiu com perda mista moderada.

Não há consenso entre autores sobre interromper ou não a cirurgia. A conduta mais preconizada é o tamponamento da fístula e se o caso for favorável à inserção da prótese, o procedimento pode ser finalizado com ganho auditivo para o paciente.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

Gusher é uma rara e imprevisível complicação da estapedotomia que pode prejudicar o resultado e dificultar conclusão do procedimento. Pelo presente desfecho e resolução em outro caso semelhante, a utilização de enxertos autólogos pode ser útil no selamento da fístula e colocação da prótese. Apesar da complicação, observa-se melhora significativa da audição.

Palavras-chave: GUSHER;ESTAPEDOTOMIA;FÍSTULA.

PO285

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****MANIFESTAÇÕES OTOLÓGICAS DO FORAME DE HUSCHKE APÓS ARTROSCOPIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORAMANDIBULAR****AUTOR PRINCIPAL:** ALINE FERNANDES BASSÔTO**COAUTORES:** RAISSA KAORI IKEDA; MARCOS LUIZ ANTUNES**INSTITUIÇÃO:** CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Feminina, 45 anos, natural e procedente de São Paulo. Queixa principal de zumbido e plenitude auricular na orelha direita há 10 meses. Realizou em Agosto de 2021 cirurgia por disfunção de ATM (artroscopia). Após artroscopia realizada em 2021, quando foi injetado corticoide e ácido hialurônico e cauterizada sinovite, evoluiu com otorragia e otalgia sendo tratada como otite média aguda, com melhora da dor, mas persistência de plenitude auricular. Após 15 dias manteve a plenitude auricular e iniciou zumbido tipo estalidos que pioravam à mastigação, ao falar e ao escovar os dentes. Nega hipoacusia ou tontura. Em otoscopia foi evidenciada herniação da parede medial anterior do meato acústico externo à direita, móvel à abertura e fechamento da boca, com movimentação da membrana timpânica. Realizou audiometria e impedânciometria que evidenciou audição normal e reflexos estapedianos presentes sem recrutamento e TC de ossos temporais com deiscência óssea em parede anterior do meato acústico externo (posterior à ATM) de aproximadamente 5mm, com herniação de conteúdo da ATM para o MAE.

**DISCUSSÃO:**

A formação da porção timpânica dos ossos temporais encontra-se incompleta ao nascimento, sendo que a conclusão da ossificação e fusão das proeminências ósseas ocorre durante os primeiros anos de vida. O Forame de Huschke é uma comunicação óssea entre o meato acústico externo (MAE) e a articulação temporomandibular (ATM) presente nos primeiros 5 anos de vida, fechando-se logo após este período. O forame de Huschke persistente, forame timpânico ou deiscência timpânica é uma malformação óssea rara presente no adulto, geralmente localizada ântero-inferiormente ao meato acústico externo decorrente de uma fusão incompleta ou defeito na ossificação durante o processo de desenvolvimento.

Apesar de geralmente assintomático esse defeito anatômico e assintomático predispõe a propagação de infecções por meio do MAE para a ATM e estruturas adjacentes, ou vice-versa, e caso desenvolva-se uma hérnia da ATM podem ocorrer sintomas como otalgia, otorreia, dor na ATM, perda aditiva condutiva, secreção salivar no MAE e zumbido por vezes relacionados à mastigação. Em casos sintomáticos é necessário tratamento cirúrgico para fechamento do defeito. Nossa paciente está em programação cirúrgica para correção do forame.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

Dessa forma, apesar de tratar-se de uma patologia rara é notável a relevância de alertar os profissionais Otorrinolaringologistas e Odontólogos sobre o forame de Huschke persistente, uma vez que as complicações relacionadas a esta malformação podem ocasionar sintomas significativos. Além disso, procedimentos em ATM como artroscopias podem levar à complicações importantes na orelha externa e média de pacientes com a persistência deste forame.

Palavras-chave: Foramen of Huschke; Foramen Tympanicum; Temporomandibular Joint.

PO292

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
DISCRIMINAÇÃO VOCAL BAIXO COMO PRIMEIRO SINTOMA DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO**AUTOR PRINCIPAL:** BEATRICE HAASE CECCON**COAUTORES:** JULIANA DAL PONTE CARVALHO; SOFIA REIS BOTELHO; LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY; FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR; PRISCILA BOGAR**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL

Discriminação vocal baixa como primeiro sintoma de hematoma subdural crônico

**Apresentação do caso:**

Paciente de 92 anos, masculino, hipertenso e diabético bem controlado, procura ambulatório de Otorrinolaringologia com história de perda de audição há 2 anos, pouco progressiva. Familiares relatam que ele se comunicava bem e não tinha muitas dificuldades com sua audição, mas, há 15 dias, notaram que o paciente começou a não entender bem o que era falado.

Negava zumbido, tontura, outras queixas otorrinolaringológicas, sintomas neurológicos sensitivos ou motores, quedas, traumas e alterações metabólicas.

A audiometria demonstrou perda auditiva neurossensorial de grau leve-moderado com configuração descendente bilateral, com IRF para dissílabos de 76% à direita e 72% à esquerda, além de imitanciometria com curva A bilateral. Em exame realizado há 2 anos, os limiares tonais permaneciam os mesmos e o IRF era normal.

Ao realizar a protetização auditiva, o paciente referiu que continuava a não entender o que se falava, apesar de garantir que ouvia o som mais claro com o AASI.

Solicitada tomografia computadorizada de crânio e de ossos temporais para investigação, que demonstrou grande hematoma subdural. Durante a investigação de causas possíveis para o hematoma, foi verificada presença de plaquetopenia importante (50.000 plaquetas).

Foi submetido a craniotomia para drenagem do hematoma e, após 2 semanas, referiu ter voltado a entender as pessoas e a nova audiometria mostrou normalização do IRF (92% bilateralmente).

**Discussão:**

Hematoma subdural crônico é caracterizado por formação de coleção de sangue venoso entre a aracnóide e a dura mater, durante período maior ou igual a 3 semanas. Pode ser espontâneo ou pós-traumático, e 20% dos pacientes negam história de trauma.

Sabe-se que o risco aumenta com o envelhecimento populacional e sua incidência chega a 58 casos a cada 100000 pessoas acima de 65 anos por ano. Ademais, o uso de agentes anticoagulantes e antiagregantes plaquetários também parece elevar o risco.

A clínica inicialmente é branda, com sintomas inespecíficos (cefaléia, instabilidade de marcha, prejuízo cognitivo ou déficits neurológicos focais e sintomas como tinnitus e vertigem). A queixa de dificuldade de entendimento e compreensão de fala, refletida numa baixa discriminação vocal, sem melhora com protetização auditiva, configura queixa rara e remete à uma perda de caráter central. A investigação mandatória inclui exames de imagem e eventualmente avaliação de processamento auditivo central.

Frente ao diagnóstico de hematoma subdural, o tratamento pode ser conservador em casos assintomáticos, com hematomas pequenos, porém geralmente requer tratamento cirúrgico, se sintomático.

Em nossa pesquisa, não foram encontrados casos semelhantes ao apresentado. Estudos apontam, porém, relação entre alterações do processamento auditivo central e trauma craniano, refletindo numa ativação de córtex auditivo inferior em relação aos controles. Observa-se também associação importante entre déficits auditivos e de processamento auditivo com demência, e foi visto que a degeneração dos mecanismos de processamento auditivo central tende a amplificar a surdez periférica e reduzir a capacidade compensatória da audição. O que corrobora com a necessidade de investigação extensa de quadros como o apresentado.

**Comentários finais:**

Não foram encontrados na literatura, até o momento, casos de hematoma subdural crônico com diminuição da discriminação vocal como sintoma inicial, assim como descrito. Assim, é importante atentar para apresentações atípicas.

Sabe-se, no entanto, que outras condições neurológicas são acompanhadas de perda de capacidade de processamento auditivo. No caso relatado, o tratamento da condição neurológica subjacente trouxe à recuperação de capacidade auditiva do paciente, o que reforça a necessidade de adequado diagnóstico etiológico quando da suspeita de déficit do processamento auditivo central, já que pode se tratar de causas reversíveis.

Palavras-chave: discriminação vocal; perda auditiva; hematoma subdural.

PO295

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**PARAGANGLIOMA JUGULOTIMPÂNICO****AUTOR PRINCIPAL:** MAURÍCIO VILELA FREIRE**COAUTORES:** LARISSA FAVORETTO ALMEIDA; JOSE ELIAS DA SILVA MURAD; MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO; GISELLI HELENA SOUZA; RAQUEL RAIANE ALVES LOPES; JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS**INSTITUIÇÃO:** HBDF, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 41 anos, admitida no ambulatório de otologia com queixa de zumbido pulsátil à esquerda, hipoacusia e otalgia à esquerda. À otoscopia, lesão avermelhada retrotimpânica à esquerda era visualizada. Além disso, o zumbido atenuava à pressão cervical a esquerda. Realizada angiorressonância sendo diagnosticada com Glômus jugulotimpânico preenchendo completamente a cavidade timpânica. Realizada cirurgia para excisão da lesão associada a timpanomastoidectomia em cavidade aberta em ouvido esquerdo sem intercorrências. Evoluiu sem complicações ou sequelas no pós-operatório

**Discussão:** Os paragangliomas são tumores benignos que surgem das células da crista neural e ocorrem em qualquer localização onde essas células estão presentes, desde o sistema nervoso central até artérias. Ocorrem predominantemente em mulheres após a quinta década de vida. Os locais mais acometidos são a carótida, seguido pela jugular e caixa timpânica. Quando ocorre o acometimento jugulo-timpânico, são tumores encapsulados e sólidos que podem adquirir uma aparência invasiva e destrutiva no osso temporal e regiões adjacentes. Podem gerar metástases e recorrer mesmo após tratamento cirúrgico. Apresentam como sintomas típicos: zumbido pulsátil, perda auditiva do tipo condutiva nas fases iniciais, e neurosensorial, nas fases tardias, quando ocorre acometimento coclear, e outros sintomas a depender do local acometido, como comprometimento de pares cranianos ou do sistema nervoso central. Ao exame físico, geralmente pode ser visualizada na região retrotimpânica como uma massa avermelhada pulsátil. O diagnóstico pode ser realizado a partir de exames de imagem, como tomografia, ressonância ou pela arteriografia, sendo que a tomografia computadorizada de alta resolução é o exame de eleição. As biópsias incisionais e as paracenteses são contra-indicadas devido ao alto índice de complicações por sangramento. O tratamento pode ser paliativo (embolização ou radiação) ou definitivo (cirurgia ou combinações). Na escolha, deve ser levado em consideração a extensão, localização e o tamanho do tumor, sendo a cirurgia a modalidade terapêutica preferível nas pequenas lesões. A complicação mais comum no pós-operatório imediato é a paralisia do nervo facial e se relaciona com a extensão da doença.

**Comentários Finais:** Os paragangliomas jugulotimpânicos são doenças raras que podem evoluir com sintomatologia importante, comprometendo a qualidade de vida e evoluir com destruição local e metástases a distância. O diagnóstico precoce é importante para melhores resultados terapêuticos com menor morbidade.

**Palavras-chave:** Paraganglioma;Glômus;Glômus jugulotimpânico.

PO299

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Síndrome de Collet-Sicard em Paciente com Osteomielite de Base de Crânio

**AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO JULIANO DE MESQUITA FERREIRA**COAUTORES:** AMANDA JAYNE GUEDES RISUENHO; TACIANE ADAMI DE ARRUDA; LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE; CARLOS TAKAHIRO CHONE**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** LSS, sexo feminino, 73 anos, hipertensa, há 4 meses apresentando quadro de otalgia a esquerda, sem otorréia, internação prévia para antibioticoterapia por suspeita de mastoidite aguda, admitida no serviço do Pronto Atendimento do Hospital de Clínicas da Unicamp devido progressão dos sintomas com piora da otalgia, disfagia, disfonia, dispneia e perda ponderal de 12kg em 3 meses. Ao exame físico otoscopia com membrana timpânica esquerda retraída, sem outras alterações, oroscopia com desvio de palato e úvula a direita e desvio de língua a esquerda. Videonasolaringoscopia identificou paralisia de prega vocal esquerda e importante estase salivar. A tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear do crânio demonstrou alterações sugestivas de osteomielite de ossos da base de crânio, presença de processo infiltrativo em rinofaringe esquerda com extensão posterior e superior, acometimento de fossa infratemporal esquerda, forames jugular e canal do hipoglosso ipsilateral. Também havia alterações sugestivas de trombose dos seios sigmoide e transversos. Na tomografia por emissão de pósitrons com FDG-18F (PET/CT) foi observado hipercaptação do radiotraçador em rinofaringe com sinais de extensão para o clivus determinando erosão parcial do mesmo com SUV= 12,5. Paciente evoluiu com desconforto respiratório, broncoaspiração importante e necessidade de traqueostomia para proteção de via aérea. Inicialmente foi aventado as hipóteses de neoplasia ou osteomielite de base de crânio. Foi submetida a biópsia de nasofaringe via radiointervenção com resultado negativo para neoplasia e cultura positiva para *Pseudomonas aeruginosa*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Streptococcus anginosus*; negativo para fungos e micobactérias. Recebeu tratamento com antibioticoterapia guiada por sensibilidade com esquema de Meropenem 2g endovenoso de 12/12h e Sulfametoxazol 400mg com trimetoprima 80mg 4 comprimidos de 12/12h via sonda nasoenteral durante 6 meses (novembro/22 a maio/23). Após término de tratamento paciente realizou exames de controle de PET/CT e Cintilografia sendo observado redução da atividade osteoblástica e da captação do radiotraçador demonstrando melhora do quadro de osteomielite.

**Discussão:** A síndrome de Collet-Sicard descreve o acometimento dos nervos cranianos IX, X, XI e XII, resultante de lesões do forame jugular e canal do nervo hipoglosso. Dentre as causas mais comuns estão as fraturas de base de crânio, disseções da artéria carótida, tumores de base de crânio, metástases, tumores da parótida, tumores de glomus jugular e schwannomas do nervo hipoglosso, causas infecciosas e inflamatórias são pouco descritas. Este relato descreve uma paciente com diagnóstico de osteomielite de osso temporal secundária a uma provável infecção prévia do ouvido médio esquerdo. A osteomielite da base do crânio é uma doença rara, grave e com risco iminente de vida. Ocorre principalmente secundária a doenças otológicas e infecções nasossinais por contiguidade.

**Comentários finais:** Este relato descreve um caso de osteomielite de base de crânio em uma paciente idosa sem outros fatores de imunossupressão e que evoluiu com Síndrome de Collet-Sicard por extensão do acometimento para os forames jugular e canal do hipoglosso a esquerda levando a paciente apresentar sintomas correspondentes ao acometimento dos pares cranianos IX, X, XI e XII. Após o diagnóstico clínico, de imagem e anatomopatológico sugestivos de osteomielite de base de crânio o tratamento se deu por 6 meses com antibioticoterapia guiada pela cultura e sensibilidade apresentando bom controle clínico e melhora das alterações nos exames de imagens após o término do tratamento.

**Palavras-chave:** Osteomielite; Osso temporal; Base de Crânio.

PO308

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA, UM DIAGNÓSTICO ISOLADO OU COEXISTENTE?  
RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** VICTORIA LIMA TISEO**COAUTORES:** SARAH EVANGELISTA DE OLIVEIRA E SILVA; TALITA MOURO MARTINS; LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO; ISADORA SEROTINI PERTINHEZ; MATEUS CAMPESTRINI HARGER; GABRIELA MAIA BARBOSA**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAÍ - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

AMSF, 73 anos, masculino, hipertenso e diabético sem tratamento clínico adequado, iniciou quadro de cefaleia hemicraniana esquerda há 6 dias, pulsátil e contínua, e, após 3 dias, evoluiu com otalgia ipsilateral, associado a edema e eritema de pavilhão auricular. Negava otorreia, vertigem, zumbido, hipoacusia ou demais queixas otológicas. Após 3 dias, apresentou desvio de rima labial à direita e não fechamento palpebral à esquerda, associado a quadro de tontura caracterizada como desequilíbrio e contínua, sem outros sintomas associados, com significativa dificuldade para deambular. Ao exame neurológico, paciente apresentava escala de coma de Glasgow (ECG) de 15 pontos, perda de força motora em membro superior direito (grau 2), marcha miopática e mímica facial alterada, com paralisia facial grau 3 em escala de House-Brackmann. À inspeção de orelha esquerda, paciente apresentava edema 3+/4+, elástico, hiperemiado, com aumento de calor e doloroso por toda a extensão do pavilhão auricular esquerdo, lóbulo e tragus ipsilaterais, associado a desvio de pavilhão. À otoscopia, apresentava MT íntegra e opaca após limpeza de otorreia em conduto auditivo externo. Ao exame otoneurológico, paciente apresentou nistagmo espontâneo e semiespontâneo com predomínio de componente horizontoverbal para direita e romberg com tendência para frente, sem outras alterações. Descartada a hipótese diagnóstica inicial de AVE através de exame de neuroimagem, ampliou-se a investigação diagnóstica através de coleta de líquido e sorologias e iniciado tratamento empírico com prednisona, aciclovir via oral e pomada ocular eptezan. Com 48 horas de internação hospitalar, paciente apresentou piora do quadro neurológico, pontuando 12 pontos na ECG com piora importante da confusão mental e respostas a comando simples. À coleta líquórica, obteve-se parâmetros compatíveis com infecção viral, e sorologia para Varicela Zoster IgG reagente (titularidade de 3388 mUI/ mL) e IgM não reagente. Tais resultados foram essenciais para aventar a hipótese diagnóstica final de encefalite viral associado à Síndrome de Ramsey Hunt.

**DISCUSSÃO:**

A família do herpes vírus tem uma íntima relação com o sistema nervoso central e periférico do ser humano, podendo ter diversas apresentações clínicas a depender o tipo de vírus e do status imunológico do doente. Uma das apresentações mais clássicas e típicas da família Herpes é a paralisia facial periférica, que, quando causada pelo vírus Herpes Zoster, resulta na Síndrome de Ramsey Hunt (SRH). Em contrapartida, a encefalite é definida como a inflamação do parênquima cerebral que provoca disfunção neurológica. A etiologia é infecciosa ou autoimune, e, dentre os agentes infecciosos, os mais comuns são os herpes vírus, com destaque ao herpes vírus tipo 1 (HSV-1). O diagnóstico da patologia é principalmente clínico e, aventada tal hipótese diagnóstica, a introdução de aciclovir intravenoso é determinante para o prognóstico do paciente, visto o potencial fatal do HSV-1. Frente ao exposto, e, diante de um paciente com quadro clínico de paralisia facial periférica (PFP), principalmente em idosos imunocomprometidos, deve-se abrir um leque de hipóteses diagnósticas, com o intuito de instituir tratamentos empíricos que mudam drasticamente a mortalidade e prognósticos desses pacientes. Uma história clínica bem coletada, um exame físico neurológico e otorrinolaringológico bem-feitos direcionam o raciocínio clínico e descartam diagnósticos iniciais limitados que são aventados em um primeiro momento.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

O presente trabalho tem como objetivo principal alertar o profissional médico, frente a um quadro de PFP, principalmente em paciente imunocomprometidos, sobre outros importantes diagnósticos diferenciais, e, na vigência de alterações neurológicas que sugiram acometimento central associado ao periférico, coletar exame de líquido, sorologias e iniciar empiricamente o aciclovir intravenoso, frente a mudança de prognóstico e mortalidade desses pacientes.

Palavras-chave: paralisia facial periférica; síndrome de ramsey hunt; encefalite.

PO311

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**LESÃO EXPANSIVA EM ORELHA MÉDIA DIREITA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARINA MENDONÇA DE MIRANDA**COAUTORES:** DAMÁCIO SOARES PAIVA; BRUNO THIEME LIMA; KELVIN LEITE MOURA; PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA; RAYANE BEZERRA FREITAS; YASMIM BARROS SILVEIRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 89 anos foi encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia por queixa de otalgia intensa e otorreia em orelha direita há cerca de 3 meses. Já havia realizado tratamento com amoxicilina+clavulanato, azitromicina e levofloxacino, estava em uso de ceftriaxona, porém sem melhora da queixa. Paciente hipertensa em uso de rivaroxabana, AAS, caverdilol, losartana, clortalidona, bromazepam e duloxetine. Ao exame, apresentava-se em regular estado geral, eupneica, afebril e sonolenta. Otoscopia evidenciando membrana timpânica direita opaca, íntegra. Em nasofibroscopia foi visualizado abaulamento em região de rinofaringe e torus tubário à direita. Realizada RNM de mastoides que evidenciou lesão expansiva com coleções líquidas irregulares envolvendo o processo mastóide, a região petroclival, o espaço pré-vertebral e as paredes posterior e lateral direita do rinofaringe, promovendo erosões ósseas na região petroclival, podendo corresponder a processo infeccioso/inflamatório ou lesão neoplásica, comprometendo o forame jugular e o canal carotídeo ipsilateral. Desse modo, foi iniciado Ciprofloxacino e Clindamicina endovenoso, realizada biópsia de lesão de rinofaringe e inserção de tubo de ventilação em orelha direita, após 48 horas da antibioticoterapia, paciente referiu melhora importante da otalgia. Cultura de secreção de orelha média direita resultou em *Candida tropicalis* e anatomopatológico resultou em ausência de neoplasia da amostra, presença de tecido inflamatório crônico. Paciente recebeu alta após 16 dias de internação com prescrição de fluconazol 600mg/dia e ciprofloxacino 1000mg/dia. Nova RNM de mastoides realizada após 2 meses evidenciou redução das dimensões do processo infiltrativo e das áreas de liquefação em seu interior. Paciente permanece em acompanhamento ambulatorial com bom controle dos sintomas.

**Discussão:** *Aspergillus niger* e *Candida* são os organismos mais comuns encontrados nas otomicoses, raramente são relatados como patógenos de processos infecciosos da orelha média. Fontes de infecção fúngica para o osso temporal são as meninges, a via hematogênica, via timpanogênica e nasofaringe. As infecções fúngicas em locais atípicos como a orelha média normalmente estão relacionadas à situações de imunossupressão (uso crônico de corticoide, diabetes, imunodeficiências). A elucidação diagnóstica é complexa, pois é importante realizar o diagnóstico diferencial com outros tipos de lesões de orelha média como neoplasias malignas, colesteatomas e infecção por tuberculose, logo, são necessários exames de imagem, biópsia e cultura. O diagnóstico pôde ser comprovado tanto pelo crescimento do fungo na cultura de secreção da orelha média, quanto pela boa resposta ao tratamento antifúngico instituído no caso em questão.

**Comentários Finais:** Apesar da etiologia benigna, a infecção fúngica localizada em sítio próximo a estruturas nobres como na orelha média é de difícil tratamento tanto cirúrgico, quanto medicamentoso, por isso, exige um acompanhamento clínico e com exames de imagem de forma regular além de seguimento concomitante com a infectologia.

**Palavras-chave:** Otologia; Otite Fúngica; Lesão expansiva.



PO313

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**DEISCÊNCIA BILATERAL DE CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR****AUTOR PRINCIPAL:** MAURÍCIO VILELA FREIRE**COAUTORES:** LARISSA FAVORETTO ALMEIDA; JOSE ELIAS DA SILVA MURAD; MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO; GISELLI HELENA SOUZA; RAQUEL RAIANE ALVES LOPES; HELGA MOURA KEHRLE**INSTITUIÇÃO:** HBDF, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 55 anos de idade, foi encaminhado ao ambulatório de Otoneurologia devido a queixas de Hipoacusia bilateral há 8 anos, com piora progressiva nos últimos meses, associado a zumbido contínuo bilateral e vertigem rotatória desencadeada por exposição sonora de alta intensidade. Audiometria realizada indicou perda auditiva neurossensorial leve bilateral. Tomografia de Mastóides identificou deiscência de canal semicircular superior bilateralmente. Em decisão conjunta com paciente, foi optado por tratamento conservador com medidas para minimizar sintomas e evitar fatores desencadeantes.

**Discussão:** A Síndrome de Deiscência de Canal Semicircular Superior (SDCSS), primeiramente descrita em 1998, é uma doença rara, caracterizada principalmente por sintomas vestibulares induzidos por estímulos sonoros intensos ou por modificações de pressão intracraniana ou em orelha média, devidos à deiscência da camada óssea que recobre o canal semicircular superior. Estima-se que a prevalência de deiscência completa do canal semicircular superior seja de 0,7% na população geral. A etiopatogenia da alteração anatômica ainda é desconhecida, podendo se relacionar a disfunção no desenvolvimento ósseo do osso temporal ou a deiscência traumática. Os principais sintomas são manifestações vestibulares, como vertigem e desequilíbrio crônico, muito relacionados à exposição a estímulos sonoros de alta intensidade ou a manobras que modificam a pressão dentro da orelha média ou a pressão intracraniana (assoar o nariz, tossir, erguer objetos pesados, comprimir o tragus, etc.). Menos frequentemente podem se manifestar apenas com perda auditiva, autofonia ou acúfeno, com ou sem sintomas vestibulares. O exame físico é essencial e a grande maioria dos pacientes apresenta nistagmo vertical e rotatório evocado por estímulos sonoros intensos ou após manobras que modifiquem a pressão na orelha média ou intracraniana. Exames considerados para investigação do aparelho vestibular, tais como eletrônistagmografia e cadeira rotatória, não mostraram alterações significativas. A Audiometria Tonal tem como alteração mais frequentemente encontrada entre os pacientes sintomáticos a perda auditiva “condutiva”, com gap aéreo-ósseo de 5-10 dB em 2 ou mais frequências (principalmente nas mais graves). O diagnóstico de SDCSS é confirmado através de Tomografia Computadorizada de ossos temporais de alta resolução. Ressonância Nuclear Magnética também pode ser utilizada, mas possui sensibilidade e especificidade menores. Em relação a terapêutica empregada, pacientes oligossintomáticos devem evitar estímulos causadores dos sintomas e experimentar medidas de suporte, tais como, reabilitação vestibular ou terapêutica antivertiginosa. Estes doentes requerem uma vigilância mais prolongada de forma a assegurar a resolução da sintomatologia. Aqueles com sintomas incapacitantes podem necessitar de tratamento cirúrgico. A escolha do tratamento cirúrgico deve levar em conta a gravidade dos sintomas e os riscos e benefícios da cirurgia. As opções cirúrgicas incluem: tentativa de oclusão da deiscência do CSS com colocação de enxerto ósseo e fâscia sobre o local, mantendo o canal patente. Estes procedimentos cirúrgicos podem ser executados através de uma abordagem transmastóidea ou através de uma craniotomia com acesso à fossa média.

**Comentários Finais:** A Síndrome de Deiscência de Canal Semicircular Superior é uma condição rara, recém descoberta e ainda em investigação, que possivelmente é sub-diagnosticada. Nem todos os pacientes apresentam o quadro clínico típico, sendo necessário um elevado grau de suspeição assim como observação clínica e avaliação audiométrica rigorosas para o correto diagnóstico e manejo. Pesquisas são necessárias para melhor conhecimento em relação à etiologia e aos benefícios do tratamento cirúrgico.

**Palavras-chave:** Deiscência de Canal Semicircular Superior;Bilateral;Síndrome da terceira janela.

PO314

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**FALHA DE INTEGRIDADE DE IMPLANTE COCLEAR APÓS TRAUMA CEFÁLICO****AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA DE CASTRO DORNELAS**COAUTORES:** ALINE RADUAN IACOVONE; RAFAELA ESTEFANO URIZA; HENRIQUE PENTEADO DE CAMARGO GOBBO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL VERA CRUZ, CAMPINAS - SP - BRASIL

MBRC, sexo feminino, natural e procedente de Campinas, nascida em março de 2019, com idade gestacional de 38 semanas e 4 dias, parto normal e Apgar 10/10. Realizou triagem auditiva que mostrou otoemissões acústicas evocadas presentes bilateralmente. Não apresentava antecedentes familiares ou genéticos de perda auditiva.

Mãe referiu que quando a paciente estava com um ano e seis meses apresentava desequilíbrio, falta de atenção auditiva e “gritava muito”. Acompanhava com pediatria em investigação para diagnóstico de transtorno do espectro autista. Realizado avaliações audiométricas que mostraram otoemissões acústicas evocadas ausentes bilateralmente e Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico (PEATE) click alterado. Em setembro de 2020, em retorno após um mês de uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) bilateralmente mãe referiu melhora importante em equilíbrio e atenção auditiva. A audiometria de campo aberto mostrava respostas auditivas em 65db. Em outubro de 2020, foi observado piora importante dos limiares auditivos e indicado colocação de implante coclear bilateral. Em abril de 2021 realizado cirurgia de implante coclear em ouvido esquerdo e em janeiro de 2022 realizado em ouvido direito.

No dia da ativação do segundo implante coclear, foi feito teste em implante contralateral (implantado em 2021) e observado todos os eletrodos sem resposta (em high). Quando questionada a mãe referiu que houve colisão da cabeça da paciente há 4 meses, mas que não foi observado alterações comportamentais, possivelmente devido ao diagnóstico de TEA. Realizados exames complementares. A tomografia de mastóides foi observado integridade de eletrodo do implante coclear bilateral. Feito teste de integridade através do Software MAESTRO e identificado dano e quebra de filamentos do eletrodo. Realizada cirurgia para troca de implante coclear a esquerda em setembro de 2022 com sucesso.

Falha na integridade do implante coclear por trauma craniano não é um evento comum. Além disso, crianças que apresentem doenças neurológicas ou psiquiátricas associadas podem não apresentar alterações de comportamento na rotina após a inativação do implante. Assim, é importante ressaltar a necessidade de protocolos de testagem e retestagem para usuários de implantes auditivos da faixa etária infantil e naqueles que apresentem síndromes ou transtornos comportamentais associados. Hoje sabemos que a taxa de reimplantação em crianças é mais elevada quando comparado com adultos. Esse resultado se deve a espessura do osso da mastoide, técnica de fixação utilizada e principalmente maior incidência de trauma craniano nessa população. A proporção cefálica em relação ao corpo na criança é maior que no adulto e essa faixa etária apresenta um sistema de equilíbrio, função motora e propriocepção em desenvolvimento. O risco de traumas cranioencefálicos aumenta ainda mais quando trabalhamos com crianças com múltiplas comorbidades, deficiências e distúrbios de aprendizagem associadas a surdez.

Palavras-chave: Implante Coclear; Trauma; Reimplantação.

PO315

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Recidiva Extramedular de Leucemia Promielocítica Aguda Mimetizando Otite Externa Maligna

**AUTOR PRINCIPAL:** JOÃO VITOR LIMA BUENO**COAUTORES:** MARCO AURELIO ROCHA SANTOS; LETICIA PAIVA FRANCO; ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS; MARIANA CATA PRETA DE BARROS; REBECA CAROLINA CAMPOS E ALMEIDA SILVA; YANK SANTA CECILIA MARQUES; JULIA TOLENTINO MELO MORAIS**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL**Apresentação do Caso:**

Paciente sexo feminino, 18 anos, com história de Leucemia Mieloide Aguda (LMA), em tratamento oncológico de manutenção com ácido all-trans-retinoico. A paciente foi atendida no serviço de otorrinolaringologia com queixa de otalgia intensa bilateral persistente por 45 dias sem melhora com uso de antibiotico oral e tópico. O exame físico revelou otorreia e tecido de granulação obstruindo ambos os condutos auditivos externos. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) de ossos temporais que mostrou material de densidade de partes moles na orelha média direita, com discretas erosões ósseas de parede lateral do ático e parede jugular, bem como material de densidade de partes moles obstruindo ambos os condutos auditivos externos.

Diante dessa apresentação clínica, foi iniciado tratamento com antibioticoterapia venosa, suspeitando de otite externa maligna. Subsequentemente, foi realizado um desbridamento cirúrgico do conduto auditivo externo para remover o tecido de granulação. O exame anatomopatológico deste material revelou um infiltrado hemolinfopoiético, enquanto a imuno-histoquímica confirmou a infiltração por leucemia mieloide. Os resultados da imunofluorescência demonstraram positividade para MPO, lisozima, CD43, CD68, CD117, além de uma taxa de Ki67 de 25%, enquanto CD34 foi negativo, o que permitiram concluir recidiva extramedular de leucemia promielocítica aguda.

O antibiótico foi suspenso e iniciado tratamento quimioterápico intensivo, o que resultou em melhora dos sintomas. Além disso, outros exames, como o mielograma e a análise do líquor, afastaram outros focos de recidiva da LMA.

**Discussão:**

O desafio diagnóstico neste caso reside na apresentação atípica de recidiva de LMA, mimetizando otite externa maligna. A paciente estava sob tratamento oncológico de manutenção com ácido all-trans-retinoico, o que não seria esperado desencadear um nível de imunossupressão significativo, colocando-a em risco de desenvolver otite externa maligna. Esta é uma condição geralmente associada a idosos, diabéticos ou indivíduos imunocomprometidos. Dadas as circunstâncias incomuns, as equipes de otorrinolaringologia e hematologia consideraram a necessidade de explorar outros diagnósticos.

**Comentários Finais:**

Este caso ilustra a importância de considerar diagnósticos diferenciais quando confrontados com apresentações clínicas atípicas. A análise anatomopatológica e imuno-histoquímica desempenhou um papel central na confirmação da recidiva extramedular da LMA, permitindo a diferenciação com otite externa maligna. Destacamos, igualmente, a relevância do acompanhamento multidisciplinar com a equipe de hematologia do hospital para garantir um manejo adequado da paciente.

Palavras-chave: otite externa maligna; orelha externa; leucemia.

PO317

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****SURDEZ CONGÊNITA EM UM PACIENTE COM SÍNDROME DE WAARDENBURG, UM RELATO DE CASO.****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIEL NEVES FARIAS**COAUTORES:** GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA; GUSTAVO CEDRO SOUZA; ROSANA DUARTE LUZ; MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI; GISLANE BORGES PEREIRA; MAÍRA MACEDO DE GUSMÃO CANUTO; IEDA CARVALHO DE MELO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ - AL - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo feminino, 4 anos, com Síndrome de Waardenburg, com história de teste de triagem auditiva neonatal normal, porém com ausência de desenvolvimento da fala e ausência de percepção de sons desde o primeiro ano de vida. Ao exame, apresentava heterocromia ocular e raiz nasal alargada, com deslocamento lateral do canto interno dos olhos. Ao realizar audiometria, em Fevereiro de 2023, foi identificada perda auditiva de grau profundo bilateralmente, otoemissões ausentes; também realizou potencial evocado auditivo de tronco encefálico com ausência de ondas I, III e V em 80 DB no ouvido direito e 90 DB no ouvido esquerdo, na ressonância magnética, realizada em Março de 2023, não mostrou alterações.

**DISCUSSÃO**

A síndrome de Waardenburg é uma desordem pigmentar hereditária autossômica dominante, o gene conhecido associado à síndrome é o PAX3, sendo, entretanto, mais usado no aconselhamento genético. Nessa síndrome a distribuição anormal dos melanócitos durante a embriogênese resulta em áreas irregulares de despigmentação na pele, olhos e cabelos, além de poder cursar com a apresentação de uma raiz nasal larga, secundária ao deslocamento lateral do canto interno dos olhos. Indivíduos afetados podem ter maior risco de: defeitos no tubo neural, fendas labial e palatina, anormalidades nos membros e doença de Hirschsprung. A surdez congênita ocorre em 20% dos pacientes com síndrome de Waardenburg e estima-se que 2 a 7% dos casos de surdez congênita resultem do distúrbio. A paciente teve confirmação da perda auditiva com audiometria realizada em fevereiro de 2023 e BERA realizado no mês seguinte já com 5 anos, o que pode caracterizar um diagnóstico tardio para paciente, devido suas possibilidades de tratamento em uma fase mais inicial de seu desenvolvimento.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

As repercussões auditivas da síndrome de Waardenburg são frequentes, apesar disso, a perda auditiva nem sempre recebe sua devida atenção nos primeiros anos de vida, a triagem auditiva neonatal adequada, assim como orientações às mães desde os primeiros meses de vida - quanto aos primeiros sinais de perda auditiva - podem facilitar o diagnóstico precoce e o tratamento, de maneira a possibilitar o melhor desenvolvimento da criança. O diagnóstico precoce da síndrome permite estimulação adequada para a perda auditiva, assim como medidas preventivas. A família também pode se beneficiar do aconselhamento genético após o diagnóstico, por se tratar de herança autossômica dominante.

Palavras-chave: surdez; Síndrome de Waardenburg ; Padrões de Herança Genética.

PO324

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****MASTOIDITE AGUDA POR BURKHOLDERIA SP. EM PACIENTE PREVIAMENTE HÍGIDO****AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA DE CASTRO DORNELAS**COAUTORES:** ALINE RADUAN IACOVONE; RAFAELA ESTEFANO URIZA; HENRIQUE PENTEADO DE CAMARGO GOBBO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL VERA CRUZ, CAMPINAS - SP - BRASIL**Apresentação do Caso:**

JDFN, masculino, 2 anos e 11 meses, previamente hígido, apresentou quadro de infecção de vias aéreas superiores no início de dezembro de 2022 tendo iniciado tratamento com Cefaclor no dia 09 de dezembro por 7 dias. No dia 16 de dezembro retornou ao pronto socorro Infantil apresentando convulsão com necessidade de intubação orotraqueal. No exame físico foi evidenciado otite média aguda com sinais de hiperemia retroauricular sem edema, foi iniciado ceftriaxone 50mg/kg/dia e solicitado tomografia de crânio no dia 16/12, que mostrou estruturas encefálicas sem anormalidades com achados de otomastoidopatia.

No dia 19/12, paciente apresentou melhora clínica, e foi encaminhado para enfermaria. Mantinha febre mesmo em uso de ceftriaxone, dia 21/12 apresentou novo episódio convulsivo retornou para UTI pediátrica e a dose de ceftriaxona foi ajustada para 1g/dia. No dia seguinte, 22/12, foi realizado uma ressonância de crânio que apresentava conteúdo espesso no compartimento subaracnóideo. No dia 25/12 foi solicitado interconsulta com neurocirurgia e com a equipe de Otorrinolaringologia que avaliou o paciente e decidiu realizar mastoidectomia a esquerda com colocação de tubo de ventilação bilateral. A cirurgia foi realizada dia 26/12, com sucesso, e foi coletado material intraoperatório para cultura e anatomopatológico. Dia 29/12/2022 o resultado da cultura intraoperatória apresentou crescimento de Burkholderia sp e o antibiograma havia sensibilidade a ceftazidima, meropenem e sulfametoxazol-trimetoprima, optado pela equipe de infectologia do hospital iniciar a ceftazidima.

Após 5 dias do início da ceftazidima, o paciente apresentou novos episódios febris, optado pela equipe da Infectologia pela troca de antibioticoterapia para meropenem e iniciado investigação para infecção hospitalar. Após 2 semanas em uso de meropenem, no dia 22/01 paciente iniciou quadro de exantema e prurido em tronco e membros suspeitado de farmacodermia pelo uso do meropenem e foi trocado meropenem, pela equipe da infectologia, por Sulfametoxazol- Trimetoprima.

No dia 28/01 teve alta hospitalar mantendo tratamento endovenoso via homecare até dia 13/02. Seguimento ambulatorial foi realizado pela equipe da infectologia, pediatria e otorrinolaringologia. A equipe da pediatria descartou diagnósticos de imunodeficiências.

**Discussão:**

A mastoidite é uma infecção bacteriana que afeta a célula mastoide do osso temporal, geralmente resultante de complicações de otite média aguda. No entanto, existem relatos raros de casos de mastoidite causada por bactérias incomuns. A compreensão dos fatores subjacentes a essa ocorrência atípica é fundamental para a gestão eficaz e oportuna desses casos.

Burkholderia sp. é um gênero de bactérias gram-negativas amplamente distribuídas no ambiente. Enquanto algumas cepas são patogênicas e associadas a infecções em humanos, outras têm sido encontradas em indivíduos hígidos sem causar sintomas aparentes.

A patogenicidade e virulência de Burkholderia sp. em casos como esse podem ser influenciadas por fatores ambientais, como uso de antibiótico recente e de repetição, e a presença de determinados genes de virulência e resistência a antibióticos. Estudos genômicos e sobre alteração da microbiota local após uso frequente de antibióticos podem ajudar a elucidar os mecanismos subjacentes à capacidade dessa bactéria de causar infecções invasivas em pacientes sem condições de saúde subjacentes.

**Comentários Finais:**

A ocorrência atípica dessa infecção suscita preocupações sobre a virulência emergente de cepas não convencionais. A natureza resistente dessa bactéria a múltiplos antibióticos destaca a importância da vigilância constante da resistência antimicrobiana e da necessidade de abordagens terapêuticas personalizadas. No futuro, estudos epidemiológicos mais abrangentes e análises genômicas mais detalhadas são necessárias para elucidar o potencial impacto dessas infecções incomuns.

**Palavras-chave:** MASTOIDITE AGUDA; BURKHOLDERIA; OTITE MÉDIA COMPLICADA.

PO326

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos a cirurgia de implante coclear em hospital de referência em Salvador.

**AUTOR PRINCIPAL:** RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS

**COAUTORES:** JULIO CEZAR SILVA SANTOS FILHO; HELISSANDRO ANDRADE COELHO

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTO ANTONIO - OSID, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivos:**

Traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia de implante coclear no Hospital Santo Antônio/ Obras Sociais Irmã Dulce.

**Métodos:**

Trata-se de um estudo descritivo baseado em informações obtidas a partir de prontuários de pacientes que realizaram implante coclear no Hospital Santo Antônio/ Obras Sociais Irmã Dulce em Salvador/BA, no período de Janeiro de 2022 a Agosto de 2023, contemplando os seguintes dados: gênero, idade ao ser implantado, etiologia da perda auditiva, se associado a síndrome genética, se foi realizado triagem auditiva neonatal, lado da cirurgia, se foi sequencial, marca do implante coclear, se de inserção por parede lateral ou perimodiolar e complicações

**Resultados:**

Ao todo foram operados 118 pacientes, sendo 70 do sexo feminino e 48 do sexo masculino, desses em um paciente durante ato cirúrgico não foi visualizado via de inserção, impossibilitando a realização do implante. Dentre as faixas etárias <4 anos: 19; 4 a 7 anos: 26; 7 a 12: 15; 12 a 20 anos: 8; 20 a 60: 36; >60 anos: 14. Dentre as causas, 54 foram de origem congênita (6 associado a síndrome genética) e 64 adquiridas (1 associado a síndrome genética). Em relação aos de causa congênita, a TANU não foi realizada em 12 pacientes, 28 foram reprovados e 14 não tinham essa informação. Quanto a lateralidade: Direito (62); Esquerdo (46); Bilateral(10). Sendo 39 sequencias.

Durante ato cirúrgico não foi possível visualizar o nicho da janela redonda em um dos 118 pacientes, impossibilitando a realização do implante. Em relação as marcas dos implantes cocleares: AB (10); COCHLEAR (34); MEDEL (68); OTICON (5); dentre todos esses, 112 foram de parede lateral e 5 perimodiolar. A via de acesso cirúrgica foi por janela redonda em 112 pacientes e via cocleostomia em 5 pacientes. Dezesesseis pacientes apresentaram complicações intra ou pós operatórios, 13,67% da nossa amostra, todos eles por inserção via janela redonda. Após análise estatística foi verificado que em nossa amostra não há associado entre o local de inserção e presença de complicações ( $p=0,6101$ ). As complicações intra ou pós operatórias foram: vertigem (8), zumbido (3), êmeze (2), dor (1), disageusia (1), hipertermia maligna (1).

**Discussão:**

Os resultados deste estudo fornecem informações sobre o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos a essa cirurgia. Inicialmente, os dados epidemiológicos evidenciam a diversidade da faixa etária dos beneficiários desse procedimento. Os resultados revelam uma porcentagem significativa de perda de origem congênita, reforçando a importância de programas de triagem auditiva neonatal. Além disso, a falta de informações sobre triagem auditiva neonatal em alguns casos sugere a necessidade de melhorar o registro e acompanhamento desses dados.

A análise estatística não mostrou relação significativa entre o local de inserção e complicações intra ou pós-operatórias. A escolha da via de acesso deve ser personalizada com base na anatomia e nas características do paciente. Pesquisas recentes mostram taxa de complicações com variação de 10,1 a 19%, os resultados obtidos em nossa amostra estão consistentes com essa faixa. As complicações destacam a importância da avaliação pré-operatória cuidadosa e do acompanhamento pós-operatório rigoroso para minimizar riscos e garantir resultados bem-sucedidos.

**Conclusão:**

Este estudo contribui para o entendimento do perfil dos pacientes de implantes cocleares no Hospital Santo Antônio e ressalta a importância de tornar essa intervenção mais acessível e eficaz para todas as idades.

**Palavras-chave:** Implante;Coclear;Epidemiologia.

PO330

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**ENCEFALOCELE TARDIA COM FÍSTULA LIQUÓRICA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDO AZEVEDO FERREIRA**COAUTORES:** RAFAELA SILVA WALTRICK; ERIKA YUMI NAKAGAWA; LUISI MARIA MEZZOMO; LETICIA LEAHY; AGNALDO RODRIGUES PEREIRA JUNIOR; LOUISE FERREIRA IUNKLAUS; ROGERIO HAMERSCHMIDT**INSTITUIÇÃO:** COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Uma mulher de 58 anos, diabética não insulino-dependente, com otorreia crônica em orelha direita desde a infância, timpanomastoidectomia fechada prévia aos 18 anos e timpanomastoidectomia aberta aos 54 anos. No início de 2022 procurou atendimento devido piora da audição, sendo diagnosticada com fístula liquórica à direita, evidenciada em uma ressonância magnética. Na otoscopia, a membrana timpânica apresentava-se pulsátil e abaulada na região superior, com tímpano lateralizado. Foi optado pela realização de petrosectomia direita com monitorização do nervo facial, para fechamento da fístula liquórica, sem intercorrências intraoperatórias.

Durante o pós-operatório imediato, a paciente apresentou sonolência e rebaixamento do nível de consciência, com melhora após administração de manitol e furosemida. Suspeitado de hipertensão intracraniana. Foi optado pela transferência aos cuidados da terapia intensiva.

Por fim, apresentou melhora progressiva do quadro com medidas clínicas, recebendo alta hospitalar no 8º PO, com acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** A encefalocele está associada a defeitos congênitos ou adquiridos do osso temporal, como secundários a traumas, cirurgias otológicas prévias, tumores, irradiação, otite média crônica, ou até mesmo espontânea. Pode haver herniação meningoencefálica, que quando associada a violação das meninges, pode apresentar otorreia ou rinorreia por líquido cefalorraquidiano.

Tal porta de entrada pode gerar meningites recorrentes, epilepsia e abscessos cerebrais.

Não existem protocolos específicos para manejo de defeitos no osso temporal, sendo a experiência do cirurgião essencial para determinar o tipo de abordagem. No caso em questão, foi optada pela petrosectomia direita, sendo obtido resultado satisfatório no fechamento da fístula liquórica.

**Comentários finais:** O extravasamento de líquido cefalorraquidiano pode ocorrer vários anos após a timpanomastoidectomia. Ressaltamos a importância do diagnóstico da fístula liquórica, bem como do reconhecimento de diagnósticos diferenciais e complicações associadas ao procedimento de timpanomastoidectomia e dos riscos de hipertensão intracraniana no pós-operatório imediato. A suspeição clínica com uma história de cirurgia prévia, bem como um exame de imagem de qualidade, fazem a diferença no diagnóstico desta patologia. O tratamento desta patologia pode envolver a técnica transmastóidea, petrosectomia, entre outras, a depender da indicação e da experiência do cirurgião.

**Palavras-chave:** Encefalocele; Timpanomastoidectomia; Fístula liquórica.



PO334

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****RELATO DE CASO: EXTRUSÃO DE IMPLANTE COCLEAR EM PACIENTE LEVANTADOR DE PESO E USUÁRIO DE TESTOSTERONA INJETÁVEL****AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA DE CASTRO DORNELAS**COAUTORES:** ALINE RADUAN IACOVONE; RAFAELA ESTEFANO URIZA; HENRIQUE PENTEADO DE CAMARGO GOBBO**INSTITUIÇÃO:** INSTITUIÇÃO: HOSPITAL VERA CRUZ, CAMPINAS - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

TGG, masculino, 39 anos, usuário de implante coclear (IC) bilateral, evoluiu com extrusão de IC unilateral sem história de trauma, infecções ou complicações cirúrgicas. Foi detectada possível associação com levantamento de peso e uso de testosterona injetável.

**DISCUSSÃO**

O paciente teve indicação de implante coclear (IC) em março de 2017, com compreensão de fala no silêncio de 50% e no ruído de 20%, sem benefício ao uso de aparelho de amplificação sonora individual.

Realizou cirurgia de IC à direita em maio, e na primeira audiometria teve limiar de reconhecimento de fala em 20dB. Em um ano, teve progressão da melhora auditiva, sem perda dos limiares pré IC. Em março de 2019 apresentava compreensão de monossílabos em contexto aberto de 48% e dissílabos de 60%.

Em novembro de 2020 iniciou queixa de espasmo facial à direita. À avaliação, havia resposta do nervo facial nos eletrodos 10, 11 e 12, sem sensação auditiva no eletrodo 12. Trocado o pulso de estimulação do IC de bifásico para trifásico, houve melhora da sensação auditiva e diminuição dos espasmos.

Em fevereiro de 2021 foi realizada cirurgia de IC na orelha esquerda (OE) e na audiometria de seis meses apresentava teste de dissílabos em 56% nesta orelha. Em setembro foi necessário desligar os eletrodos 11 e 12 da orelha direita (OD) por não haver mais percepção auditiva. Audiometria de campo aberto em junho de 2022 mostrou teste de trissílabos com ambos os aparelhos em 76%, mas com sensibilidade em sons agudos, com efeito extra auditivo, sendo então mantido mapa estável bilateralmente. Após seis meses, apresentou alteração de limiares em campo livre, sendo na OD trissílabos 64% e dissílabos 48%, e na OE trissílabos 88% e dissílabos 68%.

Em fevereiro de 2023 retornaram as queixas de espasmo facial à direita, agora associado a sons agudos. Foram retestados os eletrodos da OD, apresentando estimulação do nervo facial principalmente nos eletrodos basais, resultando em contração muscular na região zigomática. O paciente negou história de trauma e não houve sinais de infecção ou complicações do sítio cirúrgico.

Foram realizados alguns testes: abaixar o estímulo e aumentar a duração mínima do pulso até o máximo por eletrodo, mas a sensação de loudness continuou fraca; e, sob orientação da empresa, alterar o “interphase gap”, mas a estimulação do nervo aumentou e manteve a sensação de loudness fraca. Por último, foram associadas as duas estratégias anteriores, mas nada mudou. O paciente ficou mais confortável com o primeiro teste. O mapeamento da OE não demonstrou alterações, e discriminava todos os sons de Ling. Audiometria em campo livre com orelhas separadas apresentou teste de dissílabos na OD em 44% e OE 76%, sendo foi solicitada tomografia, que mostrou extrusão parcial do feixe de eletrodos. Assim, foi indicada nova cirurgia para reabordagem da OD. No procedimento evidenciou extrusão parcial dos eletrodos, sem sinais de trauma ou infecção. Na ativação do novo IC, em maio de 2023, o paciente apresentava melhora da percepção auditiva e compreensão de fala, sem a ocorrência de espasmos.

Em busca de causas para a extrusão do IC, e já sendo excluídos trauma e infecção, o paciente foi questionado sobre hábitos que poderiam ter interferido no processo. O paciente contou que diariamente frequenta academia, fazendo levantamento de peso e utiliza testosterona injetável. Referiu ainda que vinha percebendo alterações de audibilidade durante as sessões de força física.

Ao entrarmos em contato com a empresa responsável pelo IC, foi-nos informada a suspeita de maior incidência de extrusão de feixe de eletrodos em usuários de testosterona. Realizado levantamento bibliográfico sobre a associação de levantamento de peso, valsava, e uso de testosterona ou outros hormônios e extrusão de IC, não encontrado resultados.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Apesar de já bem estabelecidas como causas de extrusão de IC o trauma e infecção, este caso demonstra que ainda há fatores desconhecidos que possam causar tal complicação. No caso descrito, foi detectada possível associação com levantamento de peso e o uso de testosterona injetável.

**Palavras-chave:** Extrusão Implante Coclear; Testosterona Injetável; Musculação.

PO340

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTITE EXTERNA NECROTIZANTE - COMPLICAÇÃO COM TROMBOSE DE SEIO SIGMOIDE****AUTOR PRINCIPAL:** MARINA AMORIM BATISTA DE VASCONCELOS**COAUTORES:** PAULA CORDOVAL CAETANO; NATHALIA CAMPOS BEZERRA; RODRIGO DE ANDRADE PEREIRA**INSTITUIÇÃO:** IPSEMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** N.C.C., 79 anos, diabético, hipertenso, internado previamente com quadro inicial de mastoidite, evoluindo com edema agudo de pulmão e pneumonia. Ficou no CTI por mais de um mês e utilizou diversos antibióticos. Retorna com relato de otalgia intensa e edema retroauricular. Swab de CAE: pseudomonas multirresistente. O tratamento envolveu cefepime e oticirax, com a necessidade de limpezas frequentes do ouvido. Durante a internação, foram realizados vários exames, incluindo uma cintilografia Ga-67 que mostrou redução da inflamação local. No entanto, após 40 dias de tratamento com cefepime, o paciente apresentou retorno dos sintomas no ouvido esquerdo, incluindo otalgia intensa, dor temporal, cefaleia e recidiva do granuloma. Uma nova tomografia revelou a presença de trombose no seio sigmoide esquerdo. Devido à persistência da otalgia apesar do tratamento com analgésicos comuns, uma abordagem cirúrgica foi realizada para coletar material do granuloma, suspeitando-se de recorrência. Após a biópsia, uma angiotomografia confirmou a trombose. A anticoagulação foi iniciada em colaboração com a equipe de neurologia, o que levou à melhora dos sintomas. Além disso, o tratamento foi ampliado, incluindo ciprofloxacino oral e otosporin, juntamente com a manutenção do oticirax e do cefepime. Paciente evoluindo com melhora da otalgia, tendo a biópsia evidenciando pólipos aural inflamatório.

**Discussão do caso:** A otite externa necrotizante (OEN) é uma infecção potencialmente letal que começa usualmente no CAE e se estende à base do crânio. Ocorre em pacientes diabéticos idosos e que devido a terapia antibiótica prolongada está associada à morbidade e mortalidade elevadas. O agente causador da OEN, em 96% a 98% dos casos, é a *Pseudomonas aeruginosa*, bactéria Gram-negativa aeróbia obrigatória. Otalgia, usualmente lancinante, resistente ao uso de analgésicos e que se irradia para as regiões frontotemporais e parietais com piora à noite, ocorre em 90% dos casos. É acompanhada frequentemente de uma otorreia fétida e purulenta, além de hipoacusia condutiva leve. Sensibilidade e edema periauricular são achados comuns, além de granuloma posteroinferior do CAE ao nível da junção osteocartilaginosa. Diagnóstico: Otalgia persistente por mais de um mês; Otorreia purulenta persistente associada a tecido de granulação por várias semanas; DM, idade avançada ou outro estado de imunossupressão; Envolvimento de pares cranianos. Há várias complicações possíveis, como por exemplo, abscesso cerebral, sinusite esfenoidal, aneurisma micótico, parotidite, trombose do seio lateral e sigmoide, todas com alta mortalidade. O tratamento indicado é com antibióticos por um período longo de 4 a 8 semanas com média de 6 semanas. Critérios propostos de cura são a cicatrização da pele do CAE, culturas negativas e a normalização do VHS. Normalização da cintilação Ga-67 talvez seja o exame mais confiável para a interrupção da terapia intravenosa e outro sinal importante é quando a otalgia cessa ou diminui. Na trombose de seio sigmoide, observa-se que o processo infeccioso da mastoide, pela proximidade anatômica, pode levar à inflamação envolvendo a parede do seio venoso podendo precipitar a formação de trombo e oclusão parcial ou total do mesmo, causando tromboflebite. O envolvimento do seio pode ser resultado da erosão óssea, com extensão direta da infecção ou ocorrer por meio de tromboflebite das veias emissárias da mastoide. Representa cerca de 20% a 30% das complicações intracranianas. Na TC, a tromboflebite é caracterizada por hipersinal e pelo espessamento da parede sinusal, conhecido como sinal do delta (pela sua forma triangular). Na RNM, o trombo aparece como uma imagem isointensa em T1 e hipointensa em T2, com aumento da intensidade em ambos com o passar do tempo (trombo maduro).

**Comentários finais:** A OEN é uma doença de difícil diagnóstico e de alta morbimortalidade. Principais fatores de risco a imunossupressão e diabetes e acometimento dos idosos. Seu principal agente é a *P. aeruginosa*. Otalgia, otorreia e granuloma. Antibiótico de amplo espectro EV prolongado e limpeza do CAE. Complicação intracraniana é grave.

**Palavras-chave:** OTITE EXTERNA NECROTIZANTE; TROMBOSE DE SEIO SIGMOIDE; COMPLICAÇÃO INTRACRANIANA.

PO341

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NAS INTERNAÇÕES POR PERDA AUDITIVA NA BAHIA****AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS**COAUTORES:** BRANDA CAVALCANTE DOURADO; MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ; HILARI ALVES LOPES; JOÃO VICTOR PINTO GOMES; LORENA BARBOZA DE SOUSA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS), FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. HOSPITAL OTORRINOS-FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL**Objetivo**

Descrever as internações hospitalares por perda auditiva no estado da Bahia, através da lista de morbidade do CID-10 H90-H91, no período de Janeiro 2017 a Dezembro de 2022, quanto aos custos de hospitalização e quantidade de internamentos, a fim de avaliar o possível impacto da pandemia de Covid-19 na audição.

**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.

**Resultado**

No período analisado, foram registrados 434 internamentos por perda de audição na Bahia, sendo 214 homens (49,3%) e 220 mulheres (50,7%). O valor total gasto com tal comorbidade foi de R\$ 18.012.597,76, com um valor médio por internamento de R\$ 41.503,68, sendo que o tempo médio de permanência hospitalar de tal doença foi de 3,4 dias. Quando se analisa a distribuição anual dos casos, observa-se que em 2017 ocorreram 101 casos, 72 em 2018, 90 em 2019, 47 casos em 2020, 46 em 2021 e 78 em 2022. Considerando que o primeiro caso de Covid-19 no Brasil foi registrado no ano de 2020, vê-se que os 3 anos dentro do período analisado no qual ocorreu a pandemia (2020, 2021 e 2022) responderam por 171 casos (39,5%), enquanto os 3 anos antes do primeiro caso de Covid-19 no Brasil (2017, 2018 e 2019) corresponderam a 263 casos, isto é, 60,5% do total. Os custos no período pré-pandemia também foram maiores do que os pós-pandemia, já que 57,1% do valor total gasto com a doença ocorreu antes de 2020. O tempo médio de internamento segue o mesmo padrão, com 2017, 2018 e 2019 tendo uma média de internamento de 3,7 dias e os anos da pandemia tendo uma média de 3 dias.

**Discussão**

A perda auditiva é uma queixa comum entre os pacientes e afeta todas as faixas etárias. Ela pode resultar de defeitos advindos de qualquer ponto do circuito auditivo. O Covid-19, por sua vez, é causado pelo vírus respiratório SARS-CoV-2 e causou grande preocupação nas autoridades de saúde e governantes ao redor do mundo nos últimos anos devido a pandemia global da doença. Essa virose tem uma sintomatologia diversa, podendo causar pneumonia, sintomas graves de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e falência de múltiplos órgãos. Pelo fato do Covid-19 afetar principalmente vias aéreas superiores, elenca-se a hipótese de que ele poderia causar também danos à audição. Contudo, essa correlação não é totalmente confirmada pela literatura, sendo por vezes posta em cheque. Um estudo conduzido nos Estados Unidos mostrou que de 15 de março de 2019 a 31 de maio de 2019 foram identificados 71 casos de perda auditiva diagnosticados entre 4.013 casos suspeitos. No mesmo período de tempo no ano de 2020, quando a pandemia já estava em curso, foram identificados apenas 13 casos diagnosticados de perda auditiva entre 681 casos suspeitos, sendo que nenhum desses 13 diagnosticados positivaram para Covid-19. Tais dados estão em consonância com os achados do presente estudo. Outrossim, cabe notar que casos graves o suficiente para gerar internamento podem não ser causados pelo Coronavírus, o que explicaria a ausência de aumento dos casos de internamento por perda auditiva quando os casos de Covid-19 aumentaram.

**Conclusão**

Tendo em vista que o Covid-19 é uma doença relativamente nova, muito ainda precisa ser elucidado a seu respeito. O impacto auditivo causado pelo coronavírus ainda não é completamente compreendido, a ponto de sua existência ainda ser questionada. Portanto, urge mais estudos buscando compreender a possível relação entre esses dois agravos.

**Palavras-chave:** Covid-19; Perda Auditiva; Epidemiologia.

PO348

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DA SÍNDROME DE HADARA****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA FAVORETTO ALMEIDA**COAUTORES:** RAQUEL RAIANE ALVES LOPES; GISELLI HELENA SOUZA; JOSE ELIAS DA SILVA MURAD; MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO; MAURÍCIO VILELA FREIRE; DANIELE LENZI PIMENTEL**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Apresentação do caso:** Mulher, 45 anos de idade, foi encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia com diagnóstico de Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (SVKH), em acompanhamento com a reumatologia e com a oftalmologia devido a manifestação ocular de panuveíte crônica bilateral, em imunossupressão com azatioprida. Evoluiu na última semana com hipoacusia e zumbido em ouvido esquerdo e piora da hipoacuidade visual. Realizada audiometria, que evidenciou perda auditiva neurosensorial em ouvido esquerdo moderada e em ouvido direito leve. Paciente foi encaminhada para otimização da terapêutica imunossupressora.

**Discussão:** A Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (SVKH) é uma doença rara, de provável etiologia multissistêmica e autoimune que atinge os tecidos ricos em melanina como os olhos, orelha interna, meninges e a pele, sendo os olhos os órgãos mais afetados, manifestando-se com panuveíte crônica bilateral. A etiologia e a patogênese da doença ainda não são totalmente conhecidas. Estudos apontam uma base infecciosa ou autoimune. Um estudo na área de otorrinolaringologia indicou que o sistema imune poderia ser capaz de danificar os melanócitos da orelha interna, ocasionando disfunções auditivas e do equilíbrio. A SVKH atinge principalmente a população asiática, do Oriente Médio, indianos, hispânicos e nativos americanos. Em relação às manifestações otológicas da síndrome, elas ocorrem devido ao comprometimento do ouvido interno, cóclea e aparelho vestibular e se desenvolvem, principalmente, na fase aguda da doença. Os sintomas auditivos são encontrados em 30% a 75% dos casos da SVKH. A principal manifestação é de zumbido, seguida por hipoacusia neurosensorial, podendo se manifestar como uma das causas de surdez súbita no serviço de urgência. A hipoacusia habitualmente é bilateral, rapidamente progressiva, com prejuízo da capacidade de entender palavras e prejuízo para sons agudos ou todos os sons. O tipo de evolução da alteração auditiva é característico de uma hipoacusia de causa auto-imune. O comprometimento do componente vestibular é menos frequente levando a vertigem e outras tonturas, presença de nistagmo horizontal e alteração do reflexo óculo-vestibular. Essas manifestações agudas têm um bom prognóstico, não apresentando complicações ou recorrências, com remissão dos sintomas quando realizado o tratamento precoce e adequado.

O diagnóstico da síndrome é clínico, baseado nos seguintes critérios: (1) ausência de cirurgia ou traumas oculares precedentes à uveíte; (2) ausência de outra doença ocular; (3) acometimento ocular bilateral; (4) presença de manifestações neurológicas/audiológicas; (5) manifestações dermatológicas, as quais não devem preceder as manifestações oculares ou neurológicas. Pode se manifestar de forma completa, quando preenche todos os critérios, ou incompleta. A intervenção da SVKH consiste, principalmente, em tratar a inflamação ativa, evitar a progressão da síndrome e as possíveis complicações. É realizada utilização de doses imunossupressoras de corticosteróide e, se necessário, outros imunossupressores para evitar sequelas da doença. O mais importante para o bom prognóstico é o iniciar tratamento imediato com altas doses de drogas antiinflamatórias para controlar a inflamação. A função auditiva é na maioria das vezes recuperada, enquanto que as lesões dermatológicas e oftalmológicas podem ser permanentes.

**Comentários Finais:** A Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada é uma doença rara, que requer alta suspeita diagnóstica nos serviços de otorrinolaringologia nos casos de zumbido e hipoacusia agudos ou surdez súbita para um adequado manejo do paciente, evitando-se, assim, complicações e sequelas sistêmicas a longo prazo.

**Palavras-chave:** Hadara; Hipoacusia; Panuveíte.

PO174

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PARTIÇÃO INCOMPLETA TIPO III COMO ETIOLOGIA DE SURDEZ CONGÊNITA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA SILVESTRE RIBEIRO DA COSTA GOMES**COAUTORES:** AQUILES FIGUEIREDO LEAL; FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS; ANA CAROLINA CAVALCANTI ACCIOLY; GIOVANNI HENRIQUE BARBOSA SANTOS DA SILVA; IAN PASSOS SILVA; MARIA CECÍLIA AMORIM DE BARROS; ISABELA DE SOUSA SARAIVA**INSTITUIÇÃO:** IMIP, RECIFE - PE - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente HGDFB, 2 anos, sexo masculino, atendido no ambulatório de otologia do IMIP-PE acompanhado de seus genitores. Os mesmos buscaram, inicialmente, serviço de saúde primário após perceber que a criança, aos 10 meses, não reagia aos sons e não atendia quando chamado. Apesar da intenção comunicativa, não desenvolveu a linguagem, apenas balbucia sons, apresentando outros marcos do desenvolvimento dentro do padrão de normalidade. Devido ao contexto de pandemia, não possuía teste de triagem auditiva neonatal. Apenas com 1 ano e 10 meses de idade, foi realizada a primeira avaliação auditiva através do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE). A genitora nega intercorrências durante a gestação ou período perinatal. Nega história familiar de perda auditiva e tem outro filho, mais novo, sem comorbidades. Seguindo avaliação em nosso serviço, foi realizado novo PEATE, realizado durante o sono natural do paciente, em condições satisfatórias e em duas ocasiões diferentes, com objetivo de obtenção dos limiares eletrofisiológicos por frequência específica, o qual evidenciou limiares auditivos estimados nas frequências de 0.5, 1, 2 e 4 kHz compatíveis com perda auditiva mista de grau profundo bilateral. Além de Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RNM), as quais demonstraram cócleas hipoplásicas e com ausência de modíolo bilateralmente e vestibulo e canais semicirculares com leve redução dimensional, porém com morfologia e sinal preservados. Os nervos vestibulo-cocleares e faciais apresentavam-se com morfologia e intensidade de sinal normais, com trajetos cisternais e intracanaliculares livres. Tais achados foram avaliados e sugestivos de malformação de orelha interna do tipo partição coclear incompleta tipo III. Atualmente, o paciente se encontra em avaliação por equipe multidisciplinar com a proposta de reabilitação auditiva através da cirurgia implante coclear (IC).

**Discussão**

As malformações da orelha interna (MOI) representam aproximadamente 20% da perda auditiva neurosensorial congênita. Existem oito categorias diferentes, agrupadas de acordo com sua aparência radiológica através da TC e RNM. As anomalias de partição incompleta representam um grupo de malformações cocleares, onde há uma clara diferenciação entre cóclea e vestibulo, com dimensões externas normais e defeitos de arquitetura interna. Existem três tipos diferentes de grupos de partição incompleta de acordo com o defeito no modíolo e nos septos interescolares. A partição incompleta do tipo III é uma doença genética ligada ao cromossomo X e a forma mais rara de casos de partição incompleta, constituindo 2% dos casos de MOI. Neste tipo de malformação, a cóclea possui septos interescolares, mas o modíolo está completamente ausente e a cápsula ótica coclear ao redor do labirinto membranoso é mais fina quando comparada à de uma cóclea normal. Na avaliação auditiva, pode haver perda auditiva mista ou neurosensorial profunda. Pacientes com perda auditiva grave são candidatos ao IC. Na tomada de decisão pré-operatória para a escolha do método de implante e tipo de eletrodo, deve ser considerado a ausência de modíolo e largo defeito na base da cóclea, com provável gusher intraoperatório severo, acarretando chances maiores de posicionamento incorreto do eletrodo.

**Comentários Finais**

As malformações da orelha interna ainda possuem amplo espectro para investigação etiológica. Cada subgrupo apresenta características específicas de apresentação, imagem radiológica, aspectos auditivos e achados cirúrgicos. A classificação correta é fundamental para seguimento e conduta adequados. O caso aqui relatado aborda um paciente com características enquadradas como partição incompleta tipo III, forma mais rara das partições cocleares incompletas, e tem como objetivo alertar tal entidade como possível causa de perda auditiva congênita, abordando suas principais características clínicas e radiológicas.

**Palavras-chave:** malformação de orelha interna; partição incompleta tipo III; implante coclear.

PO369

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****SURDEZ SÚBITA BILATERAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO**COAUTORES:** NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO; THATIANA PEREIRA SILVA; YASMIN DE REZENDE BEIRIZ; CLÁUDIA ROCHA PARANHOS VIANNA DIAS DA SILVA; JULYANA CARNEIRO GOMES; MILTON PAMPONET DA CUNHA MOURA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO** - Paciente J.L.D., sexo feminino, 13 anos, com quadro de hipoacusia há 15 dias, de início súbito e bilateral, associado a zumbido tipo apito, leve. Nega tontura, otorreia, otalgia, trauma ou outras queixas otológicas. Informa quadro gripal há 30 dias. Nega comorbidades, tabagismo e etilismo. Não apresenta histórico familiar de surdez. À otoscopia, exame sem alteração, assim como oroscopia e rinoscopia. Realizou audiometria/imitanciometria, que evidenciou perda auditiva sensorioneural moderada bilateralmente. Timpanometria com curva tipo "A" em ambas orelhas com presença parcial de reflexos acústicos contralaterais. Realizado hemograma sem alterações. Sorologias negativas para VDRL e HIV.

Diante do resultado da audiometria, foi iniciado corticoterapia oral, sendo feito desmame progressivo. Paciente retornou após 10 dias do fim do tratamento assintomática, sem zumbido e sem hipoacusia. Realizado nova audiometria/imitanciometria, evidenciando perda auditiva sensorioneural nas frequências de 3000 e 4000 Hz na orelha direita e limiares auditivos dentro dos padrões de normalidade na orelha esquerda. Timpanometria com curva tipo "A" em ambas orelhas com presença parcial de reflexos acústicos contralaterais.

**DISCUSSÃO** - A surdez súbita é descrita como uma perda auditiva neurossensorial a partir de 30 decibéis (dB) em três ou mais frequências contíguas, podendo ser grave e irreversível, cuja instalação ocorre de forma repentina no decorrer de três dias. O comprometimento auditivo costuma ser unilateral em 98% dos casos. Não apresenta um fator etiológico bem definido, sendo a maioria idiopática, podendo ser por comprometimento vascular, infecção viral, autoimune ou ruptura de membrana intracoclear, sendo a comprovação etiológica de difícil realização. Além disso, esses fatores podem ser manifestos sinergicamente. Os sintomas acompanhantes mais frequentes são o zumbido em 70% a 90% dos casos e as tonturas em 20% a 40% dos casos.

Para o diagnóstico da surdez súbita, além da anamnese detalhada e do exame físico, está indicada a avaliação audiométrica completa, provas vestibulares e avaliação do nervo trigêmeo, bem como a Ressonância Nuclear Magnética com gadolínio e outros exames na pesquisa do fator etiológico.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS** – É imprescindível que o otorrinolaringologista pense em surdez súbita ao atender pacientes com perda recente de audição, como a do caso apresentado, principalmente, quando se trata de pacientes jovens. Pois o diagnóstico correto pode restabelecer a audição, dando qualidade de vida ao paciente.

Palavras-chave: SURDEZ;SÚBITA;BILATERAL.



PO371

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Atresia de canal coclear: Relato de Caso

AUTOR PRINCIPAL: MONIK MIRMVICZ

COAUTORES: PEDRO FELIPE VICENTE; LUCAS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO; CARINA KAGUE HIGASHIBARA; MARIA OLIVIA FERRONATO RIBEIRO DO VALLE; MATHEUS GODINHO DE SA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**ATRESIA DE CANAL COCLEAR: RELATO DE CASO****APRESENTAÇÃO DO CASO**

BMD, masculino, 7 anos, com histórico de hipoacusia em ouvido direito há 4 anos. Relata antecedente de otites médias agudas de repetição desde os 2 anos de idade, realizando cirurgia de timpanotomia para colocação de tubos de ventilação bilateralmente no ano de 2018. Nega antecedentes familiares de perda auditiva. Ao exame físico otorrinolaringológico, a otoscopia não apresentava alterações significantes, assim como no restante do exame físico otorrinolaringológico. Realizou exames de BERA e emissões otoacústicas com limiares dentro da normalidade em ouvido esquerdo e respostas ausentes em ouvido direito. Para complementar a investigação foi solicitado tomografia computadorizada de ossos temporais (TC), que evidenciou atresia de canal coclear a direita (Figuras 1 e 2), sugerindo agenesia do nervo coclear. Após o diagnóstico, paciente realizou testes com aparelho auditivo, sendo posteriormente indicada a reabilitação auditiva com prótese auditiva osteointegrada.

**DISCUSSÃO**

A deficiência auditiva é considerada uma incapacidade prevalente em todas as faixas etárias e o acometimento unilateral pode afetar 3% das crianças em idade escolar. As perdas auditivas neurosensoriais devem ser investigadas devido a vasta possibilidade etiológica. Apesar de rara, a agenesia de nervo coclear é uma causa possível dentre as perdas auditivas neurosensoriais e congênitas. Através de exames de imagem, tomografia computadorizada e ressonância magnética, é possível identificar malformações como a atresia do canal do nervo coclear, ou seja, diâmetro < 1,5 mm, assim como o estreitamento do canal auditivo interno. O canal do nervo coclear é um importante marcador para avaliação do nervo coclear, uma vez que o conduto auditivo interno de diâmetro normal (entre 2-8mm) e cóclea normal não garantem a normalidade do nervo coclear. Dependendo da intensidade das malformações, os pacientes apresentam diferentes graus de perda auditiva, podendo, portanto, receber diferentes tratamentos. Diante do diagnóstico radiológico, as possibilidades terapêuticas devem ser cuidadosamente estudadas.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O impacto da privação sensorial no desenvolvimento da linguagem oral e das habilidades auditivas deve ser considerado. Assim, a apresentação deste caso visa a importância da realização de exames de imagem, quando bem indicados, a fim de se estabelecer o diagnóstico e a conduta precisa de entidades raras como a agenesia de nervo coclear.

Palavras-chave: Cóclea; Surdez; Otologia.



PO380

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTITE EXTERNA MALIGNA BILATERAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** PATRÍCIA FRANCINA LIMA GOMES MAI**COAUTORES:** LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO; GABRIELA BERALDO BELÃO; MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI; CAROLINA OLIVER BRANDÃO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente do sexo masculino, A.B, 75 anos, sem comorbidades, deu entrada no pronto atendimento de otorrinolaringologia em setembro de 2022, com quadro de otalgia intensa, otorreia e plenitude bilateral há 1 mês. Tratado previamente com solução otológica desconhecida e Amoxicilina + Clavulanato por 10 dias, sem melhora. Na otoscopia foi evidenciado edema de conduto auditivo externo (CAE), otorreia purulenta e dor ao toque bilateralmente, membranas timpânicas não visíveis. Foi diagnosticado então, com otite externa bilateral. Realizado curativo oclusivo com Ciprofloxacino tópico, Ciprofloxacino via oral 1g/dia por 14 dias. O paciente não apresentou melhora clínica significativa, foi solicitado TC, exames laboratoriais e aumentada dose do Ciprofloxacino para 1,5g/dia e mantido solução tópica por mais 14 dias. A TC mostrou lesão hiperdensa obliterando o CAE, borramento de suas paredes e mastoidopatia inflamatória. A curva glicêmica, hemograma e VHS estavam normais. Foi indicado Cintilografia e RNM. Após 20 dias o paciente retornou com persistência do quadro e não realizou os exames por dificuldade financeira. Devido impossibilidade de internação em rede privada, encaminhamos o paciente para internação e continuação da investigação em serviço público.

**COMENTARIOS FINAIS:**

Devemos nos atentar as manifestações de qualquer otite externa considerando à possibilidade de complicações e sequelas graves e até fatais como na Otite Externa Maligna (OEM). Vale lembrar ainda, que tal patologia pode cursar bilateralmente, até mesmo em pacientes hígidos mesmo após tratamento padrão preconizado na literatura.

**DISCUSSÃO:**

A Otite Externa Maligna (OEM) é uma doença infecciosa grave, invasiva e necrosante que começa no conduto auditivo externo (CAE) progride com osteomielite do osso temporal e base de crânio, podendo levar à paralisia de nervo facial, trombose de seio sigmóide, meningite e morte. Pode ser bilateral em cerca de 11% dos casos.

Foi inicialmente descrita por Keleman e Meltzen em 1959<sup>2</sup> com o nome de osteomielite do osso temporal, mandíbula, zigoma e base do crânio. Em 1968, Chandler instituiu seu nome atual OEM. A maioria dos casos ocorre em pacientes imunocomprometidos, principalmente diabéticos (90%), geralmente idosos, insulino dependentes e mal controlados. O agente causador mais comum da OEM é a *Pseudomonas aeruginosa*, bactéria Gram-negativa aeróbia.

A OEM normalmente ocorre após um traumatismo de pele do CAE, desenvolve-se celulite dolorosa, acompanhada de otorreia (50 a 80%), edema, otalgia intensa (75%), cefaléia occipital e temporal. Evolui com condrite e posteriormente, osteíte do conduto auditivo sem acometimento de orelha média. Os principais exames a serem pedidos são glicemia, velocidade de hemossedimentação (VHS), exames de imagem e biópsia para excluir malignidade. O VHS, embora inespecífico, costuma ter elevados níveis em vigência da otite externa maligna e pode ser usado como um marcador da atividade da doença no seu seguimento. A Tomografia Computadorizada (TC) de ossos temporais proporciona uma análise mais completa das estruturas ósseas e extensão da doença. Os principais métodos de imagem capazes de, junto com a história clínica, dar o diagnóstico e também ser critério de cura são a Cintilografia com Tecnécio 99m (diagnóstico precoce) e a Cintilografia com Gálio 67 (monitorizar a evolução clínica e resposta à terapêutica).

O tratamento da OEM é eminentemente clínico. Antibioticoterapia endovenosa com espectro contra *Pseudomonas sp.* como quinolonas de segunda geração, rifampicina, penicilinas, aminoglicosídeos, cefalosporinas (ceftazidima). A ciprofloxacino tem sido a medicação de escolha, pois apresenta boa ação anti-pseudomonas in vitro, excelente absorção gastrointestinal que permite a continuação do tratamento ambulatorialmente, boa penetração nos tecidos ósseos e baixo índice de resistência. Considera-se cura quando o quadro clínico, o VHS e a Cintilografia com Gálio são normais. A recorrência da OEM pode ocorrer após um ano da resolução do quadro, o que torna obrigatório o acompanhamento deste pacientes por um longo período.

Palavras-chave: OTITE EXTERNA NECROTISANTE; BILATERAL; OTITE.

PO385

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Otite Externa Maligna: Relato de Caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** LARA PASCOUTTO SAMPAIO**COAUTORES:** GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA; FELIPPE MAGIOLLI LIMA; GABRIELLE DE ALMEIDA DIAS ROCHA; JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA; PHILIPPE LOUIS BERTIN TERRA SECA; VITORIA VIANNA FERREIRA; ANA CRISTINA COSTA MARTINS**INSTITUIÇÃO:** SEPTO PUC/RIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

Apresentação do caso:

CSL, feminino, 88 anos, HAS, IRC e DM descontrolada, buscou atendimento otorrinolaringológico por quadro de otalgia intensa e otorréia à direita com evolução de 30 dias. Fez uso ambulatorial de gota otológica e Ciprofloxacino oral por 7 dias, não apresentando melhora clínica. Ao exame físico, apresentava em orelha direita lesão de aspecto granulomatoso que ocupava maior parte do conduto auditivo externo (CAE) e, impedia visualização de membrana timpânica, associado a otorréia purulenta. Optou-se por realizar internação hospitalar para controle glicêmico, início de Ceftazidima e corticoterapia endovenosas, além da gota otológica. Foi coletado swab aural e realizado Tomografia Computadorizada das mastóides que evidenciou “lesão de aspecto hipodenso que obliterava conduto auditivo externo direito, associado a preenchimento por de densidade de partes moles de células da mastóide ipsilaterais”. Após os resultados tomográficos, foi solicitado a Cintilografia com Tecnécio-99, com o seguinte resultado: “aumento da atividade osteoblástica em orelha direita com extensão a mastóide correspondente. Padrão sugestivo de processo inflamatório e/ou infeccioso”, confirmando a principal hipótese diagnóstica de Otite Externa Maligna. Após 10 dias de acompanhamento hospitalar, paciente evoluiu com melhora da otorréia e otalgia, sem queixas álgicas, com regressão da lesão de aspecto granulomatoso à otoscopia.

Discussão:

A otite externa maligna é uma infecção grave, com principal agente etiológico associado a *Pseudomonas aeruginosa*. Acomete, em sua maioria, em pacientes idosos com diabetes ou imunocomprometimento. A doença inicia em CAE, e sem o tratamento necessário, progride com osteomielite do osso temporal e base de crânio, paralisia de nervos cranianos, trombose de seio sigmóide, meningite e até a morte.

O quadro clínico é de otalgia lancinante (sem melhora com uso de analgésico), otorréia purulenta, hipoacusia, edema periauricular, granulação em região da porção posteroinferior do MAE ao nível da junção osteocartilaginosa, mais comumente unilateral. O principal diagnóstico diferencial é o carcinoma espinocelular, sendo necessária biópsia para diferenciação.

O diagnóstico é baseado na anamnese e exame físico, além da solicitação de exames de imagem. A Tomografia Computadorizada de mastóide com contraste é realizada para avaliação inicial e a RMN para avaliar a extensão da doença. A cintilografia com tecnécio-99 é útil para diagnóstico da osteíte, enquanto a cintilografia de gálio-67 mostra o foco de infecção aguda, mas não toda a extensão do processo osteomielítico e portanto usada para acompanhamento e cura.

O tratamento depende da cultura ou será empírico para *Pseudomonas*, com duração de 4-8 semanas, com média de 6 semanas de tempo total. Os critérios de cura serão: cicatrização da pele, culturas negativas, VHS e PCR normais, melhora da glicemia, normalização do gálio-67 e cessar otalgia.

Comentários Finais:

A Otite Externa Maligna é uma patologia letal e necessita de atenção aos critérios diagnósticos e manejo clínico adequado o mais precoce possível. Diante os possíveis riscos de complicações, é orientado acompanhamento destes pacientes por 12 meses, avaliando os critérios de cura.

Palavras-chave: Otite Externa Maligna; Otite Externa Necrotizante; Otolgia.

PO387

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****RELATO DE CASO: FRATURA DE ESTRIBO POR BAROTRAUMA****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA OLIVIA FERRONATO RIBEIRO DO VALLE**COAUTORES:** PEDRO FELIPE VICENTE; VERIDIANA DE SANTANA LUSVARDI LUIZARI; FERNANDA DELOSI ROCHA; FLAVIO RICIERI CARNEIRO; MATHEUS DE SOUSA CARVALHO; MAYRA ATALLA FERNANDES; ANDY DE OLIVEIRA VICENTE**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO**

Paciente JMO, 55 anos, com queixa de hipoacusia bilateral após assoar o nariz em março de 2021. Foi submetido a timpanotomia exploradora em ambos ouvidos em agosto de 2021 em outro serviço, porém refere nenhuma alteração encontrada. Chegou ao nosso serviço em fevereiro de 2023 mantendo hipoacusia, sem outras queixas. À otoscopia, membrana timpânica íntegra e translúcida bilateralmente. Realizou audiometria que evidenciou deficiência auditiva mista severa à direita e moderada à esquerda. A Tomografia de Ossos Temporais não mostrou alterações. Realizada reabordagem cirúrgica de ouvido direito, pela nossa equipe, em março de 2023. No intraoperatório foi identificada fratura dos ramos do estribo e no mesmo tempo cirúrgico foi realizada estapedotomia com colocação de prótese de teflon.

Paciente evolui com melhora significativa da audição. Está em seguimento ambulatorial com proposta de abordagem cirúrgica de ouvido esquerdo.

**DISCUSSÃO**

Existem diversas causas de lesão da cadeia ossicular, originadas por trauma direto, como a inserção de corpo estranho, barotrauma através do conduto auditivo externo ou através da tuba auditiva, e trauma indireto, por traumatismo crânio-encefálico com presença ou não de fratura do osso temporal.

As lesões são divididas em luxação e fratura. Luxações são as lesões mais recorrentes e a principal é a luxação incudoestapediana. Fraturas são menos comuns e dentre elas se destaca a fratura da bigorna, o ossículo menos fixo. Fraturas do estribo podem ocorrer na platina ou na crura por mecanismo torcional.

A lesão do caso exposto é incomum e de difícil diagnóstico. Durante o procedimento cirúrgico, o estribo estava envolto em mucosa e somente ao expor o ossículo que foi possível a visualização da fratura. Relevando aqui a importância da suspeição clínica, pois exame de imagem não apresentou alterações visíveis ao método.

A perda auditiva decorrente das lesões de cadeia ossicular são geralmente do tipo condutiva e de grau variável, dependendo do local acometido, e podem vir acompanhadas de zumbido.

Para reabilitação auditiva do paciente podemos citar o uso de aparelhos de amplificação sonora e as cirurgias para reconstrução da cadeia ossicular.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

É importante ressaltar a dificuldade no diagnóstico das lesões de cadeia ossicular, principalmente do estribo, que apesar do uso de tecnologia sofisticada, especialmente a tomografia computadorizada do osso temporal, é um desafio. As lesões de cadeia ossicular, quando corretamente diagnosticadas, têm prognóstico favorável em relação a reabilitação auditiva do paciente, seja de forma cirúrgica ou conservadora com o uso de AASI, a depender de cada caso.

Palavras-chave: FRATURA;CADEIA OSSICULAR;BAROTRAUMA.

PO394

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Mastoidite por colesteatoma: relato de caso

AUTOR PRINCIPAL: GIOVANNA SANTOS PIEDADE

COAUTORES: KELLY SATICO MIZUMOTO; CAMILA BLOSS CORDOVA; PIETRO LUIGI ROTTA; ISABELA CASARI DONIDA; NADINE SCARIOT; JOAO EDUARDO KONART; HENRIQUE GUETTER ABREU

INSTITUIÇÃO: 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE, CURITIBA - PR - BRASIL2. UNIVERSIDADE POSITIVO, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino de 40 anos, com histórico prévio de otite crônica colesteatomatosa procura pronto socorro devido quadro de otorreia intermitente a esquerda há 02 meses, com evolução para dor retroauricular e deslocamento de pavilhão auditivo há 02 dias. A otoscopia apresentava otorreia purulenta e fétida, com hiperemia e dor a palpação em região retroauricular esquerda. Uso de antibióticoterapia sem melhora do quadro. A tomografia computadorizada de ouvidos e mastóide evidenciou otomastoidite, com erosão óssea em aspecto lateral e extensão para partes moles retroauriculares esquerda. Realizado mastoidectomia revisional à esquerda por mastoidite aguda com abscesso associado. Massa de aspecto colesteatomatoso e secreção purulenta foram coletados para cultura, com confirmação anatomopatológica de colesteatoma e ausência de malignidade e cultura negativa. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, com remissão da otorreia e melhora sintomática, aguardando aparelho de amplificação sonora para reabilitação auditiva.

**Discussão:** O colesteatoma é um tumor benigno do ouvido médio de epitélio escamoso queratinizado que quando infectado, possui difícil manejo. A coleção não responde bem a antibioticoterapias sistêmicas. O caso apresentado mostra vínculo entre a patologia e uma subsequente evolução à mastoidite aguda. Mastoidite é uma inflamação da porção retroauricular do osso temporal, comumente associada à otite média aguda. Contudo, é pouco descrito pela literatura sua relação secundária ao colesteatoma, que também pode ter evolução infecciosa de suas estruturas subjacentes. O tratamento da mastoidite aguda varia conforme a gravidade da infecção e consiste principalmente em antibioticoterapia, esteroides intravenosos e miringotomia com colocação de tubo de ventilação, além de drenagem cirúrgica em caso de abscesso associado. Em casos isolados de mastoidite a mastoidectomia é indicada quando não há sinais de melhora em 48 horas posteriores ao início do tratamento com antibiótico.

**Comentários finais:** O quadro clínico e manejo de mastoidite já possui ampla abordagem na literatura, associada a doenças de ouvido médio como a otite média aguda. Contudo, casos incomuns como os associados ao colesteatoma são pouco abordados e podem postergar o diagnóstico preciso e manejo adequado do paciente. A suspeita de diagnóstico de mastoidite em paciente não pediátrico e com agudização de sintomas crônicos prévios pode possuir o colesteatoma como etiologia, sendo importante incluir causas não típicas no raciocínio clínico para diagnosticar e realizar o manejo adequado do paciente.

**Palavras-chave:** mastoidite; colesteatoma; abscesso.

PO415

## E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

## SCHWANNOMA INTRACOCLEAR: RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: MONIK MIRMIVICZ

COAUTORES: ANDY DE OLIVEIRA VICENTE; RAFAELA RAMOS D'OLIVEIRA; PEDRO FELIPE VICENTE; RAFAEL CASTANHEIRA VILELLA DOS REIS; LUCAS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO; LUCAS MIRANDA RIBEIRO DE PAULA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

## APRESENTAÇÃO DO CASO:

Paciente M.W.M, 48 anos, sexo masculino, apresenta queixa de perda auditiva progressiva em ouvido direito há três anos, associado a zumbido tipo não pulsátil intermitente ipsilateral. Nega tontura, flutuações auditivas ou outras queixas associadas. Ao exame otorrinolaringológico, sem alterações à otoscopia. Realizada audiometria evidenciando perda auditiva neurossensorial leve a moderada a direita (Figura 1), sendo dado continuidade ao caso com ressonância magnética de ossos temporais que constatou área de alteração de sinal com impregnação anômala pelo contraste na espira média da cóclea direita medindo 0,7 x 0,2 cm (Figura 3). Feito a hipótese diagnóstica de schwannoma intracoclear (ICS), optando-se por seguimento semestral audiométrico e anual de imagem, os quais não apresentaram alterações significativas no período, exceto pela queda no limiar de detecção de fala (IRF) (Figura 2.)

## DISCUSSÃO:

O schwannoma intracoclear é um tumor benigno extremamente raro, de crescimento lento, com maior incidência em mulheres entre 50-60 anos. Os principais sintomas são audiovestibulares, abrindo o quadro em cerca de 95% dos casos com hipoacusia unilateral progressiva, seguido de zumbido e vertigem. Avanços recentes na tecnologia de ressonância magnética permitem a detecção de pequenas lesões de ICS (<2 mm) e a determinação de sua localização precisa, sendo aprimorado em imagens ponderadas em T1 com gadolínio com bordas bem delineadas associado a uma perda de sinal delineada no líquido intralabiríntico de alta intensidade em imagens ponderadas em T2. Já quanto ao tratamento, este deve ser individualizado com base no tamanho do tumor, evidência de crescimento, grau de perda auditiva, sintomas vestibulares intratáveis e outras condições médicas do paciente, de modo que a preservação auditiva não é considerada em ressecções cirúrgicas. Desta forma, foi optado por tratamento conservador, com seguimento audiométrico semestral e radiológico anual, devido a dimensão tumoral, ausência de crescimento significativo, sintomas não incapacitantes e com limiares auditivos satisfatórios.

## CONSIDERAÇÃO FINAL:

O schwannoma intracoclear corresponde a uma pequena parcela dos tumores do VIII nervo, sendo benigno e de crescimento lento. Com o advento e avanços tecnológicos dos exames de imagem, em especial da ressonância magnética, houve um aumento da acurácia diagnóstica, tornando possível a detecção do schwannoma ainda em fases iniciais. A decisão terapêutica entre conduta cirúrgica ou expectante depende de uma avaliação médica detalhada quanto às limitações apresentadas pelo paciente conforme seus sintomas, exame físico e de imagem.

Palavras-chave: Schwannoma intracoclear; Zumbido; Perda auditiva progressiva.

PO421

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Histiocitose de Células de Langerhans em Osso Temporal na faixa Etária Pediátrica: Um relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** WOLFGANG THYERRE PINTO

**COAUTORES:** VICTOR ARY CÂMARA; RENAN VIEIRA DE BRITO; VINÍCIUS DOMENE; JONAS BELCHIOR TAMANINI; GUILHERME CORREA GUIMARÃES; VAGNER ANTONIO RODRIGUES DA SILVA; ARTHUR MENINO CASTILHO

**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL

**Apresentação do Caso:**

P.H.C.M., 2 anos e 11 meses, admitido em Pronto Atendimento de Serviço terciário, com queixa de otorreia fétida e purulenta a direita, iniciada aos 3 meses de idade e com intensificação há cerca de 6 meses, sem sintomas sistêmicos associados. Acompanhantes referiam múltiplas tentativas de tratamento com antibioticoterapia sistêmica e tópica, sem melhora do quadro.

Ao exame físico, paciente encontrava-se em bom estado geral, afebril, sem sinais de mastoidite, meníngeos ou paralisia facial. A inspeção do conduto auditivo externo, foi visualizado conteúdo amolecido em parede posterior do conduto auditivo externo, associado a abundante otorreia purulenta. A audiometria tonal evidenciou hipoacusia condutiva leve a direita.

Realizada tomografia computadorizada de ossos temporais que evidenciou a presença de formação expansiva, heterogênea, com zonas de captação e de necrose entremeadas, em topografia de osso temporal direito, ocupando principalmente a região do Conduto Auditivo Externo, com erosões da parte escamosa, osso timpânico, mastóide, antro e tegmen timpânico com comunicação da fossa média.

Em ressonância magnética de ouvidos e mastoides, foram demonstradas áreas de isossinal e hipersinal nas aquisições em T1 e T2, inferindo a existência de zonas necróticas entremeadas, sem nítida invasão do osso petroso e das estruturas do ouvido interno.

O paciente foi submetido a uma biopsia incisional via acesso de Lempert em centro cirúrgico. No intraoperatório, observou-se uma lesão de aspecto amolecido entremeada por conteúdo necrótico envolvendo orelha média, exteriorizando para orelha externa e causando erosão em promontório.

Resultados histopatológico e imuno-histoquímica microscópica confirmaram o diagnóstico de Histiocitose de Células de Langerhans, apresentando marcadores CD68 positivo; S100 e CD1a positivo forte e difuso; Desmina, MyoD1 e miogenina negativos.

**Discussão:**

Os tumores que acometem a orelha média são raros e frequentemente causam sintomas auditivos associados ou não a otorreia recorrente. Dentre os tumores que acometem a faixa etária pediátrica podemos citar: rabdomiossarcoma (mais frequente), histiocitose de células de Langerhans, adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas, tumores carcinoides, tumores neuroectodérmicos periféricos e linfoma maligno.

A histiocitose de Langerhans (HCL) é uma neoplasia mieloide proliferativa (células de Langerhans, eosinófilos, neutrófilos e macrófagos), focal e/ou com efeitos sistêmicos. Estima-se uma frequência de 4-5 crianças por milhão anualmente, sendo mais prevalente no sexo masculino (0-15 anos). Em topografia de cabeça e pescoço, pode acometer o osso temporal progredindo para o canal externo e orelha média. O prognóstico e evolução depende do número e dos sistemas acometidos.

O diagnóstico e estratificação do grau de severidade é realizado através de exames complementares de imagem como ressonância magnética e tomografia de ossos temporais, e principalmente de biopsia guiada, já que os achados de imagem podem sugerir a etiologia, mas ao mesmo tempo podem ser inespecíficos.

O tratamento inclui cirurgia nos casos localizados e sem comprometimento de estruturas nobres, associados ou não a quimioterapia e radioterapia.

**Conclusão:**

Apesar de infrequentes as etiologias neoplásicas que acometem a orelha média, na faixa etária pediátrica devido a morbidade e o potencial de cura é imprescindível a investigação diante de quadros persistentes e recorrentes. A experiência médica do cirurgião otorrinolaringologista, patologista, radiologista e oncologista é fundamental para o diagnóstico e condução.

Os aspectos tomográficos e as características da imagem em diferentes ponderações na ressonância magnética podem sugerir a etiologia, porém o diagnóstico definitivo é realizado com biopsia, análise histológica e imuno-histoquímica.

**Palavras-chave:** Histiocitose de Células de Langerhans; Histiocitose; Osso Temporal.

PO424

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**OTOSCLEROSE AVANÇADA EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO**COAUTORES:** MONIK MIRMOVICZ; PEDRO FELIPE VICENTE; OCTAVIO SAKAHARA SAITO; ANDY DE OLIVEIRA VICENTE**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO CLÍNICA**

Paciente do sexo masculino, 35 anos, compareceu ao nosso serviço com queixa de hipoacusia bilateral progressiva com piora importante há 3 anos, associada a zumbidos intensos. Ao exame otorrinolaringológico, observamos na otoscopia mancha rubra na região do promontório, em ambas as orelhas, porém mais proeminente a esquerda. A audiometria tonal apresentou disacusia moderada a profunda, tipo mista bilateral. A imitanciometria revelou curvas timpanométricas do tipo A e ausência de reflexo estapediano bilateralmente. A tomografia computadorizada de ossos temporais evidenciou focos fenestrais (anterior a janela oval) e retrofenestrais (pericocleares) em ambas as orelhas, com provável acometimento do endósteo coclear. O quadro clínico e audiométrico associado à presença da mancha rubra de Schwartze e os achados tomográficos sugerem o diagnóstico de otosclerose com intensa atividade. Por essa razão foi instituído o tratamento medicamentoso com alendronato de sódio, 10mg por dia com duração de 1 ano. Em relação a reabilitação auditiva, foi indicado o uso de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI), acompanhamento ambulatorial programado a cada três meses, com realização de audiometrias seriadas.

**DISCUSSÃO**

A otosclerose é uma doença própria do osso temporal, que se apresenta anatomopatologicamente como uma osteodistrofia da cápsula labiríntica, promovendo o desarranjo metabólico da camada endocondral, caracterizando-se pela reabsorção e neoformação óssea desordenadas, tendo como sintoma característico a perda auditiva progressiva. Quando o foco da doença compromete o endósteo da cóclea, pode ocorrer uma perda auditiva mista ou até mesmo neurosensorial pura nos casos mais avançados.

A tomografia Computadorizada tem um papel fundamental no diagnóstico e no planejamento terapêutico da otosclerose. No paciente supracitado, foi possível identificar a presença de acometimento difuso da capsula ótica pela otosclerose.

O tratamento medicamentoso da otosclerose avançada com os bisfosfonatos tem como objetivo principal evitar a progressão da perda do componente sensorineural da audição, ou seja, promove uma estabilização da reserva coclear. Em algumas situações é possível observar até uma melhora da via óssea, devido a desintoxicação do neuroepitélio coclear. Os aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) representam uma boa opção de reabilitação auditiva nesses casos, principalmente em pacientes que não possuem indicação cirúrgica, como ocorre no caso relatado.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Diante da importância do diagnóstico precoce e acurado para a evolução e abordagem do paciente com otosclerose, entender a sintomatologia e desenvolver a suspeição clínica é fundamental na rotina do otorrinolaringologista. Observamos neste estudo que ao valorizar a história clínica, realizar o exame físico e a análise dos exames complementares de forma minuciosa e crítica, foi possível diagnosticar e principalmente iniciar o processo de tratamento e reabilitação auditiva do paciente da forma mais propícia.

Palavras-chave: OTOSCLEROSE; OTOSCLEROSE COCLEAR; PERDA AUDITIVA.



PO425

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTITE MÉDIA AGUDA COMPLICADA COM PETROSITE E SÍNDROME DE GRADENIGO:  
RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** KAREN MOREIRA ROZEMBERG**COAUTORES:** SACHA TAMARA NOGUEIRA NISSAN; BRUNA SOUZA MAGALHÃES; DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA; LARISSA RAMOS RIBEIRO; GABRIELA MARTINS DE MORAES; ELISA INES DEMUNER VALLANDRO; MARIANA HERARIA FAVORETTO**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente V.K.F.R., 17 anos, com relato de plenitude auricular, zumbido e hipoacusia à esquerda de início há 03 meses. Posteriormente, apresentou quadro de rinossinusite aguda complicada com otite média aguda (OMA) em ouvido à esquerda. Por volta, do dia 14/03/2023, evoluiu com diplopia, tontura, cefaleia hemicraniana, sendo feito diagnóstico de petrosite com necessidade de internação no dia 18/03/23, para receber antibioticoterapia endovenosa.

A avaliação dia 31/03/2023, paciente manifestou otalgia, estrabismo convergente à esquerda, exame Otoneurológico com presença de sacada corretiva à direita e comprometimento dos II e VI pares cranianos à esquerda, sendo mantido antibioticoterapia endovenosa.

Dia 03/04/23, paciente retornou para reavaliação com melhora clínica da hipoacusia à esquerda e da Otalgia. Apresentando melhora da otoscopia. Porém, referiu dor retro-orbitária à esquerda. Solicitado Ressonância de crânio que evidenciou coleção em região de ápice Petroso à esquerda, sendo optado por manter conduta conservadora e antibioticoterapia.

Exame de Audiometria realizada dia 03/04/23 evidenciou em orelha direita limiares dentro do padrão da normalidade, em orelha esquerda perda auditiva a partir de 8 kHz, com índice de reconhecimento de fala de 40 dB em monossílabo 100%. Ausência do reflexo do estapédio a esquerda.

Paciente necessitou de 36 dias de antibioticoterapia para resolução completa do quadro e melhora audiométrica.

Paciente com antecedente patológico de Lúpus Eritematoso Sistêmico, em tratamento com pulsoterapia, em uso de Hidroxicloroquina e Azatioprina.

**Discussão:**

O caso clínico demonstrado ocorreu devido a petrosite que é o prolongamento do processo infeccioso da orelha média para o ápice petroso, sendo uma complicação tardia da otite média, como visto no quadro clínico prolongado do paciente. Devemos levar em consideração que o paciente também apresenta uma imunossupressão devido a doença de base e ao uso de medicações imunossupressoras, que podem ter contribuído para uma evolução desfavorável da Otite média aguda inicial, evoluindo para a Síndrome de Gradenigo, definida pela associação de otite média, dor retro-orbitária e paralisia do abducente.

No tratamento da petrosite pode ser considerado antibioticoterapia e/ou cirurgia. No caso apresentando foi optado inicialmente pelo tratamento conservador (Antibioticoterapia), apresentando o paciente melhora clínica significativa, evoluindo para resolução total do quadro.

**Comentários finais:**

A Síndrome de Gradenigo é uma complicação rara da otite média aguda, porém devemos sempre considerar quando um paciente apresenta quadro de otite média, dor retro-orbitária e paralisia do abducente, entendida pela aproximação do gânglio trigêmeo e do VI par craniano com o ápice Petroso. É importante que os médicos estejam sempre aptos a diagnosticar possíveis complicações de otite média aguda, pois apesar da queda no número de casos, a evolução pode ser desfavorável caso não sejam diagnosticadas corretamente. Desta forma, torna-se relevante manter uma vigilância desses pacientes e, de acordo com a evolução do quadro, instituir o melhor tratamento.

Palavras-chave: PETROSITE; SÍNDROME DE GRADENIGO; OTITE MÉDIA.

PO427

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Granuloma piogênico da orelha externa - Relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA GABRIELA SCARAMUSSA OFRANTI**COAUTORES:** ANSELMO VAGNER DA SILVA; SIMIRAMIS CAROLINE PALMEJANI; MARLON SOUZA COELHO; MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO; FERNANDO PIRES DE ARAUJO; ANA LUIZA FARIA DIAS; GILBERTO ULSON PIZARRO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PAULISTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**1. Apresentação do Caso**

Granuloma piogênico ou hemangioma capilar lobular é uma proliferação vascular benigna que geralmente ocorre após traumas cutâneos, sendo os sítios mais frequentes regiões de mucosas de cavidade oral e face. Neste relato, é abordado um caso não usual de granuloma piogênico de orelha externa e seu manejo terapêutico.

Paciente de 37 anos, sexo feminino, sem comorbidades, relata trauma com escoriação no pavilhão auricular direito de 30 dias de evolução, com desenvolvimento de pequena lesão puntiforme pruriginosa, apresentando crescimento progressivo nos dias subsequentes. Refere episódios de sangramento de pequeno volume, principalmente à manipulação, além de drenagem de secreção mucopurulenta proveniente da base da lesão.

Após trinta dias do início do quadro, procurou serviço médico especializado para avaliação.

Ao exame físico: Lesão avermelhada, ovalada, pediculada, de consistência fibroelástica e dolorosa a palpação, localizada na fossa triangular do pavilhão auricular direito.

No momento, foram levantadas hipóteses de granuloma piogênico, hemangioma, condroma e condrossarcoma.

Submetida a cirurgia de exérese de tumor benigno por meio de incisão em região pediculada e hemostasia com eletrocautério, mantido curativo com Steri Strip em pós-operatório. Enviado material para análise anatomopatológica, sendo evidenciado Granuloma Piogênico.

Trinta dias após procedimento cirúrgico, paciente retorna para reavaliação, não apresentando sintomas locais residuais, com cicatrização de área tratada em bom aspecto final, não sendo necessário seguimento posterior.

**2. Discussão**

No caso apresentado, foi observado apresentação atípica de Granuloma Piogênico considerando topografia e crescimento rápido e volumoso da lesão, progredindo em apenas 18 dias após o evento do trauma.

Relatos desta patologia são descritas com períodos de crescimento progressivo (semanas a meses) e o surgimento destas lesões na orelha externa é extremamente raro, com apenas 11 casos disponíveis na literatura.

O granuloma piogênico é uma lesão benigna, frequente da cavidade oral, secundária a traumas, escoriações ou irritações crônicas da mucosa, sendo mais frequente em mulheres. Usualmente, se apresenta como lesão de base pequena, sem eventos recorrentes de sangramento à manipulação, de coloração avermelhada, morfologia polipóide, pediculada e dolorosa a palpação.

Apesar da lesão regredir de forma espontânea em alguns indivíduos, casos onde se correlaciona com sintomatologia exacerbada e rápida progressão de tamanho, a primeira opção de tratamento é excisão da lesão devido aos riscos de sangramento, infecção da cartilagem da orelha e obstrução do canal auditivo, além do intuito estético individual.

Diversas abordagens terapêuticas podem ser utilizadas no seu tratamento, como por exemplo, excisão cirúrgica, curetagem, terapia com laser ou crioterapia. No trabalho de James Lee et al, as menores taxas de recidiva foram obtidas com excisão cirúrgica e crioterapia, sendo esta última optada em regiões de maior sensibilidade ou em topografias de difícil acesso cirúrgico, com maior risco de complicações.

**3. Comentários finais**

Apesar de ser uma apresentação rara de granuloma piogênico, é importante seu reconhecimento como diagnóstico diferencial nas patologias da orelha externa e média, assim como sua abordagem terapêutica. Neste relato, descrevemos um caso raro e com apresentação atípica, notando-se crescimento rápido e volumoso da lesão com confirmação anatomopatológica e boa resolutividade após excisão cirúrgica e cauterização de base, sem necessidade de enxertos.

Palavras-chave: Otiologia;Granuloma piogênico;Orelha externa.

PO441

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA PÓS OTITE MÉDIA AGUDA****AUTOR PRINCIPAL:** JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA**COAUTORES:** FELIPPE MAGIOLLI LIMA; GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA; LARA PASCOUTTO SAMPAIO; GABRIELLE DE ALMEIDA DIAS ROCHA; PHILIPPE LOUIS BERTIN TERRA SECA; VITORIA VIANNA FERREIRA; ANA CRISTINA COSTA MARTINS**INSTITUIÇÃO:** PUC-RJ/SEPTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Apresentação do Caso**

Escolar, 11 anos, masculino, inicialmente examinado em Emergência Pediátrica e liberado com sintomáticos. Evoluiu, após 12 horas com otalgia intensa, retornando ao pediatra que diagnosticou otite (segundo informações colhidas com a mãe) sendo prescrito Azitromicina e Otosylase, por 7 dias e após 48 horas do término evoluiu com Paralisia Facial Periférica quando procurou Pronto Atendimento Otorrinolaringológico. Ao exame físico: otoscopia sem alterações agudas, porém Paralisia Facial Periférica grau 3 na escala de House-Brackmann. Como conduta, iniciou-se Prednisolona (dose 60mg/dia, com desmame posterior), Aciclovir e Lubrificante Oftalmológico, orientado proteção ocular à noite e solicitado Audiometria e Timpanometria (A+T). Após 7 dias do início do tratamento, menor retorna para reavaliação com melhora total do quadro da Paralisia e com resultado da A+T: audição normal em AO, curva A em ambas as orelhas. A conduta traçada foi manter o Corticoide para completar o tratamento e seguimento ambulatorial com Otorrinolaringologista.

**Discussão**

Atualmente a paralisia facial periférica associada à otite média aguda (OMA) não é muito frequente, devido à evolução dos antibióticos. É uma complicação que atingem de 1% a 4% dos casos de paralisias faciais, sendo mais comum na população pediátrica, por ser a faixa etária mais acometida pela OMA.

A Paralisia Facial Periférica pode ocorrer no curso das otites médias agudas ou crônicas. Pode ser explicada por erosão óssea do canal do facial; deiscência espontânea deste; osteíte. Outra teoria aceita é a transposição do agente infeccioso para o canal do facial facilitado pela pressão negativa na orelha média provocada pela disfunção tubária. Apresenta-se como uma paralisia facial periférica unilateral, de instalação súbita, geralmente incompleta, associada ao quadro clínico das otites. No tratamento, nos casos associados a OMA é indicado a implementação da antibioticoterapia associada ao corticoide com dose anti-inflamatória (0,5mg/kg/dia de Prednisona ou Prednisolona), associado ou não um Antiviral. O prognóstico da paralisia facial periférica é bom nos casos associados à OMA, com resolução completa da paralisia.

**Comentários Finais**

A paralisia facial periférica como complicação da otite média aguda, apesar de pouco frequente nos dias atuais, devido à evolução dos antibióticos, é mais comum nas crianças. Assim, é necessário um diagnóstico precoce dos casos de Otite Média Aguda, com um tratamento eficiente, visando a não complicação do quadro clínico e assim minimizar possíveis sequelas dessa patologia.

**Palavras-chave:** PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA; OTITE MÉDIA AGUDA; COMPLICAÇÕES OTITE MÉDIA AGUDA.

PO448

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL SÚBITA: IMPORTÂNCIA DO TOPODIAGNÓSTICO E INÍCIO PRECOCE DO TRATAMENTO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA LUISA FRECHIANI LARA MACIEL**COAUTORES:** BRENO LIMA DE ALMEIDA; IGOR ATAÍDE SILVA TEIXEIRA; GABRIELA MACEDO LEANDRO; LARA FREIRE BEZERRIL SOARES**INSTITUIÇÃO:** UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL**RELATO DO CASO:**

Paciente G.P.S, feminino, 55 anos, portadora de Diabetes Mellitus tipo 2, Obesidade e ex-tabagista, foi submetida a Neurocirurgia no Hospital São Paulo em 07/06/2023 para ressecção de Meningioma Anaplásico de fossa posterior e colocação de Derivação Ventricular Externa.

Evoluiu no pós-operatório com zumbido bilateral, contínuo, associado a prejuízo na compreensão da fala e hipoacusia leve bilateral, pior a direita.

Em exame audiológico foi identificada Perda Auditiva Neurosensorial Leve, com Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF) de 0%, curva A e reflexos estapedianos presentes à direita; sem alterações à esquerda.

Feito, então, diagnóstico de perda auditiva súbita na orelha direita, optado por iniciar corticoterapia.

Em consultas de retorno, paciente apresentou melhora importante de hipoacusia e compreensão de fala, apesar da manutenção do zumbido bilateral. Nova audiometria com recuperação de limiares tonais à direita e IPRF de 60%. Além de Ressonância Magnética de Crânio pós operatória que evidenciava hipersinal em colículos inferiores e lemniscos laterais bilateralmente, podendo corresponder a áreas de edema ou gliose das regiões em questão, o que provavelmente justifique a queixa da paciente.

**DISCUSSÃO:**

A Surdez Súbita é essencialmente definida como uma Perda Auditiva Sensorioneural de mais de 30 decibéis, em 3 ou mais frequências consecutivas, durante o período de até 72 horas. Considerada uma emergência otorrinolaringológica, deve ter sua etiologia investigada a partir de história e exame físico completos, além de exames complementares, de forma precoce. O tratamento medicamentoso com corticoterapia em altas doses deve ser iniciado, sempre que possível, mesmo antes da etiologia ser identificada.

A recuperação, parcial ou completa, da audição não é garantida e depende da etiologia e do início precoce do tratamento. Sabe-se, hoje em dia, que a gravidade da perda auditiva e o prognóstico auditivo não guardam relação direta com a gravidade da etiologia ou do fator desencadeante.

Apesar de muito importante para guiar os otorrinolaringologistas para o diagnóstico precoce da Perda Auditiva Sensorioneural Súbita, os critérios diagnósticos não se mostram suficientes para contemplar todos os casos e nem devem ser utilizados para exclusão dos mesmos. Conforme se identifica no relato em questão, não há caracterização audiológica de Surdez Súbita pelos critérios clássicos; mas a investigação extensa da causa de base e o início precoce da corticoterapia foram essenciais para que houvesse recuperação, quase completa, da queixa auditiva da paciente.

Além disso, é importante ressaltar que os exames complementares precisam ser individualizados para cada quadro clínico, a depender da história e de achados de exame físico, para que não haja atraso no diagnóstico etiológico e na complementação da terapia proposta.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

A queixa de alteração de acuidade auditiva súbita deve encorajar uma investigação audiológica e complementar minuciosa mesmo quando não contemplada pelos critérios diagnósticos clássicos de Surdez Súbita, para que, com o tratamento adequado, haja maior chance de recuperação auditiva.

Palavras-chave: SURDEZ SÚBITA; TOPODIAGNÓSTICO; PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL.

PO453

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****Influência da Pandemia de COVID-19 na incidência de Surdez Súbita em um Hospital Terciário de São Paulo****AUTOR PRINCIPAL:** MARIANA MOTA KERTZMAN**COAUTORES:** MELISSA FERREIRA VIANNA; EDSON IBRAHIM MITRE**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

A surdez súbita (SS) caracteriza-se pela perda repentina de audição, em pelo menos 30 decibéis (dB) em três frequências consecutivas, dentro de um período de 72h. Geralmente é unilateral, sem uma causa aparente. As etiologias, ainda fonte de muitos estudos, podem variar desde causas virais, doenças autoimunes, traumas e até eventos vasculares. Essa afecção é considerada uma urgência otorrinolaringológica, uma vez que, quanto mais precoce o tratamento, melhor a chance de regressão da perda auditiva.

Durante o período da pandemia da COVID-19, se indagou um possível aumento de casos em várias partes do mundo, considerando tratar-se de uma doença viral. Este estudo objetiva determinar a incidência de surdez súbita em um hospital terciário de São Paulo entre 2019 e 2022, e discutir os possíveis fatores relacionados ao cenário pandêmico.

Inicialmente, foi realizado um levantamento de estudos que avaliaram incidência de SS durante a pandemia no mundo. Apesar da suspeita de um aumento no número de casos, a maior parte dos estudos observou uma redução de incidência.

A única revisão sistemática encontrada, realizada por Meng X, Wang J, Sun J, Zhu K, demonstrou que ainda faltam dados organizados para uma conclusão e não foi possível definir se houve aumento ou diminuição na incidência da doença.

**Objetivo:** Este estudo avaliou a incidência de surdez súbita em um hospital terciário de São Paulo entre 2019 e 2022. Os dados foram coletados de registros médicos eletrônicos e incluíram 70 pacientes com diagnóstico de surdez súbita.

**Resultados:** Os dados coletados mostraram que a incidência de surdez súbita variou consideravelmente entre 2019 e 2022. Em 2019, a incidência foi de 1 caso a cada 1.000 atendimentos no pronto-socorro. Em 2020, a incidência aumentou para 8 casos a cada 1.000 atendimentos. Em 2021, a incidência aumentou significativamente para 26 casos a cada 1.000 atendimentos. Em 2022, a incidência voltou a diminuir para 4 casos a cada 1.000 atendimentos.

**Discussão:** Os dados coletados demonstraram uma diminuição na incidência de surdez súbita em 2020 em comparação com 2019. No entanto, houve um aumento significativo em 2021, apesar da diminuição do total de atendimentos. Embora a relação exata com a pandemia da COVID-19 ainda precise ser totalmente elucidada, o aumento observado em 2021 sugere que outros fatores, além da quantidade de atendimentos, podem ter influenciado a incidência da condição.

O aumento em 2021 pode estar relacionado com consequências pós-infecciosas da COVID-19, uma vez que infecções virais estão entre as possíveis causas de surdez súbita, ou mesmo com uma cepa específica do vírus que circulou no período. Além da possível relação com a COVID-19, é essencial considerar outros fatores, como alterações no estilo de vida, aumento do stress e comorbidades, que poderiam estar relacionados ao aumento da incidência.

**Conclusão:** Os autores do estudo concluíram que não foi possível estabelecer uma relação clara entre o aumento ou diminuição da incidência de surdez súbita durante a pandemia. No entanto, o pico observado em 2021 sugere a necessidade de investigações mais aprofundadas para determinar os fatores contribuintes.

**Palavras-chave:** surdez súbita; covid-19; pandemia.

PO455

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Um caso de Linfoma Não Hodgkin primário de osso temporal com infiltração de sistema nervoso central

**AUTOR PRINCIPAL:** RICARDO VINICIUS BRUNETO

**COAUTORES:** LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO; LUIZ OTÁVIO BOLSONI SILVA; VICTORIA CASTRO LEME; GUILHERME RODRIGUES NETO; GABRIEL BIAGINI FERREIRA; EDUARDO TANAKA MASSUDA; BENTO BERILO LIMA RODRIGUES SEGUNDO

**INSTITUIÇÃO:** HCFMRP - USP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Mulher, 74 anos, atendida em outubro de 2022 devido queixa de abaulamento retroauricular à direita de início há 19 dias, de crescimento progressivo associado à dor local e otalgia intermitente ipsilateral. Negava ter apresentado outros sintomas como otorrêia, febre ou vômitos. Ao exame físico, abaulamento endurecido em região retroauricular à direita com efeito de massa, deslocando conduto auditivo externo anteriormente. Na Tomografia computadorizada (TC) de ouvidos com contraste, era possível visualizar lesão expansiva em região de osso temporal direito, com contornos bem definidos, causando erosão da sua cortical e se estendendo para lobo parietal com íntimo contato com seio sigmóide, além de conteúdo com densidade de partes moles ocupando as células da mastóide. Na Ressonância Magnética de Orelhas (RNM), formação expansiva com sinal intermediário nas sequências T1 e T2 e restrição à difusão com extensão para partes moles, na região retroauricular e craniocervical inferiormente, bem como da porção intracraniana junto ao tentório e seios transversos, sigmóide e jugular interna. Presença de espessamento e realce paquimeningeo e discreta compressão do lobo temporal e hemisfério cerebelar adjacentes, com relativa preservação da orelha interna. E, área de espessamento e realce meníngeo junto ao seio cavernoso esquerdo com extensão para fossa craniana média, cavum de Meckel e forame oval. A Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons (PET-CT) com fluorodeoxiglicose-18F (18F-FDG) evidenciava hipermetabolismo glicolítico em lesão craniocervical à direita e linfonodopatia cervical. A biópsia da lesão evidenciou quadro morfológico e imuno-histoquímico de Linfoma Difuso de Grandes Células B, subtipo não germinativo. A paciente recebeu 6 ciclos de imunopoliquimioterapia de acordo com o esquema HDMTX (Altas doses de Metotrexato) /R-CHOP (Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina e Prednisona). Durante o primeiro ciclo de tratamento com poliquimioterapia evoluiu com paralisia facial periférica ipsilateral à lesão, manuseado com Dexametasona endovenosa, evoluindo com melhora completa após. Ao término da quimioterapia, a Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons (PET-CT) evidenciou resposta metabólica completa ao tratamento e remissão da doença. Atualmente, não apresenta sinais de recidiva da doença.

**Discussão:** A literatura aponta raros casos de Linfoma Não-Hodgkin (LNH) com envolvimento primário do osso temporal. Durante as últimas duas décadas, foram registrados apenas 5 casos. Os linfomas correspondem a aproximadamente 4% dos novos casos de câncer diagnosticados anualmente nos Estados Unidos, o que os colocam como o quinto tipo de câncer mais comum e é a quinta principal causa de morte por câncer. Até 10% dos tumores de cabeça e pescoço são linfomas dos quais 60% são LNH. No LNH todas as faixas etárias podem ser acometidas, mas há maior prevalência nos adultos do sexo masculino. Nas crianças são histologicamente agressivos com alto grau de malignidade. Tipicamente o sítio extranodal de maior envolvimento são as estruturas do anel de Waldeyer. Embora raro, o linfoma primário do osso temporal compromete mais a mastóide e o ouvido médio. A origem está no tecido linfóide localizado abaixo do epitélio da mucosa que reveste o antro da mastóide, a cavidade timpânica e o orifício da tuba auditiva. Apresenta-se com perda auditiva condutiva, mas perda neurossensorial ocorre quando há o acometimento do VIII par de nervo craniano. Pode formar massa palpável, cursar com dor no local da lesão e paralisia do nervo facial. Exames de imagem, os linfomas ósseos primários apresentam-se como lesões osteolíticas. Apesar de ser possível ocorrer uma reação periosteal, também é comum encontrar lesões mistas, com características escleróticas e líticas, acompanhadas de envolvimento de tecidos moles.

**Comentários Finais:** O Linfoma não-Hodgkin primário de osso temporal é raro. Sua consideração como diagnóstico é crucial, dada sua gravidade. O seu reconhecimento precoce e tratamento imediato são essenciais para melhorar as chances de cura.

**Palavras-chave:** linfoma não-Hodgkin;;primário;osso temporal.

PO456

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Síndrome de Gradenigo – evolução favorável com tratamento conservador

**AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA LENZ KNIPHOF DA CRUZ**COAUTORES:** HENRIQUE CARVALHO; BRUNO RAFAEL SABEL; LAURA CARMINATI CIMOLIN; EMILLI FRAGA FERREIRA; PAULA NIKOLAY; RAFAEL LUIS BOEMO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO / HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL**Apresentação do Caso**

Paciente J.M.A.B, masculino, 6 anos. Mãe refere que há 2 meses iniciou com cefaleia em hemiface esquerda e dor retro-orbitária a esquerda progressivas. Ademais, em 15 dias iniciou com febre, vômitos, otalgia e otorreia em ouvido esquerdo, edema em hemiface e edema retroauricular com rechaçamento do pavilhão auricular esquerdo. Apresentou redução da acuidade visual e diplopia 5 dias após início da otalgia.

Ao exame físico: limitação da motricidade ocular abdução em olho esquerdo por paralisia do reto lateral. Na otoscopia, observou-se membrana timpânica hiperemiada e abaulada com otorreia, abaulamento retroauricular ipsilateral.

TC de crânio: velamento mastoideo esquerdo, com extensão à porção petrosa do osso temporal e coleção em seio cavernoso ipsilateral. RNM com realce aumentado pelo meio de contraste no ápice petroso esquerdo e no seio cavernoso ipsilateral

Evolução: Na internação hospitalar, paciente já havia realizado tratamento conservador por 7 dias, sem melhora. Optou-se por manter tratamento prévio de ceftriaxona e dexametasona e acrescentado clindamicina ao esquema terapêutico. No segundo dia de internação, evoluiu com melhora progressiva da cefaleia e redução da otorreia em ouvido esquerdo, além da resolução do edema retroauricular. Em discussão com a equipe da infectologia, manteve-se tratamento com antibiótico endovenoso por 12 dias + corticoide endovenoso por 7 dias. Devido a melhora clínica, recebeu alta hospitalar com amoxicilina + clavulanato, com plano de completar 30 dias de tratamento total (18 dias de antibiótico via oral).

Paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial com a equipe. Na consulta de retorno, 15 dias após alta hospitalar, paciente apresentava melhora total dos sintomas.. No exame físico, movimento ocular preservado, sem limitação no movimento extrínseco ocular e otoscopia normal. Acumetria em 512Hz normal.

**Discussão**

A síndrome de Gradenigo caracteriza-se pela tríade de otorreia, dor na área de inervação do trigêmeo e paralisia do nervo abducente. É uma afecção intracraniana rara que ocorre como complicação de otite média aguda, devido à disseminação por continuidade da infecção no osso temporal e acometimento do ápice petroso, local próximo a área de passagem dos nervos abducente e trigêmeo. Os dados mostram que 30% das pessoas têm essa região da mastoide pneumatizada, o que permite a extensão do processo infeccioso. Quando há apenas o acometimento do ápice petroso pela infecção, denomina-se petrosite, com prevalência de 2/100.000 pacientes que apresentam OMA.

O tratamento de primeira escolha é a antibioticoterapia endovenosa associada a abordagem cirúrgica. Porém trabalhos recentes defendem um tratamento mais conservador, resguardando a mastoidectomia para casos graves que não respondem ao tratamento clínico inicial. No caso apresentado, optou-se por iniciar tratamento clínico, com monitorização rigorosa da resposta terapêutica do paciente. Paciente apresentou melhora muito importante dos sintomas já nos primeiros dias do início do antibiótico endovenoso, permitindo a manutenção do tratamento conservador. É importante ressaltar que a janela de tempo entre o início dos sintomas otológicos e o acometimento craniano é de 1 a 12 semanas. Além disso, o tempo total de tratamento com antibiótico é prolongado, de 30 dias conforme a literatura atual.

**Comentários Finais****Ressaltamos:**

1. A importância da suspeita clínica e definição precoce do diagnóstico, uma vez que a síndrome de gradenigo tem incidência rara nos dias atuais
2. A síndrome de Gradenigo é uma afecção grave que pode complicar-se com meningite, abscesso cerebral, empiema, trombose venosa, estenose de artéria carótida se não corretamente tratada de forma breve
3. O tratamento conservador com antibioticoterapia precoce é uma alternativa eficiente desde que rigorosamente controlada na sua correta evolução

Palavras-chave: síndrome de gradenigo; otalgia; nervo abducente.



PO460

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****COLESTEATOMA CONGÊNITO COM INVASÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL****AUTOR PRINCIPAL:** JULIA BANDEIRA DE OLIVEIRA**COAUTORES:** HENRIQUE CARVALHO; MARCELA LEHMKUHL DAMIANI**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS (HGCR), FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 33 anos, feminina, com queixa de hipoacusia, zumbido e otalgia progressiva á direita, além de paralisia facial periférica ipsilateral há 6 anos e cefaléia temporal contínua. Ao exame físico, apresentava tímpanos íntegros bilateralmente e paralisia grau VI pela escala de House-Brackmann. A Tomografia Computadorizada (TC) demonstrou lesão com densidade de partes moles que se encontrava em topografia de ático e gânglio geniculado se estendendo em direção ao conduto auditivo interno e comprometendo parte da cadeia ossicular, da cóclea, dos canais semicirculares e assoalho da fossa craniana média. Na Ressonância Magnética (RM) havia presença de material hiperintenso em T2 e hipointenso em T1 ocupando o ouvido médio, mastoide e ouvido interno direito, com restrição à difusão, compatível com colesteatoma e demonstrando uma possível comunicação com região de fossa posterior. Devido à topografia e apresentação atípica de colesteatoma adquirido, a principal hipótese para o caso foi um colesteatoma congênito. O tratamento cirúrgico foi indicado com plano de provável Petrossectomia subtotal. Durante o procedimento foi identificado colesteatoma que se insinuava acima da cóclea e canal semicircular superior em direção ao ápice petroso e após retirada de colesteatoma, apresentou sinais de fístula liquórica ativa de baixo débito. Após retirada do material, foi realizada correção da fístula com músculo, fáscia, pó de osso e cola de fibrina, realizada descompressão do nervo facial e mantida microcaixa em uma mastoidectomia radical modificada com intenção de melhor controle de recidiva do caso. O exame anatomopatológico confirmou a etiologia colesteatomatosa. Atualmente a paciente segue cuidados pós operatórios no ambulatório e sem sinais de fístula liquórica.

**DISCUSSÃO:** O colesteatoma congênito (CC) é o mais raro de sua apresentação, representando cerca de 2% de todos os colesteatomas. A doença é caracterizada como uma coleção constituída de epitélio estratificado pavimentoso queratinizado e tecido conjuntivo subepitelial, benigna, de crescimento lento e progressivo que compromete estruturas adjacentes. Diferentemente do colesteatoma adquirido, o qual cursa com otorreia de odor fétido, geralmente o CC é assintomático, apresentando se como um achado em uma otoscopia de rotina ou apresentando alguma complicação de otite crônica, como paralisia facial ou hipoacusia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O Colesteatoma Congênito é uma doença benigna mas de comportamento agressivo, podendo causar complicações graves e afetar significativamente a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento é sempre cirúrgico e a técnica adequada deve ser avaliada individualmente dependendo de sua localização. A otoscopia é imprescindível em todo acometimento otológico, mas a presunção diagnóstica para a investigação adequada é tão importante quanto no objetivo de realizar o diagnóstico precoce e assim evitar as complicações da doença.

**Palavras-chave:** colesteatoma; congênito; mastoidectomia.

PO461

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE GLÔMUS TIMPÂNICO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO**COAUTORES:** VIVIANE CARVALHO DA SILVA; MARCOS RABELO DE FREITAS; MARCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA; EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA; MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA; TINO MIRO AURÉLIO MARQUES; SAULO EDSON SOARES TIMBÓ**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA - CE - BRASIL. 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO, FORTALEZA - CE - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente, 34 anos, com relato de otorreia piossanguinolenta por ouvido direito há cerca de 13 anos, intermitente, a qual teve início após manipulação de conduto auditivo externo com objeto, associada a otalgia. Evoluiu com hipoacusia progressiva e drenagem de secreção por fístula cutânea em região mastoidea ipsilateral, há cerca de 5 anos. Nega zumbido. Foi admitido em serviço de emergência especializado devido quadro de edema em hemiface e região retroauricular direita; sendo iniciado tratamento clínico para Mastoidite aguda complicada. Ao exame físico, na otoscopia, havia presença de tumoração obstruindo todo o conduto auditivo externo direito e fístula cutânea retroauricular com drenagem de secreção purulenta. Foram realizados exames de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética), que evidenciaram volumosa lesão heterogênea, captante de contraste, em orelha média e externa direita, estendendo-se para região parotídea, ocasionando erosão óssea local. Paciente foi encaminhado para serviço terciário para elucidação diagnóstica, onde foram realizadas biopsias ambulatorial e em centro cirúrgico da lesão. O estudo imunoistoquímico do material foi compatível com proliferação miofibroblástica e vascular, sugerindo a hipótese diagnóstica de tumor glômico timpânico.

**Discussão:** Tumores glômicos timpânicos ou Paragangliomas timpânicos são a neoplasia benigna mais comum da orelha média. Têm origem neuroendócrina, representam uma proliferação de células paraganglionares, são bem vascularizados e geralmente não são secretores. Apresentam maior prevalência em mulheres de meia idade, conforme descreveu Sweeney (2015). No osso temporal, originam-se na porção timpânica dos nervos glossofaríngeo e vago; bem como da camada adventícia do bulbo da jugular, sendo chamados de glômus jugular, os quais diferem do tipo timpânico pela presença de erosão óssea no forame jugular. Normalmente, são tumores de crescimento lento e característica destrutiva local. Clinicamente, manifestam-se com perda auditiva condutiva e zumbido pulsátil. À otoscopia, pode-se observar a presença de massa violácea em orelha média com membrana timpânica íntegra ou lesão polipoide em conduto auditivo externo. Exames complementares de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética com contraste) são importantes para o diagnóstico e estadiamento, o qual pode ser realizado por meio da Classificação de Fisch-Mattox modificada e Glasscock-Jackson. Em relação à extensão tumoral, o paciente foi classificado como subtipo B2 pela tabela de Fisch-Mattox e subtipo 4 de Glasscock-Jackson. Cirurgia é o tratamento de escolha na maioria dos casos, sendo considerada ressecção subtotal em tumores avançados localmente.

**Comentários finais:** O caso constitui uma apresentação atípica e extensa do glômus timpânico, ressaltando a importância de ser realizado diagnóstico precoce diferencial com outros tipos de neoplasias, a fim de obter ressecção completa da lesão e melhor desfecho clínico.

**Palavras-chave:** glômus;timpânico;neoplasia.

PO462

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****FÍSTULA LIQUÓRICA OTOLÓGICA ESPONTÂNEA INTERMITENTE E O DESAFIO DIAGNÓSTICO****AUTOR PRINCIPAL:** GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO**COAUTORES:** CAMILA JEBER GARCIA; BRUNO PESTANA GOMES; FERNANDA CATISANI; LARISSA MORAIS BORÉM; FERNANDA GOMES RESENDE; MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO; MILENA GAVA FIM**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL**Apresentação do caso**

Homem 50 anos, branco, gerente de empresa, hipertenso, em uso de losartana 50 mg ao dia, IMC atual de 27,5 kg/m<sup>2</sup>. Histórico de cirurgia bariátrica em 2012. Iniciou em 2018 com plenitude auricular direita como única queixa. Em 2018, realizada septoplastia e timpanotomia com tubo de ventilação à direita com melhora da plenitude e relato de orelha externa úmida intermitentemente entre os anos de 2018 e 2022, associados a cerca de 03 episódios de otite média aguda supurada à direita. Em Janeiro de 2022 paciente compareceu ao serviço com novo episódio de otalgia e otorreia purulenta não fétida e relato de otorreia hialina intermitente. Foi realizada a investigação etiológica extenuante da otorreia hialina intermitente, por meio de 15 consultas médicas, sendo diversas delas frustradas para coleta da secreção hialina para análise devido a característica intermitente. Ao exame físico, tubo de ventilação bem posicionado, mínima umidade em conduto auditivo externo direito. Apesar de terem sido negativos os exames de tomografia de ossos temporais, bem como o de análise laboratorial citológica e bioquímica da secreção (devido escassez de material), foi solicitada ressonância magnética, a qual evidenciou em T2 região de passagem de liquor do tegmen tympani para orelha média. Esse último exame foi solicitado com direcionamento para fístula liquórica para que a radiologia focasse principalmente no diagnóstico em questão.

**Discussão do caso**

Fístula liquórica otológica espontânea é um diagnóstico raro. Geralmente se manifesta no sexo feminino, portadores de comorbidades como obesidade, síndrome da apneia obstrutiva do sono, hipertensão arterial sistêmica. O paciente não era portador de obesidade, mas possuía um histórico de obesidade previamente à cirurgia bariátrica, o que fez levantar a suspeita do diagnóstico referido.

Paciente foi vacinado e submetido a mastoidectomia, onde foi visualizada a área de fístula em dura-máter da fossa média craniana, a qual foi corrigida com gelfoam, pó do osso mastoideo brocado e cera de osso. Tubo de ventilação foi removido. Seguimento médico pós-operatório mostrou remissão total da otorreia, plenitude auricular, ou demais queixas. Audiogramas normais e curva timpanométrica A foram sustentadas em avaliações pós-operatórias. Ressalta-se que isso não poderia ter ocorrido sem a insistência exaustiva na investigação etiológica da possível otorreia por meio das múltiplas consultas citadas e boa relação médico-paciente.

Outro aspecto dificultador para o diagnóstico, além dos fatores de risco não serem tão óbvios (sexo masculino, ausência de obesidade no momento do diagnóstico e não possuir outras comorbidades comuns ao diagnóstico), o paciente praticamente não apresentava otorreia durante a otoscopia. Isso impediu a coleta de secreção para análise e dificultou com que fosse aventado o diagnóstico de fístula liquórica otológica.

**Comentários finais**

Este relato argumenta em como a insistência na investigação diagnóstica, como a refratariedade terapêutica e como a não subestimação da queixa do paciente são tão importantes para diagnósticos raros.

Palavras-chave: fístula ;liquórica;orelha média.

PO467

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****XANTOGRANULOMA JUVENIL DISSEMINADO E DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE UMA HISTIOCITOSE NÃO-LANGERHANS: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA LINHARES ANDRADE**COAUTORES:** TICIANA FREIRE BEZERRA; HYNGRIDD SOARES MENDES; DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA; RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO; JOSÉ VICTOR LIMA FIGUEIREDO; PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS; MIKHAEL RANIER LEITE RAMALH**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL

**Apresentação do caso:** Lactente, sexo masculino, 1 ano e 3 meses, acompanhado de genitora que relata início de quadro um mês antes da internação de rinorreia e de tosse evoluindo após uma semana do início dos sintomas com otorreia amarelada, febre, hiperemia e edema em região retroauricular à direita. Procurou atendimento médico, sendo visto ao exame físico hiperemia e edema retroauricular à direita. Otoscopia prejudicada devido a agitação de criança, sendo visualizado presença de secreção amarelada abundante em canal auditivo externo direito e otoscopia à esquerda dentro da normalidade. Diante do quadro clínico, foi transferido para o Hospital Geral de Fortaleza, sendo prontamente internado e iniciado antibioticoterapia com ceftriaxona e oxacilina. Durante internação, realizou tomografia computadorizada de mastoides sem contraste sendo visualizado esclerose das mastoides, material com atenuação de partes moles obliterando as mastoides e as cavidades timpânicas associado a erosão óssea de parte das mastoides, sobretudo a direita, sendo pensado inicialmente no diagnóstico diferencial de colesteatoma congênito. Paciente foi submetido a cirurgia de mastoidectomia a direita sem intercorrências, evoluindo de forma assintomática e recebendo alta hospitalar. Retorna após 15 dias ambulatorialmente apresentando resultado de estudo anatomopatológico e imunohistoquímica de material coletado durante a cirurgia compatível com proliferação histiocitose não-langerhans podendo corresponder principalmente aos quadros de Xantogranuloma Juvenil Disseminado e Doença de Erdheim-Chester sendo, então, encaminhado ao centro pediátrico do câncer do estado do Ceará para seguimento de tratamento clínico.

**Discussão:** As histiocitoses de células não-Langerhans são caracterizadas por um grupo de doenças heterogêneas marcadas pela proliferação de histiócitos que não preenchem o fenótipo para o diagnóstico de células de Langerhans. Por muito tempo, as histiocitoses foram conhecidas por diferentes nomes, refletindo a falta de conhecimento em relação a sua origem. O xantogranuloma juvenil é a forma mais comum de histiocitose de células não-Langerhans. Essa doença acomete principalmente crianças no primeiro ano de vida, podendo ainda ocorrer em cerca de 15% dos casos em adultos. Manifesta-se geralmente por nódulos cutâneos, principalmente na cabeça e pescoço. A manifestação extracutânea é rara, sendo mais comum, quando ocorre, a apresentação ocular. Diante disso, o caso acima descrito de acometimento da mastoide mostra uma apresentação extremamente rara desta doença, sendo, dessa forma, de grande importância seu estudo. O diagnóstico definitivo é realizado por meio do estudo anatomopatológico e a conduta em geral é expectante quando a manifestação é exclusivamente cutânea. No entanto, nos casos de lesões sistêmicas, são tratadas com quimioterapia semelhante àquela utilizada na histiocitose de células de Langerhans. Já a doença de Erdheim-Chester é uma rara histiocitose de células não-Langerhans, tendo sua incidência desconhecida. Menos de 1500 casos foram relatados mundialmente na literatura desde 1930. É mais comumente descrita em homens com idade entre 50 e 60 anos, porém, há casos relatados na faixa etária pediátrica, sendo estes em menor quantidade. A patogenia da doença ainda não foi esclarecida, mas parece haver um tropismo de histiócitos por tecido conectivo perivascular e adiposo, com padrão infiltrativo e fibrose local, principalmente, em ossos longos, retroperitônio, sistema cardiovascular, sistema nervoso central e olhos. Dessa forma, os sintomas manifestados são os mais diversos, tornando o diagnóstico desafiador. A confirmação da doença ocorre por meio do exame anatomopatológico do sítio afetado. Não existe um consenso quanto ao tratamento da doença de Erdheim-Chester. Contudo, existem diversas opções que podem ser tentadas, que incluem quimioterapia, radioterapia, imunoterapia e corticoides.

**Considerações finais:** Por se tratar doenças raras com manifestações atípicas e diagnóstico desafiador, é de suma importância o estudo e publicação deste caso para o avanço do conhecimento.

**Palavras-chave:** Histiocitoses não-Langerhans; Doença de Erdheim-Chester; Xantogranuloma Juvenil Disseminado .

PO470

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS COM OTITE EXTERNA NECROZANTE EM HOSPITAL REFERÊNCIA DE PERNAMBUCO

AUTOR PRINCIPAL: GIOVANI CRESTANA NOGUEIRA LIMA

COAUTORES: DAVI LIMA MEDEIROS; MARCELO SOUSA REIS; MARIA EDUARDA FARIAS BARBOSA; VITOR ARRAIS DE LAVOR MONTEIRO; KATIA VIRGINIA CORREIA DE OLIVEIRA; MARIANA DE CARVALHO LEAL GOUVEIA; PATRICIA SANTOS PIMENTEL

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES, RECIFE - PE - BRASIL

**Objetivo**

O objetivo deste trabalho é determinar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados entre março e agosto de 2023 para tratamento de Otite Externa Necrosante (OEN) em um hospital de referência em Recife-PE.

**Métodos**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, realizado com dados secundários de prontuários de pacientes internados para tratamento de OEN no Hospital Agamenon Magalhães em Recife-PE. Os seguintes critérios foram considerados para diagnóstico: 1. Sinais de otite externa que não respondem à terapia adequada por 2 a 3 semanas; 2. Tecido de granulação, micro abscessos ou pólipos no nível da junção osteocartilaginosa no CAE; 3. Ausência de carcinoma no exame microscópico após biópsia do tecido de granulação. Incluiu-se pacientes internados entre março e agosto de 2023. Pacientes com suspeita diagnóstica de outras patologias, ainda não confirmadas, foram excluídos.

**Resultados**

Pelos critérios determinados, 7 pacientes foram incluídos no estudo. A idade média foi de 74,28 +/- 7,04 anos. Em relação ao sexo, 71,4% (5/7) eram do sexo masculino, o ouvido acometido na maioria dos casos foi o direito (71,4%). O tempo de internamento médio foi de 48,57 +/- 36,9 dias. Entre os sintomas mais relatados, todos apresentavam otalgia, 85,7% tinham otorreia, edema de conduto e pólio em conduto auditivo externo, 57,1% apresentavam granulação e 14,3% apresentava descamação de conduto. Paralisia facial periférica estava presente em 28,6% dos pacientes. As comorbidades mais encontradas foram diabetes mellitus (DM) em 100%, hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 85,7%, doença renal crônica em hemodiálise em 28,6% e insuficiência cardíaca em 14,3% dos casos. Em relação ao tratamento, todos pacientes receberam ceftazidima, 42,9% precisaram também de piperacilina-tazobactam. Outros antibióticos como meropenem e vancomicina foram utilizados em 2 pacientes. Um paciente fez uso de anfotericina B. A cultura de conduto auditivo foi negativa em 4 pacientes e positiva para outros 3, com os seguintes crescimentos: *Pseudomonas aeruginosa*, *S. aureus* e *Staphylococcus Haemolyticus*. Um paciente tinha infecção concomitante de *Candida albicans*. Nos achados radiológicos, o velamento de mastoide estava presente em 85,7% dos pacientes, erosão óssea em 71,4% e material hipoatenuante ocupando orelha externa em 71,4%.

**Discussão**

A OEN é uma osteomielite do osso temporal e da base do crânio consequente a um quadro inicial de otite externa difusa. Indivíduos idosos e diabéticos constituem o grupo mais suscetível a esse processo, conforme visto neste estudo. O principal agente causador da OEN é a *P. aeruginosa*, porém outras bactérias já foram identificadas. O envolvimento de fungos é pouco frequente, sendo o *Aspergillus fumigatus* o principal. Otalgia (mais intensa a noite) e otorreia, apesar de inespecíficos são os sintomas mais comuns. Achados específicos, como tecido de granulação ou pólio, na porção posteroinferior do CAE secundários à osteíte são frequentemente encontrados. Paralisia de pares cranianos pode ocorrer, sendo o nervo facial o mais afetado. A TC do osso temporal com contraste é o exame mais disponível, sendo o primeiro exame realizado na suspeita de OEN. É possível observar erosão do osso timpânico e da base do crânio. A cintilografia com tecnécio-99 detecta fases iniciais da osteíte, antes mesmo que a erosão óssea se torne visível à TC. A cintilografia com gálio-67 é um exame válido para o seguimento e controle de cura. Internação hospitalar é recomendada para instituição de antibioticoterapia endovenosa e uso de terapia contra *pseudomonas* é essencial. O tempo médio de tratamento é de 4 a 8 semanas. O tratamento cirúrgico na OEN é limitado a poucos casos. O risco de recorrência é elevado, por isso, os pacientes devem ser seguidos ambulatorialmente.

**Conclusão**

A partir deste estudo foi possível determinar o perfil dos pacientes internados com a OEN, uma doença rara, em hospital terciário. Pacientes idosos do sexo masculino e com comorbidades associadas, como DM e HAS, formaram a maioria dos casos, sendo a otalgia e otorreia os sintomas mais prevalentes.

Palavras-chave: OTITE EXTERNA NECROSANTE;OTOLOGIA;EPIDEMIOLOGIA.

PO472

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****RELATO DE CASO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA PRADO MEIRA**COAUTORES:** ISADORA ROLLEMBERG CALDAS MENEZES; ALINE DOS SANTOS CORRÊA; JESSICA ABREU DOS SANTOS; RODRIGO DA SILVA SANTOS**INSTITUIÇÃO:** UFS, ARACAJU - SE - BRASIL**RELATO DE CASO : DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA****Apresentação do caso:**

Mulher, 61 anos, viúva, agricultora, ex-tabagista, sem comorbidades, internada em hospital universitário da Universidade Federal de Sergipe, para investigação de quadro de hemiparesia em membros superiores e inferiores, cefaleia, redução da acuidade auditiva a esquerda, perda auditiva à esquerda, zumbido, vertigem e paralisia facial periférica à esquerda, com início há cerca de 3 meses de maneira progressiva, negava perda de peso nos últimos 6 meses. Durante a internação foi solicitada interconsulta da otorrinolaringologia para avaliação do quadro de perda auditiva e paralisia facial periférica.

No exame otorrinolaringológico, paciente apresentava oroscopia, rinoscopia e otoscopia dentro dos padrões de normalidade, além de paralisia facial periférica grau IV segundo House e Brackmann.

**Discussão:**

Entre os exames já realizados, possuía tomografia de tórax com massa pulmonar em lobo inferior esquerdo, de aspecto heterogêneo, com 4,8 x 4,2 x 9,0 cm. Já com indicação e programação de biópsia pulmonar da lesão. Audiometria tonal e vocal com perda auditiva neurosensorial de grau leve em orelha direita e perda auditiva de grau profundo a esquerda, curva timpanométrica tipo A bilateral e reflexos acústico-estapedianos ausentes bilateralmente.

Durante a investigação do caso foi realizada ressonância magnética das mastoides, com laudo de espessamento e impregnação pós contraste nos pacotes acústicos-faciais (7º e 8º pares intracranianos) bilateralmente no interior dos condutos auditivos internos, por uma extensão de 1 cm a direita e 1,2 cm a esquerda de morfologia linear, com suspeita radiológica de neurinomas ou neurites. Ademais, foram identificadas múltiplas lesões nodulares intraparenquimatosas supra e infratentoriais corticais, em substância branca, núcleo-tálamo-capsulares, cerebelares e isolada em tronco cerebral.

Com o resultado da biópsia por agulha grossa de pulmão direito, com laudo de adenocarcinoma invasivo não mucinoso de padrão papilar EGFR exon 19 mutado, a principal hipótese aventada foi a de alterações neurológicas ocasionadas por focos de metástases cranianas da neoplasia pulmonar.

De acordo com o estadiamento tumoral paciente iniciou tratamento com radioterapia paliativa de crânio e posterior início de gefitinibe. Realizou fisioterapia motora em membros e mímica facial. Após as sessões de radioterapia referiu pequena melhora do quadro de zumbido e vertigem.

**Comentários Finais:**

Logo, é de essencial importância o diagnóstico diferencial dos casos de paralisia facial periférica, com avaliação holística do paciente, considerando duração, evolução e sintomas associados, já que uma apresentação insidiosa e prolongada, por exemplo, pode sugerir tumor ou colesteatoma, visto que a paralisia de Bell costuma ter início abrupto em poucas horas.

Além disso, considerar a relevância do caso pois apesar do paciente ter lesões cranianas, a paralisia do nervo facial se apresentou como paralisia periférica com associação a sintomas por comprometimento também periféricamente do nervo vestibulococlear.

Palavras-chave: Paralisia facial;Neoplasia;Perda auditiva.



PO476

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****MIÍASE OTOLÓGICA COMPLICADA COM LACERAÇÃO DE MEMBRANA TIMPÂNICA:  
RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE DE OLIVEIRA ANDRADE**COAUTORES:** BEATRIZ ROCHA CUZZUOL; JOÃO VICTOR AMORIM CORDEIRO; LUÍS FELIPE QUEIROZ DE SOUZA; JÉSSICA SANTOS DE OLIVEIRA; HENRIQUE DE LIMA CRIVELLARO; LYDIA KATHARINA GUEDES GAMA SANTOS; CARLOS AUGUSTO DE SOUSA BORBA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL3. HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA - HGVC, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo masculino, 32 anos, médico veterinário, previamente hígido, sem histórico de otites ou cirurgia otológica, comparece ao ambulatório de otorrinolaringologia no dia 09/03/2023 com história de otalgia intensa com presença de miíase em ouvido esquerdo, com início há 4 dias. Ao exame otológico, o paciente apresentava otalgia intensa além de inúmeras larvas em conduto auditivo com possível laceração timpânica associada. Avaliado previamente em outro serviço, em uso de ivermectina, cefalexina e cetoprofeno, sem apresentar melhora do quadro. Diante do diagnóstico clínico de miíase e do intenso quadro álgico, o paciente foi encaminhado com urgência para unidade hospitalar para procedimento sob sedação para remoção das larvas visíveis, no mesmo dia. Foram retiradas 23 larvas do meato auditivo externo, sem intercorrências. Ao final do procedimento não foi mais visto larvas aparentes, porém a membrana estava lacerada com ferida aparente na parede anterior do conduto. Solicitou-se então a realização de tomografia computadorizada para avaliação pós-operatória, que constatou presença de larvas em orelha média. O paciente foi submetido a nova abordagem por timpanomastoidectomia, realizada no dia 13/03/2023, por meio da qual foram retiradas outras 3 larvas, além da realização de limpeza da cavidade e reconstrução timpânica com enxerto de fásia. No dia 18/04/2023, com 1 mês de pós-operatório, foi visualizado pequena sinéquia na parede inferior do conduto, não obstrutiva, realizando-se a remoção. Foi solicitado audiometria, que em consulta de retorno, no dia 05/06/23, observou-se um gap leve em ouvido esquerdo em agudos, porém com membrana íntegra. Paciente evoluiu sem outras complicações, com melhora do quadro, sem novas infecções e com preservação da função auditiva.

**Discussão:** Miíase é a infecção parasitária provocada por larvas de moscas, observada em diversas regiões diferentes do corpo, como nos olhos, no nariz e, mesmo que não tão frequentemente, no ouvido. Geralmente se apresenta com maior frequência em crianças, indivíduos com higiene precarizada, associada ou não com baixo nível socioeconômico ou outros fatores predisponentes como: diabetes mellitus, otite média aguda de repetição, além de otite média crônica. Prurido, otalgia, hipoacusia, secreção aureal purulenta ou sanguinolenta, sensação de corpo estranho, zumbido e vertigem são sintomas observados com mais frequência em casos de miíase clínica de orifícios externos acometendo a região auditiva. O diagnóstico é estabelecido por avaliação clínica, embora a realização de uma tomografia computadorizada possa ser benéfica a fim de avaliar e excluir a extensão da infecção para a região mastóidea ou para o crânio. Essa investigação por imagem deve preceder a intervenção cirúrgica, caso necessária. Dessa forma, o tratamento da miíase consiste na remoção mecânica das larvas do meato acústico externo e sobre a membrana timpânica, sendo esse método mais dinâmico e resolutivo, com o tratamento sistêmico associado ao uso de permetrina tópica ou ivermectina oral.

**Comentários Finais:** A presença de sinais clínicos como irritabilidade, prurido, otalgia, hipoacusia, secreção aureal purulenta ou sanguinolenta, zumbido e vertigem servem como um alerta especial para pacientes com condições predisponentes à miíase otológica. O manejo da miíase usualmente se dá pela remoção mecânica das larvas, uso de ivermectina, AINES e antibioticoterapia tópica e/ou sistêmica. No entanto, em casos de perfuração timpânica e invasão para a orelha média, a timpanomastoidectomia se faz necessária. O relato mostra a importância do acompanhamento nos casos de miíase otológica e da intervenção precoce, a fim de evitar perfurações timpânicas e acometimento da mastóide e do sistema nervoso central.

**Palavras-chave:** otomiíase; complicações; tratamento.



PO480

## E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

### SCHWANNOMA DO ACÚSTICO EM PACIENTE JOVEM -RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES

**COAUTORES:** MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO; TARCÍSIO REDES XAVIER; IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO; VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA; THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA; MARIA FERNANDA ESPOSITO SANTIN LUCAS; RAINISE ALMEIDA DE OLIVEIRA

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL OTORRINO, CUIABA - MT - BRASIL2. UNIVERSIDADE DE CUIABÁ, CUIABA - MT - BRASIL

**Relato do caso:** Paciente de 25 anos de idade, do sexo feminino, previamente hígida, apresenta-se ao otorrinolaringologista em março de 2023, com queixa de zumbido e hipoacusia, sem tontura, em orelha direita há 6 meses com piora progressiva há 01 semana. Exame otorrinolaringológico normal, sendo solicitado BERA, tomografia computadorizada da mastóide e audiometria para investigação diagnóstica. Retorna aos serviços portando resultado da audiometria que apontou curva assimétrica com limiares auditivos normais na OE e do tipo mista de grau severo com configuração irregular na OD; BERA com ausência de ondas em 100 dBHL no ouvido direito, não sendo possível a pesquisa de disfunção retrococlear na OD e tomografia computadorizada das mastoides, onde foi constatada formação nodular sólida, cerca de 2,2 x 2,0 x 1,5 cm em seus maiores eixos anteroposterior, laterolateral e craniocaudal respectivamente; no conduto auditivo interno e região cerebelopontina à direita que é compatível com Schwannoma do acústico, determinando remodelamento ósseo e compressão sobre o pedúnculo cerebelar médio e a margem correspondente da ponte. Paciente referenciada para equipe de neurocirurgia.

**Discussão:** Os neurinomas ou schwannomas do nervo acústico (VIII par craniano ou vestibulococlear) são tumores benignos que se originam no nervo vestibulococlear, que é responsável pela audição e equilíbrio. Embora pouco frequentes, são os tumores benignos intracranianos mais comuns e sua apresentação bilateral é associada à Neurofibromatose do tipo II. Ele se desenvolve de forma lenta e progressiva em direção ao ângulo ponto cerebelar, comprimindo o VIII nervo craniano e alargando o meato acústico interno. Possuem uma incidência anual de 1,5 casos a cada 100.000 indivíduos, sendo responsável por 8 a 10% dos casos de tumores intracranianos em sua maioria. Este tumor tem predileção pelo sexo feminino e normalmente acomete entre 50-60 anos de idade, sendo raro o diagnóstico em crianças e após 70 anos. O Schwannoma vestibular tem como principal sintoma a perda auditiva, geralmente associada a zumbido e vertigem, em consequência da compressão do nervo vestibulo-coclear e de perturbações da vascularização da cóclea. A partir disso, observa-se que a paciente, embora não esteja dentro da incidência da faixa etária, apresentou zumbido e hipoacusia que são um dos principais sinais e sintomas que podem caracterizar o Schwannoma do acústico.

**Comentários finais:** O presente caso trata-se de um Schwannoma do acústico, onde paciente apresentou sinais e sintomas sugestivos, que foram complementados com exame de imagem e a audiometria. O diagnóstico precoce do SV é essencial para seu prognóstico, havendo relação direta entre o tamanho da lesão e evolução desfavorável, sendo os exames de imagem os principais meios de identificação do tumor. Classicamente, são diagnosticados com mais frequência por volta da quinta década de vida e o tratamento indicado envolve a extirpação cirúrgica do tumor, com raras chances de recidiva, porém, sua retirada pode causar sequelas como a paralisia facial e perda auditiva profunda.

**Palavras-chave:** Schwannoma; Schwannoma do acústico; diagnóstico de Schwannoma do acústico.

PO484

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****ALTERAÇÃO ANATÔMICA DE BULBO JUGULAR OCASIONANDO PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO**COAUTORES:** ROBERTO DIHL ANGELI; FABIANA VIANA DA SILVEIRA; ELISE EDELE PIMENTEL; JULIANA METTE ONGARATTO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL**Apresentação do caso:**

J.M.H, 39 anos, sexo masculino, tem como profissão engenheiro, procurou atendimento médico especializado com otorrinolaringologista referindo perda auditiva parcial de longa data em ouvido esquerdo, sendo usuário de aparelho de amplificação acústica há 10 anos. O exame físico, incluindo a otoscopia, não demonstrava nenhum tipo de alteração, sendo que, no exame com diapasão na acumetria, havia melhor percepção do sonora na orelha direita pela via aérea, mas sem sinais de componente condutivo à esquerda pela via óssea (teste de Rinne era positivo e o teste de Weber era indiferente). A avaliação audiológica com exame de audiometria tonal e vocal com imitanciometria, revelou uma perda auditiva de caráter neurosensorial à esquerda, de intensidade mm e de configuração descendente e ouvido direito com total normalidade auditiva, sendo seu limiar auditivo de aproximadamente 15 decibéis. Foi submetido a avaliação radiológica por tomografia computadorizada sem contraste e, posteriormente, ressonância magnética com contraste de gadolínio. Estes exames revelaram uma distorção do bulbo jugular à esquerda em contato com o conduto auditivo interno esquerdo. Considerando a ausência de outros sintomas ou sinais clínicos, optou-se pela conduta conservadora com reavaliações periódicas em consulta médica especializada com otorrinolaringologista.

**Discussão:**

Variações da posição do bulbo jugular são frequentemente encontradas em indivíduos que submetem-se a exames radiológicos do osso temporal e da base lateral do crânio, isoladamente ou associadas à deiscência do aqueduto vestibular. Na maioria dos casos, os achados referentes ao bulbo são incidentais, não acarretam semiologia específica e sequer necessitam intervenção. Uma pequena parcela destes indivíduos, entretanto, apresenta um bulbo jugular alto e deiscente tanto em direção ao hipotímpano como para o conduto auditivo interno. Nesta última situação, sintomas como perda auditiva sensorioneural, vertigem e zumbido e, menos frequentemente, paralisia facial têm sido relatados. No diagnóstico das doenças da orelha interna, havendo a necessidade de exames de imagem, as variações da bulbo jugular devem ser levadas em consideração.

**Considerações finais:**

Este relato de caso sugere que o estudo radiológico da anatomia do bulbo jugular e das suas variações é parte importante da etapa diagnóstica de indivíduos com sintomas labirínticos como perda sensorioneural unilateral e zumbido, além de sintomas vestibulares que não tenham outra causa aparente

**Palavras-chave:** BULBO JUGULAR;PERDA AUDITIVA;SENSORIONEURAL.

PO485

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Abscesso de Bezold em criança de 3 anos de idade

AUTOR PRINCIPAL: MATHEUS CARRETT KRAUSE

COAUTORES: JOAO EDUARDO GARCEZ MAESTRI; MARILIA STEFANES; MATEUS VASCONCELOS PATRICIO; GUSTAVO MURTA; THIAGO CARRETT KRAUSE; JOSÉ CARLOS FRANZATO JUNIOR; PEDRO HENRIQUE KARPINSKI

INSTITUIÇÃO: 1. UEPG, PONTA GROSSA - PR - BRASIL2. UCPEL, PELOTAS - RS - BRASIL

Paciente S.T.C, sexo feminino, 3 anos de idade, previamente hígida, negava história de uso de medicações contínuas ou alergias. Encaminhado para avaliação no Serviço de Otorrinolaringologia pela Unidade de Pronto Atendimento por otalgia direita e febre há 3 dias. Ao exame físico, otoscopia com otorreia a direita e região retroauricular hiperemiada, sem formação de abscesso. Foi indicada internação, início de ceftriaxona 50mg/kg/dia empírico e realizados exames. Laboratoriais com leucograma infeccioso e tomografia de crânio com processo inflamatório em região de mastóide, sem evidências de abscesso. Paciente com melhora clínica após 7 dias de tratamento, mantendo quadro de otorreia à direita. Alta hospitalar com suspensão otológica de ciprofloxacino 0,2% + hidrocortisona 1% por mais 10 dias. Após 7 dias, paciente retorna com dor cervical e febre há 1 dia, sendo readmitida no serviço (IMAGEM 1). Nova tomografia de crânio com contraste (IMAGEM 2) evidenciando coleção hipodensa em região temporomandibular direita, medindo 28 x 27 x 10mm, com volume estimado de 4 ml e com pertuito subcutâneo, sendo compatível com abscesso de bezold. Encaminhada para mastoidectomia em ouvido direito e colocação de dreno de Penrose em cavidade mastoidea. Durante o procedimento, a equipe da cirurgia de cabeça e pescoço esteve presente e optou por não intervenção. Mantido antibioticoterapia endovenosa por 7 dias, com resolução do quadro clínico.

Descrito pelo Dr. Friedrich Bezold, em 1881, o abscesso de Bezold é uma complicação rara da otite média. A formação desse abscesso se dá pela supuração cervical profunda, acometendo o osso mastóide, devido a uma otite média não tratada, que posteriormente se agrava, atingindo os músculos esternocleidomastóideo, esplênio capitis e trapézio. Em decorrência da pneumatização incompleta do osso mastóide antes dos 5 anos, é incomum a apresentação dessa afecção nessa população, uma vez que a aeração desse osso é crucial no mecanismo fisiopatológico do abscesso de Bezold<sup>1</sup>.

Desde a introdução dos antibióticos para tratar a otite média supurativa, houve uma redução significativa na incidência de complicações decorrentes dessa condição, havendo pouco mais de cem casos relatados na literatura de língua inglesa a partir de 19672. No entanto, devemos nos atentar aos fatores de risco associados à formação do abscesso de Bezold, sendo os três principais aqueles pacientes de baixo nível socioeconômico, creches e alterações da tuba auditiva.

A formação do abscesso de Bezold é em sua maioria uma causa evitável, cabendo ao profissional buscar tratamento precoce para a otite média, essencial para prevenir o desenvolvimento de complicações como essa.

Palavras-chave: mastoidite; bezold; abscesso.

PO486

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Internações hospitalares por otite média e outros transtornos do ouvido médio na Bahia: uma análise quantitativa antes e durante a pandemia de COVID19

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELE DOS SANTOS

**COAUTORES:** MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ; LORENA BARBOZA DE SOUSA; MATHEUS GOMES REIS COSTA; RODOLFO BAPTISTA GIFFONI; PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS; VICTOR LEVY DE JESUS CARVALHO SENA; WANDERLANY DE MIRANDA ANDRADE CARNEIRO

**INSTITUIÇÃO:** 1. UEFS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Objetivo:** Descrever as internações hospitalares por otite média (OM) e outros transtornos do ouvido médio e da apófise mastoide na Bahia através da lista de morbidade do CID-10 H90-H91, antes e durante a pandemia de COVID-19 quanto ao número de atendimento.

**Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico descritivo, retrospectivo e quantitativo em que os dados coletados no Sistema de Informação Hospitalares do sistema único de saúde (SHI-SUS) foram ordenados em gráficos e tabelas através do Microsoft Excel 2010.

**Resultados:** Nos 3 anos anteriores a pandemia (fevereiro de 2017 a fevereiro de 2020), a Bahia foi responsável por 2.817 internações por OM no país, sendo 874 em 2017, 872 em 2018, 984 em 2019 e finalmente 87 nos meses iniciais de 2020. Considerando o marco da pandemia de acordo com a OMS como março de 2020<sup>1</sup>, nos 3 anos de pandemia o número internações foi de 1.897, uma redução de 36,6% em relação a análise anterior, sendo 378 em 2020 a partir de março, 448 em 2021, 889 em 2022 e finalmente 182 nos três primeiros meses de 2023.

**Discussão:** A otite média é a afecção mais frequente do ouvido médio podendo ser de etiologia bacteriana ou viral comumente secundária a infecções de via aérea superior. Considera-se ainda como OM uma perfuração da membrana timpânica que pode estar associada ou não a uma afecção de ouvido médio ou mastóide com ou sem otorréia<sup>2</sup>. Além de abarcar custos em atendimento para o Sistema Único de Saúde (SUS), trata-se de uma importante causa prevenível de perda de audição por uma série de complicações e seqüelas anatômicas e funcionais. Por sua vez, a pandemia de COVID-19 foi um período de grandes mudanças sociais, médicas e sanitárias<sup>3</sup>. Durante seus primeiros anos, sobretudo em 2020, a população mundial teve que se adaptar ao uso constante de máscaras, álcool em gel, além do distanciamento social e outras medidas comportamentais. Surpreendentemente, durante a pandemia do vírus SARS-CoV-2 houve uma significativa redução no número de internamentos por OM na Bahia principalmente entre os anos de 2020 e início de 2021. Tal constatação contradiz a tendência da OM de apresentar-se comumente em consequência de infecções respiratórias. Neste interim, os números otimistas em relação à OM na Bahia aventam a investigação sobre como as mudanças comportamentais e cuidados sanitários adotados durante o período pandêmico podem ter trazido resultados positivos sob outras formas de infecção.

**Conclusão:** Conclui-se que no período pandêmico de COVID-19 houve redução nos internamentos por otite média na Bahia, suscitando, portanto, a investigação sobre como medidas adotadas durante esse período podem ter oferecido um impacto positivo na prevenção da hospitalização por OM.

**Palavras-chave:** OTITE MÉDIA;OTOLOGIA;COVID-19.

PO503

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**FRATURA DE CADEIA OSSICULAR E ZUMBIDO****AUTOR PRINCIPAL:** EDNA PATRÍCIA**COAUTORES:** CAIO DE FREITAS MADRUGA; GABRIELA AZEVEDO NICODEMOS DA CRUZ; LETÍCIA COSTA MOREIRA SOARES; MARIA CATALINA RODRIGUEZ CHARRY; MARIA ELISA DA CUNHA RAMOS; THAIS RODRIGUES FERREIRA; VICTOR BARRETO GARCIA**INSTITUIÇÃO:** HUAP-UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino, 41 anos, vítima de acidente automobilístico com queda do veículo em movimento em 2021. Apresentou otorragia, vertigem, plenitude auricular e hipoacusia a esquerda. Após 1 mês houve progressiva melhora dos sintomas vestibulares. Após 1 ano, retorna para atendimento médico devido a zumbido tipo chiado que atrapalhava as atividades diárias, misofonia e queda da discriminação sonora em ambientes ruidosos. Audiometria, apresentando orelha esquerda com disacusia condutiva de leve a moderada. Tomografia Computadorizada de mastoide evidenciando desarticulação e fratura de esporão de Chaussé a esquerda. Ao exame físico, otoscopia e rinoscopia sem alterações patológicas. Otoscopia apresentando irregularidade no cabo longo do martelo sugerindo fratura à esquerda, sem sinais evidentes de fístula labiríntica, e orelha direita sem achados patológicos. Após análise do quadro clínico, exame físico e exames complementares, é indicada a abordagem cirúrgica através de timpanoplastia com reconstrução de cadeia ossicular. Durante o procedimento cirúrgico foi encontrando sinal de fratura consolidada no cabo longo do martelo e no ramo longo da bigorna. Sendo realizada remoção de bigorna seguida de reconstrução com prótese parcial Kurz, sem intercorrências. Pós-operatório sem complicações. Após 4 meses, paciente refere melhora das queixas otológicas e com audiometria dentro dos padrões de normalidade.

**Discussão:** A alta taxa de acidentes automobilísticos, domésticos e ocupacionais, assim como crimes com arma de fogo torna as fraturas de osso temporal uma realidade entre os moradores de grandes centros urbanos. Entre as complicações de trauma do osso temporal, com relativa frequência é achado o deslocamento da cadeia ossicular, que pode resultar em disacusia pós-trauma, enquanto a fratura da cadeia ossicular (principalmente junção estribo-bigorna) é um achado raro. O zumbido é um achado raro quando relacionado ao trauma do osso temporal, geralmente é um sintoma ocasionado por uma disacusia sensorineural. O diagnóstico da fratura da cadeia ossicular pode ser realizado através do exame físico com a otoscopia, onde observa-se alteração da posição do cabo do martelo, e também, através de exames complementares. Sendo a tomografia computadorizada o exame padrão ouro para o seu diagnóstico.

**Comentários finais:** No traumatismo de osso temporal a presença de zumbido está relacionada com o acometimento da orelha interna. Este caso ilustra que o dano à unidade tímpano-ossicular pode ser causa de zumbido e outras alterações auditivas como relatadas pela paciente, que apresentou melhora de todos os sintomas auditivos após a reconstrução de cadeia ossicular.

**Palavras-chave:** zumbido;fratura de cadeia ossicular;otologia.

PO509

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTORREIA APÓS LAVAGEM OTOLÓGICA OTITE EXTERNA OU OTITE MÉDIA AGUDA?  
RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LAÍS BURATO**COAUTORES:** FELIPE ALVES DA SILVA; EDUARDA BOTELHO FRUTUOSO; GABRIEL FRASSON CASAGRANDE; MÁRIO AUGUSTO GHELLERE MILANEZ; GUILHERME DE SOUZA SCHAUCOSKI; LAURA CARMINATI CIMOLIN**INSTITUIÇÃO:** UNESC, CRICIÚMA - SC - BRASIL<sup>2</sup>. HSJ, CRICIÚMA - SC - BRASIL<sup>3</sup>. HGCR, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL

BMS, masculino, 32 anos. Paciente chega ao pronto atendimento relatando otalgia há 2 meses, afebril e sinais vitais estáveis. Realizou 4 lavagens otológicas mal sucedidas via UBS, em um intervalo de 7 dias entre cada uma há 1 mês atrás, quando iniciou com otorreia à esquerda. Fez uso de Amoxicilina + Clavulanato por 5 dias, Levofloxacin por 3 dias e Ciprofloxacino por 6 dias. Na chegada, estava em uso de Clindamicina há 1 semana. No exame físico, apresentava região retroauricular abaulada, com dor à palpação, hiperemia de pavilhão auricular, hiperemia de conduto auditivo, membrana timpânica perfurada, com presença de intensa otorreia purulenta. Ouvido direito sem particularidades. Foi solicitado, então, uma TC que relatou sinais de otomastoidite inflamatória. Paciente foi internado para iniciar tratamento para otomastoidite, com Ceftriaxone e Matronidazol. Nos primeiros 2 dias houve piora da otorreia e da dor. Foi coletado cultura da secreção, que evidenciou *Staphylococcus* gram positivo em cachos. Foi adicionado Cefepime, que melhorou a evolução do quadro. Então, foi optado por dar alta após 7 dias de internação, com Oticirix e acompanhamento ambulatorial com otorrinolaringologista.

O cerume tem função protetiva antimicrobiana, através da produção de lisozima e função de proteção cutânea do meato auditivo externo. O exagero na limpeza do cerume acaba eliminando essa barreira protetiva, altera o pH e cria portas de entradas para microrganismos através de laceração na pele. No caso exposto no caso, a realização da lavagem otológica em altas frequências pode ter predisposto uma otite externa, um dos possíveis diagnósticos diferenciais do caso. Além disso, o modo pelo qual se realiza a lavagem otológica é de extrema importância, pois, se realizada com altíssima pressão, se torna traumática, podendo causar perfuração da membrana. Vale lembrar que a lavagem otológica deve ser feita quando indicada – apenas quando redução de pelo menos 50% do meato acústico, e se não houver contraindicações, das quais encontra-se perfuração timpânica, otite média aguda e falha após várias tentativas de irrigação, entre outras. Na presença de qualquer sinal de otite média aguda, o procedimento está contraindicado (otalgia, febre, plenitude auricular), devendo ser instituído, primariamente, o tratamento antibiótico para a otite média aguda.

Na técnica de lavagem, deve-se irrigar suavemente, com força leve o pistão da seringa, para evitar trauma timpânico, além da reavaliação constante do meato acústico.

Por mais que o exame de cultura do caso exposta tenha evidenciado *Staphylococcus* gram positivos, apontando mais para uma otite externa, pode ter sido apenas uma contaminação da coleta. Além disso, o exame físico e o resultado da TC indicando otomastoidite inflamatória sugeriram mais uma otite média aguda como diagnóstico etiológico, que complicou com uma otomastoidite. A infecção da orelha média se dá pelo edema causado na tuba auditiva após uma infecção respiratória superior, onde há o acúmulo de muco na orelha média e pode se contaminar por bactérias. A mastoidite surge devido ao espessamento progressivo do periósteo, o que faz com que tenha uma obstrução da drenagem, formando cavidades aeradas na mastoide. Isso se manifesta, clinicamente por otalgia, abaulamento retroauricular e febre. No relato exposto, o paciente estava afebril, mas estava em uso de antibioticoterapia prolongada, podendo ter mascarado esse sinal.

Pacientes com OMA, mesmo que tenha tido resposta terapêutica, podem persistir com efusão da orelha média, que geralmente se resolve em cerca de 2 a 3 meses. Caso persista por mais de 3 meses, o paciente deve ser considerado portador de otite média crônica e tratado como tal. Por isso, é de extrema importância que o paciente mantenha acompanhamento com o otorrinolaringologista, afim de avaliar a resposta otológica e possíveis intervenções a serem realizadas.

Além disso, é de fundamental importância, um treinamento, principalmente de clínicos gerais, para que realizem lavagem otológica ambulatorial de forma adequada e quando bem indicadas, assim, evitando complicações do procedimento.

Palavras-chave: OTORREIA; OTITE; OTOMASTOIDITE.

PO510

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**MASTOIDITE COM COMPLICAÇÃO INTRACRANIANA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LUMA TAVEIRA NUNES**COAUTORES:** LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE; MATEUS RUFINO MELO; VÍTOR YAMASHIRO ROCHA SOARES**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI, TERESINA - PI - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, 64 anos, pescador, diabético e hipertenso, apresentando história de episódios febris recorrentes por 02 semanas evoluindo com queda da própria altura durante episódio de convulsão. Referia também hipoacusia a esquerda, otalgia esporádica e episódios recorrentes de cefaléia durante internação hospitalar. Negava otorréia e zumbido. Ao exame físico: bom estado geral, oroscopia e rinoscopia sem alterações, otoscopia esquerda apresentando membrana timpânica opaca e a direita sem alterações, mimica facial sem alterações. Realizou exames complementares durante internação em hospital de base nos quais: Tomografia Computadorizada (TC) de mastoides evidenciando otomastoidopatia inflamatória crônica a esquerda e Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de crânio apresentando espessamento parameningeo temporoparietal a esquerda com realce pelo contraste e focos de restrição a difusão inferindo lesão extra axial, medindo 0,4cm de espessura e processo inflamatório/infeccioso meningeo, imagens sugestivas de abscessos cerebrais em hemisfério esquerdo sendo o maior de 1,4cm, conteúdo hidratado preenchendo a mastoide esquerda com área de descontinuidade cortical óssea no teto das células mastoideas posteriores a esquerda. O paciente foi submetido a timpanomastoidectomia exploradora a esquerda onde foi observado tecido inflamatório em mastóide com bloqueio do aditus ad antrum. Paciente evolui com melhora clínica após tratamento cirúrgico e segue em acompanhamento com equipe de otorrinolaringologia e neurocirurgia do Hospital Getúlio Vargas (HGV).

**Discussão:** As complicações das otites médias ocorrem quando a infecção se estende além do mucoperiósteo atingindo outras regiões do osso temporal (mastóide, região petrosa) e crânio (meninge, espaços meningeos e parenquima) por contiguidade e menos frequentemente, por via hematogênica. Quanto a epidemiologia, a literatura demonstra que as complicações da otite média crônica (OMC) ocorrem mais frequentemente em pacientes do sexo masculino, jovens ou de meia-idade. O abscesso cerebral é a segunda complicação intracraniana mais frequente, sendo a mais letal e pode ser dividido em extradurais (epidurais), subdurais, intracerebrais ou intracerebelares. Os locais mais acometidos são o lobo temporal e o cerebelo, sendo, geralmente, unilateral. As vias de extensão para a formação do abscesso, a partir do ouvido médio, são: erosão direta por meio de coalescência, erosão colesteatomatosa ou por extensão perivascular direta e tromboflebite retrógrada. O curso clínico de um abscesso cerebral pode variar de acordo com o tipo e a virulência do patógeno envolvido, da localização da infecção, da efetividade do tratamento antimicrobiano e do sucesso da terapêutica cirúrgica. O diagnóstico é realizado através de exames radiológicos. O tratamento envolve antibioticoterapia, drenagem do abscesso quando possível, além de eliminação do foco infeccioso do ouvido médio. No caso apresentado nota-se a importância dos exames radiológicos para avaliação e diagnóstico da complicação e para o auxílio no tratamento cirúrgico.

**Comentários Finais:** Analisando o caso apresentando, observamos que a OMC pode se mostrar insidiosa ou até mesmo assintomática, retardando o seu diagnóstico e tratamento adequados, aumentando a chance de complicações e piorando o prognóstico. As complicações intracranianas de mastoidite podem acarretar sequelas importantes e altas taxas de mortalidade, devendo o otorrinolaringologista estar atento na inclusão dessa patologia dentre os principais diagnósticos diferenciais.

**Palavras-chave:** otite média crônica; mastoidite; complicação intracraniana.



PO521

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**MENINGITE COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA AGUDA****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPPE MAGIOLLI LIMA**COAUTORES:** GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA; LARA PASCOUTTO SAMPAIO; PHILIPPE LOUIS BERTIN TERRA SECA; VITORIA VIANNA FERREIRA; JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA; KLEBER FALCAO REBELO; ANA CRISTINA COSTA MARTINS**INSTITUIÇÃO:** PUC/SEPTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

Apresentação do caso: E.V.L, masculino, 11 anos, comotalgia bilateral após quadro gripal, febre de 38,4 e exame físico otológico compatível com OMA, quando foi prescrito Amoxicilina com Ácido Clavulânico (875mg + 125mg de 12/12h) e prednisolona (20mg de 12/12h). Após 3 dias, a mãe retorna com menor e com piora da otalgia e cefaleia, quando foi orientada a dobrar a dose da amoxicilina. Após 2 dias, o menor evoluiu, com piora do quadro geral e internação hospitalar pois apresentava, febre de 39,8 e sinais de rigidez de nuca. O exame laboratorial evidenciou leucocitose (27.100) com desvio para esquerda e a Cultura do líquido foi positiva para *S pneumoniae*/agalactiae e iniciado CeftriaxoneEV (100/mg/kg/dia) por 7 dias com regressão total do quadro. A TC mastoides de controle de ambas orelhas evidenciou: Conduto auditivo externo com diâmetros preservados; Parede lateral do ático e cadeia ossicular presentes; Hipotímpano, mesotímpano, ático e antrotomotransparentes; Células da mastóide aeradas; Vestíbulo, cóclea e canais semicirculares lateral e posterior normais; Deiscência no canal semicircular superior; Conduto auditivo interno com diâmetros preservados; Canal do nervo facial de aspecto regular.

**Discussão :** A Otite média (OM) é uma das doenças infecciosas mais prevalentes em todo mundo: mais de 80% das crianças sofrem um episódio de OMA antes dos três anos, e aproximadamente 40% dessas terão apresentado seis ou mais recorrências por volta dos sete anos. Os percentuais de complicações secundárias à OMA chegam até a 13% e pode ter localização extracraniana e/ou intracraniana. As complicações extracranianas mais comuns da OMA são: paralisia facial, abscesso subperiosteal, mastoidite e labirintite. As complicações intracranianas da OMA são: meningite, abscesso cerebral, trombose de seio lateral, abscesso extradural, hidrocefalia óptica, e encefalite. O diagnóstico da otite média aguda geralmente é clínico, baseado na presença de dor aguda (em 48 horas), abaulamento da membrana timpânica e, particularmente em crianças, a presença de sinais de efusão da orelha média na otoscopia. A amoxicilina é a medicação de escolha para o tratamento da OMA em crianças. A dose é de 500mg a cada 12 horas ou 250mg a cada 8 horas em crianças ou 90mg/kg. A dose mais elevada é indicada porque é eficaz contra cepas suscetíveis e resistência intermediária ao *S. pneumoniae*.

**Conclusão:** Devido a evolução dos antibióticos, atualmente temos um número cada vez menor de complicações por Otite Média AGUDA, entretanto, pediatras e otorrinolaringologistas devem manter vigilância ativa, principalmente em crianças que não evoluem de forma esperada após o início da antibioticoterapia.

**Palavras-chave:** Otite; Meningite; Complicação.

PO522

## E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

### PERDA AUDITIVA SÚBITA UNILATERAL APÓS IMUNIZAÇÃO PARA COVID

**AUTOR PRINCIPAL:** PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO

**COAUTORES:** DANIELA SANTIAGO PASSOS; GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA; NATÁLIA MATOS MURICY; LÍVIA MARIA FIGUEIREDO TELES DE ARAÚJO; MARIA CLARA OLIVEIRA PADILHA DINIZ; AMANDA HATSUE SANTANA ENDO; RAFAELA GERMANA CAVALCANTI DA NÓBREGA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTO ANTÔNIO - OSID, SALVADOR - BA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente G.S.M, 42 anos, apresentou quadro de hipoacusia e zumbido à esquerda súbitos, com sensação de chiado de rádio, contínuo, com períodos de piora, após 1 dia de vacinação da segunda dose da COVID (Astrazeneca). Nega trauma acústico, nega exposição laboral a ruídos, nega história familiar de perda auditiva, nega tontura associada, nega comorbidades. Foi realizada uma audiometria 4 meses após a queixa mantida, com os seguintes resultados: OD - limites auditivos dentro da normalidade. OE - perda auditiva neurosensorial de grau severo. Curvas timpanométricas tipo "A" com reflexos acústicos contralaterais presentes no ouvido esquerdo e ausentes no ouvido direito. Ao exame otoscópico: membranas timpânicas íntegras e condutos auditivos livres. Foi realizada também uma ressonância do conduto auditivo interno para investigar neoplasia, mas foi descartado e foi optado pelo uso de aparelho de amplificação sonora individual.

**DISCUSSÃO:** Existem diversas causas associadas à surdez súbita antes da pandemia de COVID-19, incluindo causas infecciosas virais e bacterianas, e outras, por na maioria dos casos não determiná-la, então chamada de idiopáticas. Porém, após a vacinação em massa, parte das pessoas desenvolveu surdez súbita, não necessariamente decorrente da vacinação. Existem, a depender de cada caso, necessárias investigações, descartar tumores (como em casos de perda auditiva unilateral é mandatória a exclusão de neoplasias, por isso, no caso relatado, foi solicitada uma ressonância do conduto auditivo interno, que veio sem alterações, reforçando a associação com a vacina de COVID), lesões ou infecções locais mastóideas e de orelha média ou interna associadas. O tratamento deverá ser instituído a fim de garantir retorno à qualidade de vida ao paciente, e existem estratégias que a literatura possibilita lançar mão, desde o uso de corticosteróides, no caso pós-vacinação ou pós-infecções, por até 21 dias, assim como em casos refratários e não melhora espontânea, poderá ser utilizado aparelho individual de amplificação sonora, até em casos mais severos de perda neurosensorial, a indicação de implantes cocleares.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A perda auditiva neurosensorial súbita, atualmente, está elencada a casos pós-vacinais através de estudos crescentes retrospectivos e transversais, porém com poucos efeitos e impactos quando se expande em termos de saúde pública. Mas que o tamanho do efeito seria muito pequeno, e seu impacto em termos de saúde pública, mínimo. Faz-se necessário ainda, mais estudos a fim de confirmar a série de casos, quando comparado a perda súbita em um contexto de não vacinação. É inegável, também, que os benefícios da vacinação quando se fala em saúde pública são superiores ao risco de surdez súbita neurosensorial.

**Palavras-chave:** PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL; COVID; VACINAÇÃO.

PO524

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OSTEOMA DE OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LUMA TAVEIRA NUNES**COAUTORES:** LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE; MATEUS RUFINO MELO; VÍTOR YAMASHIRO ROCHA SOARES**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI, TERESINA - PI - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 15 anos, natural e procedente de Teresina - Piauí procurou a Unidade Básica de Saúde do seu bairro com queixa de lesão elevada em região retroauricular a direita há aproximadamente 5 anos. Paciente foi encaminhada para avaliação no ambulatorio de otorrinolaringologia do Hospital Getúlio Vargas (HGV). No exame físico foi observado protuberância óssea retroauricular a direita bem delimitada medindo aproximadamente 3 cm, indolor a palpação, superfície lisa, não móvel e sem sinais flogísticos; otoscopia sem alterações. Nos antecedentes pessoais negava trauma local. O exame audiométrico apresentava-se normal bilateral. A avaliação radiológica feita através da Tomografia Computadorizada de Mastóides apresentava lesão hiperatenuante junto ao córtex da mastoide direita sugestiva de osteoma de osso temporal. Após avaliação, a paciente optou pelo procedimento cirúrgico devido queixa estética. A paciente foi submetida a cirurgia para ressecção da lesão, a qual ocorreu sem intercorrências. A paciente segue em acompanhamento com a equipe de otorrinolaringologia do HGV.

**Discussão:** Osteomas são tumores ósseos benignos com predominância da estrutura laminar e crescimento lento, podendo acometer os seios paranasais, maxila, mandíbula, conduto auditivo externo e abóbada craniana. Quando situados na mastóide são solitários, sésseis ou pediculados, e normalmente evoluem com crescimento extra-craniano causando principalmente queixas estéticas. Apresenta maior incidência no sexo feminino, aparecendo predominantemente entre as segunda e terceira décadas de vida. Trauma, inflamação, distúrbios de crescimento e fatores genéticos são relatados como possíveis causas do processo tumoral, contudo sua etiologia permanece indefinida. O osteoma apresenta como diagnóstico diferencial o meningeoma calcificado, fibroma ossificante, displasia fibrosa, sarcoma osteogênico, doença de Paget e hemangioma, que são distinguidos geralmente pelos exames de imagem associados ao anatomopatológico. O tratamento do osteoma craniofacial consiste na ressecção cirúrgica da lesão. O prognóstico tem sido considerado bom do ponto de vista estético e curativo quando são submetidos à exérese cirúrgica. A recidiva é rara e a transformação maligna não tem sido relatada na literatura médica.

**Comentários Finais:** O caso apresentado nos mostra a importância de uma adequada anamnese e propedêutica no diagnóstico de osteoma do osso temporal, tendo em vista ser uma patologia assintomática na maioria dos casos. Devemos sempre incluí-lo no diagnóstico diferencial em paciente com história de aumento dos ossos craniofaciais.

**Palavras-chave:** osteoma; osso temporal; tumores ósseos.

PO525

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Carcinoma espinocelular em conduto auditivo externo: um relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS**COAUTORES:** MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR; BEATRIZ COVICI BARROS; ALINE BATISTA LOPES; FABIO TADEU MOURA LORENZETTI; ANA LUIZA PAPI KASEMODEL DE ARAUJO; NATHALIA TENORIO FAZANI; FERNANDO DE ANDRADE BALSALOBRE**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO BANCO DE OLHOS DE SOROCABA (BOS), SOROCABA - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** O.P.S, mulher, 70 anos, chegou ao nosso serviço em 2022 com quadro de otalgia e prurido auricular em ouvido direito (OD) de longa data associada a hipoacusia, zumbido e presença de lesão em conduto auditivo externo (CAE) à direita. Desde 2019, evoluindo com piora dos sintomas, somando-se otorreia e otorragia em OD. Na otoscopia, havia uma lesão de aspecto granulomatoso em CAE que dificultava a visualização da membrana timpânica em OD. Optado pela realização de biópsia incisional ambulatorial da lesão que resultou em carcinoma espinocelular (CEC) bem diferenciado. Solicitados exames de tomografia computadorizada (TC) de ossos temporais que mostrou material com densidade de partes moles ocupando o CAE à direita e, uma audiometria que confirmou perda mista severa à direita. Também foi pedido uma TC de crânio que evidenciou formação densa, nodular, de 0,5cm em parede posterior do CAE à direita, sem outras alterações. Com isso, indicado tratamento cirúrgico para biópsia excisional da lesão com margem de segurança e brocamento do osso do CAE onde estava localizada a lesão em OD. O exame de anatomopatológico da peça cirúrgica resultou em CEC moderadamente diferenciado com margens laterais livres e profundas comprometidas. A paciente evoluiu com estenose do CAE no pós-operatório, mas que, com o tempo, foi melhorando e, mantém seguimento clínico há seis meses após a cirurgia, sem recidiva da lesão.

**Discussão:** Os cânceres de CAE são raros, com uma incidência de 1/1.000.000 de habitantes/ano, representando menos de 0,2% dos tumores de cabeça e pescoço. O CEC (mais frequente) e o basocelular são os mais comuns. O CEC está associado a antecedentes de colesteatoma, infecção por HPV, otite média crônica supurativa e exposição a produtos químicos, sendo que o fator mais importante parece ser a radioterapia prévia. Acometem indivíduos entre a quinta e a sétima década de vida, mais do sexo feminino. A apresentação clássica é otalgia e otorreia. Se dissemina primariamente por extensão direta. Metástases a distância são raras. Os fatores de mau prognóstico são tumor extenso, paralisia do nervo facial, linfonodomegalia cervical ou parotídea. O diagnóstico definitivo se dá por meio de biópsia da lesão. O estadiamento pré-operatório é realizado com exames clínico e de imagem, sendo a TC e a ressonância nuclear magnética os principais métodos utilizados. O tratamento envolve a ressecção completa da lesão associada a radioterapia adjuvante nos casos mais avançados. A radioterapia isolada é reservada para os tumores irresssecáveis.

**Comentários finais:** O CEC de CAE se apresenta como tumores agressivos, mas que se descobertos em estágios iniciais, têm uma boa taxa de sobrevivência em até 100% dos pacientes. Até o momento, não existe consenso sobre o melhor tipo de procedimento cirúrgico para estes tumores, devido à raridade da patologia e a consequente dificuldade em juntar um grande número de casos em um mesmo serviço. Conclui-se que são necessários mais estudos com maior número de pacientes para determinação de protocolos de tratamento cirúrgico para o CEC de CAE.

**Palavras-chave:** Carcinoma espinocelular; Conduto auditivo externo; Tratamento

PO527

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: relato de caso

AUTOR PRINCIPAL: BETHINA SILVA BARRETO

COAUTORES: CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO; LUCAS MENDES SOARES; PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA; BEATRIZ REZENDE MONTEIRO; AMANDA LARISSA KADOR ROLIM; CHRISTIANE RIBEIRO ANIAS; PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Apresentação do caso:** paciente, sexo masculino, branco, 67 anos, em tratamento oncológico para carcinoma papilífero da tireoide, com metástase cervical e paratraqueal, submetido a tireoidectomia total, esvaziamento cervical radical e radioterapia neoadjuvante, em uso do quimioterápico oral sorafenibe. Apresentou edema de pavilhão auditivo externo esquerdo, otalgia e hipoacusia, associado a posterior aparecimento de vesículas na região e paralisia facial periférica ipsilateral grau III na escala de House-Brackmann. Feito o diagnóstico de Síndrome de Ramsey-Hunt foi prescrito aciclovir via endovenoso por quatorze dias, associado a prednisona. Evoluiu com melhora da otalgia e desaparecimento das lesões. À alta ainda apresentava paralisia facial, tendo sido encaminhado para fisioterapia, com regressão total do quadro após dois meses.

**Discussão:** A síndrome de Ramsay Hunt ocorre por reativação de uma infecção latente pelo vírus Varicela-zóster no gânglio geniculado do nervo facial, caracteriza-se por otalgia, lesões vesiculares em pavilhão auditivo externo e paralisia facial ipsilateral. As lesões de pele podem evoluir com infecção bacteriana secundária, outras complicações possíveis são mielite, meningite, neuralgia pós-herpética e paralisia de nervos. Esta síndrome é a segunda causa mais comum de paralisia facial periférica, possui uma incidência de cerca de 5 casos em 100.000 indivíduos adultos e pacientes idosos imunossuprimidos. Alguns diagnósticos diferenciais são paralisia de Bell, neuralgia do trigêmeo e distúrbios temporomandibulares. O diagnóstico é clínico, porém em alguns casos atípicos o isolamento e a detecção do vírus podem ser relevantes. O tratamento ainda não é consenso entre estudiosos da patologia, mas, estudos demonstram que pacientes que recebem aciclovir e corticoides se recuperam mais rapidamente do que aqueles que recebem apenas um ou nenhum tratamento. A paralisia facial é a sequela mais comum e importante dessa síndrome, apresenta como fatores de mau prognóstico a idade superior a 50 anos e paralisia completa.

**Comentários finais:** A síndrome de Ramsay Hunt possui manifestações mais importantes nos pacientes imunocomprometidos, podendo existir sequelas nervosas motoras mutiladoras, visando o melhor desfecho possível é imprescindível o reconhecimento precoce da patologia, a instituição das medidas terapêuticas no período correto e o acompanhamento rigoroso da evolução clínica. Além de uma equipe multidisciplinar atuando em conjunto em prol de um melhor prognóstico.

Palavras-chave: NERVO FACIAL; OTALGIA; PARALISIA FACIAL.

PO532

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
OTOTOXICIDADE EM PACIENTE SUBMETIDA À CIRURGIA BARIÁTRICA**AUTOR PRINCIPAL:** MARCELO GASPARIN MANSUR**COAUTORES:** TRISSIA MARIA FARAH VAZZOLER; GILBERTO DA FONTOURA REY BERGONSE; ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA; BRUNO CERON HARTMANN; PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA; LUCAS CORREIA PORTES; GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CRUZ VERMELHA BRASILEIRA - PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente, Feminino, D.L.L.R, 49 anos, encaminhada para o serviço de otorrinolaringologia após ter realizado uma cirurgia bariátrica em um hospital terciário de Curitiba-PR.

Paciente apresentava queixa de hipoacusia e zumbido bilateral do tipo “sons de cachoeira” após uso de medicações em UTI. Foi iniciado empiricamente via oral prednisona 60 mg/dia + acetilcisteína 600 mg/dia. No entanto, manteve as flutuações auditivas e zumbido após tratamento.

Ao exame físico otológico, observado membrana timpânica íntegra e opaca bilateral, sem outras alterações.

Realizada audiometria que identificou perda auditiva neurossensorial profunda bilateral, reflexos acústicos ausentes e curva do tipo A bilateral em imitânciometria. A principal hipótese diagnóstica levantada foi ototoxicidade medicamentosa. Em seguida, paciente foi submetida à miringotomia com colocação de tubo de ventilação 1021 bilateral associado à infiltração de corticoide e antibiótico intratimpânico.

**DISCUSSÃO:**

A Ototoxicidade é conceituada como a perda da função auditiva e / ou vestibular, ocasionada por lesões na orelha interna, causada por substâncias químicas. Acredita-se que o mecanismo de toxicidade seja relacionado com a formação de radicais livres que levam a lesões das células ciliadas externas do giro basal da cóclea, progredindo para as células ciliadas internas e para o gânglio espiral.

Sabe-se hoje que mais de 200 substâncias podem causar ototoxicidade, ressaltando os aminoglicosídeos, como betabloqueadores, diuréticos, antiinflamatórios, antivirais, antineoplásicos e outros antibióticos.

Boa parte dos fármacos causadores de toxicidade otológica promovem danos reversíveis, com exceção da cisplatina que provoca uma lesão irreversível na cóclea.

Para a detecção, o exame de otoemissões acústicas possui grande eficácia para um diagnóstico precoce de lesões. Vale salientar, que é necessária a realização de exames audiométricos antes do início do tratamento, durante, idealmente duas vezes por semana, e após o tratamento- mensalmente por 6 meses.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

A ototoxicidade é uma patologia que pode ser causada por diversas substâncias usadas dentro da medicina, podendo ser grave e causar danos irreversíveis à audição do paciente. Apesar disso, sabe-se que ela pode ser evitada e acompanhada através da realização de exames audiométricos e consultas com o especialista. Dessa forma, o diagnóstico precoce da patologia se faz importante para o bom prognóstico do paciente e para a formação do médico otorrinolaringologista.

Palavras-chave: OTOTOXICIDADE;BARIÁTRICA;CIRURGIA.

PO535

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****SÍNDROME DA TERCEIRA JANELA PÓS FRATURA DE OSSO TEMPORAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS**COAUTORES:** BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS; GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO; LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS; THIAGO VICTOR LEITE AQUINO; NICOLE CARDOSO DE MELO MOREIRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE, RECIFE - PE - BRASIL

**Apresentação do caso:** Homem, 59 anos, com história de trauma cranioencefálico grave após queda de cerca de 4 metros de altura há 22 anos, evolui inicialmente com otorragia (superada), hipoacusia bilateral e vertigem incapacitante. Audiometria evidenciou perda auditiva neurossensorial (PANS) profunda em ouvido direito e PANS moderada à esquerda, de evolução estável. Refratariedade na reabilitação vestibular levou à indicação de labirintectomia direita, realizada após 7 anos. Atualmente, relata retorno das queixas de vertigem, desencadeadas pela exposição a ruídos de alta intensidade, além da anacusia já descrita. Vectoeletronistagmografia indicou predominância labiríntica à esquerda com valor relativo de 83%. Tomografia computadorizada de ossos temporais expôs traço de fratura vertical extenso à direita no osso temporal, acometendo canais semicirculares superior, posterior, o vestíbulo e o canal do nervo facial direito. O paciente apresenta mímica facial completamente preservada.

**Discussão:** Fraturas transversais do osso temporal podem repercutir em lesões de estruturas internas adjacentes como cóclea, canais semicirculares e nervo facial. Uma das possíveis consequências é a síndrome da terceira janela, síndrome rara, causada pela deiscência ou adelgaçamento do osso que recobre estruturas do labirinto, mais comumente do canal semicircular superior. O tratamento das complicações desencadeadas por este tipo de trauma é importante para completa recuperação do paciente. A anacusia neurossensorial unilateral é irreversível, e a conduta diante dessa situação depende do estado da orelha contralateral. Aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) e cirurgias para reconstrução de cadeia ou implantação de próteses de orelha média ou de condução óssea são opções. Nos casos com presença de anacusia e sintomas vestibulares intensos, refratários à reabilitação vestibular, a labirintectomia torna-se uma opção em último caso. Por fim, é imprescindível a confirmação e o tratamento cirúrgico no caso de fístulas liquóricas resultantes de fraturas de ossos temporais.

**Comentários finais:** As fraturas de osso temporal podem causar acometimentos às estruturas do sistema vestibulococlear, causando consequências que podem se apresentar mesmo anos após o trauma e causar diminuição da qualidade de vida do paciente. Complicações como paralisia facial periférica, perdas auditivas, sintomas vestibulares ou fístulas liquóricas devem ser prontamente identificados e não devem ter seu manejo atrasado.

**Palavras-chave:** Síndrome Terceira Janela; Osso Temporal; Ouvido.



PO536

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
MASTOIDITE TUBERCULOSA: RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: LUMA TAVEIRA NUNES

COAUTORES: LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE; MATEUS RUFINO MELO; VÍTOR YAMASHIRO ROCHA SOARES

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, 28 anos, lavrador, apresentando queixa de otorreia crônica à direita há 6 meses refratária a antibioticoterapia, acompanhada de zumbido contínuo e hipoacusia ipsilateral. Informa episódios febris diários e perda ponderal não quantificada. Nega comorbidades e alergias, relata tabagismo (4 cigarros/dia), etilismo (1L de destilado/dia há 10 anos) e abuso de drogas ilícitas (maconha, crack e cocaína). Em uso de meropenem, vancomicina e albendazol. Ao exame físico: regular estado geral, peso 33 Kg, oroscopia, rinoscopia e otoscopia esquerda sem alterações, otoscopia direita apresentando secreção esbranquiçada espessa impossibilitando visualização de membrana timpânica. Realizou exames complementares durante internação nos quais: tomografia computadorizada (TC) de mastoide evidenciando material com densidade de partes moles na cavidade timpânica, células mastóideas direitas comprometendo canal auditivo externo (CAE), determinando erosão da cadeia ossicular e estruturas ósseas adjacentes com comunicação para a fossa cerebral posterior e para as partes moles subcutâneas, a audiometria revelou perda auditiva mista severa a profunda em orelha direita com limiares normais a esquerda e TRM-TB que identificou DNA do complexo *Mycobacterium tuberculosis*. O paciente recebeu tratamento clínico para tuberculose e foi submetido a timpanomastoidectomia a direita com coleta de material para anatomopatológico, cultura e baciloscopia com resultados positivos para bacilo álcool ácido resistente detectando *Mycobacterium tuberculosis*. Paciente evolui com melhora após tratamento medicamentoso e cirúrgico e segue em acompanhamento com equipe de otorrinolaringologia do Hospital Getúlio Vargas (HGV).

**Discussão:** A tuberculose é uma doença bacteriana necrotizante causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Atinge primordialmente os pulmões, mas pode propagar-se para outros órgãos secundariamente. A otomastoidite tuberculosa é uma entidade rara e constitui 0,05–0,9% entre as doenças crônicas do ouvido médio. A tuberculose afeta o ouvido médio por três vias: por meio da trompa de Eustáquio, disseminação sanguínea ou implantação direta através do canal auditivo externo e perfuração da membrana timpânica. A apresentação clássica da otomastoidite tuberculosa inclui otorreia indolor, múltiplas perfurações da membrana timpânica, abundante tecido de granulação pálido, aumento de linfonodos pre auriculares, paralisia facial periférica e perda auditiva desproporcional aos achados otoscópicos, contudo as apresentações clássicas são raras. Os estudos radiológicos do ouvido médio e mastóide não revelam características específicas, mas em conjunto com a clínica e com exames complementares, podem fortalecer a suspeita diagnóstica. Estudos laboratoriais da secreção ou dos tecidos obtidos por biópsia proporcionam maiores taxas de resultados positivos. O tratamento de escolha é a quimioterapia antituberculosa. A cirurgia está indicada quando a mastoidite tuberculosa complica-se com abscesso subperiosteal, paralisia facial, labirintite, fístula pós-auricular persistente, envolvimento do sistema nervoso central ou quando há colesteatoma associado.

**Comentários Finais:** A mastoidite tuberculosa continua sendo um desafio devido às suas características clínicas inespecíficas e à dificuldade de confirmação diagnóstica. Esta patologia deve sempre ser lembrada diante de casos de otite média crônica sem resposta ao tratamento convencional. O tratamento precoce e adequado é de extrema importância para reduzir a morbidade dessa doença.

**Palavras-chave:** mastoidite;tuberculose;ouvido médio.

PO542

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ACOMETIMENTO DE NERVO TRIGÊMEO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GLAYSON SOARES MELO DA COSTA**COAUTORES:** FERNANDA VITÓRIA MELO FERNANDES MAGELA; LARISSA CRYSTHINE AGUIAR BRASIL; RAFAEL SABA ALBERTINO; OSWALDO OLIVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR; ANNA CRISTINA SILVESTRI NOBRE; FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA - DF - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente, feminino, 43 anos, compareceu ao ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital das Forças Armadas com queixa de “dormência” em orelha externa direita, mais evidente em porção anterior de concha e do conduto auditivo externo, e também da região mastoidea direita. Quadro clínico de parestesia intermitente há 7 dias com episódios curtos, duração de 1 minuto com remissão completa. Não soube referir fator desencadeante. Negou otalgia, dor em face, cefaleia, tontura, plenitude auricular, paralisia facial. Negou trauma ou cirurgia otológica. Negou queixas nasais ou associação com sintomas gripais. Apresentava hipoacusia à esquerda desde a infância após quadro de sarampo. Negou outras comorbidades. Negou uso de medicamento contínuo. Negou tabagismo e etilismo.

Ao exame físico apresentava otoscopia, rinoscopia e oroscopia sem alterações significativas. Ao exame de pares de nervos cranianos nada digno de nota; estando a sensibilidade de face preservada, assim como a mímica facial.

Os exames complementares evidenciavam perda auditiva neurossensorial severa à esquerda e com limiares auditivos normais à direita. Imitanciometria com curvas tipo A bilateral e reflexos presentes. Realizada ressonância magnética com gadolínio do conduto auditivo interno sendo identificado que a artéria cerebelar superior direita tocava o segmento cisternal do V par craniano, com impressão sobre a face superior neural, a cerca de 07 mm da sua emergência na ponte.

Aventada a hipótese de compressão do V par de nervo craniano, sendo indicado o acompanhando em conjunto com a neurologia.

**DISCUSSÃO**

O nervo trigêmeo, V par craniano, é considerado misto por conter fibras sensitivas aferentes e motoras eferentes. Origina-se entre a região lateral da ponte e o pedúnculo cerebelar médio. Apresenta divisão em ramo oftálmico (apenas fibras sensitivas), ramo maxilar (apenas fibras sensitivas) e ramo mandibular (fibras sensitivas e motoras). Apresentando como grande função a parte sensitiva da cabeça e motora na mastigação. O nervo mandibular emite o ramo auriculotemporal que supre a sensibilidade da porção anterior do pavilhão e do conduto auditivo externo, além da pele da região temporal.

Um dos transtornos do V par craniano de maior relevância clínica é a neuralgia do trigêmeo, sendo uma das dores neuropáticas mais frequentes na área de cabeça e pescoço. Apresenta-se com dor intensa tipo choque ou queimação, paroxística e de curta duração. Geralmente desencadeado por estímulo doloroso na região da face. O fator etiológico desta síndrome é multifatorial e ainda muito incerto; mas a neuralgia clássica tem como a compressão vascular intracraniana da raiz do nervo trigêmeo a principal causa. A artéria cerebelar superior costuma ser a principal responsável.

O caso apresentado não corresponde ao padrão algico da neuralgia do trigêmeo, por não ser uma dor intensa e não possuir gatilhos. Mas correlacionando clínica com anatomia e exame complementar observa-se que a queixa da paciente se deve a um quadro atípico de comprometimento do V par craniano por compressão vascular. Assim, pode ser uma apresentação inicial de neuralgia do trigêmeo, podendo evoluir com sintomas mais incapacitantes, por isso é importante o seguimento clínico adequado da paciente. Dessa forma, optou-se por conduta expectante, juntamente com a neurologia, podendo, se necessário, fazer uso de medicações da classe dos anticonvulsivantes como carbamazepina, oxcarbamazepina ou lamotrigina. Outras opções seriam o antiespástico baclofeno ou o antipsicótico primozida. E, em casos extremos, indica-se intervenção cirúrgica.

**COMENTÁRIO FINAIS**

É de suma importância valorizar todas as queixas do paciente e, assim, realizar elucidação diagnóstica com uso de uma anatomia detalhada, história clínica, exame clínico e exames complementares. Um comprometimento do nervo trigêmeo pode contribuir negativamente para a qualidade de vida do paciente. O diagnóstico precoce é essencial e o seguimento clínico fundamental. No momento a queixa é parestesia, mas pode evoluir para sintomas incapacitantes; sendo necessário uma intervenção médica adequada.

Palavras-chave: trigêmeo;parestesia;acometimento.

PO546

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Meningioma de ângulo ponto-cerebelar com apresentação atípica: relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA**COAUTORES:** DIANA KEUN SOO KIM; VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA; GABRIELA MARTINS DE MORAES; KAREN MOREIRA ROZEMBERG; MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO; EDSON IBRAHIM MITRE; MELISSA FERREIRA VIANNA**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Apresentação do Caso:**

Paciente J.C.S., sexo feminino, 45 anos, avaliada em unidade de emergência com história de otalgia em orelha esquerda há cerca de um ano, irradiada para região occipito-parietal e cervical ipsilateral, otorréia fétida, hipoacusia e zumbido. Evoluiu com abaulamento em ângulo mandibular esquerdo, sem sinais flogísticos, associado à disfonia. À otoscopia, notou-se presença de lesão pólipóide ocupando aproximadamente 40% de conduto auditivo. À palpação de cabeça e pescoço, evidenciou-se massa em ângulo de mandíbula, fibroelástica, de limites imprecisos, dolorosa a manipulação. Em nasofibrolaringoscopia, visualizada imobilidade de prega vocal esquerda em posição paramediana. Em exames de imagem, TC e RNM de crânio e mastoides, presença de lesão em região ângulo ponto-cerebelar compatível com meningioma, medindo aproximadamente 4,2 x 1,9cm, com extensão para o forame jugular esquerdo, espaço carotídeo, mastigatório e parotídeo deste mesmo lado, além de se insinuar por orelha média e conduto auditivo externo esquerdo.

**Discussão:**

Os meningiomas são tumores benignos comuns, representando cerca de 34% das lesões benignas intracranianas. No ângulo ponto-cerebelar, são o segundo tumor mais prevalente, apenas superado pelo schwannoma vestibular. São mais recorrentes em pessoas do sexo feminino (67%) e entre 40-50 anos de idade.

A invasão do meningioma para o osso temporal ou o seu ponto de partida intratemporal são situações infrequentes. Na literatura, são descritos com maior frequência 4 localizações preferenciais: o conduto auditivo externo, o forame jugular, a região do gânglio geniculado e o sulco dos nervos petrosos superficiais grande e pequeno (1).

Além disso, estudos histopatológicos de meningiomas extracranianos encontraram a presença de inclusões embrionárias e granulações aracnoídeas até mesmo isoladas, em osso temporal. Uma parcela considerável desses tumores extracranianos desenvolve-se em orelha média.

O atraso no diagnóstico é comum, já que o meningioma com acometimento petromastoídeo pode ser confundido com otomastoidite crônica. O meningioma pode se infiltrar pelo conduto auditivo e pela membrana timpânica apresentando-se como tecido de granulação ou pólipio inflamatório (2).

O diagnóstico dessas lesões deve ser suportado por exames de imagem, uma vez que a sintomatologia dessas lesões é semelhante a outras doenças do ângulo ponto-cerebelar, como o schwannoma vestibular.

O tratamento cirúrgico varia conforme a localização do tumor. Nos meningiomas de ouvido médio, deve ser realizado mastoidectomia radical. Em meningioma com acometimento petromastoídeo pode ser realizado duplo acesso, com mastopetrectomias amplas, em conjunto com craniectomia posterior. Em meningiomas de meato acústico interno, utiliza-se a via translabiríntica ou pela fossa média. Em ângulo ponto-cerebelar a via mais indicada é a fossa posterior (1,3).

**Comentários finais:**

Apesar de infrequente, deve-se ter em mente o diagnóstico diferencial de meningiomas extracranianos. Seu diagnóstico costuma atrasar podendo ser confundido com otomastoidite crônica

**Palavras-chave:** MENINGIOMA;OUVIDO MÉDIO;OSSO TEMPORAL.

PO548

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Otite Média Crônica Eosinofílica: Relato de caso

AUTOR PRINCIPAL: CAROLINA ARCOVERDE DE OLIVEIRA

COAUTORES: MIRELLA MONIQUE LANA DINIZ; SANTIAGO LUIS VALLEJOS RIART; ANA CAROLINA PIRES DE MELLO DE AZEVEDO; PEDRO ANTÔNIO OLIVEIRA AQUINO GUSMÃO; LUCAS ALBUQUERQUE CHINELATTO

INSTITUIÇÃO: USP SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL

A Otite média crônica eosinofílica (OMCe) é uma entidade associada a asma e rinossinusite crônica e de difícil tratamento, apresentando-se com três formas de apresentação: otite média com efusão, simples e granulomatosa. Predomina no sexo feminino, em pacientes acima dos 50 anos, com perda auditiva condutiva progressiva de acometimento bilateral, com presença de efusão, perfuração timpânica ou granuloma em otoscopia. O diagnóstico de certeza é feito pela contagem de mais de 10 eosinófilos em campo de grande aumento, seja através da citologia da efusão ou pela biópsia do granuloma, associada a dois critérios menores, sendo esses a presença de secreção viscosa em orelha média, resistência ao tratamento convencional, associação com asma brônquica e associação com polipose nasal. Serão excluídos os pacientes portadores de granulomatose eosinofílica com poliangéite e síndrome hipereosinofílica.

Relatamos o caso de um paciente em acompanhamento otorrinolaringológico devido a rinossinusite crônica com polipose nasal com histórico de sinusectomia anteroposterior bilateral há 6 anos, asma e enfisema pulmonar. Comparece em atendimento ambulatorial com queixa de hipoacusia e zumbido bilaterais há cerca de 6 meses iniciados em contexto de IVAS, quando também apresentou otalgia e otorreia à direita. Solicitada audiometria com imitanciometria, que evidenciou perda auditiva condutiva bilateral. Paciente submetido a miringotomia com inserção de tubo de ventilação à esquerda com drenagem de secreção espessa oriunda da orelha média e cauterização de granuloma em orelha direita, em atendimentos de retorno, o paciente refere melhora importante da percepção auditiva após. Devido à persistência do granuloma em ouvido direito, realizada biópsia seguida por injeção de triancinolona intratimpânica. Biópsia apresentou o resultado da contagem de eosinófilos com mais de 30 por campo de grande aumento, o que, associado aos demais critérios diagnósticos apresentados acima, confirmam o diagnóstico de Otite Média Crônica Eosinofílica. O tratamento baseia-se na administração tópica e sistêmica de corticosteroides. Antialérgicos e antagonistas de leucotrienos podem ser benéficos como adjuvantes. Para os casos associados a tecido de granulação, deve ser associada a exérese transcanal. A eficácia desses tratamentos é ainda tema de debate por falta de ensaios clínicos. Em nosso paciente, após a aplicação de triancinolona por 2 semanas observamos uma melhora do aspecto da mucosa e uma diminuição da queixa do paciente, o qual encontra-se em seguimento ambulatorial, com melhora das queixas auditivas e sem otorreia.

Palavras-chave: otite média crônica eosinofílica; otorreia; eosinofilia.

PO561

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: REVISÃO SISTEMÁTICA****AUTOR PRINCIPAL:** CARLOS EDUARDO DANTAS DE MENEZES**COAUTORES:** MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO; THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA; VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA; TARCÍSIO REDES XAVIER; IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO; KARINA DOS SANTOS ALENCASTRO; RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINO, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Introdução:** A Síndrome de Ramsay Hunt (SRH) é uma enfermidade ocasionada pelo vírus varicela-zoster, pertencente à família Herpesviridae. James Ramsay Hunt a identificou em 1907. Essa condição se manifesta quando o vírus, que permanece oculto no gânglio sensorial da coluna vertebral e nervos cranianos, é reativado. Se caracteriza pela paralisia do nervo facial periférica, que geralmente é acompanhada de erupções vesiculares vermelhas na área do ouvido externo ou da boca. Além disso, a síndrome pode apresentar outras manifestações, como zumbido no ouvido, perda de audição, náuseas, vômitos, tontura e movimentos oculares involuntários (nistagmo).

**Objetivo:**

Investigar e avaliar os métodos de diagnóstico mais eficazes e as opções de tratamento disponíveis para a SRH.

**Metodologia:** Revisão sistemática da literatura (RSL) de abordagem descritiva, baseada na utilização das diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - PRISMA, um protocolo amplamente reconhecido para a condução de revisões sistemáticas. Para auxiliar na resposta ao problema de pesquisa, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: "Quais são os métodos de diagnóstico e as opções de tratamento disponíveis para a Síndrome de Ramsay Hunt?" A pesquisa foi realizada entre agosto e setembro de 2023 por meio das bases de dados da PubMed, SciELO, LILACS, as quais, utilizou-se os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): Diagnóstico, Herpes Zoster da Orelha Externa, Terapêutica intermediados pelos operadores booleanos AND. Foram selecionados os artigos disponíveis na íntegra, ensaios clínicos randomizados, casos clínicos, em português e inglês. Artigos duplicados em mais de uma base de dados, monografias, dissertações, teses e aqueles que não atendiam ao objetivo proposto foram excluídos. Após análise e seleção inicial, os artigos passaram pelos critérios de elegibilidade e exclusão para que só assim, possam compor a amostra final que irá fazer parte desta revisão.

**Resultados e Discussão:** Foram selecionados 8 artigos para compor a amostra da pesquisa. O diagnóstico geralmente é clínico, baseado nos sintomas do paciente, mas testes específicos para o vírus varicela-zoster podem ser necessários em casos raros. O diagnóstico precoce pode ser desafiador, sendo importante um exame físico detalhado e histórico médico preciso para evitar diagnósticos incorretos, frequentemente relacionados à suspeita de um acidente vascular cerebral. O citodiagnóstico de Tzanck é uma opção rápida em emergências. A ressonância magnética desempenha um papel na avaliação do prognóstico das paralisias periféricas associadas à síndrome. Geralmente, os pacientes têm uma alta taxa de recuperação facial após diferentes tratamentos, mas fatores clínicos como idade e doenças metabólicas podem influenciar o prognóstico. Após o diagnóstico, o tratamento compreende o uso de esteroides e antivirais durante a fase aguda da condição. Geralmente, a prednisona é administrada em conjunto com aciclovir, seja por via intravenosa ou oral, embora a duração e a dosagem possam variar consideravelmente entre os indivíduos em tratamento. É crucial encaminhar os pacientes para reabilitação após a fase aguda, onde a fisioterapia, o biofeedback e a massoterapia desempenham um papel significativo na recuperação. Considerando a fase avançada da doença, a terapia de acupuntura pode ser benéfica para a recuperação de nervos danificados, embora sejam necessárias mais pesquisas para confirmar sua eficácia e segurança.

**Conclusão:**

A SRH manifesta-se de maneira diversa, dependendo da quantidade e extensão dos pares de nervos cranianos afetados. O reconhecimento precoce com base nos sintomas clínicos, o início imediato do tratamento e a confirmação laboratorial da infecção são cruciais para uma evolução positiva da condição, ajudando a prevenir sequelas motoras significativas e debilitantes.

**Palavras-chave:** Diagnóstico; Herpes Zoster da Orelha Externa;; Terapêutica.

PO566

## E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

### OTITE MÉDIA TUBERCULOSA : RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** DIEGO RAHDE FIALHO

**COAUTORES:** FABIO ANDRE SELAIMEN; GUSTAVO CORRÊA DE CARVALHO; LEONARDO ZANETTI FLORIAN; GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU; GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO; MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH; JULIA TONIETTO PORTO

**INSTITUIÇÃO:** PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

#### RELATO DE CASO:

T.S.D.A, 53 anos, masculino, ex-presidiário, tabagista (35 anos/maço), nega uso de medicamentos contínuos ou história prévia de doença otológica. Em 15/12/22, iniciou com otalgia à esquerda e febre, progredindo com otorreia ipsilateral nos dias seguintes. Fez uso de amoxicilina com clavulanato por 10 dias sem melhora dos sintomas. No décimo dia de sintomas, apresentou abaulamento retroauricular esquerdo, recebendo azitromicina por mais 10 dias. Nos dias seguintes, evoluiu com paralisia facial periférica e hipoacusia à esquerda. Todos atendimentos foram feitos na UBS.

Em 14/01/23, procurou a UPA pela persistência dos sintomas, permanecendo internado até 21/01/23, recebendo cefepime e vancomicina endovenosos, quando foi transferido para o Hospital São Lucas. Na chegada, não apresentava abaulamento retroauricular e mantinha paralisia facial periférica grau V à esquerda. À otoscopia, presença de otorreia e perfuração ampla de membrana timpânica à esquerda. Otoscopia à direita sem alterações. Acumetria 512 Hz e 256 Hz: sem resposta em via óssea e em via aérea à esquerda. Rinne positivo à direita e Weber lateralizado para a direita. Permaneceu internado recebendo vancomicina e cefepime endovenosos e ciprofloxacino e hidrocortisona tópica até 01/02/23, quando foi submetido à mastoidectomia com descompressão do nervo facial à esquerda. O material coletado da mastoide foi enviado para anatomopatológico e para pesquisa de microrganismos. Recebeu alta hospitalar em 10/02/23 com orientação de retorno em 14 dias, porém não compareceu em nenhuma das consultas seguintes.

No dia 18/05/23, procurou a emergência do HSL por otorreia à esquerda e deiscência ampla da sutura retroauricular esquerda, iniciadas no final de março de 2023. Mantinha paralisia facial periférica grau V e hipoacusia à esquerda. Afirmou que estava em tratamento para tuberculose pulmonar desde abril de 2023 com o esquema padrão, não tendo procurado atendimento médico pelo quadro otológico após a alta. Trouxe sorologias (incluindo anti-HIV) não reagentes realizadas na UBS, na época do diagnóstico de tuberculose pulmonar. Em revisão de prontuário, pesquisa de BAAR positiva em peça cirúrgica de mastoidectomia, resultado liberado em 18/02/23. Desde então realiza acompanhamento a cada 21 dias em ambulatório de otorrinolaringologia do HSL com aplicação de Oxitetraciclina e Hidrocortisona tópica preenchendo cavidade auricular esquerda e curativo oclusivo em região de deiscência retroauricular esquerda. Também foi solicitado à UBS extensão do tratamento para tuberculose (esquema RHZE) por 12 meses. Apresentou fechamento progressivo da deiscência retroauricular e melhora de cicatrização de cavidade auricular esquerda, sem queixas de otalgia ou otorreia. Paralisia facial periférica de grau V e hipoacusia à esquerda se mantiveram. Permanece em acompanhamento ambulatorial.

#### DISCUSSÃO:

Com grande morbidade associada, a tuberculose de ouvido médio é rara. Tem como agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis*. A apresentação clínica é inespecífica, contudo existem fatores que devem fazer pensar na etiologia tuberculosa em paciente com otite média crônica supurativa. Uma história de contato ou de doença tuberculosa, e resistência aos tratamentos habituais para otite média crônica não colesteatomatosa, bem como: paralisia facial periférica, hipoacusia severa precoce, fistula retro-auricular. Os exames audiométricos detectam hipoacusia precoce e fora de proporção com o aparente grau de desenvolvimento da doença visto à otoscopia. Para confirmação diagnóstica, recorrem-se aos exames de bacterioscopia direta, cultura da secreção, exame histopatológico e cultura dos tecidos para BAAR.

#### COMENTÁRIOS FINAIS:

O diagnóstico é difícil, sendo necessário um elevado grau de suspeição. Com um melhor conhecimento desta patologia, obtêm-se mais condições para que o diagnóstico possa ser feito, e para que o tratamento seja instaurado mais precocemente, diminuindo a morbidade desta doença.

Palavras-chave: OTITE; MASTOIDITE; TUBERCULOSE.



PO574

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****POLICONDRITE RECIDIVANTE: RELATO DE CASO PARA ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE CONDRITE AURICULAR****AUTOR PRINCIPAL:** DÉBORAH RIBAS RUSSO**COAUTORES:** ISABELLA DORNELES DE CARVALHO; SABRINA SALGADO DE ALMEIDA; JOSIAS ISRAEL DE SOUZA; BRUNA DOS REIS MENDES PEREIRA SILVA; MANOEL VINICIUS MOURA DE SOUSA; GABRIELA LIMA TARGINO; ANDY DE OLIVEIRA VICENTE**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** R.T.A.M, 61 anos, residente de São Paulo, portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Talassemia Minor, tabagista, com episódios recorrentes de condrite auricular direita de difícil resolução, procurou atendimento no Hospital CEMA para esclarecimento de sua condição clínica. Apesar de várias tentativas terapêuticas antimicrobianas e drenagem de conteúdo purulento ambulatorialmente, não houve melhora clínica. Exames laboratoriais e avaliação de cultura de secreção não indicaram crescimento bacteriano, e o exame anatomopatológico revelou pseudocisto auricular. Em colaboração com a reumatologia, foram realizados exames para investigar causas imunomediadas, com resultado de FAN não reagente, excluindo assim diagnósticos diferenciais para outras causas reumatológicas imunomediadas. Iniciou-se terapia com metotrexato 15mg/semana com progressão para 20mg, corticoide e ácido fólico, para a hipótese diagnóstica de policondrite recidivante. No exame físico, a orelha direita apresentava pele espessa em pavilhão auricular e drenagem de secreção purulenta à expressão com pontos de flutuação, mas sem alterações no conduto auditivo externo ou na membrana timpânica. Optou-se por abordagem cirúrgica e profilaxia com ciprofloxacino 500mg por 10 dias, seguida de drenagem e lavagem com ciprofloxacino e corticoide, e colocação de SPLINT na região da anti-hélice e concha. O material enviado para análise histopatológica mostrou processo inflamatório crônico inespecífico, sem sinais de malignidade. Em acompanhamento ambulatorial, observou-se melhora do quadro de condrite auricular.

**DISCUSSÃO:** A policondrite recidivante é uma doença imunomediada sistêmica caracterizada pela inflamação recorrente dos tecidos cartilagosos. O sintoma mais comum é a condrite auricular, seguida por artrite periférica e condrite nasal, podendo afetar até a árvore traqueobrônquica. Os sintomas auriculares incluem otalgia, sensibilidade local, deformidade do pavilhão auditivo, eritema doloroso e edema confinado à parte cartilaginosa da orelha, geralmente poupando o lobo. A doença pode estar associada a outras comorbidades, como síndrome mielodisplásica, vasculites sistêmicas e doenças do tecido conectivo, que não foram evidenciadas na paciente. O diagnóstico é clínico, baseado nos critérios de Mc Adam, que incluem pelo menos três das seguintes características: condrite auricular, poliartrite inflamatória não erosiva, inflamação ocular, condrite nasal, dano audiovestibular, condrite do trato respiratório. A paciente apresentava condrite auricular como principal achado. O tratamento deve focar no controle das crises inflamatórias e prevenção de danos às estruturas cartilagosas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A policondrite recidivante é uma doença autoimune multissistêmica rara de etiologia desconhecida, que afeta estruturas cartilagosas. A condrite auricular é a característica mais comum, porém a doença apresenta amplo espectro de manifestações clínicas, tendo o diagnóstico muito difícil. Até o momento, a terapia ainda é empírica, devido à falta de diretrizes padronizadas, sendo definida com base na atividade da doença e na gravidade do envolvimento de órgãos.

**Palavras-chave:** policondrite recidivante; condrite auricular; tratamento.



PO576

## E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

## OTITE EXTERNA LOCALIZADA - RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: THAÍS FERRES RAINIERI

COAUTORES: VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA; JOSE LUIZ PIRES JUNIOR; GILBERTO DA FONTOURA REY BERGONSE; BRUNO CERON HARTMANN; PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA; BRUNA PUPO; DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL CRUZ VERMELHA PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

## APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 26 anos, deu entrada ao pronto socorro do Hospital Cruz Vermelha Paraná, devido a quadro de edema em região de entrada de conduto auditivo à esquerda, associado à otalgia, dor a manipulação local e hipoacusia. Referiu que há 2 dias apresentou um episódio febre (38C). Negou otorreia, zumbido ou tontura. Negou banho de mar ou piscina recentes. Negou trauma local. Negou demais queixas otorrinolaringológicas. Não possui comorbidades. Negou alergias à medicações. Ao exame físico, bom estado geral, lucido e orientado em tempo e espaço, com presença de edema localizado e sinais flogísticos perilesional em óstio de entrada de conduto auditivo à esquerda, não foi possível visualizar membrana timpânica à esquerda, otoscopia à direita sem alterações. Realizado o diagnóstico de otite externa localizada, então drenouse abscesso localizado, sem intercorrências. Após o procedimento foi possível realizar otoscopia à esquerda, visualizando-se membrana timpânica íntegra e translúcida, com conduto descamativo e hiperemiado. Deixado meia gaze com nebacetin em conduto auditivo externo e prescrito cefalexina (7 dias), corticoide e analgesia via oral. Retorno em 7 dias para avaliação. Orientado sinais de alarme e retorno se necessário.

## DISCUSSÃO

A otite externa aguda localizada é causada principalmente pela infecção dos folículos pilosos, podendo evoluir para abscesso ou furúnculo. O sintoma que chama mais atenção é a forte otalgia, devido a inflamação do conduto externo, e quando ocluído vem associado a hipoacusia. O principal agente envolvido é o *Staphylococcus aureus*. O que guia o tratamento é a existência de ponto de flutuação, pois se houver é necessário fazer a drenagem. No caso, o paciente apresentava intensa dor local a manipulação, associado a hipoacusia e ponto de flutuação, o que levou a ser feita a drenagem do abscesso, sob anestesia local. Além do tratamento sintomático, também foi necessária a introdução de antibiótico sistêmico com atividade antiestafilocócica. Complicações como celulite e erisipela, são mais comuns quando os pacientes são diabéticos ou imunossuprimidos.

## COMENTÁRIOS FINAIS

A otite externa localizada é uma condição desconfortável, devido a dor local intensa, apesar dos pacientes procurarem logo o serviço de saúde devido a otalgia, muitas vezes existe a dificuldade no diagnóstico correto. Dessa forma, o reconhecimento precoce dos sintomas e o tratamento adequado são fundamentais para o bem estar do paciente e para evitar complicações.

Palavras-chave: OTITE EXTERNA; OTITE EXTERNA LOCALIZADA; OTOLOGIA.

PO578

## E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

## TUMOR JUGULO TIMPANICO: RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: DIANA KEUN SOO KIM

COAUTORES: ELISA INES DEMUNER VALLANDRO; LARISSA RAMOS RIBEIRO; MIGUEL BOSENBECKER BÖHM; BRUNA SOUZA MAGALHÃES; DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA; MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO; MELISSA FERREIRA VIANNA

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente CSG, 32 anos, feminina, hipertensa, procurou atendimento otorrinolaringológico devido a quadro de otorragia de grande monta e persistente a esquerda há 1 dia. Referiu ainda história prévia de otorreia, hipoacusia progressiva e zumbido pulsátil ipsilateralmente, associado à disфонia há 3 meses. Ao exame físico, foi observada lesão arredondada, de coloração vinhosa e sangrante se projetando de conduto auditivo externo a esquerda. Realizado tamponamento otológico e procedeu-se à investigação com exame tomográfico, de ressonância magnética e dosagem de metanefrinas plasmáticas e urinárias, com resultado negativo. Em imagens, foi evidenciada lesão osteolítica ocupando toda orelha média, com extensão intracraniana, invasão da asa do esfenóide e do seio esfenoidal a esquerda, destruição do osso petroso ipsilateral, acometimento de tecidos adjacentes do pescoço e envolvimento completo da artéria carótida interna a esquerda. Em 4 dias, paciente evoluiu com paralisia facial periférica e alterações também do IX e X pares cranianos a esquerda. Apesar do tratamento definitivo para tumores glômicos ser cirúrgico, considerado o alto risco cirúrgico, devido ao acometimento completo da artéria carótida interna, e alta possibilidade de óbito intra operatório, foi optado tratamento por radioterapia.

**DISCUSSÃO:** Os tumores glômicos são tumores pouco frequentes, mais comuns em mulheres, de crescimento lento e comportamento benigno. Surgem de paragânglios que são estruturas formadas por células não cromafins que pertencem ao sistema neuroendócrino extra adrenal. Podem estar localizados no corpo carotídeo, medula adrenal, bulbo jugular, nervo glossofaríngeo, da fossa jugular ao promontório da orelha média, sendo denominados de acordo com sua origem. Esses paragânglios podem ter propriedades quimiorreceptoras, porém, raramente, tumores jugulo timpânicos são produtores de hormônios, que possam por exemplo, causar hipertensão. O quadro clínico está relacionado à sua capacidade de destruir tecidos e órgãos adjacentes e à sua extensa vascularização. Os sintomas mais comuns são a perda auditiva condutiva e o zumbido pulsátil. Seu crescimento pode gerar paralisia facial periférica, disfagia e disфонia. Ao exame físico, dependendo da evolução tumoral, é possível visualizar uma massa vermelho púrpura retro timpânica ou em conduto auditivo externo que pode apresentar sangramento profuso à manipulação. Para confirmação diagnóstica, são necessários exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada o de escolha, pois caracteriza lesões em tecidos moles do ouvido médio e erosões ósseas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar dos tumores jugulo timpânicos se apresentarem histologicamente, na maioria das vezes, como benignos, devem ser identificados e acompanhados precocemente, uma vez que podem evoluir com destruição óssea e invasão de estruturas adjacentes. A escolha do manejo terapêutico deve ser individualizada, levando em conta a idade do paciente, o local acometido pelo tumor e o tamanho dele. Sendo assim, apesar da terapia definitiva ser a exérese cirúrgica, em alguns casos, deve-se optar por terapêuticas paliativas, como radioterapia e/ou embolização, considerando a alta taxa de morbidade e risco de morte intraoperatório.

Palavras-chave: TUMOR JUGULO TIMPANICO;BASE DE CRANIO;HIPOACUSIA.

PO580

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Adenoma Neuroendócrino de Ouvido Médio - Relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** MATHEUS DO NASCIMENTO JAMUR**COAUTORES:** MARCELO GASPARIN MANSUR; HENRIQUE GONÇALVES DUCHINI; CAMILA SCHREIBER BORTOLAZZA; FLÁVIA EMILLY RODRIGUES DA SILVA; GUSTAVO CEMBRANELLI TAZINAFFO; EDUARDO CORDEIRO DE OLIVEIRA; GABRIEL TREML MURARA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL**Relato de caso**

V.M, masculino, 37 anos, encaminhado em 2022 ao Serviço de Otorrinolaringologia por otalgia e otorreia em ouvido direito. Refere infecções de ouvido com recorrência desde a infância. Na otoscopia apresentava pólipos hiperemiados de origem atical obstruindo a visualização da membrana timpânica em ouvido direito. A tomografia de ouvidos mostrou material de densidade de partes moles ocupando conduto auditivo externo e orelha média até antro da mastóide em ouvido direito sem descartar erosão da cadeia ossicular. Audiometria mostrou perda auditiva mista severa em ouvido direito.

Paciente foi submetido a mastoidectomia fechada em conjunto a timpanoplastia e canaloplastia a direita. No intraoperatório durante exploração de orelha média e brocamento da mastoide identificou-se grande quantidade de mucosa hipertrofia endurecida ocupando antro mastoideo e aditus ad antrum, sendo removida a lesão e enviada para análise anatomopatológica. Foi identificado martelo e bigorna íntegros sem visualização do estribo, sendo necessário remoção da bigorna para ventilação adequada do antro e exérese de lesão hipertrófica com preservação dos canais semicirculares.

O resultado anatomopatológico em conjunto com a imunohistoquímica mostrou proliferação glandular constituída por células cubóides, sem atipias, com citoplasma eosinofílico, dispostas em arranjo sólido-cístico, em meio a estroma hialinizado, com marcadores epiteliais e neuroendócrinos sugestivo de adenoma neuroendócrino de ouvido médio. Paciente segue em acompanhamento rigoroso em serviço ambulatorial.

**Discussão**

Os adenomas neuroendócrinos do ouvido médio são tumores raros. As células neuroendócrinas normalmente não são encontradas na mucosa da orelha média (OM) sendo comumente encontradas no pulmão e no trato gastrointestinal. Esses tumores podem se originar de células-tronco pluripotentes capazes de diferenciação neuroendócrina no ouvido médio.

O adenoma neuroendócrino do ouvido médio pode ser confundido com paraganglioma timpânico ou colesteatomas, principalmente por manifestações clínicas e achados radiográficos inespecíficos, sendo a análise histopatológica e imuno-histoquímica essencial para o diagnóstico final. O tratamento consiste na excisão cirúrgica e acompanhamento rigoroso no pós-operatório, sem indicação de terapia adjuvante pelo bom prognóstico e característica benigna da neoplasia.

**Conclusão**

Este relato tem como importância ressaltar o adenoma neuroendócrino que, apesar de raro, deve fazer parte do diagnóstico diferencial das massas que acometem a orelha média. Sendo essencial a realização da análise histopatológica e imuno-histoquímica para o diagnóstico diferencial.

Palavras-chave: Ouvido Médio; Adenoma; Otite Média.

PO603

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
OTOSSÍFILIS: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS**AUTOR PRINCIPAL:** BRENO LIMA DE ALMEIDA**COAUTORES:** ALLAN GALANTI ZARPELON; MARIA LUISA FRECHIANI LARA MACIEL; GABRIELA MACEDO LEANDRO; IGOR ATAÍDE SILVA TEIXEIRA; LÍVIA HELENA GONÇALVES MITSUI; MARINA CANÇADO PASSARELLI SCOTT; NORMA DE OLIVEIRA PENIDO**INSTITUIÇÃO:** DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA (UNIFESP-EPM), SÃO PAULO - SP - BRASIL

L.P., 19 anos, sexo feminino, deu entrada no PS de otorrinolaringologia com plenitude e hipoacusia em orelha esquerda há 7 dias. Relatou há 1 mês linfonodomegalia retroauricular e otalgia ipsilateral com piora progressiva. Ao exame, apresentava teste de Weber lateralizando para direita. A audiometria evidenciou uma perda auditiva (PA) mista à esquerda com LRF de 55dB. Foram realizados 60mg/dia de prednisona VO e seguimento semanal em ambulatório de surdez súbita. A paciente evoluiu com resolução do quadro após uma semana, normalizando limiares audiométricos, porém na 2ª semana, após redução da dose do corticoide, evoluiu com zumbido intenso ipsilateral e episódios de tontura não rotatória. Os exames laboratoriais estavam normais, exceto FT-ABS positivo e VDRL com titulação de 1/256. A RM de crânio e mastoides (Figura 1), e o líquido estavam normais. PEATE e emissões otoacústicas sem alterações. A paciente revelou uma exposição sexual desprotegida há 5 meses, cursando com úlcera genital dias após e de exantema maculopapular em membros inferiores posteriormente. Diante da suspeita de otossífilis, foi iniciada Penicilina Cristalina EV por 14 dias associada à metilprednisolona. Apresentou rash autolimitado em membros no 2º dia da antibioticoterapia (Figura 2), com resolução da hipoacusia e tontura após término do tratamento, mantendo zumbido em menor intensidade.

Dois meses após alta hospitalar, apresentou recidiva de hipoacusia com piora da intensidade do zumbido e vertigem em uso de prednisona 5mg/dia. Apresentava tendência de queda para esquerda durante a marcha e PA sensorioneural profunda na audiometria. O VEMP cervical e ocular evidenciaram ausência de potencial bifásico a 95dBNA à esquerda e respostas presentes à direita. Foi reiniciada Prednisona 40mg/dia por 7 dias associada à Betaistina 48mg/dia e antivertiginosos sob demanda.

A paciente foi internada para uso de Ceftriaxona 4g/dia por 14 dias por piora do quadro vertiginoso. Após 2 meses, iniciou terapia vestibular e evoluiu com melhora quase completa da instabilidade e do zumbido.

Os sintomas auditivos na otossífilis podem ocorrer em qualquer estágio da doença. No início, o *T. pallidum* se dissemina por todo o corpo, podendo afetar o nervo vestibulococlear dentro ou fora do espaço líquórico. Se o patógeno estiver restrito à cóclea e ao sistema vestibular, os pacientes podem apresentar PA e/ou vertigem, com o líquido geralmente normal, como no caso apresentado. Os primeiros sintomas auditivos apareceram após poucos meses da exposição sexual. A PA sensorioneural é o sintoma mais comum da otossífilis podendo variar quanto a lateralidade, simetria e gravidade.

Diante da suspeita devem ser realizados testes treponêmicos e não treponêmicos, e, uma vez positivos, prossegue-se com o estudo do líquido: alterações como pleocitose e VDRL + podem estar presentes. A presença de realce na orelha interna na RM com gadolínio também pode auxiliar na suspeita. A despeito de o líquido e a RM estarem normais no caso, eles auxiliaram na exclusão de diagnósticos diferenciais.

Preconiza-se antibioticoterapia com Penicilina procaína aquosa IM com probenecida VO ou Penicilina G cristalina EV, conforme realizado o tratamento inicial no caso em questão. Associa-se a corticoterapia para prevenir reação de Jarisch-Herxheimer e para redução do estado inflamatório. Não há consenso quanto a dose e tempo de corticoterapia.

O atraso na investigação, bem como o tratamento inadequado também podem influenciar negativamente no desfecho desses pacientes. A sífilis também pode evoluir com hidropsia endolinfática, quadro que provavelmente motivou a 2ª internação.

A otossífilis é uma das poucas formas de surdez súbita que pode melhorar com o uso de antibióticos e é potencialmente curável. Isso ressalta a necessidade de alta suspeição clínica para o seu diagnóstico, uma vez que as suas manifestações são semelhantes às de outras doenças com quadros audiovestibulares e processos fisiopatogênicos associados à hidropsia endolinfática. Ademais, a falta de um diagnóstico interfere diretamente no prognóstico podendo levar o paciente à PA irreversível.

Palavras-chave: OTOSIFILIS; SURDEZ SUBITA; PERDA AUDITIVA.

PO604

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****CARCINOMA ESPINOCELULAR DE MEATO ACÚSTICO EXTERNO ESTÁGIO IV ASSOCIADO A ABSCESSO DE MÚSCULO TEMPORAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** KELVIN LEITE MOURA**COAUTORES:** DAMÁCIO SOARES PAIVA; MARINA MENDONÇA DE MIRANDA; RAYANE BEZERRA FREITAS; PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA; YASMIM BARROS SILVEIRA; FRANCISCO DAS CHAGAS CABRAL JÚNIOR; BRUNO THIEME LIMA**INSTITUIÇÃO:** UFRN, NATAL - RN - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente do sexo feminino, 46 anos, encaminhada por otalgia direita refratária aos analgésicos e otorreia ipsilateral sem melhora com antibioticoterapia parenteral por 02 meses, além de edema e hiperemia em região periauricular. Otoscopia evidenciava lesão em meato acústico externo direito (MAE), cuja biópsia revelou tratar-se de um carcinoma espinocelular (CEC) moderadamente diferenciado. Tomografia computadorizada (TC) de ossos temporais evidenciou lesão ocupando meato acústico externo direito, medindo 3,6x1,6x3,3cm, estendendo-se à cavidade timpânica e determinando erosão óssea. Ressonância magnética (RNM) mostrou imagem sugestiva de abscesso em músculo temporal com fistulização cutânea e realce dural na fossa média. A paciente foi submetida a drenagem do abscesso, antibioticoterapia parenteral guiada por cultura de secreção e cirurgia (petrosectomia subtotal), com secção do osso temporal no nível do bloco labiríntico. As margens tumorais foram livres de neoplasia na congelação intraoperatória. A paciente evoluiu no pós-operatório com boa cicatrização, apesar de paralisia facial periférica e vertigem.

**Discussão:** As neoplasias de MAE são raras, com uma incidência de 1/1.000.000 habitantes/ano, representando menos de 0,2% dos tumores de cabeça e pescoço. O CEC é o mais frequente, seguido pelo carcinoma basocelular (CBC). É mais frequente em mulheres e geralmente acomete indivíduos entre a quinta e sétima décadas de vida. Assim, nota-se que a paciente deste relato, embora epidemiologicamente concordante em relação ao sexo, teve a doença em apresentação mais precoce do que o habitual. Apesar disso, exibiu o quadro clássico que ocorre em cerca de um terço dos pacientes, que consiste em otalgia e otorreia refratárias. Todavia, apresentava abscesso de músculo temporal. Outros sintomas podem ser vertigem, hipoacusia e paralisia facial. O diagnóstico definitivo é realizado por meio de biópsia da lesão e o estadiamento pré-operatório é realizado através do exame clínico e dos exames de imagem, sendo a TC e a RNM os principais métodos utilizados. Os fatores de mau prognóstico são tumor extenso, paralisia do nervo facial, linfonodomegalia cervical ou parotídea, além de invasão da orelha média. O tratamento dessas lesões é a ressecção completa associada a radioterapia adjuvante nos casos mais avançados.

**Comentários finais:** O diagnóstico de neoplasia do osso temporal deve ser considerado diante de quadros atípicos de otite. A biópsia pode ser realizada ambulatorialmente e auxilia na definição da histopatologia do processo. Os exames de imagem são essenciais para estadiar apropriadamente a lesão, planejamento cirúrgico e na obtenção de dados prognósticos. Também são úteis na avaliação de complicações, como o abscesso do músculo temporal. Por fim, destaca-se o papel da congelação intraoperatória na avaliação de margens cirúrgicas, guiando os limites da ressecção.

**Palavras-chave:** carcinoma espinocelular; osso temporal; abscesso.

PO619

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****SURDEZ SÚBITA BILATERAL, VERTIGEM AGUDA E PARALISIA FACIAL POR OCLUSÃO DA ARTÉRIA BASILAR****AUTOR PRINCIPAL:** SAMUEL SERPA STECK**COAUTORES:** ANA BEATRIZ CARDOSO PEREIRA; GABRIELA SILVEIRA MEGA; ÁRTHUR UREL; NORIMAR HERNANDES DIAS; GUSTAVO LEAO CASTILHO; ELAINE LARA MENDES TAVARES; BRUNA CAMILO ROSA**INSTITUIÇÃO:** UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Homem de 59 anos deu entrada no Pronto Socorro do HCFMB encaminhado da cidade de origem. Acompanhante (esposa) relatava que na noite anterior o paciente apresentou quadro súbito de vertigem, náuseas, vômitos e hipoacusia, inicialmente à esquerda. Pela manhã procurou PS na origem com estes sintomas, realizada hipótese de síndrome vestibular aguda periférica, recebeu diminidrinato EV e teve alta com melhora parcial do quadro vertiginoso. Algumas horas depois apresentou paralisia facial à esquerda e hipoestesia de membros. Procurou atendimento novamente e desta vez foi encaminhado ao HCFMB. Na chegada referia piora da hipoacusia, vertigem e dificuldade para piscar. Negava alterações motoras e sensitivas. Ao EF apresentava nistagmo espontâneo horizontal para esquerda, semiespontâneo horizontal para direita quando olhado para direita e para esquerda quando olhado para esquerda, além de ausência de sacada corretiva teste do impulso cefálico e paralisia facial à esquerda grau VI de House Brackmann. RNM: Presença de acometimento de áreas do núcleo de VII e VIII nervos a esquerda, assim como parte de fibras do VIII nervo direito, além de falha de enchimento de artéria basilar, T1 com hipersinal em vertebral esquerda, correspondendo à hipofluxo (devido trombo em basilar). Após estabilização clínica realizou Audiometria e Eletrooculografia: cocleovestibulopatia de características mistas (sacadas hipométricas, rastreo tipo III, nistagmo espontâneo e semiespontâneo bidirecional, arreflexia bilateral). No seguimento ambulatorial, apresentou melhora parcial da audição a direita evidenciada na Audiometria com quatro meses de evolução, assim como melhora progressiva da tontura.

**Discussão:** De acordo com a literatura atual, a incidência de surdez sensorineural e vertigem súbitas (SSNVS) é de aproximadamente 5 a 25 casos por 100.000 habitantes por ano e destes, 1,2-21% são causados por eventos obstrutivos do sistema vertebrobasilar. Além disso, entre os eventos vertebrobasilares a perda de audição bilateral foi documentada em apenas 1,4% dos casos. No presente caso o paciente apresentou tais achados, associado ainda à paralisia facial devido ao acometimento dos núcleos do VII e VIII pares cranianos. O diagnóstico deve ser suscitado a partir da história e apresentação clínica e confirmado por exames de imagem para que o tratamento do paciente possa ser instituído o mais brevemente possível com estabilização clínica, medicações para controle dos sintomas e reabilitação vestibular. O prognóstico é melhor quando a doença é detectada precocemente e em aproximadamente 80% dos casos observa-se recuperação parcial ou completa da audição em até 1 ano. Fatores sugestivos de pior prognóstico com relação à audição incluem idade avançada e presença de quadro vertiginoso associado. No caso em questão foi observado na evolução que o paciente apresentou melhora importante da queixa vertiginosa e recuperação parcial da audição a direita. Permanecendo em acompanhamento na expectativa de melhora adicional da audição e fazendo uso de aparelho de amplificação sonora para reabilitação auditiva bilateral, além de reabilitação vestibular, juntamente com seguimento neurológico e controle das doenças de base (HAS e DM).

**Comentários finais:** A importância do caso relatado se dá por sua apresentação atípica de um quadro de surdez súbita bilateral, associada a quadro vertiginoso agudo e paralisia facial de características periféricas. A demora no diagnóstico e instituição de tratamento adequado, sendo este um evento cerebrovascular, podem influenciar no prognóstico do paciente e desta forma é de suma importância o reconhecimento ou suspeição da gravidade do quadro por parte do médico responsável pelo primeiro atendimento do paciente.

**Palavras-chave:** SURDEZ SÚBITA; VERTIGEM AGUDA; PARALISIA FACIAL.

PO621

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Surdez genética não síndrômica

AUTOR PRINCIPAL: HUGO FERNANDES DE PAULA

COAUTORES: ISABELA GOMES MALDI; JÚLIA RAMOS DE MELO; JORDANNA FERREIRA LOUSEK; CLAUDINEY CANDIDO COSTA; HUGO VALTER LISBOA RAMOS; ALDA LINHARES DE FREITAS BORGES; PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE

INSTITUIÇÃO: CRER, GOIÂNIA - GO - BRASIL

## 1. Apresentação do caso:

L.H.L.M, 18 anos, feminina, apresenta quadro de deficiência auditiva neurosensorial pós-lingual bilateral não-sindrômica progressiva desde os 4 anos de idade. Expressa, pela última audiometria, perda auditiva do tipo sensorioneural de grau profundo à direita (SRT=95dB, IRF=16%) e perda auditiva do tipo sensorioneural de grau severo à esquerda (SRT=70dB, IRF=52%). À otoscopia é notável membrana timpânica íntegra e translúcida bilateralmente; sem alterações. Usuária regular de AASI bilateral há 5 anos. Sob a hipótese diagnóstica de deficiência auditiva de caráter genético, foi solicitado painel NGS para Surdez hereditária evidenciando uma variante em heterozigose no gene GJB2, classificada como patogênica. A pesquisa de mutações no gene GJB2 (H.Pardini) revela heterozigose para mutação 50delG. Atualmente paciente em avaliação para implante coclear, realizado Tomografia Computadorizada de ouvidos evidenciando aqueduto vestibular alargado bilateralmente. Aguarda RNM de ouvidos e Teste de Percepção de Fala para avaliação cirúrgica.

## 2. Discussão:

A surdez genética não síndrômica caracterizada pela perda auditiva na ausência de sintomas associados a outras condições médicas, é uma preocupação significativa de saúde pública. Estima-se que pelo menos 50% dos casos de perda auditiva congênita ou infantil tenham uma base genética, com a surdez não síndrômica representando a maioria desses casos - em torno de 70%. Trata-se de uma condição auditiva complexa, frequentemente causada por mutações genéticas que afetam componentes críticos do sistema auditivo. Neste contexto, o gene GJB2, que codifica a proteína conexina 26 (Cx26), desempenha um papel fundamental. Esta discussão se concentra em aspectos-chave relacionados à surdez genética não síndrômica, com ênfase especial no gene GJB2 e suas implicações clínicas. A proteína Cx26, codificada pelo gene GJB2, é uma das principais constituintes das junções intercelulares, desempenhando um papel crucial na comunicação entre células no ouvido interno. Sua oligomerização com outras unidades forma conexões, que estão intimamente envolvidas na transmissão de sinais elétricos e trocas de íons. No entanto, essa comunicação intercelular não se limita apenas às células ciliadas; também influencia a função da estria vascular, membrana basilar e outros componentes essenciais para a audição. Embora a mutação 35delG no gene GJB2 seja uma das mutações mais comuns associadas à surdez genética não síndrômica, ainda não existe uma correlação definitiva entre uma mutação específica e a gravidade da perda auditiva. O fenótipo clínico varia consideravelmente entre os indivíduos portadores de mutações no GJB2, e isso pode ser influenciado por diversos fatores, incluindo etnia e ambiente. Estudos sugerem que fatores raciais podem desempenhar um papel na apresentação clínica das mutações da Cx26, destacando a complexidade dessa condição. O diagnóstico da surdez genética não síndrômica é fundamental para a implementação de intervenções precoces e o aconselhamento genético. A detecção precoce é particularmente relevante em crianças, pois permite a intervenção adequada e a adaptação de estratégias de comunicação.

## 3. Comentários finais:

A surdez genética não síndrômica é um problema global de saúde pública, com mutações no gene GJB2, que codifica a proteína conexina 26 (Cx26), desempenhando um papel central. Não há relação clara entre mutações específicas e gravidade da perda auditiva. O diagnóstico precoce é crucial, especialmente em crianças, para intervenções adequadas. A melhor compreensão dessa condição é essencial para aprimorar diagnósticos e tratamentos, exigindo contínua pesquisa.

Palavras-chave: Surdez genética;GJB2;Deficiência auditiva.



PO630

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTITE MÉDIA AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO EM ESPAÇO MASTIGATÓRIO:  
UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JOANA CYSNE FROTA VIEIRA**COAUTORES:** VIVIANE CARVALHO DA SILVA; ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES; FERNANDA PAIVA PEREIRA HONORIO; EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA; MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA; TINO MIRO AURÉLIO MARQUES; ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, 10 anos, sexo feminino com histórico de quadro sugestivo de otite média aguda (OMA) evoluindo com quadro de dor, abaulamento e restrição da mobilidade cervical, otalgia intensa, fístula cutânea cervical com saída de secreção purulenta e otorreia, à direita. Realizou primeira tomografia, sendo sugestiva de otomastoidite aguda complicada por abscesso de Bezold. Iniciou antibioticoterapia com oxacilina e ceftriaxona, apresentando melhora parcial de abaulamento cervical. Evoluiu afebril, persistindo com tumoração cervical endurecida, dolorosa à direita, sem queixas otológicas. Realizou novos exames de imagem, sendo descrito, na tomografia cervical: Coleção hipodensa nos tecidos moles da região cervical posterior à direita, acometendo o músculo esternocleidomastoídeo e a musculatura profunda, apresentando continuidade com a mastóide direita, a qual exibe processo inflamatório e erosões ósseas, medindo cerca de 5,0; 2,3 x 2,8 cm, com realce periférico pelo meio de contraste endovenoso, volume estimado em 16.7cm<sup>3</sup>. Realizou ultrassonografia cervical, com descrição: presença de múltiplas linfonodomegalias cervicais bilaterais, hipoecóicas, bem delimitadas, sem sinais ecográficos sugestivos de coalescência ou liquefação, maiores à direita em sítio inframandibular medindo 2,8 x 1,2 cm e parajugular medindo 1,3 x 0,7 cm; e maiores à esquerda, topografia parajugular medindo 1,5 x 0,8 cm, e submandibular medindo 2,6 x 1,0 cm. Paciente apresentou melhora importante do quadro clínico, laboratorial e radiológico com uso de antibioticoterapia prolongada, recebendo alta hospitalar sem necessidade de intervenção cirúrgica para drenagem de abscesso.

**DISCUSSÃO:** O abscesso de Bezold é uma complicação rara da mastoidite coalescente. Quando a doença não é adequadamente controlada, ela pode se espalhar para outras áreas próximas, incluindo o espaço profundo do pescoço. A infecção inicia através do córtex mastoide lateral, medial à fixação do músculo esternocleidomastoídeo. Uma vez que a doença alcança esse espaço, facilita a progressão para a fossa infratemporal e para a camada de revestimento da fáscia cervical profunda. A disseminação da infecção na camada de revestimento da fáscia cervical profunda favorece a formação de um abscesso. Além disso, a infecção também pode avançar em direção à bainha carotídea. Se a doença atingir a veia jugular interna, facilita a formação de trombose. O tratamento do abscesso de Bezold geralmente envolve o uso de antibióticos intravenosos e, em alguns casos, necessita de drenagem cirúrgica do abscesso. Além disso, por continuidade, também pode ser observada complicação de OMA com formação de coleções em espaço mastigatório. A otite média aguda pode levar a várias consequências, algumas delas extracranianas e outras intracranianas. As repercussões extracranianas da otite média incluem: paralisia facial, abscesso subperiosteal, mastoidite. Além disso, como no caso descrito acima, podem haver, mais raramente, complicações como abscessos cervicais profundos, incluindo o espaço mastigatório. As complicações intracranianas da otite média são mais graves e podem envolver o cérebro ou as estruturas próximas. Elas incluem: meningite, abscesso cerebral, trombose de seio lateral, abscesso extradural, encefalite. O tratamento da OMA complicada com abscesso em baseia-se em abordagem cirúrgica para a drenagem da coleção. Um dreno deve ser deixado na incisão cirúrgica por 48 horas. Pacientes devem receber antibiótico endovenoso inicialmente e completando por via oral até 2 semanas após a cirurgia. No entanto, no caso da paciente desse relato de caso, houve melhora significativa após tratamento com antibioticoterapia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso constitui uma apresentação de complicação de otite média aguda incomum, sendo necessário o diagnóstico precoce e o tratamento correto, pelo risco que essa complicação pode trazer. Dessa forma, é importante sempre ficar atento às complicações da otite média aguda, pelas complicações potencialmente graves que essa doença pode trazer.

**Palavras-chave:** OTITE MÉDIA AGUDA;COMPLICAÇÃO;ABSCESSO.

PO639

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Otosclerose tratada com estapedotomia em paciente masculino: relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS**COAUTORES:** ANGELA RUBIA OLIVEIRA SILVEIRA; GABRIELY LERNER BIANCHI; CRISTYAN CESAR DALL AGNOL; CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA; HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG; VICTOR RANZULLA DE SOUZA; MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente G.S.G., masculino, 26 anos, com história de hipoacusia bilateral progressiva, de início há cerca de 10 anos, associada a zumbido bilateralmente há 4 anos. Nega tontura, otites, trauma acústico, exposição prolongada a ruído e patologias prévias. Na história familiar, refere hipoacusia em avós, sendo de início tardio. Ao exame físico, otoscopia se apresenta normal com membrana timpânica íntegra e translúcida bilateralmente. Teste de Weber sem lateralização e teste de Rinne negativo bilateralmente. Rinoscopia e Oroscopia sem alterações. Audiometria (ago/22) consta perda auditiva assimétrica, do tipo mista, de grau leve a moderada bilateralmente, com OD via aérea (VA) = 40 dB e via óssea (VO) = 25 dB, OE VA = 50 dB e VO = 20 dB. TC de mastóides (ago/22) sem alterações, porém corte grosseiro e com pouca definição. Confirmado diagnóstico de otosclerose bilateral, optou-se por estapedotomia via microscópica em OE, devido à maior perda auditiva, realizado técnica reversa, usando prótese de teflon com 0.4 mm de espessura. Procedimento sem intercorrências. Com 7 dias de pós-operatório, paciente refere ganho à esquerda, com teste de diapasão de 512 Hz, Rinne foi positivo no lado operado. Com 3 meses de pós-operatório, paciente relata melhora importante da hipoacusia à esquerda, otoscopia sem alterações e teste de Rinne positivo à esquerda. Audiometria (ago/23) evidencia acoplamento de curvas com normalização do limiar auditivo à esquerda (VA e VO = 15 dB). Paciente mantém seguimento no ambulatório com programação de estapedotomia à direita.

**Discussão:** A otosclerose é uma doença complexa e progressiva de remodelação óssea patológica, incluindo reabsorção óssea, nova deposição óssea e proliferação vascular, que afeta a cápsula ótica do osso temporal, resultando em perda auditiva progressiva que é pior em tons e/ou frequências mais graves. Embora o diagnóstico de otosclerose seja geralmente feito com base na história, exame otológico e achados audiológicos, a confirmação radiológica do diagnóstico e a avaliação da extensão da otosclerose podem ajudar a avaliar e definir o manejo clínico desses pacientes. O tratamento inicial da otosclerose e da perda auditiva que a acompanha envolve a amplificação auditiva ou a substituição cirúrgica do estribo por uma prótese. Isso pode ser conseguido com um pequeno orifício criado na base do estribo e colocação de prótese (estapedotomia), ou uma parte da base do estribo é completamente removida, substituída pela prótese (estapedectomia). Em ambos os casos, a maior parte da superestrutura do estribo é removida. Uma prótese de pistão é então colocada da bigorna para a abertura criada cirurgicamente, que retorna à ação semelhante a um pistão da cadeia ossicular. Em casos de otosclerose avançada, o implante coclear pode ser considerado.

**Comentários Finais:** A otosclerose é uma forma progressiva, mas tratável, de perda auditiva. Melhorias na tecnologia e na pesquisa abriram caminho para técnicas de diagnóstico adicionais e avanços nos tratamentos. A compreensão desta doença complexa leva a um diagnóstico mais precoce, encaminhamento, tratamento e melhor educação do paciente em relação à patologia.

**Palavras-chave:** Otosclerose; Estapedotomia; Hipoacusia.

PO644

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****SÍNDROME DE GRADENIGO: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA OTOMASTOIDITE****AUTOR PRINCIPAL:** PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO**COAUTORES:** NATÁLIA MATOS MURICY; GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA; DANIELA SANTIAGO PASSOS; EDMUNDO MACHADO FERRAZ NETO; MARIA CLARA OLIVEIRA PADILHA DINIZ; LÍVIA MARIA FIGUEIREDO TELES DE ARAÚJO; HELISSANDRO ANDRADE COELHO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTO ANTÔNIO - OSID, SALVADOR - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** W.A.S.S, sexo masculino, 2 anos e 10 meses, pesando 14 quilos, sem comorbidades prévias, deu entrada no serviço do Hospital Santo Antônio, por um quadro de febre, evoluindo com otorreia, edema e hiperemia periocular à esquerda. Iniciado ceftriaxona e oxacilina, sendo escalonado de oxacilina para clindamicina, com melhora clínica. Ao exame físico foi evidenciado, estrabismo convergente bilateral, com déficit na mobilidade ocular à esquerda. Às Tomografias Computadorizadas(TC) de crânio, mastóide e órbitas: compatível com otomastoidite à esquerda e presença de sinusopatia à esquerda; osteomielite aguda em topografia de osso esfenóide, e coleção em topografia de amígdala esquerda sugestivo de abscesso; além de veia oftálmica superior esquerda ectasiada, com adensamento em espaço extraconal pré-septal. Foi submetido à mastoidectomia à esquerda com colocação de tubo de ventilação tipo sheppard, sem intercorrências. Ao anatomopatológico evidenciado tecido ósseo e proliferação fusocelular vascularizada. Após o procedimento cirúrgico, paciente evoluiu com melhora do quadro, sem intervenção oftalmológica, e realizada uma ressonância magnética de crânio, 4 meses após quadro admissional, que apresentou baixo sinal na sequência de suscetibilidade magnética em hemisfério cerebelar esquerdo, sem evidência de insulto vascular isquêmico agudo.

**Discussão:** A Síndrome de Gradenigo (SG) é definida pela tríade clássica de otite média complicada com otorreia purulenta, dor na área de inervação do primeiro ou segundo ramo do nervo trigêmeo e paralisia do nervo abducente. A disseminação por contiguidade da infecção do ouvido médio se dá através das células ósseas aeradas até o ápice da parte petrosa do osso temporal. O início da otite até o comprometimento dos nervos cranianos pode variar de 1 semana até 3 meses. O nervo abducente e trigêmeo, localizam-se próximo à essas estruturas, podendo ocasionar paralisia e dor na área. Estreptococos hemolíticos e pneumococos, são os patógenos associados mais comuns, e, em casos crônicos, a Pseudomonas aeruginosa pode estar presente. Com o advento de novas técnicas diagnósticas e potentes antibióticos, estas complicações são cada vez mais raras, pois são introduzidos nas fases iniciais da doença. O paciente do relato acima apresentou como complicações otomastoidite, abscesso periamigdaliano e celulite periorbitária, além de sinais de osteomielite aguda em topografia do osso esfenóide. Pode-se ainda, estar presente as petrosite, meningite, disseminação pelo plexo simpático ao redor da artéria carótida e disseminação para a base do crânio acometendo os nervos IX, X e XI. Os avanços radiológicos proporcionaram melhor diagnóstico do acometimento do ápice petroso. Faz-se necessário, a exclusão de diagnósticos diferenciais como a hidrocefalia ótica, abscessos intracranianos e tumores de ápice petroso (como meningioma, neuroma ou metástases), colesteatoma e aneurisma intracraniano. O tratamento tem sido cada vez mais conservador, no entanto as complicações devem ser abordadas individualmente, de acordo com cada necessidade. O tratamento cirúrgico com mastoidectomia ficou reservado ao nosso paciente em questão, pois apresentou refratariedade à terapia conservadora, obtendo melhora após abordagem.

**Comentários Finais:** Na atualidade a síndrome de Gradenigo se tornou de ocorrência rara, pois com a criação de novas técnicas diagnósticas e potentes antibióticos, as complicações passam a ser interrompidas em sua fase inicial. A síndrome deve ser considerada quando houver dor facial e paralisia de nervo abducente num quadro de otite média. Sua abordagem clássica consiste em uma intervenção cirúrgica agressiva, com uma exenteração e drenagem evitando que a infecção progrida. Entretanto, novos relatos vêm descrevendo bons resultados com tratamento conservador, reservando a cirurgia para casos crônicos e refratários à terapia clínica.

**Palavras-chave:** GRADENIGO;OTOMASTOIDITE;ESTRABISMO.

PO648

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Complicações das otites médias: uma revisão

**AUTOR PRINCIPAL:** GIAN SILVEIRA BARBOSA DE SOUZA**COAUTORES:** AMANDA GABRIELA PEREIRA RAMOS; FERNANDA LACERDA MENDONÇA DANTAS; PAULO HENRIQUE DIAS SOUZA; PEDRO HENRIQUE NOVAES DOURADO CARDOSO; RAFAEL OLIVEIRA BORGES; THAENÁ SILVEIRA BARBOSA DE SOUZA; VICTORIA BATISTA RIOS**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE SALVADOR (UNIFACS), SALVADOR - BA - BRASIL2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA (EBMSP), SALVADOR - BA - BRASIL**OBJETIVO** O presente estudo tem como objetivo reunir as principais evidências disponíveis sobre as causas, as características clínicas e a evolução das complicações da otite média.**MÉTODOS** O estudo consiste em uma revisão assistemática descritiva de seis artigos sobre otite média e suas complicações, encontrados nas bases de dados Pubmed e Scielo. Não houve critérios de exclusão, foram utilizados estudos em inglês e em português.**RESULTADOS** Atualmente, a adoção de uma estratégia mais contida e sistemática no uso de antibióticos, haja vista o aumento das complicações devido à antibioticoterapia inadequada e pouca mudança no prognóstico em determinados casos. Notou-se também que, embora a evolução da terapia antimicrobiana tenha colaborado com a diminuição das complicações de otite média, ainda há casos de variadas gravidades, principalmente em decorrência da falta de acesso a cuidados médicos e da inefetividade do sistema de saúde, em casos de imprecisão diagnóstica por parte de não especialistas. A incidência de complicações de otite média aguda (OMA) é maior em crianças, tendo seu segundo pico na população geriátrica. Por sua vez, as complicações de otite média crônicas (OMC) são mais prevalentes em jovens e adultos. As complicações extracranianas (CECs), têm maior incidência em comparação com as complicações intracranianas (CICs), entretanto, menor gravidade e complexidade. As CICs, como trombose do seio sigmoide, abscesso epidural e encefálico, empiema subdural e hidrocefalia otogênica, são mais comumente resultantes de OMC, já a meningite, de OMA. Observa-se também que as mesmas apresentam maior mortalidade devido à sua gravidade e uma morbidade significativa em virtude das sequelas auditivas e neurológicas, cenário presente principalmente quando a doença não é diagnosticada em sua fase inicial.**DISCUSSÃO** A OMA é caracterizada pelo aparecimento repentino de sinais e sintomas de inflamação do ouvido médio, necessitando de maior acurácia diagnóstica para dar início precoce ao tratamento adequado. Os sintomas mais comuns são otalgia intensa, hipoacusia, plenitude auricular e, às vezes, febre. A OMC também é uma condição inflamatória do ouvido médio e estruturas adjacentes, entretanto, superior a três meses, sendo ela caracterizada por danos teciduais irreversíveis, perfurações timpânicas extensas e persistentes e otorreia. Estas condições são muito comuns, principalmente na população de baixo nível socioeconômico e países subdesenvolvidos, devido à dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Embora a OM siga um curso benigno e responda bem à terapia antimicrobiana, alguns casos de OMA e OMC podem evoluir para complicações graves com consideráveis percentuais de mortalidade, em decorrência da falta de tratamento adequado e da possibilidade de extensão da infecção a regiões próximas do ouvido médio e processo mastoideo. De modo geral, as complicações da OM ocorrem pela disseminação da infecção do ouvido médio para estruturas próximas diretamente ou por via hematogênica, podendo levar a lesões teciduais irreversíveis e afetar a sua função, como paralisia facial, labirintite, fistula labiríntica, trombose do seio sigmoide, hidrocefalia, meningite, e ou produzindo uma coleção de pus, como abscesso intratemporal, epidural, cerebral e empiema subdural. Além dos sintomas clássicos de otite, elas podem cursar com cefaleias, alterações dos níveis de consciência, convulsões, náuseas e vômitos. O tratamento a ser realizado é a antibioticoterapia e deve ser considerada a necessidade de realizar mastoidectomia e a ressecção cirúrgica combinada à neurocirurgia.**CONCLUSÃO** Complicações da OMA são mais comuns em crianças e idosos. As CECs são mais frequentes do que as CICs, porém menos complexas. Este estudo sugere que, apesar da eficácia dos antibióticos, as complicações da OM persistem devido a problemas de diagnóstico de não especialistas e dificuldade de acesso ao sistema de saúde. A OMA pode se tornar letal, portanto, avaliação precoce e intervenção são essenciais para evitar sequelas.**Palavras-chave:** Otite média aguda; otite média crônica; complicações.

PO649

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****INTERNAÇÕES SUS PARA TRATAMENTO DE OTITE MÉDIA EM MATO GROSSO: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICOS DOS ÚLTIMOS 5 ANOS****AUTOR PRINCIPAL:** HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG**COAUTORES:** DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS; GABRIELY LERNER BIANCHI; JOÃO PAULO DE MOURA NEVES; VICTOR RANZULLA DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Objetivo:** Analisar o quantitativo de internações através do Sistema Único de Saúde (SUS) em virtude de otite média e outros transtornos do ouvido médio e apófise mastóidea em Mato Grosso, em relação à faixa etária, sexo e cor/raça, no período de 2018 a 2022, comparando com dados nacionais e adicionalmente avaliando o impacto da pandemia de COVID-19.

**Métodos:** Estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa das internações pelo SUS decorrentes de otite média e outros transtornos do ouvido médio e apófise mastóidea em Mato Grosso, de 2018 a 2022. A pesquisa foi realizada através das Informações de Saúde (TABNET), com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), e posteriormente os dados coletados foram tabulados no programa Excel 2013.

**Resultado:** De acordo com o DATASUS, no Brasil, foram contabilizadas 61.945 internações SUS por otite média e outros transtornos do ouvido médio e apófise mastóidea no período de 2018-2022. A região Centro-Oeste foi responsável por 5.080 destas (8,2%). Em Mato Grosso, foram registrados 639 internamentos no mesmo período (1,03%). Houve um decréscimo de casos em MT nos anos de 2020 (97) e 2021 (106), comparado com os anos anteriores de 2018 e 2019, com 116 e 121 casos respectivamente, havendo um aumento compensatório de internações registradas em 2022 (203), padrão semelhante observado a nível nacional. Em relação ao perfil dos internados em Mato Grosso, 53,36% dos indivíduos eram pardos e 20,65% brancos, 53,36% eram do sexo feminino. A faixa etária mais acometida foi entre 1-4 anos de idade (35,21%), sendo que a faixa etária mais precoce (< 1 ano de idade) respondeu pela segunda maioria dos casos (11,26%).

**Discussão:** O ouvido pode ser dividido em três partes distintas: o ouvido externo, o ouvido médio e o ouvido interno, e suas doenças também se dividem de acordo com essa anatomia. Entre as condições mais comuns relacionadas aos ouvidos, destacam-se as otites. Essas infecções podem se espalhar além das áreas específicas do ouvido e causar complicações, atingindo estruturas próximas, como os ossos do osso temporal na região mastoide. Nesse sentido, a otite média aguda (OMA) é frequentemente precedida por infecções virais no epitélio nasofaríngeo e na tuba auditiva. A colonização bacteriana na nasofaringe tende a ocorrer após o início de processos inflamatórios causados por vírus, portanto, há suposições de que o SARS-CoV-2, assim como outros vírus, possa aumentar a suscetibilidade a infecções no ouvido médio. Porém, devido às medidas de proteção usadas na pandemia, como o distanciamento social e o uso de máscaras, observou-se uma queda na exposição viral, o que justificaria a redução na ocorrência de OMA durante o período pandêmico. Além disso, o perfil demográfico dos pacientes internados, com uma alta proporção de crianças na faixa etária de 1-4 anos, é consistente com a conhecida predisposição da otite média em crianças, devido à anatomia de seus ouvidos. Esses dados ressaltam a necessidade de estratégias de prevenção direcionadas a grupos de maior risco, bem como a promoção da educação sobre cuidados com a saúde auditiva infantil.

**Conclusão:** Em síntese, a análise das estatísticas de internações por otite média no Brasil e em Mato Grosso entre 2018 e 2022 destaca a persistente relevância desse problema de saúde pública. Outrossim, a pandemia de COVID-19 e o isolamento social, refletiram nas variações anuais de OMA. O perfil demográfico, com uma alta proporção de crianças afetadas, sublinha a importância de estratégias preventivas direcionadas a grupos de risco.

**Palavras-chave:** Otite Média;Otorrinolaringologia;Internação Hospitalar.

PO653

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
OTITE MÉDIA CRÔNICA E PERDA AUDITIVA CONTRALATERAL À CIRURGIA**AUTOR PRINCIPAL:** VICTORIA FRÓIS OSS-EMER**COAUTORES:** TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO; NATALIA BOCACCIO MAINARDI; SADY SELAIMEN DA COSTA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo masculino, 30 anos, apresentou-se no ambulatório do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com história de perda auditiva bilateral, sensação de plenitude auricular e dor, especialmente no ouvido esquerdo desde a infância, com agravamento nos meses prévios à consulta. O paciente já havia sido submetido a quatro Timpanotomias para colocação de tubos de ventilação em ambos ouvidos, proporcionando apenas alívio temporário dos sintomas. O exame físico revelou retração difusa da membrana timpânica (MT) no ouvido esquerdo (OE) e retração em quadrante pósterosuperior da MT com erosão do ramo longo da bigorna no ouvido direito (OD). Testes com diapasão 512Hz evidenciaram diminuição da condução aérea no OE em relação ao OD, o teste de Rinne foi positivo no lado direito e negativo no lado esquerdo, e o teste de Weber lateralizou para a esquerda. A audiometria (imagem 1) mostrou perda auditiva condutiva moderadamente-severa no OE e perda auditiva condutiva leve no OD. Foi realizada uma Tomografia Computadorizada (TC) de ouvidos, com evidência de mastoides diploides bilaterais e material com consistência de partes moles preenchendo as células da mastoide esquerda, com cadeia óssea e limites da mastoide sem alterações. Indicada uma Timpano-mastoidectomia Wall Up devido a hipótese de granuloma de colesterol. Durante a cirurgia, o ouvido médio, o átrio e o sistema de células de ar da mastoide estavam preenchidos com tecido de granulação e líquido mucoso marrom de alta viscosidade. O material foi ressecado, e as rotas de aeração foram exploradas minuciosamente, o íncus foi removido e mantido na cavidade mastoide para futura reconstrução, e um tubo de ventilação foi inserido no quadrante anterosuperior da MT. A primeira consulta pós-operatória foi agendada após dez dias e o paciente não estava experimentando melhora na audição em OE. Entretanto, ele relatou uma deterioração global de suas habilidades auditivas, uma vez que a audição do ouvido direito também havia diminuído significativamente. Ele notou a queda de sua audição imediatamente após se recuperar completamente da anestesia geral. A impressão foi confirmada no consultório pelo diapasão, já que as conduções aéreas se tornaram semelhantes entre os ouvidos, o teste de Rinne foi negativo bilateralmente e o teste de Weber não lateralizou mais. O ouvido direito foi examinado, e a membrana timpânica foi encontrada lateralizada, perdendo o contato com a cabeça do estribo, indicando que ela havia se distendido, possivelmente devido a um aumento na pressão do ouvido médio durante a cirurgia. Uma nova audiometria (imagem 2) foi realizada e confirmou uma perda auditiva condutiva no ouvido direito. Após seis meses da cirurgia, o paciente experimentou apenas uma melhora mínima em sua audição, e, portanto, foram recomendados e adaptados aparelhos auditivos bilaterais.

**Discussão:** Em casos de OMC em que a MT toca a cadeia óssea (CO), aumentos ou diminuições na pressão gasosa intratimpânica podem desestabilizá-la e assim alterar as características funcionais da CO, ocasionando perda auditiva condutiva. Nossa principal hipótese para a perda auditiva desse paciente está relacionada ao aumento da pressão no ambiente selado da orelha média, no caso imposta pela difusão do N<sub>2</sub>O que não pôde ser dissipada pela abertura tuba auditiva. Tal efeito imitou uma timpanoplastia tipo III perfeitamente funcional.

**Comentários:** relatos de piora auditiva no ouvido contralateral ao operado não são comuns na literatura. Frequentemente a orelha mais afetada do par pode prever o futuro estado da orelha contralateral. Somado a isso, o conhecimento dos riscos anestésicos é essencial no pré-operatório do paciente com doença otológica, como otite média crônica.

**Palavras-chave:** Otite média crônica; perda auditiva condutiva; timpanoplastia.



PO660

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****MASTOIDECTOMIA RADICAL COM RETALHO DE OCCIPITAL POR COLESTEATOMA CONGÊNITO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELY LERNER BIANCHI**COAUTORES:** ANGELA RUBIA OLIVEIRA SILVEIRA; DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS; CRISTYAN CESAR DALL AGNOL; CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA; MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT; HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG; VICTOR RANZULLA DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** HUJM/UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente A.B.D.B., masculino, 48 anos, apresentou quadro de otorreia e plenitude aural com evolução de 3 meses em orelha direita, negou quadro otológico prévio, negou sinais flogísticos locais ou sintomas sistêmicos inflamatórios. À otoscopia, ouvido direito com membrana íntegra, erosão da parede posterior do conduto auditivo e otorreia esbranquiçada, ouvido esquerdo dentro dos padrões de normalidade. Apresentou anatomopatológico característico de colesteatoma, com reconhecimento de massa de epitélio escamoso estratificado queratinizado. Em tomografia computadorizada (TC) de ossos temporais foi observado áreas de descontinuidade do tégmen mastoídeo e tégmen tympani, automastoidectomia, e velamento de orelha média. RNM confirmou hipótese diagnóstica de colesteatoma e afastou coleções em fossa craniana. Optado por realizar mastoidectomia radical devido a extensão da doença, deiscências ósseas que expõe a dura mater. Dessa forma, discutido caso com equipe de neurocirurgia, realizado mastoidectomia ampla com uso do retalho do músculo occipital para diminuir dimensão da cavidade e recoberto dura mater exposta com enxerto de fásia do músculo temporal e surgicel. Procedimento sem intercorrências, paciente evoluiu sem alteração da mímica facial ou alterações do SNC.

**Discussão:**

Colesteatoma refere-se a uma coleção queratinizada de células epiteliais escamosas no ouvido médio ou no processo mastoide do osso temporal. Podem ser primários ou secundários à perfuração da MT por infecção, trauma ou cirurgia, ou congênitos, sendo que este corresponde de 1 a 5% do total de casos. A etiologia é debatida, mas o colesteatoma provavelmente surge do epitélio lateral da membrana timpânica e depois cresce como uma massa que se auto perpetua no ouvido médio. Isto pode ativar osteoclastos locais, possivelmente como resultado de infecção do epitélio morto no centro da lesão, com consequências potencialmente graves devido à destruição local do tecido. Em geral, o colesteatoma congênito existe em um estado não agressivo, permanecendo indetectado por anos antes de iniciar sintomas de otorreia, com secreção escassa e purulenta de mal cheiro, associado a perda auditiva condutiva progressiva ou neurosensorial, ocasionalmente complicada por zumbido. O diagnóstico normalmente é clínico, sendo a TC o principal exame complementar para determinar a extensão da doença e auxiliar no planejamento de uma abordagem cirúrgica. Dois tipos de técnicas cirúrgicas são comumente aplicadas: mastoidectomias canal wall up (CWU) e canal wall down (CWD). A mastoidectomia CWU requer a remoção de todas as células aéreas da mastoide, mantendo a integridade dos contornos do canal auditivo. Já a CWD envolve a remoção da parede óssea posterior do canal para criar uma cavidade comum que combina o canal auditivo e a mastoide.

**Comentários Finais:** O colesteatoma congênito é uma entidade rara e fácil de ignorar devido a ausência de inflamação local do ouvido, sendo assim fácil de ignorar e levando ao diagnóstico tardio. É importante manter um alto índice de suspeita em pacientes que apresentam sintomas de otorreia e perda auditiva no contexto de exame otológico normal. Embora a doença crônica do ouvido seja normalmente indolor, a inflamação secundária pode causar dor. O diagnóstico precoce é melhor para prevenir complicações potencialmente graves e uma compreensão dos diferenciais com base na anatomia e na seleção e interpretação das imagens é imperativa.

**Palavras-chave:** Colesteatoma; Mastoidectomia; Otologia.



PO664

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Paralisia facial periférica após otite média aguda: A importância do diagnóstico e tratamento adequado das otites.

**AUTOR PRINCIPAL:** LEANDRO DIAS QUINELLI

**COAUTORES:** CECILIA REZENDE FERNANDES; ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO; IGOR BALDI DA SILVA; JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO; ANA ELIZA GARCIA

**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE LIMEIRA, LIMEIRA - SP - BRASIL

Paralisia Facial Periférica após Otite Média Aguda.

A importância do diagnóstico e tratamento correto das otites.

Autor: Leandro Dias Quineli

Co-autores: Igor Baldi da Silva; Cecilia Rezende Fernandes; Ana Eliza Garcia; Jéssica Ferreira de Melo Silvério; Enrico Vinicius Guimarães Vergueiro Felício.

#### Apresentação do Caso:

J.A.L, 51 anos, da entrada em pronto socorro com quadro de infecção da via aérea superior há 01 mês, evoluindo para hipoacusia a esquerda, plenitude aural há 01 semana e paralisia facial periférica em uso de gota otológica sem melhora do quadro. No exame físico a otoscopia em ouvido esquerdo apresentava conduto auditivo edemaciado +2/+4, presença de projeção polipoide em região central da membrana timpânica associado a opacificação. A otoscopia de ouvido direito não apresentava alterações. A inspeção facial apresentava paralisia facial periférica a esquerda grau 2 com sinal de bell e lagoftalmia. A tomografia de ouvidos com contraste evidenciou aumento tissular com densidade de partes moles ocupando epi, meso e hipotímpanos e o espaço de Prussak, com extensão e alargando o aditus ad atrum e antro da mastóide à esquerda. Esclerose e velamento das células da mastóide à esquerda, que se apresentam preenchidas por material hipodenso. Transparência normal do antro e do ádito da mastóide, do recesso epi-timpânico, da região timpânica e do hipotímpano e das células da mastóide à direita. O Paciente foi submetido a timpanotomia de ouvido esquerdo com saída de secreção mucopurulenta associado a internação clínica para antibioticoterapia e corticoidoterapia endovenosa com avaliação da equipe da fisioterapia.

#### Discussão:

A paralisia facial periférica é relativamente comum. O nervo pode ser acometido por erosão óssea do canal por colesteatoma, a infecção pode se propagar através do canal de Falópio, ou devido uma deiscência que proporciona contato direto do nervo com o processo inflamatório. As paralisias faciais secundário a otite média devem ser tratadas através de corticoide, antibióticos e cirurgia. A cirurgia é a miringotomia para descompressão do nervo através da drenagem do material purulento do ouvido médio. O prognóstico geralmente é satisfatório, com resolução completa da paralisia facial.

#### Comentários:

O relato do caso mostra a importância do diagnóstico correto das diferentes otites, principalmente, diferenciar corretamente uma otite média de uma otite externa. Pois o tratamento é diferente para ambas. Evitando assim, as complicações que possam ser geradas devido o tratamento incorreto.

#### Referência:

- Tratado de otorrinolaringologia - Shirley Shizue Nagata Pignatari, Wilma Terezinha Anselmo-Lima. - 3. Ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2018.
- Flint, P. W. et al. Cummings Otorrinolaringologia: Cirurgia de Cabeça e Pescoço: 6. ed. Elsevier, 2017.

Palavras-chave: Paralisia facial; Otite; Miringotomia.

PO666

## E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

### PERICONDRITE APÓS OTOMODELAÇÃO COM FIOS DE POLIDIOXANONA

**AUTOR PRINCIPAL:** GUSTAVO SARAIVA DE ALMEIDA

**COAUTORES:** GIOVANA SCACHETTI; LEONARDO BRANDINI SANCHES; FELIPE FERRAZ QUINTAL; LARISSA MOLINARI MADLUM; ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA; MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT; JÚLIA RUETE DE SOUZA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL

L.V.M., 12 anos, submetido a otomodelação bilateral com fixação por fios de polidioxanona, em fevereiro de 2023, realizada ambulatorialmente por odontologista. Evolui com hiperemia, dor intensa e edema na orelha direita. Foi indicado o uso de amoxicilina com clavulanato sem melhora do quadro, com necessidade de drenagens subsequentes, mesmo com o aumento de dosagem da medicação após 10 dias de tratamento.

Paciente foi então atendido no Hospital PUC-Campinas. Na avaliação da equipe de otorrinolaringologia apresentava abscesso volumoso com perda de definição da escafa, anti-hélix e fossa triangular, associado a dor de intensidade 7/10. Realizada a drenagem incisional de pavilhão anterior e colocação de dreno de Penrose, coletado secreção purulenta, sendo encaminhada para cultura e antibiograma. O paciente foi internado e iniciou oxacilina endovenosa acrescida de antiinflamatório esteroidal e curativo compressivo com troca diária.

A cultura demonstrou presença de *Pseudomonas aeruginosa* com baixa sensibilidade à oxacilina, optando-se pelo uso de cefepime na dose de 150mg/kg/dia conforme orientação da equipe de infectologia. Houve melhora gradual do processo inflamatório e infeccioso. Paciente recebeu alta médica com ciprofloxacino por 14 dias e retorno para reavaliação. Após resolução completa do processo infeccioso e inflamatório, manteve deformidade do pavilhão auricular.

#### Discussão

A pericondrite é uma inflamação do pericôndrio e da cartilagem causada por processo infeccioso ou traumáticos. Nota-se o aumento em sua incidência devido a crescente de procedimentos estéticos. Em menor incidência ela também pode estar relacionar-se a processos infecciosos da orelha média ou externa. Seu principal agente é a *pseudomonas aeruginosa*. Outras bactérias podem também estar associadas, principalmente o *Staphylococcus aureus*.

O suprimento sanguíneo da cartilagem do pavilhão auricular ocorre por contiguidade pelo pericôndrio. É preciso que tais estruturas estejam bem aderidas para preservar seu suprimento sanguíneo. O processo traumático do pavilhão auricular pode provocar edema e/ou hematoma entre a cartilagem e o pericôndrio, diminuindo o aporte sanguíneo desta região que caracteriza-se por ser pouco vascularizada, acarretando em um déficit de suprimento à cartilagem. Assim, a cartilagem pode evoluir com necrose e consequente distorção da anatomia do pavilhão auricular.

O diagnóstico de pericondrite é feito por meio da história clínica de um trauma ou manipulação recente do pavilhão auricular somado ao exame físico, o qual pode apresentar-se com sinais inflamatórios brandos até a formação de um abscesso. A otoscopia deve ser realizada atentando-se aos sinais como descamação, otorreia que indiquem um processo infeccioso primário. Deve-se atentar a sinais e sintomas como hipoacusia, otorreia, anormalidades de nervos cranianos para a exclusão de diagnósticos diferenciais, como infecção de orelha externa, celulite do pavilhão auricular e policondrite.

O tratamento inicial baseia-se na antibioticoterapia via oral com cobertura aos principais microrganismos envolvidos, anti-inflamatórios e sintomáticos. Em casos com sinais de abscesso, necrose da cartilagem ou comprometimento clínico, é prudente a internação hospitalar para antibioticoterapia endovenosa e drenagem do abscesso.

As complicações variam com a extensão da doença, tempo de história, sinais clínicos de acometimento da cartilagem e comorbidades, como diabetes mellitus.

Observa-se a importância da pericondrite pelo seu potencial de acometimento do pavilhão auricular, com possibilidade de extensão infecciosa e comprometimento estético. Procedimentos que contenham corpos estranhos como piercings ou fios, é evidente que assepsia, antissepsia e técnica inadequadas aumentam o risco de pericondrite. A *Pseudomonas aeruginosa* é o principal agente envolvido. O uso de antimicrobianos que visem sua erradicação deve sempre ser considerado, principalmente em casos refratários. É importante que o otorrinolaringologista realize precocemente o diagnóstico e o tratamento efetivo a fim de minimizar as deformidades estéticas.

**Palavras-chave:** Pericondrite;OTOMODELAÇÃO;POLIDIOXANONA.

PO683

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

RELATO DE CASO: ABSCESSO DE LUC COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA.

AUTOR PRINCIPAL: TAIS FERREIRA VILELA

COAUTORES: RODRIGO BASTOS; STEFANI GARBULIO AMARAL; GUSTAVO MARTINS SEGUNDA; SOFIA HIOKI SANTOS; YARA MENDES SILVA; LEODEMILA MARÍLIA BAPTISTA OCTÁVIO; OSMAR CLAYTON PERSON

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE SANTO AMARO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**RELATO DO CASO:** L. J. P., feminina, de 3 anos e 7 meses, acompanhada pela mãe, que relatava otalgia à esquerda e à febre alta há 2 dias. Procurou o pronto socorro onde foi prescrita gota otológica de fluocinolona acetonida, polimixina B, neomicina e lidocaína. Sem melhora, procurou novo atendimento em que foi diagnosticada com otite média aguda (OMA) à esquerda, sendo prescrito amoxicilina, com melhora clínica. Entretanto, evoluiu com abaulamento em região temporal e periorbitária lateral esquerda, além de novos episódios de febre, sem melhora com uso breve de claritromicina via oral. Reavaliada pela pediatria, optou-se por solicitação de exames e internação com introdução de Ceftriaxona 100mg/kg/dia e clindamicina 40mg/kg/dia. Na ocasião apresentou leucocitose de 25 mil e PCR de 327 mg/L. A tomografia de crânio revelou atenuação de partes moles em orelha média e células da mastóide à esquerda e abaulamento extracraniano ipsilateral. Ultrassom de partes moles demonstrou coleção de 4,3 cm<sup>3</sup> em região frontotemporal esquerda abaixo da musculatura local com ponto central de flutuação. Posteriormente, avaliada pela otorrinolaringologia, paciente apresentava abaulamento de região frontotemporozigomática esquerda, com flutuação discreta, sem dor à palpação, com linfonodomegalia retroauricular e cervical anterior esquerda palpáveis. Ouvido esquerdo: conduto auditivo externo edemaciado e membrana íntegra e abaulada com aumento de vascularização de ânulo. Optado por substituição da ceftriaxona por ceftazidima (1000mg de 8/8h) e abordagem em centro cirúrgico. O procedimento incluiu incisão pré-auricular esquerda com divulsão do subcutâneo e drenagem de abundante secreção purulenta. Realizada miringotomia e colocação de tubo de ventilação na orelha esquerda, sem intercorrências. Teve boa evolução no pós-operatório, obtendo melhora progressiva dos parâmetros clínicos e laboratoriais, com alta hospitalar no 3º dia pós-operatório e melhora completa do quadro no seguimento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** A OMA é uma inflamação da mucosa da orelha média por etiologia viral ou bacteriana. Ocorre entre 6 e 12 meses de idade e sua incidência diminui ao longo dos anos, pouco frequente a partir dos 7 anos; 10 a 19 % das crianças de até 1 ano de idade apresentam 3 ou mais episódios de OMA. A orelha média possui estrita relação com estruturas nobres, superiormente delimitada pela fossa craniana média, posteriormente pela fossa craniana posterior e seio sigmóide, inferiormente com o golfo jugular e medialmente encontramos a janela redonda e a platina do estribo além da proximidade com o nervo facial. As complicações das otites médias podem se manifestar em lesões extracranianas ou intracranianas, mas são cada vez mais raras devido à ascensão dos antibióticos. No caso, observou-se um abscesso temporozigomático, também conhecido como Abscesso de Luc, uma forma rara de complicação por disseminação lateral; ocorre com mais frequência na faixa etária pediátrica e inicia-se a partir das células da raiz do zigoma, ficando normalmente sob a aponeurose do músculo temporal, o que leva a um edema da região temporozigomática e deslocamento do pavilhão auricular para baixo. A TC de crânio com contraste é o melhor exame para confirmação do diagnóstico e avaliação de sua extensão. O tratamento é cirúrgico com miringotomia e inserção do tubo de ventilação, além de incisão e drenagem, podendo ser necessária, a depender da extensão do processo e do comprometimento de estruturas nobres, uma mastoidectomia. Nos casos de pequenos abscessos, pode ser aventado somente o uso de antibióticos, no entanto, nesse relato, a abordagem conservadora não foi possível.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A despeito dos esforços clínicos prévios, essa complicação pode exigir uma abordagem cirúrgica complementar. Como o abscesso temporozigomático é uma complicação rara e muitas vezes letal, ressalta-se a importância de conhecer a sua etiologia, evolução e abordagem clínica e cirúrgica. Sem esse conhecimento prévio da patologia, a sua identificação e consequente resolução podem se tornar um desafio para a equipe médica.

**Palavras-chave:** Abscesso temporozigomático; Abscesso de Luc; Complicação de otite média aguda.

PO689

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****EXPLORANDO A RELAÇÃO ENTRE OTITE E CONDIÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR: UMA ANÁLISE ESTATÍSTICA****AUTOR PRINCIPAL:** PAULO HENRIQUE RODRIGUES E RODRIGUES**INSTITUIÇÃO:** MEDICINA FTC, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivo:** Investigar a possível associação entre as otites e sinusites, faringoamigdalites, demais condições nasais e demais IVAS fazendo uso de dados extraídos do DATASUS e métodos estatísticos.

**Métodos:** Foram extraídos dados da base DATASUS dos últimos 10 anos envolvendo as seguintes categorias: “Otite média e demais transtornos do ouvido médio”, “Sinusite crônica”, “Faringites e amigdalites agudas”, “Laringite e traqueíte agudas”, “Outras infecções agudas das vias aéreas superiores” e “Demais doenças do nariz e seios paranasais”. Após isso, foi calculada a taxa por 100.000 habitantes de cada uma destas condições para cada unidade da federação, fazendo uso de dados do IBGE, disponíveis no próprio portal do DATASUS. Com os dados disponíveis foi calculado o  $r$  de Pearson comparando os dados da otite com relação as demais condições. Um gráfico de dispersão foi criado para as associações significativas.

**Resultado:** Das condições analisadas, apenas a intitulada “Demais doenças do nariz e seios paranasais” obteve uma forte associação com as otites ( $r=0,73$ ). As categorias “Laringite e traqueíte agudas” ( $r=-0,07$ ) e “Faringite e amigdalites agudas” ( $r=-0,03$ ) obtiveram nenhuma associação, enquanto “Outras infecções agudas das vias aéreas superiores” ( $r=0,32$ ) e “Sinusite crônica” ( $r=0,47$ ) apresentaram uma associação fraca. Abaixo, o gráfico de dispersão entre “Demais doenças do nariz e seios paranasais” e otites.

**Discussão:** A categoria do DATASUS “Demais doenças do nariz e seios paranasais” abrange diversas condições da medicina, o que pode aumentar o viés do resultado neste estudo. Entretanto, este conjunto é melhor representado pelas rinites, sendo elas as principais doenças a serem consideradas na análise feita, uma observação que vai de acordo com parte da literatura, que sustenta a associação entre estas condições e a otite. A partir dos demais resultados, é notável que a otite não possui qualquer associação com as condições da laringe e faringe, enquanto é possível observar certa correlação com a sinusite e demais IVAS.

**Conclusão:** Em suma, o presente estudo conclui que as otites possuem uma forte associação com a rinite, grupo mais bem representado pela categoria “demais doenças do nariz e seios paranasais”, enquanto que outras condições que afetam o nariz e seios (como sinusite e IVAS) possuem uma fraca associação. Também é evidente que as otites não estão associadas com as patologias da faringe e laringe, revelando um certo fator anatômico para esta relação. Tais resultados podem ser úteis para avaliar os fatores de risco associados com as condições otológicas.

**Palavras-chave:** Sinusite; Infecções Otológicas; Rinite.

PO690

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**TUMOR NEUROENDÓCRINO DO OUVIDO: UM CASO ATÍPICO****AUTOR PRINCIPAL:** IGOR GOUVEIA SOARES**COAUTORES:** DÉBORA CAROLINA ESTEVES REIS; CLARA ROSENBERG SCHNEIDER; DANIELLE LUIZE FAVARO FUZATO; NINA DE JESUS SOUSA PIRES DE MOURA; JOSE ELI BAPTISTELLA**INSTITUIÇÃO:** REDE MARIO GATTI, CAMPINAS - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino, com idade de 63 anos, encaminhada para ambulatorio de referência em otorrinolaringologia para seguimento de quadro de otorreia intermitente em ouvido direito há mais de 10 anos, associado a zumbido pulsátil há 2 anos. À otoscopia de ouvido direito, visualizava-se lesão em conduto auditivo externo, de consistência endurecida, próximo à membrana timpânica, não sendo possível sua completa visualização. Em exame de audiometria tonal, apresentava redução dos limiares do tipo misto, de grau moderadamente severo à direita, além de redução de limiares auditivos do tipo neurossensorial leve à esquerda. Realizou tomografia e ressonância magnética dos osso temporais, sendo evidenciada lesão nodular sólida à direita, com realce pelo contraste, ocupando ouvido médio e com extensão para conduto auditivo externo, envolvendo cadeia ossicular, descrita como lesão de aspecto indeterminado. Visto quadro clínico e exames complementares, foi proposto remoção cirúrgica da lesão, sendo realizada petrosectomia subtotal, com remoção de cadeia ossicular. No intraoperatório, foi identificada lesão compatível com glomus timpânico. O material foi encaminhado para estudo anatomopatológico e imunohistoquímico. No entanto, o resultado dos estudos foi compatível com tumor neuroendócrino de ouvido médio. Paciente evoluiu com melhora importante de zumbido no pós operatório, sem novos episódios de otorreia, sendo encaminhada para reabilitação auditiva. Segue em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de recidiva.

**DISCUSSÃO:** Este caso destaca a complexidade no diagnóstico diferencial de tumores do ouvido e a importância da avaliação histopatológica para o correto diagnóstico nosológico. Tumores carcinoides/adenomas têm componentes epiteliais e neuroendócrinos e são derivados de células precursoras primitivas. Os locais mais comuns para esses tumores são o trato gastrointestinal e o sistema broncopulmonar, sendo bem raro na cabeça/pescoço. Tumores neuroendócrinos do ouvido tendem a ocorrer na quinta década de vida e afetam ambos os sexos igualmente. Os sintomas na apresentação são inespecíficos, inclusive perda auditiva condutiva ou mista progressiva, zumbido e otorreia, que frequentemente imitam doenças mais comuns da orelha média, como paraganglioma do osso temporal, otite média crônica simples e colesteatomatosa na avaliação clínica inicial. À otoscopia, pode ser encontrado lesão não pulsátil, hipervascular, medial à membrana timpânica abaulada ou projetando-se para o conduto auditivo externo. Não há estudo de imagem para estabelecer o diagnóstico definitivo no entanto, a tomografia e a ressonância do osso temporal podem ser úteis para avaliar a localização e extensão das lesões no pré-operatório e ajudar a programar estratégias de tratamento, que consistem basicamente na remoção cirúrgica completa da lesão, incluindo cadeia ossicular. Devido à apresentação inespecífica da morfologia dos tumores neuroendócrinos sob exame microscópico, seu diagnóstico histopatológico definitivo é feito por imunohistoquímica e análise estrutural do tecido da biópsia.

**COMENTÁRIOS:** Tumores neuroendócrinos do ouvido geralmente apresentam manifestações clínicas inespecíficas e podem mimetizar outras lesões mais comuns, como o glomus timpânico. A ressecção cirúrgica completa é o tratamento curativo primário. A incidência de recorrência e invasão local, assim como metástases regionais ou distantes desses tumores, tornam necessário o seguimento e observação em longo prazo. Devido à recorrência dos casos ser extremamente rara, faz de cada novo relato de caso uma ferramenta importante para o avanço na compreensão diagnóstica e terapêutica dessa patologia. Tumores neuroendócrinos de ouvido são extremamente raros.

Palavras-chave: Otologia; Tumor neuroendócrino; Tumor otológico.

PO699

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****ARTERIA CAROTIDA INTERNA ABERRANTE EM ORELHA MÉDIA - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ISABEL SAORIN CONTE**COAUTORES:** GERALDO DRUCK SANT ANNA; ANDRIELLE MIOZZO SOARES; GUILHERME RODRIGUES VIANA; HEMILY IZABEL ALVES NEVES; LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO; LUANA VIEIRA MARGHETI; MATEUS DOS SANTOS TAIAROL**INSTITUIÇÃO:** IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**Relato do caso**

Paciente masculino, de 35 anos, procurou atendimento em 2013 por queixa de perda auditiva progressiva em ouvido esquerdo (OE) há aproximadamente 3 anos. Negava outros sintomas otológicos como zumbido, otalgia, otorréia ou tontura. Referia paterna familiar de PA.

Realizado exame otorrinolaringológico, sem evidência de anormalidades, ressaltando-se a presença, à otoscopia, de membrana timpânica íntegra, translúcida, sem abaulamento ou retrações e sem sinais de efusão. Prosseguida investigação com exame audiológico, o qual demonstrou perda condutiva (PAC) leve e curva B à imitanciometria em ouvido esquerdo (OE), e limiares auditivos normais (LAN) e curva A à imitanciometria em ouvido direito (OD). Tendo em vista uma PAC unilateral, com otoscopia normal e história familiar de perda auditiva, a hipótese diagnóstica inicial foi otosclerose, sendo, pois, solicitada TC de ossos temporais.

O paciente retornou em consulta apenas em 2023, com nova audiometria demonstrando progressão da PAC em OE e permanência de LAN em OD, além de TC de ossos temporais com projeção da carótida esquerda na caixa timpânica, achado consistente com ACI aberrante. Neste momento da avaliação, 10 anos após a primeira consulta, foi possível visualizar uma massa avermelhada na região AI de MT de OE. Firmado, pois, o diagnóstico de artéria carótida interna aberrante na orelha média.

Tendo em vista que a queixa do paciente era hipoacusia, sem zumbido associado, foi optado pelo tratamento conservador. Desta forma, o paciente foi encaminhado para reabilitação auditiva, com vistas a melhora da audição.

**Discussão**

O trajeto aberrante da artéria carótida interna (ACI) na orelha média é uma anormalidade vascular rara. Esta alteração ocorre, uma vez que a porção cervical da ACI está ausente, ocasionando aumento da rede colateral dentro da orelha média - artérias timpânicas e caroticotimpânicas. Em condições normais, a ACI percorre um caminho inferior ao promontório coclear e é separada do ouvido médio por uma delgada cobertura óssea.

Entre os sintomas típicos, o zumbido pulsátil, decorrente do fluxo sanguíneo turbilhonado, é o mais comum. Além deste, é frequente a hipoacusia causada pelo comprometimento na movimentação da cadeia ossicular e/ou da MT. À otoscopia, pode-se evidenciar uma massa avermelhada ou arroxeada na porção ântero-inferior da MT. Mesmo assim, muitos pacientes podem permanecer assintomáticos e sem evidência otoscópica de uma ACI aberrante.

Dessa forma, para o diagnóstico definitivo, exames de imagens do osso temporal, podem ser necessários. O diagnóstico preciso e precoce da ACI aberrante é crucial, uma vez que intervenções cirúrgicas inadequadas, por desconhecimento da anatomia, podem resultar em complicações graves com risco iminente de morte.

O tratamento pode ser tanto conservador, quanto cirúrgico, a depender do impacto funcional gerado, considerando-se os riscos envolvidos no procedimento versus o possível benefício. A intervenção cirúrgica geralmente envolve a liberação da ACI aberrante de seu curso anômalo e a criação de um novo recesso no ouvido médio.

**Comentários finais**

O diagnóstico inicial da ACI aberrante pode ser desafiador. Os sinais e sintomas geralmente apresentados possuem baixa especificidade para diferenciar o quadro de outras anomalias da orelha média. Dessa forma, reforça-se a necessidade de unir uma adequada história clínica a exames de imagem complementares.

Em nosso caso, o paciente não apresentava quadro clássico com zumbido pulsátil. Nesse sentido, a PAC progressiva a história clínica presente, poderia ser sugestiva de otosclerose. Além desse diagnóstico diferencial, considerando-se as audiometrias realizadas, outra hipótese para o caso poderia ser de otite média efusiva (OME). Caso prosseguida conduta com miringotomia, desfechos desfavoráveis e com risco de morte, poderiam ocorrer.

Uma avaliação clínica detalhada, aliada a exames de imagem, são de suma importância para um diagnóstico preciso de ACI aberrante, a fim de evitar condutas potencialmente catastróficas.

**Palavras-chave:** CAROTIDA INTERNA ABERRANTE;OTOLOGIA;ZUMBIDO PULSATIL.



PO709

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****SÍNDROME DE GRADENIGO: DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS E MANEJO TERAPÊUTICO.****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA LUISA FRECHIANI LARA MACIEL**COAUTORES:** GABRIELA MACEDO LEANDRO; IGOR ATAÍDE SILVA TEIXEIRA; BRENO LIMA DE ALMEIDA**INSTITUIÇÃO:** UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL**CASO CLÍNICO:**

Paciente, 12 anos, sexo feminino, previamente hígida, procurou Pronto Socorro em outubro de 2022 referindo obstrução nasal, rinorreia hialina e tosse seca de início 10 dias antes, com evolução há 5 dias para otalgia, hipoacusia e zumbido a direita; além de náuseas com cefaleia frontal em pontada. Fez uso de sintomáticos, com resolução de sintomas respiratórios, porém com persistência de queixas otológicas. No dia da primeira avaliação, apresentou febre de 39,7º e queixa de diplopia, pior para mirada à direita e para longe. Paciente negava dor em território trigeminal, tontura ou alteração de nível de consciência; negava, também, otorreia em qualquer momento do quadro.

À avaliação, visualizada restrição e dor à abdução de olho direito, sem alteração em outros movimentos. À otoscopia direita com abaulamento e hiperemia em membrana timpânica.

Foi realizada Tomografia Computadorizada com Contraste de Ossos temporais apresentava conteúdo com atenuação de partes moles em células mastoideas e cavidade timpânica à direita, além de rarefação óssea do osso petroso à direita,, compatível com apicite petrosa (Figuras 1 e 2).

Em Ressonância Magnética com Gadolínio Ouvido Interno havia presença de mastoide direita com conteúdo hiperintenso em T2, em adição de intenso realce e restrição a difusão em topografia do ápice petroso (Figuras 3 e 4).

Foi, então, aventada a hipótese diagnóstica de Síndrome de Gradenigo à direita e optado por internação hospitalar para antibioticoterapia endovenosa com Ceftriaxone e Oxacilina e abordagem cirúrgica com miringotomia. Evoluiu clinicamente bem e após alta manteve Cefuroxima por 3 meses e seguimento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:**

A Síndrome de Gradenigo, descrita inicialmente por Giuseppe Gradenigo em 1907, é constituída pela tríade: dor retro-orbitária, otorreia e paralisia do músculo reto lateral. Usualmente, é uma complicação da Otite Média Aguda em pacientes com pneumatização do ápice petroso, encontrada em 30% dos indivíduos.

A extensão do processo infeccioso pode ser dada pelas células pneumatizadas do ápice petroso, por canais vasculares ou como resultado direto da extensão direta através dos planos fasciais. Próximo ao ápice petroso encontram-se o nervo trigêmeo e o nervo abducente. A inflamação dos mesmo justifica o quadro clínico.

Com o advento dos antibióticos, tem se tornado cada vez menos comum, apesar de ainda ocorrer. Alguns pacientes podem, ainda, precisar de cirurgia para drenagem da infecção.

Entre as sequelas conhecidas, podem ser citadas a meningite, a trombose de seio dural, abscesso intracraniano e paralisia facial; de alta morbimortalidade.

Ainda que possua tríade classicamente descrita, podemos verificar, como no relato descrito, a ausência de algum dos elementos, como a otorreia ou a dor retro orbitária. Vale ressaltar, portanto, a importância da suspeição diagnóstica em casos de diplopia em paciente com OMA para que o tratamento seja iniciado de forma precoce e o processo infeccioso, potencialmente letal, seja controlado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

A Síndrome de Gradenigo tornou-se uma complicação pouco comum após o advento da antibioticoterapia. Apesar disso, por sua alta morbimortalidade, deve ser conhecida pela comunidade médica para que o tratamento adequado possa ser instituído de forma precoce.

Palavras-chave: GRADENIGO;PETROSITE;APICE PETROSO.



PO712

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**SÍNDROME DA TERCEIRA JANELA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JORDANNA FERREIRA LOUSEK**COAUTORES:** CÁRITA LOPES MACÊDO; PEDRO IVO MACHADO PIRES DE ARAUJO; WILDER ALVES; ISABELA GOMES MALDI; LUCAS DA SILVA BRAZ; CLAUDINEY CANDIDO COSTA; HUGO VALTER LISBOA RAMOS**INSTITUIÇÃO:** CRER, GOIÂNIA - GO - BRASIL

**Apresentação do Caso:** R. T. V., 58 anos, iniciou acompanhamento em nosso ambulatório devido quadro de hipoacusia bilateral progressiva há 1 ano, na ocasião negava vertigem, zumbido e desequilíbrio. Apresentava história familiar de deficiência auditiva e exposição ocupacional a ruídos com uso regular de equipamento de proteção individual. Na otoscopia paciente tinha membrana timpânica íntegra e translúcida bilateral, o exame otoneurológico era predominantemente sem alterações exceto pela manobra de Dix Hallpike à esquerda que demonstrou nistagmo torcional vertical para cima. Sendo assim, foi realizada manobra de Epley ipsilateral e solicitados exames complementares. Ao exame audiológico, evidenciou-se perda auditiva do tipo mista de grau leve em ambas as orelhas (OMS, 1997), curvas timpanométricas do tipo “A” bilateralmente e presença do reflexo acústico contralateral direito e esquerdo, com queixa de tontura após som de forte intensidade durante a pesquisa do reflexo. Devido a presença de gap aéreo-ósseo e reflexos presentes, iniciou-se investigação com tomografia computadorizada (TC) de mastoides e solicitou-se a reconstrução oblíqua (secção de Pöschl). O exame de imagem, evidenciou deiscências focais no aspecto superior dos canais semicirculares anteriores, com extensão de 3,0 mm à esquerda e 3,4 mm à direita. Afastadas demais hipóteses, estabeleceu-se o diagnóstico de Síndrome de Deiscência do Canal Semicircular Superior (SDCSS).

**Discussão:** A SDCSS é uma doença que consiste em sintomas vestibulares induzidos por estímulos sonoros intensos ou por modificações de pressão intracraniana ou em orelha média, devido à deiscência da camada óssea que recobre o canal semicircular superior. É uma doença rara, composta pela população sintomática, de proporção ainda desconhecida, de pacientes com deiscência do canal semicircular superior. Estima-se que a prevalência dessa alteração anatômica seja de 0,7% na população geral, enquanto 1,3% possuem a camada óssea sobre o canal com menos de 0,1mm (o que seria considerado deiscente à TC de alta resolução de ossos temporais). As manifestações mais comuns compreendem sintomas vestibulares (vertigem e desequilíbrio crônico), porém uma minoria pode apresentar apenas perda auditiva, sem sintomas vestibulares, pois a deiscência dos canais comporta-se como uma “terceira janela” no ouvido interno provocando a dissipação de parte da energia sonora durante a transmissão do som e, consequentemente, diminuição da impedância do ouvido interno. Além disso, a mobilidade desta “terceira janela” permitiria a deflexão da cúpula do canal superior e movimentação ampulífuga (excitatória) da endolinfa, desencadeando nistagmo vertical e rotatório evocado por estímulos sonoros intensos (100 a 110 dB NA em frequências que variaram de 250 a 4000 Hz) ou após variação de pressão. À investigação audiológica, a audiometria tonal apresenta-se com perda auditiva condutiva com gap aéreo-ósseo mais significativa nas frequências mais graves, entretanto, com reflexos acústicos preservados à timpanometria e resposta ao exame de potencial miogênico evocado vestibular (VEMP), o que diverge das perdas auditivas condutivas por alteração da orelha média. O diagnóstico de SDCSS é confirmado através da Tomografia Computadorizada de ossos temporais de alta resolução, sendo recomendável, para reduzir falsos-positivos, utilizar cortes de 0.5 mm e reconstrução das imagens no plano do canal semicircular superior. A Ressonância Nuclear Magnética também pode ser utilizada, mas possui sensibilidade de 96% e especificidade de 98% em relação à Tomografia Computadorizada.

**Comentários Finais:** Por se tratar de uma alteração pouco frequente e de aspectos fisiopatológicos desconhecidos o diagnóstico pode ser tardio. Mas, em quadros de vertigem ou perdas auditivas condutiva com reflexos acústicos preservados a SDCSS deve ser incluída nas hipóteses diagnósticas. De maneira que a suspeita clínica é essencial para evitar abordagens diagnósticas e terapêuticas inapropriadas e garantir a conduta adequada em casos sintomáticos incapacitantes, tornando-se relevante reconhecer esta entidade clínica.

**Palavras-chave:** SÍNDROME DA TERCEIRA JANELA; DEISCÊNCIA DO CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR; PERDA AUDITIVA.

PO714

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****SÍNDROME DE GRADENIGO: RELATO DE CASO DE UMA COMPLICAÇÃO RARA DA OTITE MÉDIA AGUDA EM PACIENTE PEDIÁTRICO****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA**COAUTORES:** ARTHUR FERREIRA DE OLIVEIRA; MARIANE WEIZENMANN DA MATTA; ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA; GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO; ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO; FAYEZ BAHMAD JR**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Apresentação do caso:** Masculino, 6 anos, história de desequilíbrio com queda da própria altura seguido de trauma encefálico leve, seguido de facialgia em hemiface esquerda em segmentos V1 e V2 da inervação trigeminal associada a otalgia esquerda por 15 dias evoluindo com estrabismo convergente no olho esquerdo motivo da procura da emergência hospitalar.

Na internação, foram realizados exames laboratoriais apresentando elevação dos marcadores inflamatórios como leucocitose, Velocidade de Hemossedimentação (VHS) e Proteína-C-reativa ultrasensível. Foi submetido a Tomografia de Mastoide com contraste, identificado material denso preenchendo completamente as células mastóides à esquerda que se estendem ao nível de ápice Pedroso.

O diagnóstico de Síndrome de Gradenigo (SG) foi realizado, seguido de timpanotomia com inserção de tubo de ventilação em caráter de urgência à esquerda, com uso de Ceftriaxona Intravenosa.

Durante a internação, evoluiu com melhora dos marcadores laboratoriais infecciosos, facialgia, estrabismo e otalgia com alta hospitalar com Amoxicilina e Clavulanato por via oral por 21 dias.

No momento, em seguimento ambulatorial com equipe multidisciplinar otorrinolaringologia, oftalmologia e infectologia pediátrica.

**Discussão:**

A síndrome de Gradenigo foi descrita pela primeira vez em 1904 por Giuseppe Gradenigo, e consistia na tríade de otite média, dor na área de inervação do primeiro ou segundo ramo do nervo trigêmeo e paralisia do nervo abducente.

Sua causa pode ser explicada pela disseminação da infecção por contiguidade do bactérias no ouvido médio que se espalham para as células aéreas do osso mastóide e depois para o osso petroso temporal. Devido à sua proximidade com estruturas neurovasculares, a infecção pode se espalhar para o canal de Dorello e afetar o nervo abducente, seio Petroso inferior e cavum de Meckel. A área anatômica contém o gânglio do nervo trigêmeo.

Na literatura científica, a SG clássica é definida como a presença de otite média, paralisia do nervo abducente e dor facial na região do trigêmeo.

Além das apresentações clínicas, a confirmação radiológica da apicite petrosa desempenha um papel crucial no diagnóstico da síndrome. A tomografia computadorizada de mastoide com contraste e a ressonância magnética com contraste de crânio e mastóide devem ser realizadas imediatamente em pacientes com sintomas neurológicos, como paralisia nervosa, rigidez de nuca ou confusão.

O tratamento é feito através da antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro, contemplando microorganismos anaeróbios. Neste paciente, além da antibioticoterapia, foi realizado a timpanotomia com inserção de tubo de ventilação de curta duração em orelha esquerda.

**Comentários finais:**

Síndrome de Gradenigo é um diagnóstico raro de uma complicação intracraniana da otite média aguda que o manejo inadequado pode levar a consequências potencialmente fatais. Dessa forma, no tratamento deste paciente foi realizada a internação hospitalar com antibioticoterapia intravenosa de amplo-espectro e seguimento multidisciplinar do paciente com resposta satisfatória ao tratamento.

**Palavras-chave:** Complicação Otite Média Aguda; Síndrome de Gradenigo; Apicite Petrosa.

PO719

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****ADENOMA CERUMINOSO DE ORELHA MÉDIA: UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR****AUTOR PRINCIPAL:** LUIS AUGUSTO GUEDES DE MELLO DIAS**COAUTORES:** DANILO COSTA CHAGAS; DANIELA AKEMI SOUZA SAITO; LUCAS SCATOLIN PARTEZANI; DURVAL DE PAULA CHAGAS NETO; LUCIANO GUEDES DE MELO; RAUL RENATO GUEDES DE MELO FILHO; GEORGE EDUARDO CAMARA BERNARDE**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO PENIDO BURNIER, CAMPINAS - SP - BRASIL**Apresentação do Caso:**

F.D.C.S., 68 anos, feminina, caucasiana, relata plenitude auricular em orelha esquerda há 1 ano. A otoscopia revelava leve abaulamento e opacidade de membrana timpânica esquerda (MTE), Weber desviado para esquerda e Rinne negativo bilateral.

A audiometria revelou hipoacusia condutiva a esquerda com gap médio de 30 dB (frequências 0,5, 1, 2, 3 e 4 KHz), imitanciometria com curva B a esquerda e reflexos estapedianos ausentes. Nasofibrolaringoscopia com óstios tubários livres. Tomografia Computadorizada (TC) de mastóides demonstrou material com densidade de partes moles de aspecto lobulado ocupando o antro e caixa timpânica, abaulando MTE, envolvendo a cadeia ossicular, sem sinais de erosão óssea.

Foi realizada timpanotomia, havendo, durante ato operatório, extrusão de secreção escassa tipo glue, assim como de lesão de tecido mole, lobulado proveniente da caixa média que se insinuava pela incisura da MT. O exame anatomopatológico demonstrou um tumor papilífero agressivo de orelha média.

A investigação complementar com ressonância magnética dos ossos temporais, evidenciou conteúdo hidratado nas células da mastóide à esquerda, ocupando caixa timpânica, com realce pelo contraste e restrição à difusão. A ultrassonografia da tireoide e PET - SCAN não demonstraram alterações.

Em função da gravidade e raridade do diagnóstico prévio, foi realizada nova biópsia e enviada para outro laboratório, cujo resultado foi adenoma apócrino tubular. Foi realizada uma terceira biópsia no mês seguinte, enviada para novo estudo histológico em dois laboratórios diferentes com resultados de adenocarcinoma de orelha média e de adenoma ceruminoso.

Nova TC de mastóides apresentou redução volumétrica do conteúdo da caixa média e ausência de erosão óssea local. Foi proposta timpanomastoidectomia à esquerda com retirada de lesão que ocupava a caixa timpânica envolvendo a cadeia ossicular e se insinuava no óstio da tuba auditiva. O material foi enviado para dois laboratórios diferentes com os seguintes resultados: adenocarcinoma de orelha média e adenoma de orelha média. Paciente mantém acompanhamento no nosso serviço com excelente evolução pós-operatória, MT íntegra e melhora da acuidade auditiva.

**Discussão:**

Os tumores de glândulas ceruminosas são neoplasias raras e com relatos escassos na literatura desde que foram descritos em 1941 por Warren et al.

É um tumor que pode se originar em qualquer faixa etária, sendo raro em crianças e mais predominante entre a quinta e sétima décadas de vida, e não apresenta predominância por sexo.

Segundo Wetli e Cols, podem ser divididos em 4 subtipos: I) Adenoma ceruminoso; II) Adenocarcinoma ceruminoso; III) Carcinoma Adenóide Cístico; IV) Adenoma pleomórfico ou tumor misto. Os tipos I e II apresentam grande semelhança no padrão histológico e frequentemente apresentam recidivas caso não sejam excisados completamente.

Sua grande maioria é originada no conduto auditivo externo e, em situações ainda mais raras pode-se originar na orelha média e na porção petrosa do osso temporal.

Apresenta sintomatologia variada, desde queixas inespecíficas como otalgia, cefaléia, zumbido até paralisia facial e otorreia. A cirurgia é o método de tratamento de escolha e pode ser associada ou não a radioterapia caso haja recorrência ou invasão de tecidos vizinhos pela doença.

**Comentários Finais:**

O adenoma ceruminoso é uma entidade clínica de difícil diagnóstico e, quando ocorre na orelha média, torna-se ainda mais desafiador. No entanto, sua suspeita clínica diante de alterações locais com características benignas pode evitar decisões que tragam consequências de elevada morbidade na vida de nossos pacientes.

**Palavras-chave:** ADENOMA CERUMINOSO; ORELHA MÉDIA; OTITE MÉDIA CRÔNICA.

PO720

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****HIDROCISTOMA DE MEATO ACÚSTICO EXTERNO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO**COAUTORES:** ÉDER BARBOSA MURANAKA; ARTHUR MENINO CASTILHO**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo feminino, 43 anos, sem comorbidades prévias, história de hipoacusia unilateral a direita a 1 ano. À otoscopia, apresentou meato acústico externo (MAE) direito discretamente estreitado em relação ao contralateral. Demais parâmetros dentro da normalidade em ambas as orelhas. Foi realizado exame audiométrico que revelou hipoacusia condutiva de grau leve à direita, audição dentro da normalidade à esquerda e reflexos acústicos presentes bilateralmente. Procedeu-se a realização de Tomografia Computadorizada de Ossos Temporais, que revelou formação circunscrita junto à parede posterior da porção lateral do conduto auditivo externo direito, medindo cerca de 18 x 14 x 13 mm, com densidade média de +35 uH, situada de permeio às partes moles locais, em contato com a margem lateral da mastoide e determinando redução parcial da amplitude luminal local do conduto. Foi realizado estudo complementar com Ressonância Magnética de Ossos Temporais que demonstrou imagem cística bem delimitada, isointensa em T1, com alto sinal em T2, sem sinais de impregnação patológica pelo gadolínio, sem restrição à difusão, no aspecto posterossuperior do canal auditivo externo à direita, medindo cerca de 14,5 x 12,5 x 14 milímetros. A paciente foi submetida a ressecção cirúrgica da lesão, sob anestesia local, e o material foi enviado para análise histopatológica, que evidenciou um fragmento nodular, de consistência macia, pardo acastanhado, revestido por membrana esbranquiçada, medindo 18 x 13 x 12 milímetros. Aos cortes, apresentava superfície interna lisa e acastanhada e conteúdo gelatinoso amarelado. A análise microscópica revelou lesão cística com parede fibrosa e revestida por dupla população celular sem atipias, a interna com células com citoplasma eosinófilo, com secreção do tipo decaptação e uma externa basal. Ausência de sinais de malignidade. Margens livres de lesão. Diante dos achados, a análise histopatológica concluiu o diagnóstico de Hidrocistoma.

**DISCUSSÃO:**

Hidrocistoma é uma forma cística de adenoma de glândula sudorípara produzido por uma proliferação de glândulas secretórias apócrinas ou écrinas. Apresenta-se sob a forma de uma ou mais lesões de tamanhos variáveis, localizadas, em geral, no segmento cefálico e na face: fronte, regiões malares e palpebrais (glândulas de Moll), sendo o canto externo da pálpebra inferior a maior incidência. Excepcionalmente podem aparecer no pavilhão auditivo ou no meato auditivo externo. Sua patogenia parece resultar da obstrução do conduto sudoríparo logo acima do enovelado glandular, em plena derme profunda, devido a um processo inflamatório ou a um trauma. Sua etiologia é desconhecida. Eles agravam-se com as altas temperaturas, desaparecem com o frio parecem estar associados a certas síndromes, como como síndrome de Goltz-Gorlin.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

Hidrocistoma de MAE é de ocorrência rara e deve ser um diagnóstico diferencial a ser considerado em pacientes que apresentem hipoacusia condutiva unilateral com reflexos acústicos presentes bilateralmente, acompanhada de estreitamento ou de lesões visíveis no MAE. Ressonância Nuclear Magnética de Ossos Temporais com e Tomografia Computadorizada de Ossos Temporais auxiliam na suspeição diagnóstica. A análise histopatológica pós ressecção cirúrgica define o diagnóstico.

Palavras-chave: Hidrocistoma;Hipoacusia condutiva;Meato acústico externo.

PO725

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT E PARALISIA FACIAL RECORRENTE: UM CASO DE EVOLUÇÃO ATÍPICA****AUTOR PRINCIPAL:** FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO**COAUTORES:** ÉDER BARBOSA MURANAKA; ARTHUR JOSE ROQUE CRUZ; ARTHUR MENINO CASTILHO**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo feminino, 34 anos, portadora de hipotireoidismo controlado, apresentou paralisia facial periférica à esquerda de forma súbita, acompanhada de disgeusia e hipersalivação. Negou otalgia, hipoacusia, zumbido ou tontura. Dois dias após, evoluiu com otalgia e lesões vesiculares sobre base eritematosa em pavilhão auricular esquerdo. Ao exame físico, notou-se redução das linhas de expressão em região frontal esquerda, apagamento do sulco nasogeniano ipsilateral, desvio de rima labial para a direita e fechamento ocular incompleto à esquerda, caracterizando um grau V no sistema de graduação de paralisia facial House-Brackmann (HB). Foi diagnosticada, em outro serviço, com Síndrome de Ramsay-Hunt e foi tratada com prednisona 1mg/kg/dia durante 12 dias, aciclovir 1,2g/dia durante 10 dias, cuidados oculares e fisioterapia de mímica facial. Após cinco meses do quadro inicial, em avaliação no nosso serviço, mantinha disgeusia e evoluiu com melhora parcial da paralisia facial (grau III HB) à esquerda. O exame eletroneuromiográfico revelou neurocondução do nervo facial esquerdo com redução da amplitude dos potenciais de ação motores, reflexos do nervo trigêmeo ausentes à esquerda, padrão neurogênico no músculo orbicular da boca à esquerda, ausência de unidades motoras nos músculos frontal e orbicular do olho à esquerda e fibrilações no músculo frontal esquerdo. A Ressonância Nuclear Magnética de Ângulo pontocerebelar não demonstrou alterações. Exames laboratoriais de triagem para doenças infectocontagiosas e provas autoimunes se mostraram negativos. Aproximadamente um ano após o início do quadro, evoluiu novamente com otalgia à esquerda, parestesia em hemiface à esquerda, epífora em olho esquerdo e piora do grau da paralisia facial (de grau III para grau IV HB). Após novo tratamento com aciclovir e prednisona nas mesmas doses, apresentou resolução dos sintomas, com retorno e manutenção do grau III de paralisia facial. Durante a evolução, apresentou 2 episódios autolimitados de otalgia à esquerda, semelhante a apresentada no início do quadro, acompanhada de parestesia em hemiface esquerda, sem o aparecimento de “rash” ou piora do grau de paralisia facial. Atualmente apresenta paralisia facial grau III HB associada a sincinesia facial olho-boca (contração do músculo orbicular da boca ao piscar os olhos). Mantém fisioterapia facial, cuidados oculares, e aguarda avaliação da imunologia quanto à possibilidade de vacinação contra o vírus Varicela Zoster ou profilaxia com aciclovir.

**DISCUSSÃO:**

A presença da erupção cutânea característica do vírus Varicela Zoster antes do início da paralisia facial ocorre em cerca de 25% dos pacientes e parece revelar um melhor prognóstico. O indicador prognóstico mais consistente na síndrome de Ramsay-Hunt é a gravidade da paralisia facial ao início do quadro. Outros fatores que têm sido associados à não recuperação incluem idade acima de 50 anos, maior grau de dano axonal em testes eletrodiagnósticos, envolvimento de múltiplas neuropatias cranianas, presença de lesões orofaríngeas e diabetes. A maioria dos pacientes tem recuperação completa em um ano e aqueles que não recuperam a função pré-mórbida quase sempre desenvolvem algum grau de sincinesia facial.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

Apesar de apresentar critérios de pior prognóstico, a evolução com paralisia facial recorrente não é característica esperada na evolução de pacientes com Síndrome de Ramsay-Hunt.

Palavras-chave: Ramsay-Hunt; Paralisia Facial; Recorrência.

PO727

## E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

### SAÚDE AUDITIVA E ENVELHECIMENTO: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

**AUTOR PRINCIPAL:** SUNIA RIBEIRO MACHADO

**COAUTORES:** LYS BRUNO BARREIRA; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; ANA LUIZA PINTO FREIRE; YANE MELO DA SILVA SANTANA; LUANA LYLAME DE SOUZA E SOUZA

**INSTITUIÇÃO:** 1. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL

**Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório do serviço de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial, provenientes do ambulatório de neurologia de uma unidade de referência na cidade de Manaus-Amazonas.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal, inserido na área de otorrinolaringologia, a fim de avaliar o impacto da saúde auditiva na qualidade de vida em pacientes idosos com idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos, provenientes do ambulatório de neurologia em uma instituição de referência na cidade de Manaus/Amazonas, que consentiram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e se submeteram aos questionários Mini-Mental e WHOQOL-bref, além da avaliação audiológica de rotina e exames audiométricos no período entre janeiro a julho de 2023.

**Resultados:** Dos 22 participantes entrevistados, o N final foi de 15 indivíduos que realizaram a audiometria, com maior prevalência do sexo feminino (53,3%) e idade média de 65,9 anos. Foi observado ainda na amostra estudada que 73% possuíam HAS, 46,7% eram diabéticos e 66,8% relataram doença neurológica prévia, sobretudo, acidente vascular cerebral e Demência/Alzheimer (20% cada). As principais queixas apresentadas foram hipoacusia e zumbido (66,7% cada), seguido de otalgia (46,7%). Verificou-se que 53,3% apresentaram algum grau de demência (MEEM <24 pontos); e quanto ao WHOQOL-BREF, 46,6% avaliaram sua qualidade de vida como boa e 40% referiram estar “nem satisfeito nem insatisfeito” com sua saúde. Os resultados da audiometria revelaram 80% com alguma perda auditiva, com predomínio do tipo simétrica (53,3%). Destes, 33,3% apresentaram audiometria sugestiva de presbiacusia (n=5), isto é, do tipo neurosensorial, simétrica e bilateral.

**Discussão:** Nesses indivíduos portadores de presbiacusia, todos apresentaram alteração na cognição, prevalecendo a perda cognitiva moderada (80%), tal como o estudo de coorte de Lin et al (2013), que acompanhou 3075 idosos por seis anos, evidenciando que os idosos com perda auditiva possuem taxa de declínio cognitivo de 30 a 40% e maior risco para comprometimento do estado mental, podendo-se inferir que essa associação se deva ao isolamento social e redução da carga cognitiva que podem ser consequências da presbiacusia. Quanto à autopercepção desses pacientes sobre sua qualidade de vida (PQV), prevaleceu a resposta boa em 46,6%; na avaliação da satisfação com sua própria saúde (SCS), 46,6% relataram necessitar melhorar; e nos outros domínios prevaleceram o resultado “regular”; dessa forma, não houve associação relevante da perda auditiva sobre a qualidade de vida, semelhante ao trabalho de Ribas et al (2014) que estudaram a qualidade de vida de um grupo de idosos presbiacúsicos após a protetização e compararam os resultados com um grupo de idosos normouvintes, e notaram que segundo o WHOQOL-bref, a maioria dos pesquisados nos dois grupos referiu possuir boa qualidade de vida, e para os domínios “físico” e “psicológico”, que abrangem questões sobre saúde física em geral e sentimentos negativos, não houve diferença significativa entre os grupos.

**Conclusão:** O projeto se define como um estudo descritivo e não permite análises causais ou através de testes analíticos, já que o N se mostrou bastante reduzido decorrente das inúmeras dificuldades que o desenvolvimento da pesquisa enfrentou, além da amostra contemplar uma população específica (presbiacusia), o que também evidencia um rigor metodológico. Logo, é de suma importância a realização de mais pesquisas que possam analisar a integração entre audição, percepção da incapacidade auditiva e cognição, a fim de subsidiar novas discussões acerca das interfaces entre a cognição e audição em idosos.

**Palavras-chave:** envelhecimento; tontura; zumbido.



PO731

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****DISPLASIA FIBROSA DE OSSO TEMPORAL COM COMPROMETIMENTO DE OUVIDO EXTERNO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JOÃO LINS MAUÉS**COAUTORES:** JOEL LAVINSKY; ARTUR KOERIG SCHUSTER; LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO; HEMILY IZABEL ALVES NEVES; ISABEL SAORIN CONTE; LUANA VIEIRA MARGHETI; MATEUS DOS SANTOS TAIAROL**INSTITUIÇÃO:** UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino de 62 anos, sem comorbidades otorrinolaringológicas conhecidas, evolui com hipoacusia e otalgia progressiva em ouvido esquerdo com evolução de dois anos, aliviada após saída de secreção purulenta em região retroauricular esquerda em topografia da mastoide, com formação de lesão exofítica retroaricular. Realizada TC de ouvidos e mastoides em março de 2022 com os seguintes achados: Direita: A Mastoide encontram-se normalmente pneumatizados. Esporão de Chaussé e espaços de Prussak preservados. Membrana timpânica anatômica. Cadeia ossicular individualizada e com aspecto usual. Canais semicirculares, cóclea, janela oval de aspecto usual. Conduto auditivo interno e externo anatômicos. Esquerda: Observamos lesão expansiva óssea, comprometendo a mastoide, estendendo-se para a porção anterior da escama do osso temporal e posteriormente e inferiormente para o osso occipital, medindo em torno de 8,0 x 4,5 x 9 cm, relacionado com displasia óssea fibrosa. Existe componente ósseo obliterando a porção lateral do conduto auditivo externo que encontra-se deslocado inferiormente. Existe material tissular obliterando o ouvido médio e a porção não calcificada do conduto auditivo externo. A membrana timpânica não foi individualizada. A cadeia ossicular foi individualizada. Canais semicirculares, cóclea e janela oval de aspecto usual. Conduto auditivo interno anatômico. A audiometria tonal revelou perda auditiva condutiva unilateral de moderada intensidade no ouvido esquerdo. Resultado audiométrico normal no ouvido direito.

**Discussão:** A displasia fibrosa é uma doença benigna que cursa com uma progressiva substituição dos elementos considerados normais por um tecido fibroso. Sua etiologia, no entanto, não é bem definida. Existem duas categorias principais da doença: a displasia fibrosa monostótica, envolvendo somente um osso, e também a displasia fibrosa poliestótica, a qual acomete diversos ossos, tal como o caso descrito previamente. Conforme a extensão do comprometimento ósseo, maiores os sintomas causados pela doença. O envolvimento do osso temporal, por exemplo, tem como sintoma mais comum a surdez. Para o diagnóstico definitivo se faz necessário a investigação por meio de imagens. Nas situações em que a displasia fibrosa é acompanhada por sintomas que comprometem bastante a qualidade de vida, geralmente recomenda-se tratamento cirúrgico. O acompanhamento clínico do paciente é extremamente importante visto que a possibilidade de recidiva da doença existe.

**Comentários finais:** Conforme o conteúdo exposto no relato, apesar da condição benigna da doença, muitas situações exigem uma abordagem cirúrgica para tratamento definitivo da doença. Este inclusive é o caso da paciente referida no relato, visto que o comprometimento ósseo se estende para obliteração completa do conduto auditivo e formação de trajeto fistuloso em topografia da mastoide a esquerda.

**Palavras-chave:** displasia ossea;otologia;displasia fibrosa.



PO739

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM PERDA AUDITIVA NEUROSSENSORIAL ATENDIDOS NO ESTADO DO AMAZONAS****AUTOR PRINCIPAL:** VIVIANE SALDANHA OLIVEIRA**COAUTORES:** LUANA DE JESUS BATISTA; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; ANA LUIZA PINTO FREIRE; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; RAÍSSA COSTA SAID**INSTITUIÇÃO:** 1. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL**Objetivo:** Traçar o perfil clínico dos pacientes com perda auditiva neurossensorial atendidos em um hospital de referência em Otorrinolaringologia na cidade de Manaus-Amazonas.**Metódos:** Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, realizado por meio da análise retrospectiva de 91 prontuários de pacientes com perda auditiva neurossensorial atendidos em um serviço de otorrinolaringologia na cidade de Manaus-AM, submetidos a exame audiométrico.**Resultados:** Os 91 indivíduos estudados apresentavam idade entre 20 e 93 anos, com uma média de 55,6 anos, sendo 53% do sexo feminino e 47% do sexo masculino. As queixas mais frequentes foram hipoacusia (36,26%), zumbido (30,76%) e tontura (15,38%). Além disso, os sintomas associados à hipoacusia mais referidos foram zumbido (65,93%), tontura (42,85%) e prurido auricular (8,7%). A comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 39,5%, seguido de diabetes mellitus (25,2%) e hipotireoidismo (8,7%). Houve relato de exposição a ruídos em 21,97% dos casos. As perdas da audição foram classificadas em leve, moderada e profunda. Em relação à lateralidade da perda auditiva, foram observados nos laudos audiométricos ser bilateral em 64,8% dos indivíduos, somente à esquerda em 24% e à direita 19,7%. No lado direito o grau da perda era leve em 28,5%, moderado em 34% e profundo em 15,3%. Enquanto do lado esquerdo, leve em 26,3%, moderado em 37,3% e 20,8% como profundo. Quanto a hipótese diagnóstica, a principal causa descrita foi a presbiacusia (52,7%), seguida de otite média crônica (17,5%) e perda auditiva induzida por ruído (9,8%).**Discussão:** Dentro do estudo, a hipoacusia foi a queixa principal mais frequente, relatada em 36,6% dos prontuários, concordando com os resultados de Barbosa, et al (40,3%). A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, de acordo com as literaturas, são as comorbidades mais frequentes, tendo prevalência de 31,2% e 12,9%, respectivamente, no estudo de Neto et al. e 37,8% de ambas comorbidades nos pacientes analisados por Barbosa et al, bem como nosso trabalho. Entende-se através dos artigos que a exposição a ruídos é um importante fator para a perda auditiva, principalmente quando associada ao zumbido, e nos prontuários analisados, houve esse relato em 21,97% (20). O grau de perda auditiva, em ambos os lados, mais encontrado foi o moderado (34% a direita e 37,3% a esquerda), concordando com Jardim et al. A presbiacusia foi a principal hipótese diagnóstica aventada para perda auditiva neurossensorial, o que corrobora com o mesmo estudo citado anteriormente e com Lee et al.**Conclusão:** Conclui-se, então, que as principais comorbidades descritas nesse perfil de pacientes foram a HAS e o diabetes e, através dos achados audiológicos, a perda auditiva bilateral a mais prevalente, principalmente o grau moderado. A exposição a ruídos, apesar de ser um importante fator de risco na perda da audição neurossensorial, não teve uma prevalência significativa no nosso estudo. O zumbido foi frequentemente relatado, bem como as alterações de equilíbrio naqueles com média de idade mais avançada, determinando a presbiacusia como diagnóstico mais provável.**Palavras-chave:** PERDA AUDITIVA NEUROSSENSORIAL; ZUMBIDO; TONTURA.

PO744

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTITE EXTERNA NECROTIZANTE COM COMPLICAÇÃO: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** PAULA CORRÊA COTTA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CLEMENTE DE FARIA, MONTES CLAROS - MG - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente N.W.A, 67 anos, diabético, encaminhado ao Pronto Socorro do Hospital Clemente de Faria com queixa de otalgia em ouvido esquerdo, com piora a noite, associado à otorréia, há 5 meses. Relata que já foi feito uso de tratamento com uso de antibióticos – ciprofloxacino oral por 14 dias, amoxicilina + clavulanato 7 dias, e no momento, em uso de Otocirax, porém sem melhora do quadro. Evoluiu com paralisia facial (House Brackman III) e com piora da dor local na região mastoidea esquerda. No exame físico, ouvido esquerdo com edema intenso de conduto auditivo externo, secreção purulenta, lesões granulomatosas (imagem 1 e 2), membrana parcialmente visualizada e dor ao toque na região mastoidea ipsilateral. Paciente trouxe exame de Cintilografia por Gálio 67 solicitado externamente: Aumento da atividade osteoblástica na porção mastoidea do osso temporal esquerdo, com aumento do fluxo e pool sanguíneo, sugestivo de mastoidite. Diante do quadro, foi pensado na hipótese de Otite Externa Necrotizante, iniciado Ciprofloxacino EV e solicitado tomografia computadorizada com contraste de mastóide – obliteração das células mastoideas à esquerda, espessamento da membrana timpanica e das paredes do conduto auditivo externo esquerdo, sugerindo processo inflamatório / infeccioso (otomastoidite)... Paciente fez uso de Ciprofloxacino EV por 14 dias evoluindo com melhora importante da otalgia e dor em região mastoidea, recebendo alta com antibiótico oral e acompanhamento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** A Otite Externa Necrotizante (OEN), também conhecida como Otite Externa Maligna, é uma infecção do conduto auditivo externo que pode comprometer ossos do crânio, sendo comum em pacientes idosos diabéticos ou com qualquer imunodepressão. O agente infeccioso mais relacionado ao quadro é o *Pseudomonas aeruginosa*. O quadro clínico mais comum é a otalgia, otorreia e cefaleia sem respostas a tratamentos prévios. Ao exame físico, pode ser encontrado tecido de granulação em conduto auditivo externo. O processo inflamatório da OEN se estende do meato acústico externo para a fissura de Santorini. Por essa fissura, a infecção pode se propagar até o osso temporal, atingindo o nervo facial, tendo como consequência, paralisia facial periférica.

A relação com pacientes diabéticos é devido o quadro de hiperglicemia gerar alterações circulatórias e má perfusão, além de interferir na imunidade humoral, reduzindo o processo de defesa local. A OEN é de grande relevância devido alta taxa de letalidade: 20% quando não existe acometimento de nervo craniano e 50% quando o facial é atingido, sendo então, um mau prognóstico. O diagnóstico precoce é de extrema importância para evitar complicações. O diagnóstico é feito de acordo com a história clínica, exame físico e exames de imagem. A cintilografia com gálio 67 e a TC possibilita avaliar a extensão da otite, uma vez que permite visualizar orelha externa e média, além de estruturas ósseas. Se suspeite de complicações intracranianas, pode-se solicitar ressonância magnética. O tratamento visa a abordagem clínica sistêmica e cirúrgica local se necessário. É fundamental o controle rigoroso da glicemia e antibiótico terapia sistêmica antipseudomonas (exemplo, ciprofloxacino) por 6 semanas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Diante a letalidade e sequelas dos casos, evidencia-se então, a necessidade de atenção em todos os casos de otalgia e otorreia refratária aos tratamentos iniciais, principalmente em pacientes diabéticos e imunodeprimidos, para evitar um diagnóstico e tratamento tardio e suas complicações.

Palavras-chave: Otite externa necrotizante; Paralisia facial; Diabetes.

PO759

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
**COLESTEATOMA EM PACIENTE COM IMPLANTE COCLEAR****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI**COAUTORES:** ANDRESSA ALENCAR SOUSA; RAFAEL HADDAD CHECHIN; EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA; EDUARDO SILVA FARINAZZO; LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES; SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO; SÉRGIO SEIGI MORIGA JUNIOR**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA USP, BAURU - SP - BRASIL2. HRAC USP BAURU, BAURU - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

R.S.S, masculino, 12 anos, com perda auditiva neurosensorial progressiva. Foi submetido a implante coclear bilateral aos 10 anos e, aos 11 anos, apresentou falha nos eletrodos 9 a 16 em teste de integridade do implante de orelha esquerda. À otoscopia, observou-se membrana timpânica opaca com bolsa de retração em quadrante pósterio inferior. Tomografia de ossos temporais revelou conteúdo de partes moles em orelha média à esquerda. Indicada abordagem cirúrgica para remoção do implante coclear e de conteúdo encontrado, com plano de realizar troca do implante, se cavidade estéril. No intraoperatório, porém, descoberto tecido compatível com colesteatoma extenso que foi retirado, mantendo apenas eletrodos intra-cocleares evitando-se abrir comunicação entre janela redonda e meio contaminado pela doença. Optado por não reimplantar. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico de colesteatoma em ouvido esquerdo. Mantém seguimento ambulatorial, hoje aos 12 anos de idade, com boa evolução.

**DISCUSSÃO**

Embora o colesteatoma seja uma complicação rara da cirurgia de implante coclear, ele ainda pode ocorrer e ser uma fonte potencial de dano ao implante. A origem desta complicação pode ser a excessiva perfuração óssea associada à pressão causada pela alça do conjunto de eletrodos na parede posterior do canal ou até erosão do muro no intraoperatório. Os pacientes implantados devem ter um acompanhamento atento e particular a longo prazo, especialmente quando ocorre uma ruptura cirúrgica da parede do canal ou uma ruptura da membrana timpânica durante a cirurgia, bem como naqueles pacientes em que ocorre um adelgaçamento excessivo da membrana timpânica. O paciente em questão teve evolução rápida após em 1 ano de seguimento, o que indica doença agressiva. No intraoperatório foi visualizado parede posterior do conduto auditivo erodida com doença ocupando toda caixa timpânica e região de muro, além da mastoide. Devido a sabida colonização do colesteatoma por bactérias, não se deve reimplantar no mesmo ato cirúrgico. O tratamento do colesteatoma é essencialmente cirúrgico e quando associado a implante coclear, o risco de meningite e outras complicações se torna maior.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O seguimento dos pacientes com implante coclear deve ser feito de forma rígida, com o intuito de avaliar rotineiramente a presença de doenças na orelha média ou mau funcionamento do aparelho. A avaliação através de tomografia de crânio deve ser feita na suspeita de colesteatoma. A ocorrência desta condição em pacientes com implante coclear é rara.

Palavras-chave: Colesteatoma;implante coclear;colesteatoma secundário.

PO771

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTOTOXICIDADE POR CISPLATINA - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MILENA SAYURI OTSUKI**COAUTORES:** JOSE LUIZ PIRES JUNIOR; VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA; BRUNA PUPO; FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI; LUCAS CORREIA PORTES; THAÍS FERRES RAINIERI; MARCELO GASPARIN MANSUR**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CRUZ VERMELHA PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo masculino, com idade de 61 anos, comparece ao pronto atendimento do Hospital Cruz Vermelha, que refere queixa de hipoacusia no ouvido direito associada a zumbido tipo apito há 5 anos. Nega otorreia e otalgia. Nega demais queixas. Foi submetido a audiometria, a qual revelou um quadro de hipoacusia mista de grau severo a profundo no ouvido direito e perda neurossensorial de grau leve a partir de 300 Hz no ouvido esquerdo. Em dois anos consecutivos, foram realizados exames de audiometria, sendo que não foram observadas alterações significativas no padrão auditivo do paciente. O paciente teve um histórico de leucemia há 6 anos, sendo submetido a tratamento com quimioterapia utilizando a medicação cisplatina. Negou ter recebido tratamento com radioterapia. No que diz respeito a comorbidades, o paciente apresenta hipercolesterolemia e hipotireoidismo, ambos em tratamento. No exame físico, a otoscopia revelou membrana timpânica íntegra e translúcida. Não foram observadas alterações na oroscopia e rinoscopia. O paciente foi orientado a realizar acompanhamento anual com audiometria e a retornar em caso de piora dos sintomas.

**DISCUSSÃO**

A ototoxicidade é definida como a perda da função auditiva e/ou vestibular, ocasionada por lesões à orelha interna, causadas por substâncias químicas, como medicamentos. Sabe-se que mais de 200 substâncias podem ser responsáveis por causar ototoxicidade, no entanto, alguns podem causar efeitos irreversíveis para o organismo, como é o caso da cisplatina. Essa droga antineoplásica chega a causar perda auditiva severa definitiva em até 90% dos pacientes, ainda não se sabe qual a dosagem que começa afetar e fazer a perda auditiva. No entanto, existem algumas drogas que se mostraram extremamente efetivas na prevenção da perda auditiva causada pela cisplatina, dentre eles estão o tiosulfato de sódio e acetil-cisteína. Outros fármacos que mostraram algum benefício de uso para prevenção da ototoxicidade causada pela cisplatina são: fosfomicina, metionina, salicilato de sódio e ginkgo biloba.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Pelo fato da cisplatina ser uma droga muito usada, com extrema relevância em tratamentos contra neoplasias e apresentar um risco ototóxico importante, faz-se válido que haja acompanhamento audiométrico durante o seu uso. Além disso, é de suma importância que sejam administrados junto a ela as drogas otoprotetoras citadas anteriormente, para que seja possível reduzir cada vez mais os efeitos ototóxicos por ela causados.

Palavras-chave: ototoxicidade; cisplatina; medicamento ototóxico.

PO779

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****RELATO DE CASO: SÍNDROME DE KABUKI COM MUTAÇÃO DE KDM6A E PERDA AUDITIVA NEUROSSENSORIAL PROFUNDA BILATERAL****AUTOR PRINCIPAL:** MATEUS CAMPESTRINI HARGER**COAUTORES:** ISADORA SEROTINI PERTINHEZ; SARAH EVANGELISTA DE OLIVEIRA E SILVA; MARCELLA FERRARI MARTINS; AMANDA BALLARIN DIAS; MARIZA CAVENAGHI ARGENTINO POMILIO; ARYANE MARCONDES REZENDE**INSTITUIÇÃO:** 1. FMJ, JUNDIAÍ - SP - BRASIL2. ATEAL, JUNDIAÍ - SP - BRASIL3. ATEAL, JUNDIAÍ - SP - BRASIL4. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 2 anos, encaminhado por neuropediatra, por suspeita de perda auditiva. Iniciada investigação neurológica por atraso de fala e no desenvolvimento neuropsicomotor. Iniciado fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiológica. Nascido com 39 sem., 2875g, APGAR 8-9. Emissões otoacústicas na triagem auditiva presentes bilateralmente. Mãe com Síndrome de Arnold Chiari tipo I. Duas internações prévias por bronquiolite e H1N1 com um ano de vida. Avaliação otorrinolaringológica identificou dismorfismos faciais, implantação baixa de orelhas, hipertelorismo, prega epicântica, filtro nasal curto e lábios grossos. À otoscopia, membranas timpânicas normais. Realizados exames auditivos (PEATE clique e frequência específica, EOAT, EOAPD, PEAE e audiometria) demonstrando perda auditiva neurosensorial profunda bilateral. Tomografia e Ressonância Magnética de ossos temporais dentro da normalidade. Após uso efetivo de AASI e, comprovada a ausência de benefícios, indicada a realização de implante coclear bilateral simultâneo aos 2 anos e 6 meses. Cirurgia sem intercorrências - anatomia normal, com respostas de telemetria e neurotelemetria satisfatórias. Investigação genética iniciada previamente e concluída recentemente, evidenciou, além das alterações ectoscópicas descritas acima, frouxidão ligamentar e mancha hipocrômica abdominal. Teste genético evidenciou homozigose no gene KDM6A e heterozigose no gene WAC justificando achados clínicos compatíveis com Síndrome de Kabuki(SK). Solicitado US de rins e vias urinárias e ecocardiograma, sem alterações. Sem alterações motoras. Apesar de terapia fonoaudiológica adequada, 2 anos após cirurgia, apresenta atraso significativo nos domínios cognitivo, comunicação, linguagem receptiva e expressiva (categoria 3 de audição e categoria 2 de linguagem). Iniciado método terapêutico multigestos com melhora progressiva da comunicação. Segue em acompanhamento multidisciplinar.

**DISCUSSÃO:** A SK é uma doença congênita rara (1:32.000 a 1:86.000) reconhecida pela primeira em 1981. Mutações no KMT2D foram identificadas (67%) e, menos frequente, no gene KDM6 (10%). As características faciais tendem a se pronunciar com o passar dos anos. Características de maior prevalência: alterações faciais (sobrancelhas arqueadas com espaço lateral, eversão do terço lateral da pálpebra inferior, columela hipoplásica, orelhas proeminentes, fenda lábio e/ou palato, cílios longos, depressão da ponta nasal e alargamento, orelhas displasia com ou sem lobo pré auricular); anomalias esqueléticas (microcefalia, assimetria craniana, braquicefalia, retrognatia e fenda palatina); deficiência intelectual leve a moderada; deficiência de crescimento pós-natal. Podem haver defeitos estruturais cardíacos, renais, geniturinários, dentre outras. Problemas otorrinolaringológicos são descritos, como alterações respiratórias, dismorfismos em orelhas, otite média crônica, perda auditiva (até 50% dos casos, sendo forma condutiva mais frequente) e malformações do ouvido interno, incluindo displasia de Mondini, aumento do aqueduto vestibular, cóclea e canais semicirculares aplásicos. Pelo menos um indivíduo com diagnóstico clínico de SK que apresentava perda auditiva neurosensorial progressiva profunda recebeu um implante coclear com melhora relatada na qualidade de vida. A técnica cirúrgica é um desafio devido a possíveis anomalias do osso petroso. A heterogenicidade da síndrome torna difícil a generalização sobre os resultados dos implantes cocleares, mas o mesmo pode ajudar na linguagem e desenvolvimento.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A SK, deve ser suspeitada em crianças com características fenotípicas típicas quando chegam a um serviço de referência audiológica. Apresenta um amplo espectro de fenótipos clínicos associados, com significativa variabilidade. Infelizmente, o manejo clínico é fragmentado e permanece em grande parte orientado para os sintomas. É necessário mais estudos em relação à reabilitação auditiva desses pacientes, pois além das possíveis alterações anatômicas que dificultem procedimentos cirúrgicos, a reabilitação fonoaudiológica também pode ser desafiadora.

**Palavras-chave:** PERDA AUDITIVA; GENÉTICA; IMPLANTE COCLEAR.

PO783

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTITE POR PARACOCIDIOIDES: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** RODRIGO PÊGO FRANCO**COAUTORES:** FERNANDA GOMES RESENDE; CLARICE REIS DE OLIVEIRA MORAIS; LARISSA MORAIS BORÉM; PEDRO HERNESTO VIEIRA COELHO NOGUEIRA MORAIS; SÉRGIO EDRIANE REZENDE; VANESSA RIBEIRO ORLANDO; GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

S. A. A., masculino, 62 anos, morador de Contagem, região metropolitana de Belo Horizonte, portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus controlados, queixando de otorreia, vertigem e prurido no ouvido esquerdo há 30 dias, após introduzir fragmento de madeira para coçar o ouvido. Já havia feito uso de antibioticoterapia tópica e oral, antifúngico e ácido bórico tópicos, sem sucesso.

Na otoscopia, apresentava exsudato amarelado abundante. Foi realizada aspiração auricular. Membrana timpânica apresentando perfuração central, com grande hiperemia e edema no conduto e no ouvido médio. Rinoscopia, oroscopia e palpação de linfonodos cervicais sem alterações. Tomografia computadorizada de mastoides apresentou material de densidade de partes moles velando o ouvido médio esquerdo e algumas células mastoideas.

Foi submetido a cirurgia otológica, com visualização de granulação em toda orelha média. Realizada remoção da mucosa do ouvido médio e do antro, com envio desta para análise. O estudo anatomopatológico evidenciou hiperplasia pseudoepiteliomatosa, com denso e difuso infiltrado inflamatório de mono e polimorfonucleares, com formação de microabscessos e algumas células gigantes multinucleadas. A coloração Ácido Periódico-Schiff (PAS) evidenciou estruturas circulares, por vezes, com brotamentos sugerindo Paracoccidioides sp.

O tratamento está em curso com a associação do sulfametoxazol com a trimetoprima, evoluindo com melhora gradual do quadro. A paracoccidioidomicose é uma doença sistêmica endêmica, causada pelos fungos dimórficos Paracoccidioides brasiliensis e, menos frequentemente, Paracoccidioides lutzii. É uma das micoses endêmicas mais prevalentes da América Latina, sendo o Brasil responsável por 80% dos casos de todo o mundo. Afeta mais indivíduos do sexo masculino, que vivem em áreas rurais, entre as idades de 30 e 50 anos, em especial os acima de 40 anos, alcoólatras e fumantes. Estudos experimentais em animais tem demonstrado possível efeito protetor dos hormônios femininos.

Por via inalatória, os esporos atingem os pulmões e, posteriormente, o sistema linfático ou a corrente sanguínea, podendo afetar a pele, mucosas, tecido linfático e glândulas adrenais.

O diagnóstico é feito através da anamnese e exame físico, associados ao exame padrão ouro, que é o achado dos fungos no exame a fresco do escarro ou nos raspados da lesão ou do conteúdo aspirado de linfonodos. A avaliação sorológica pode ajudar no diagnóstico presuntivo quando o fungo não é encontrado nas amostras.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com doenças granulomatosas, como a tuberculose e a actinomicose e também com o carcinoma.

O tratamento é realizado de forma prolongada, com antifúngicos, como sulfametoxazol-trimetoprima (mais utilizada), anfotericina B, fluconazol, itraconazol e voriconazol, dentre outros.

O objetivo deste relato é demonstrar a importância de uma análise do mapa epidemiológico onde o paciente está inserido, história clínica, aliado às falhas terapêuticas comumente usadas para tratamento preconizado para otites, que tornam imperativo prosseguir com o processo de investigação quando o caso apresenta-se de forma não usual. O diagnóstico das lesões granulomatosas otológicas pode tender a ser postergado, devido às raras descrições de casos semelhantes na literatura e dificuldade de visualização direta do aspecto da lesão. Nota-se, ainda, pouco entendimento sobre qual seria a melhor alternativa terapêutica para a forma otológica.

Palavras-chave: OTITE;PARACOCIDIOIDOMICOSE;OTOMICOSE.

PO786

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTITE EXTERNA MALIGNA : UM DIAGNÓSTICO QUE SEMPRE DEVE SER LEMBRADO****AUTOR PRINCIPAL:** ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO**COAUTORES:** ANA ELIZA GARCIA; IGOR BALDI DA SILVA; JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO; CECILIA REZENDE FERNANDES; LEANDRO DIAS QUINELLI**INSTITUIÇÃO:** ISCML, LIMEIRA - SP - BRASIL

Paciente, I.M.S. , 77 anos, diabética,vasculopata, iniciou quadro de otalgia intensa em ouvido esquerdo associada a otorreia mucopurulenta e edema com hiperemia de área pre-auricular esquerda( estágio 1 ) em Janeiro de 2023, refratária a antibioticoterapia vo com quinolona. A ressonância magnética foi visualizada área de erosão óssea em parede anterior do conduto auditivo externo, além de infiltração e erosão mastoidea. Isolada pseudomonas aeruginosa em cultura de secreção de ouvido esquerdo aspirada em centro cirúrgico. Biópsia negativa para malignidade. Paciente permaneceu por 53 dias internada , corrigindo alterações metabólicas e compensando comorbidades, recebeu meropenem endovenoso durante período de internação , evoluindo com regressão de sinais flogísticos pré auriculares, resolução de otalgia e término da secreção de orelha externa. Paciente continua em acompanhamento com equipe da ISCML ,sem recidivas do quadro até o momento.

A Otite Externa Maligna é uma patologia potencialmente fatal definida como processo de osteomielite progressiva do osso temporal, podendo se estender até a base do crânio. Atinge principalmente pacientes idosos com Diabetes Mellitus e pacientes imunodeficientes. No entanto, foram descritos, casos raros em indivíduos previamente saudáveis. Tem início no canal auditivo externo e pelo caráter invasivo desta infecção, condiciona erosão e destruição dos ossos da base do crânio com formação de abscessos, lesões neurológicas e possivelmente, morte dos doentes. A Pseudomonas aeruginosa é a principal bactéria implicada nesta entidade (>90%) . Mais raramente pode ocorrer por Staphylococcus aureus, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae e fungos como Aspergillus spp ou Candida spp.O diagnóstico se baseia na suspeita clínica associada a anamnese bem detalhada e achados objetivos no exame clínico. O emprego de RNM , Tomografia de crânio e cintilografia óssea com tecnécio 99 auxiliam no diagnóstico e seguimento dos casos. O tratamento consiste em antibioticoterapia endovenosa com ciprofloxacino ( ou beta lactamicos, carbapenemicos se resistência a quinolonas ) por um periodo de pelo menos 6 a 8 semanas, havendo possibilidade de progressao para antibioticoterapia voconforme melhora clinica e ambulatorial.

A taxa de mortalidade relacionada com esta condição infecciosa, ainda que seja baixa (cerca de 10%) , não é desprezível e devemos estar atentos à possibilidade do seu caráter “maligno” e potencialmente fatal vir a aumentar no futuro graças ao uso indevido da antibioterapia ou diagnóstico incorreto. Com o intuito de diminuir a morbimortalidade de alguns destes doentes é impreterível um diagnóstico precoce baseado na história clínica e exame objetivo sugestivo. Assim,num doente com fatores de risco, otalgia severa, insidiosa, com agravamento noturno, refratária à antibioterapia convencional para a OEA com envolvimento de nervos cranianos (como por exemplo a paralisia do nervo facial) éobrigatório pensar nesta entidade.

Palavras-chave: otite externa;otite maligna;otalgia.



PO791

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO SE MANIFESTANDO COM SURDEZ SÚBITA:  
RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA MACEDO LEANDRO**COAUTORES:** MARIA LUISA FRECHIANI LARA MACIEL; IGOR ATAÍDE SILVA TEIXEIRA; BRENO LIMA DE ALMEIDA; LÍVIA HELENA GONÇALVES MITSUI; LARA FREIRE BEZERRIL SOARES**INSTITUIÇÃO:** ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

MAOS, sexo feminino, 58A, hipertensa, dislipidêmica e ex-tabagista, procurou o PS de Otorrinolaringologia em abril de 2023, com relato de hipoacusia e zumbido em ouvido esquerdo (OE) súbitos com resolução espontânea em 02 dias. Após 1 semana, evoluiu com cefaléia holocraniana, vertigem externa incapacitante, hipoacusia e zumbido em OE. Negava alterações visuais.

Ao exame físico (EF), observa-se nistagmo horizonte-torsional multidirecional e vertical, evocado pelo olhar com fase rápida para o mesmo lado da mirada horizontal (mais pronunciado à direita). Head Impulse com sacada corretiva ao virar a cabeça à esquerda, sem skew-eye deviation. Dismetria pronunciada em membro superior esquerdo, eudiadococinética. Fukuda com desvio para a esquerda e com marcha com tendência de queda ipsilateralmente. À otoscopia, sem alterações. Teste de Weber com lateralização para a direita.

À angiotomografia de crânio com contraste, não foram evidenciados sinais sugestivos de isquemia intracraniana, trombos ou falhas de preenchimento. Foi realizada a audiometria que demonstrou perda auditiva neurossensorial profunda à esquerda, com limiares tonais dentro da normalidade à direita. A ressonância magnética (RM) de crânio com contraste evidenciou múltiplas lesões com restrição verdadeira à difusão em pedúnculo cerebelar médio e hemisfério cerebelar esquerdos em território da artéria cerebelar anterior-inferior (AICA).

Foi então aventada a suspeita de uma surdez súbita, associada a um AVE isquêmico em território de AICA esquerda.

Foram iniciados Deflazacort, AAS e clopidogrel. Durante avaliação neurológica, paciente não apresentava mais indicação para trombólise ou neurointervenção.

Durante o seguimento, apresentou melhora parcial e gradativa da vertigem e da instabilidade, mantendo hipoacusia e zumbido em OE.

Realizou um vHIT, que apresentou ganho reduzido com sacadas corretivas nos canais lateral, superior e posterior à esquerda. Manteve perda auditiva neurossensorial profunda à esquerda em audiometria ambulatorial, com limiares tonais dentro da normalidade à direita.

A surdez súbita (SS) é a percepção de uma perda auditiva classificada audiologicamente como sensorioneural de pelo menos 30dB em 03 frequências consecutivas ocorrida em até 72h. Atualmente, sabe-se que a SS é um sintoma que pode estar associado a inúmeras doenças como tumores, infecções, traumas, ototoxicidade, bem como vasculares, como apresentado no caso em questão.

A abordagem inicial de SS presume anamnese completa, EF detalhado, bem como avaliação audiológica precoce, prosseguindo com investigação etiológica subsequente. Diante de quadros de vestibulo auditivos agudos se torna imprescindível descartar quadros de etiologia central por meio da incorporação da propedêutica neurológica e da avaliação por exames de imagem. Apesar da ausência de achados na angiotomografia, a ressonância magnética apresentou um papel de extrema importância para topografar a lesão e na compreensão do mecanismo que levou ao quadro.

Diante da suspeita de SS, o tratamento medicamentoso com corticoterapia em altas doses deve ser iniciado. A recuperação, parcial ou completa, da audição não é garantida e depende da etiologia e do início precoce do tratamento. Não sendo, portanto, sempre suficiente como medida isolada, sendo necessário associação de medidas terapêuticas como antibioticoterapia ou até mais invasivas como medidas de neurointervenção.

A surdez súbita é um sintoma que pode estar associado a inúmeras etiologias. Quadros vestibulo coclear agudos, principalmente em pacientes com antecedentes cardiovasculares, devem sempre levantar a possibilidade de um acidente vascular encefálico. O manejo em tempo adequado, pode mudar a sobrevida global do paciente e a recuperação audiológica.

Palavras-chave: surdez;súbita;vestibulococlear.

PO793

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****ICTIOSE: UMA CAUSA RARA DE PERDA AUDITIVA CONDUTIVA****AUTOR PRINCIPAL:** KARINA ROLIM BARRETO CAVALCANTE**COAUTORES:** VANESSA ROLIM BARRETO; RAQUEL DOS SANTOS VIEIRA; LAURA CABRAL ROLIM**INSTITUIÇÃO:** 1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAJAZEIRAS - PB - BRASIL**ICTIOSE: UMA CAUSA INCOMUM DE PERDA AUDITIVA CONDUTIVA**

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** J.P.J, 54 anos, sexo masculino, portador de ictiose de etiologia hereditária, queixa-se de inflamações de ouvido recorrentes e de redução de audição bilateralmente há cerca de um ano. No exame físico, notou-se presença de secreção purulenta e acúmulo de debris descamativos em ambos os meatos acústicos externos. Após as devidas higienizações e tratamento das infecções locais, não se identificaram as membranas timpânicas, e os meatos acústicos externos aparentavam apresentar fundos cegos. A audiometria tonal demonstrou perda auditiva condutiva de grau moderado bilateralmente. A imitanciometria evidenciou curva tipo B bilateralmente. Foi realizada tomografia computadorizada de mastoides, que não identificou alterações em orelhas médias e internas, todavia evidenciou material com densidade de partes moles em fundos de meatos acústicos externos. A perda auditiva foi tratada com uso de aparelho auditivo de amplificação sonora individual. O paciente encontra-se em acompanhamento dermatológico, assim como em tratamento sistêmico e tópico da doença de base, mas também foi orientado a periodicamente visitar o otorrinolaringologista para avaliação otológica e auditiva.

**DISCUSSÃO:** A ictiose hereditária é uma doença genética rara, em que há alteração no processo de queratinização ou corneificação da epiderme. A condição persiste durante toda a vida e pode promover enorme impacto na qualidade de vida, visto que exige cuidados extensivos e suscita repercussões negativas emocionais, sociais, anatômicas e funcionais, como, por exemplos, dificuldade de regulação térmica e alterações de mobilidade. Devido à ictiose, houve espessamento da epiderme da pele do fundo dos meatos acústicos externos e das membranas timpânicas, que promoveu perda auditiva bilateralmente por dificultar a condução aérea do som. Diante dos graves e exuberantes comprometimentos, que esta doença causa, a perda de audição pode, mas não deve, passar despercebida, porque acarreta ainda mais isolamento social e dificuldades comunicativas para o enfermo.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Conclui-se que a ictiose hereditária é uma doença dermatológica rara e grave, que pode ocasionar múltiplas limitações em seus portadores, incluindo a perda condutiva da acuidade auditiva. O médico assistente, geralmente o dermatologista, deve estar atento que a pele do meato acústico externo também deve ser monitorada e cuidada, para preservar o importante sentido da audição. Isto posto, sugere-se que esses pacientes também sejam examinados periodicamente pelo otorrinolaringologista.

**Palavras-chave:** ICTIOSE;PERDA AUDITIVA;DOENÇA GENÉTICA.

PO795

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****RELATO DE CASO: RABDOMIOSSARCOMA BOTRIOÍDE DE ORELHA MÉDIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA VITTORIA DE MACEDO SIMEÃO BRASILEIRO**COAUTORES:** MONIQUE MEDEIROS DE MOURA BARRETO ALVES; ALICE PEREIRA FERREIRA; JORGE BARRENECHE DOS SANTOS NETO; VITOR RODRIGUES DE SOUZA; JOSE NEY RIBEIRO DE ALMEIDA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR - BA - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente ASF, 5 anos e 3 meses, masculino com relato de paralisia facial periférica à direita, apresentando otalgia intensa ipsilateral após 1 mês, associada a otorragia e exteriorização de conteúdo denso através de conduto auditivo externo. Foi internado em unidade hospitalar em Salvador-BA, para tratamento de mastoidite ipsilateral. Apresentou piora clínica, a despeito do tratamento com antibioticoterapia de largo espectro. Diante do aumento da lesão exteriorizada pelo conduto auditivo externo, optou-se por realizar biopsia para posterior programação terapêutica. O menor foi submetido a Timpanotomia Exploradora à Direita. O diagnóstico histopatológico foi de Rabdomiosarcoma Embrionário (Botrioide), sendo o paciente então encaminhado para quimioterapia e radioterapia. Evoluiu com boa resposta clínica à terapia adjuvante.

**DISCUSSÃO**

O rabdomiossarcoma de orelha média é um tumor raro, altamente agressivo, usualmente encontrado em crianças jovens, mais frequente no sexo masculino. Histologicamente seus subtipos podem ser distinguidos: embrionário, alveolar e pleomórfico, sendo o embrionário mais comum, cerca de 60%. Os sítios mais comuns são cabeça, pescoço, órbita, base do crânio, cavidade nasal e nasofaringe, sendo cerca de 41% dos casos sua localização é na região da cabeça e pescoço, e apenas 8% destes desenvolvem-se na orelha média e mastóide.

Apresentam-se através de otalgia, hipoacusia, otorréia purulenta, pólipos hemorrágicos em conduto auditivo externo e tecido de granulação.

O diagnóstico é realizado através de biópsia e imunohistoquímica. Exames de imagem, como a tomografia computadorizada, são essenciais para a avaliação do tamanho, sítio anatômico e extensão da lesão, já a ressonância magnética oferece resolução superior para tecidos moles e a supressão de gordura em volta dos seios da face, fossa pterigopalatina e fossa infratemporal sensibiliza o exame para a extensão tumoral.

A propedêutica depende da localização do tumor, extensão da doença e presença ou não de metástases. Geralmente requer terapia multimodal, incluindo ressecção cirúrgica, quimioterapia e radioterapia.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Em geral, o rabdomiossarcoma é um tumor incomum que está associado a uma alta taxa de letalidade em crianças, quando o diagnóstico é tardio. Dessa forma deve-se ter um diagnóstico precoce. A detecção precoce e o tratamento multimodal são fundamentais para garantir um desfecho positivo nesses pacientes. Tendo em vista que o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil contribuem para melhora da qualidade de vida e redução das sequelas.

Palavras-chave: RABDOMIOSSARCOMA;PEDIÁTRICO;ORELHA.

PO801

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****CAPACITAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA EM OTOSCOPIA AOS ALUNOS DE MEDICINA: UMA EXPERIÊNCIA VIABILIZADA PELA LIGA ACADÊMICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA****AUTOR PRINCIPAL:** AMANDA ALMEIDA AGUIAR**COAUTORES:** DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS; HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG; MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT; VICTOR RANZULLA DE SOUZA; ANA CLARA CARDOSO MARQUEZ; MAX AURELIO GUIMARAES COLARES MACIEL**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Objetivo:** Relatar a experiência de uma capacitação teórico-prática em otoscopia voltada aos acadêmicos de medicina com o apoio do serviço de residência de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Júlio Muller.

**Métodos:** Foi realizada uma capacitação teórico-prática em otoscopia no Hospital Universitário Júlio Muller com 8 alunos da liga acadêmica de otorrinolaringologia da Universidade Federal de Mato Grosso e 1 residente da mesma especialidade e instituição. Tal atividade durou 4 horas, sendo 2 horas para a aula teórica de anatomia e diagnósticos otológicos e 2 horas de prática otoscópica.

**Resultados:** Na capacitação em otoscopia, a princípio, houve uma aula teórica, ministrada pelo residente da especialidade de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Júlio Muller, na qual foi ilustrada a anatomia básica da orelha externa e média, os pontos de referência para distinguir o lado direito do esquerdo em exames de imagem da membrana timpânica e o aspecto íntegro, seco e translúcido como esperados de normalidade dessa estrutura. Com isso, identificou-se os achados normais observados através do otoscópio para então destacar os principais diagnósticos patológicos relacionados, como a otite média aguda, otite média serosa, otite externa e perfuração da membrana timpânica. Após a explicação, os alunos foram direcionados para uma aula prática, incluindo o aprendizado do posicionamento adequado do paciente e do profissional, manejo correto dos instrumentos utilizados no exame e visualização de estruturas essenciais para os possíveis diagnósticos.

**Discussão:** A otoscopia constitui uma importante ferramenta de auxílio diagnóstico de doenças na orelha, a exemplo da otite média aguda e da perfuração timpânica. O exame otológico consiste na inserção do otoscópio no meato acústico para visualização de estruturas internas, para isso o examinador deve solicitar que o paciente incline a cabeça para o lado contralateral ao ouvido examinado. Para facilitar a introdução do otoscópio, devemos realizar a retificação do meato acústico. Estudo que avaliou as habilidades no exame de otoscopia nas diversas especialidades médicas que realizam a otoscopia no exercício profissional, concluiu que muitos médicos têm dificuldade em diagnosticar doenças do ouvido. Após avaliação foi implementada uma capacitação de 25 minutos, que resultou em uma melhora de 13% no conhecimento sobre otoscopia do grupo avaliado anteriormente. Desta forma, constata-se a importância de capacitações sobre o exame otológico, como a relatada no presente trabalho, a fim de garantir a execução adequada da avaliação das estruturas do ouvido pelos futuros médicos.

**Conclusão:** Portanto, infere-se que a partir da capacitação teórico-prática foi possível promover educação em otorrinolaringologia, mediante a aula da anatomia básica da orelha e estruturas associadas, bem como através da prática de manuseio do otoscópio e realização adequada da otoscopia entre os alunos. Além disso, foi possível desenvolver um raciocínio clínico acerca das estruturas do ouvido observadas e achados normais e patológicos no exame, correlacionando com os principais diagnósticos otológicos. Tais experiências são de grande importância para a formação médica, pois agregam conhecimentos prévios à vivência prática do curso.

**Palavras-chave:** Otoscopia; Acadêmicos; Capacitação.

PO809

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****RELATO DE CASO: FÍSTULA LIQUÓRICA OTOGÊNICA****AUTOR PRINCIPAL:** TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO**COAUTORES:** VICTORIA FRÓIS OSS-EMER; PEDRO HENRIQUE ZANELLA CATTO; MARIA LUIZA LOPES ILGENFRITZ; FERNANDA CHAVES AMANTÉA; FERNANDO LIBERATO DA SILVA; LUIZA CABREIRA BRUST; MAURICIO NOSCHANG LOPES DA SILVA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente do sexo feminino, 72 anos, apresentou-se no ambulatório do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com história de otorreia de repetição no ouvido direito desde a juventude, tendo realizado diversos tratamentos clínicos, bem como Timpanotomia para colocação de tubo de ventilação (TV) à direita por volta dos 40 anos de idade. Diz que após ter realizado a Timpanotomia para colocação TV, houve melhora do quadro, ficando sem queixas por cerca de 30 anos. Refere que há 2 anos houve recrudescimento dos sintomas otológicos - iniciou quadro de drenagem de líquido hialino de ouvido direito, constante, em alto volume (relato de encharcar o travesseiro à noite). Diz que o quadro é associado a otorreia purulenta intermitente, que responde a tratamentos com antibioticoterapia via oral prescritos em Pronto Atendimento, mas sem cessar a drenagem de líquido hialino (esta constante e sem resposta aos tratamentos clínicos realizados). Negava história de febre, meningite, cefaléia, nuchalgia, tontura ou zumbido.

Ao exame físico, paciente apresentava-se com Otoscopia Direita evidenciando Conduto Auditivo Externo com sinais flogísticos e Membrana Timpânica espessada, com tubo de ventilação tópico em quadrante ântero-inferior, pelo qual se visualizava drenagem de líquido citrino (imagem 1). Otoscopia esquerda sem alterações. À Acumetria com diapasão 512Hz, Via aérea direita melhor que Via aérea esquerda, Teste de Weber não lateriza e Teste de Rinne negativo bilateralmente.

Realizou Tomografia Computadorizada (TC) de Ouvidos com sinais de erosão do Tegmen Timpânico (imagem 2) e audiometria com Perda Auditiva Mista de grau moderadamente-severo bilateralmente (imagem 3).

Em consulta, foi realizada coleta do líquido citrino drenado de ouvido direito (imagem 4), com medida de HGT do líquido >500mg/dl. Ademais, foi realizada a remoção do tubo de ventilação (imagem 5).

Paciente aguarda, no momento, realização de Ressonância Magnética (RM) para posterior planejamento de correção cirúrgica.

**Discussão:**

A fístula liquórica otogênica (FLO) é uma rara condição médica caracterizada por uma anômala comunicação patológica entre o espaço subaracnóideo e as estruturas anatômicas do ouvido médio ou do conduto auditivo externo. A otite média crônica (OMC) é uma condição clínica caracterizada pela inflamação persistente da mucosa e estruturas do ouvido médio. Em certos contextos, a otite média crônica pode precipitar a formação de uma FLO. A OMC, por sua ação contínua na estrutura do ouvido médio, pode induzir a erosão de elementos ósseos adjacentes, incluindo a cápsula ótica, o teto timpânico e outras estruturas, culminando em uma fístula e permitindo a exteriorização do líquido cefalorraquidiano. Os pacientes que apresentam FLO associada à OMC frequentemente manifestam sintomas drenagem de líquido pelo ouvido, perda auditiva, vertigem e infecções recorrentes. O diagnóstico requer avaliação clínica metódica, incluindo otoscopia, audiometria e exames de imagem, notadamente TC e RM, para confirmar a presença da fístula.

A abordagem terapêutica tipicamente envolve intervenção cirúrgica. Os principais objetivos deste procedimento incluem reparação da fístula, correção da OMC subjacente e restauração das estruturas afetadas.

**Comentários finais:**

A FLO associada à OMC, embora infrequente, possui relevância clínica substancial. O diagnóstico precoce e o tratamento são cruciais para evitar complicações graves, como infecções do sistema nervoso central.

**Palavras-chave:** fistula liquorica;fistula liquorica otogênica;tégmen timpânico.

PO816

## E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

### TRAUMA ACÚSTICO APÓS EXPLOSÃO DE GRANADA: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA CRYSTHINE AGUIAR BRASIL

**COAUTORES:** GLAYSON SOARES MELO DA COSTA; FERNANDA VITÓRIA MELO FERNANDES MAGELA; RAFAEL SABA ALBERTINO; OSWALDO OLIVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR; ANNA CRISTINA SILVESTRI NOBRE; FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA - DF - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente MWSO de 19 anos, sexo masculino, compareceu na Clínica de Especialização em Otorrinolaringologia do Hospital das Forças Armadas do Distrito Federal, com queixa de otalgia esquerda moderada associada a zumbido e plenitude auricular ipsilateral iniciados após episódio de acidente explosivo com granada de luz e som em missão 24 horas antes do atendimento. Negava vertigem, episódios de otite ou traumas prévios. Negava comorbidades ou uso de medicação contínua.

Ao exame, apresentava orelha esquerda com edema de lóbulo, hiperemia do conduto auditivo externo, membrana timpânica íntegra mas com leve hiperemia. Orelha direita sem alterações. Sem outras alterações ao exame otorrinolaringológico.

Solicitada audiometria tonal e vocal e iniciada corticoterapia oral 60mg/dia e orientada proteção auricular com retorno para reavaliação.

Audiometria 21/08/23: Perda em neurosensorial moderada em 8 kHz à esquerda.

Audiometria 12/09/23: Perda em neurosensorial leve em 4, 6 e 8 kHz à esquerda.

Na análise comparativa das audiometrias, destaca-se melhora na orelha esquerda na frequência de 8kHz, melhorando de 70 para 40 dB.

Após a última audiometria e reavaliação após conclusão de 18 dias de corticoterapia, orientado seguimento ambulatorial mensal.

#### DISCUSSÃO

Alterações auditivas podem ser desencadeadas por exposição a altos níveis de pressão sonora, como o ruído em forte intensidade. Quando a exposição é intensa e de curta duração, como o ruído de impacto, pode gerar um trauma acústico.

O trauma acústico é um tipo de lesão na orelha média e/ou interna causada por uma exposição única e breve a uma fonte sonora de alta intensidade, como a proveniente da explosão no caso exposto, por exemplo. Os principais sintomas são a perda auditiva súbita após a exposição, zumbido, e plenitude auricular, compatíveis com o relato do paciente, podendo ser temporários ou permanentes. Esses sintomas dependem da intensidade sonora, do tipo de estímulo e da distância entre o indivíduo e a fonte sonora.

A audiometria é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de trauma acústico e monitorização da evolução do quadro. A alteração mais comum é o rebaixamento dos limiares tonais do tipo neurosensorial, principalmente nas frequências de 3 a 6kHz. A frequência de 4kHz, na maioria dos casos, é a mais comprometida. A exposição prolongada a ruídos intensos pode posteriormente comprometer as frequências mais baixas e a de 8kHz, mas quase sempre em menor intensidade que as de 3 a 6kHz. Diferindo do caso atendido, que apresentou comprometimento moderado já na frequência de 8kHz. No geral, o acometimento é simétrico, mas a assimetria pode ser observada em pacientes que ficaram próximos a explosão, como encontrado no caso exposto.

Com relação ao seguimento, vale-se ressaltar a importância da prevenção deve sempre ser buscada e é essencial para pessoas expostas a situações de risco para o traumático. Quanto ao tratamento, existem algumas opções, sendo que os corticoides são fármacos amplamente usados e muito estudados para perda auditiva aguda, opção escolhida para o caso exposto. Destaca-se ainda, que melhores são os resultados conforme início precoce do tratamento.

#### COMENTÁRIOS FINAIS

Concluimos que as lesões acústicas por trauma sonoro são mais comuns em zonas de combate ou atividades militares. Destacamos a importância do diagnóstico precoce e consequente avaliação e intervenção terapêutica, a exemplo do caso exposto com desfecho satisfatório a partir da conduta adequada, mesmo em quadro audiométrico atípico.

Palavras-chave: Trauma acústico; Perda auditiva aguda; Perda auditiva por explosão.

PO817

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****SCHWANNOMA VESTIBULAR EM CRIANÇA SEM NEUROFIBROMATOSE TIPO 2 E COM APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA ATÍPICA****AUTOR PRINCIPAL:** BÁRBARA RIBEIRO DE BELMONT FONSECA**COAUTORES:** SAMARA ADJUTO MEIRA UCHOA DE CASTRO; LARA FONTES SILVA DA CUNHA LIMA; KAMILLA CORREIA DE MELO; MARCELA ROLIM DA CRUZ; THAIS DE CARVALHO PONTES MADRUGA; ISABELLE BRAZ DE OLIVEIRA SILVA; KARLA LIMA DE QUEIROZ**INSTITUIÇÃO:** CDO, JOAO PESSOA - PB - BRASIL

Paciente JASN, 5 anos, com hipoacusia à esquerda, há um mês. Ao nascer, otoemissões acústicas transientes presentes. Sem fatores de risco para perda auditiva. Apresentou atraso de fala e necessidade de fonoterapia, porém sem investigação audiológica na época. Otoscopia sem alterações. Audiometria Tonal, Vocal e Impedanciometria demonstraram perda auditiva neurosensorial (PANS) leve em 6 e 8 kHz e curva A à direita; PANS severa (média quadritonal de 80 dBNA) e curva A à esquerda. Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE): onda I ausente, onda III sem repetibilidade e onda V com latência aumentada à direita; ondas I, III e V ausentes à esquerda; onda V até 40 dB nHL à direita; onda V presente a 90 dB nHL à esquerda, mas ausente com mascaramento. Devido à PANS assimétrica, foi solicitada Ressonância Magnética (RM) de mastoides com contraste que evidenciou imagem ovóide hipointensa em T2 e hiperintensa em T1, no fundo do meato acústico interno (MAI) esquerdo, sem plano de clivagem com os nervos vestibular inferior e coclear, medindo 0,3x0,3 cm, sem realce com gadolínio. Considerar a hipótese diagnóstica de schwannoma vestibular. Como tais achados não eram típicos de schwannoma vestibular, aventou-se a possibilidade de hemorragia intrameatal, além de neuropatia auditiva, sendo solicitados avaliação hematológica, que descartou coagulopatia, além de ressonâncias seriadas. Ademais, foi solicitado teste com Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) à esquerda, ganho funcional e treinamento auditivo. RM de mastoides com contraste após 6 meses constatou que permanece inalterada a pequena formação nodular exibindo sinal intermediário/baixo em T2 e, em nova avaliação, impregna-se pelo agente paramagnético, no fundo do MAI esquerdo, em quadrante posteroinferior, na topografia do nervo vestibular inferior, sem extensão intralabiríntica, representando schwannoma do nervo vestibular inferior. Com a persistência do achado, que passou a se impregnar pelo contraste, descartou-se hemorragia intrameatal e ratificou-se a hipótese de schwannoma vestibular. Nesta nova avaliação foi solicitada RM de neuroeixo, avaliação genética e neurológica, descartando-se neurofibromatose tipo 2 (NF2). RM de Encéfalo após doze meses: inalterada a pequena formação nodular que exibe sinal intermediário/baixo em T2 e impregna-se discretamente pelo agente paramagnético, localizada no fundo do MAI esquerdo, no quadrante posteroinferior, na topografia do nervo vestibular inferior, sem extensão intralabiríntica. Optou-se por acompanhamento com RM para avaliar crescimento da lesão, além de manutenção de AASI, fonoterapia e avaliação audiológica semestral. O schwannoma vestibular é um tumor benigno originário das células de Schwann do ramo vestibular do nervo vestibulococlear. É raro na população pediátrica em sua apresentação unilateral. Segundo literatura, schwannoma vestibular representa 0,8% de todos os tumores em pacientes pediátricos e, sem neurofibromatose, são mais incomuns ainda. Pouco foi relatado sobre a apresentação, resposta à cirurgia e recorrência em pacientes mais jovens. Os achados radiológicos típicos consistem em lesão em topografia do MAI, com sinal isoíntenso em T1, isoíntenso a hiperatenuante em T2 e com realce após contraste em T1. Descreve-se um caso de schwannoma vestibular em paciente de apenas 5 anos de idade, sem NF2, e com imagens radiológicas atípicas na avaliação inicial, sendo necessária uma avaliação minuciosa multidisciplinar para elucidação do caso. Diante da raridade, faz-se necessário ressaltar que perdas auditivas unilaterais em crianças precisam ser investigadas e diversos diagnósticos são possíveis. Deve-se aumentar a suspeição para tumores do ângulo pontocerebelar, visto que o diagnóstico precoce dessas lesões trará melhor prognóstico no seguimento e tratamento.

Palavras-chave: schwannoma vestibular; neurofibromatose tipo dois; perda auditiva.



PO818

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Relato de caso: Tratamento cirúrgico na Síndrome de Gradenigo

**AUTOR PRINCIPAL:** AURENZO GONÇALVES MOCELIN**COAUTORES:** LUISI MARIA MEZZOMO; FERNANDO AZEVEDO FERREIRA; CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR; ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ; LOUISE FERREIRA IUNKLAUS; VITORIA GABRIELA BERLITZ; JOSE FERNANDO POLANSKI**INSTITUIÇÃO:** HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL**Title:** Surgical treatment in Gradenigo Syndrome: Case report**Introdução:**

Em 1907, Guiseppe Gradenigo descreveu um complexo de sintomas de otite média supurativa, dor na distribuição do nervo trigêmeo e paralisia do nervo abducente. Desde o advento dos antibióticos, a incidência desta condição potencialmente fatal diminuiu, mas ainda ocorrem casos ocasionais. Como os sintomas são sutis, a condição costuma ser reconhecida tardiamente. O conhecimento da etiologia e investigações apropriadas podem levar ao diagnóstico precoce. A síndrome de Gradenigo (SG), caracterizada pela tríade: otite média complicada com otorreia, dor facial na distribuição do nervo trigêmeo, e paralisia do nervo abducente. Causada pela infecção disseminação do ouvido médio até o ápice da parte petrosa do osso temporal.

**Objetivos:**

O objetivo desse artigo é relatar um caso clínico de SG como complicação de otite média aguda.

**Relato do caso:**

Masculino, 13 anos, com cefaleia frontal de forte intensidade e otalgia em orelha direita, febre alta e diplopia. Apresentando febre e paralisia do 6º par craniano a direita. Restante da mobilidade ocular extrínseca preservada. Membrana timpânica íntegra, porém abaulada e hiperemiada. Não apresentava sinais flogísticos em mastoides e nem sinais de paralisia facial periférica. Tomografia computadorizada apresentando sinais de otomastoideopatia aguda à direita, complicada por coleção necrótica envolvendo a pirâmide do ápice petroso e promovendo osteólise regional, realce assimétrico envolvendo o cavum de Meckel, canal de Dorello e seio cavernoso à direita. Baseado nos achados clínicos e radiológicos confirmou-se o diagnóstico de Síndrome de Gradenigo. Foi usado ceftriaxona e metronidazol. No 3º dia, sem melhora importante do quadro clínico com antibioticoterapia, o paciente foi submetido a mastoidectomia e timpanotomia com colocação de tubo de ventilação à direita. No primeiro dia pós operatório, houve melhora da cefaleia, permanecendo ainda com diplopia e paralisia do nervo abducente. Após 14 dias de internação, houve melhora completa dos sintomas, involução total da paralisia do 6º par craniano a direita.

**Discussão:**

O conhecimento da condição, juntamente com investigações imediatas, são necessários para o reconhecimento precoce. O tratamento com antibióticos em altas doses, tanto sistêmico quanto tópico, é o tratamento de escolha. Isto deve ser prolongado por longos períodos, mesmo que o paciente pareça responder adequadamente a um regime curto. Se a doença for reconhecida posteriormente, a drenagem cirúrgica na forma de petrosectomia apical pode ser necessária.

**Conclusão:**

A síndrome de Gradenigo é uma complicação incomum da otite média aguda. Não existem evidências robustas sobre tratamentos padronizados para esses casos, nem diretrizes para escolha entre tratamento conservador ou cirúrgico, dependendo, portanto, da especificidade de cada caso e da experiência e opinião do médico especialista assistente.

**Key-words:** Gradenigo's syndrome, abducens nerve palsy, acute otitis media, petrous apicitis, petrositis.

**Palavras-chave:** Gradenigo; Nervo Abducente; Otite média aguda.

PO819

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Análise morfométrica da região do processo mastóide do osso temporal

AUTOR PRINCIPAL: SARAH LOPES SALOMÃO

COAUTORES: RAFAEL BATISTA DOS SANTOS; LUIZ FERNANDO MANZONI LOURNEÇONE; ANDRÉ LUIS SHINOHARA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, HOSPITAL DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO., BAURU - SP - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, PROGRAMA DE ENGENHARIA DE SISTEMAS E COMPUTAÇÃO., RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL. 3. HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS (HRAC), PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO., BAURU - SP - BRASIL. 4. FACULDADE DE ODONTOLOGIA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO., BAURU - SP - BRASIL

**Objetivos:** Analisar morfometricamente pontos de referência da face lateral do processo mastóide do osso temporal, em cabeças ósseas maceradas de adultos (classificadas entre femininas e masculinas), coletando os seguintes parâmetros: 1) DISTÂNCIA A: ponto mais inferior do processo mastóideo até a espinha suprêmea; 2) DISTÂNCIA B: ponto mais inferior do processo mastóideo até a crista supramastoidea.

**Métodos:** Foram selecionadas 50 cabeças ósseas adultas maceradas nas quais foram coletadas as distâncias A e B, com auxílio de paquímetro digital. O critério de inclusão foi a integridade da região da face lateral do processo mastóide do osso temporal. Todas as medições foram coletadas duas vezes, em dois momentos diferentes, com intervalo de 30 dias entre as medições, com o objetivo de avaliar erros de medição. O ponto final da crista supramastoidea considerado para medição foi o ponto definido pelo cruzamento entre a crista e a sutura escamosa do crânio. Para análise dos dados, além da análise exploratória, todos os dados passaram no teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Para comparações entre grupos (masculino e feminino) foi utilizado o teste de Análise de Variância (ANOVA).

**Resultados:** Foram analisados 28 crânios classificados como masculinos e 22 crânios classificados como femininos. O sexo dos crânios foi estimado a partir de parâmetros macroscópicos observáveis no próprio crânio. Para análise exploratória de dados, foram calculadas média e variância, e posteriormente feita comparação entre crânios masculinos e femininos. Cada um dos atributos (Distância A direita; Distância A esquerda; Distância B direita; Distância B esquerda) foi analisado. Foram considerados outliers aqueles acima do número definido por: mediana + 1,5\* (3º quartil - 1º quartil). Tais valores não foram excluídos de nenhum cálculo. Gráficamente, no diagrama de pontos, observa-se que A Direita - B Direita e A Esquerda - B Esquerda não apresentam relação linear. Não é possível rejeitar a hipótese de normalidade - assim, os valores poderiam ser considerados como seguindo uma distribuição normal. Ao final da análise, foi aplicado o teste ANOVA para entender se existe diferença estatisticamente significativa entre as médias das distâncias "A" feminino e "A" masculino e também entre as distâncias "B" feminino e "B" masculino. Para realizar o teste ANOVA no Planilhas Google, foi utilizada a extensão "XLS Miner Analysis ToolPak". Com isso, obteve-se a estatística de teste (F), o valor P e o F crítico. Pelo teste ANOVA foi possível concluir que o único valor de p acima de 0,05 foi a distância B esquerda (tanto na medida 1 quanto na medida 2).

**Discussão:** Há estudos que fazem análises de mensuração para embasar técnicas cirúrgicas de orelha média, mas em geral tal mensuração é feita a partir de tomografia computadorizada. Ainda não havia estudos analisando as distâncias aqui propostas. Em geral os trabalhos de mensuração têm enfoque em embasar o encaixe e tamanho do implante, e não na incisão cirúrgica, como aqui realizado. Assim, temos uma ferramenta complementar na preparação cirúrgica, evitando erros nas fases iniciais mais críticas, como na cirurgia de implante coclear, que passa por etapas com um maior risco de lesão de estruturas nervosas, como o caso do nervo facial.

**Conclusão:** O único p-valor acima de 0,05 foi o da distância B esquerda (tanto na medição 1, quanto na medição 2), não sendo possível afirmar que a distância B seja diferente de modo estatisticamente significativa para crânios femininos e masculinos. Isso pode ser explicado pelo fato da variância dessa medida para os crânios masculinos ser alta. Além disso, foi possível concluir que as demais medidas são estatisticamente diferentes quando comparados crânios femininos e masculinos.

**Palavras-chave:** Processo Mastóide; Mastoidectomia; Implante Coclear.

PO825

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTITE MÉDIA SEROSA E PERDA DE AUDIÇÃO SÚBITA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA CLAUDIA PASCOAL DA SILVA**COAUTORES:** BEATRIZ COVICI BARROS; MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR; ALINE BATISTA LOPES; MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS; MARIANE PAIVA RANGEL; GABRIELA MINETTO DE LIMA; FABIO TADEU MOURA LORENZETTI**INSTITUIÇÃO:** BOS, SOROCABA - SP - BRASIL

Paciente do sexo masculino, 48 anos foi admitido em nosso Pronto-Socorro com um quadro de perda de audição súbita de ouvido esquerdo, de início há 12 horas, associado a zumbido, em chiado, ipsilateral. Apresentava quadro prévio há 2 dias de congestão nasal, saída de secreção nasal e ocular amarelada. HPP: artrite reumatoide em acompanhamento com especialista e em uso de imunossupressor com estabilidade da doença. À otoscopia esquerda, conduto auditivo se apresentava sem alterações e membrana timpânica moderadamente opaca e levemente abaulada, com hiperemia em região de cabo de martelo (Figura 1); ao teste de Weber apresentou lateralização à esquerda. Como conduta medicamentosa, foi iniciado prednisona VO 60mg/dia. Após 24 horas, paciente retorna ao serviço com audiometria (tonal, vocal e imitânciometria), mostrando perda mista de grau leve a esquerda (Figura 2) e curva B (Figura 3). A equipe de otologia do nosso serviço aventou como hipótese diagnóstica, otite média com efusão como causadora da perda de audição súbita, após tal hipótese, a corticoterapia foi alterada para doses decrescentes por 10 dias e associação de amoxicilina+clavulanato e sintomáticos nasais. Após um mês de acompanhamento, paciente retorna com melhora subjetiva de 80% da hipoacusia, ao exame apresentou normalização da otoscopia, mantendo apenas quadro de zumbido, que está sendo investigado no momento.

Otite média serosa/ com efusão é caracterizada pela presença de secreção na orelha média na ausência de sinais infecciosos. O quadro é caracterizado a partir do tempo de duração, sendo considerado como agudo se duração for inferior a 3 semanas; subagudo quando se estende entre 3 semanas e 3 meses. Geralmente pode ocorrer após quadros de infecções de vias aéreas superiores (IVAS). Maioria dos casos a afecção é assintomática. Porém, o sintoma mais comum é a perda de audição. Perda de audição condutiva e zumbido estão intimamente relacionados. O risco de zumbido em otite média com efusão é de aproximadamente 7%.

A otite média com efusão é assintomática na maioria dos casos, porém quando não é diagnosticada da forma e no tempo adequados pode levar a um quadro com grande morbidade ao paciente, se associando a complicações que podem ter caráter crônico, como a perda de audição e quadros de zumbido.

A avaliação clínica e audiométrica, assim como diagnóstico e conduta precoces são fundamentais para evitar o prolongamento de tais morbidades e para melhor manejo do paciente e sucesso do tratamento.

Palavras-chave: OTITE MEDIA SECRETORA ;PERDA DE AUDIÇÃO SUBITA;HIPOACUSIA.

PO833

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****RELATO DE CASO: DOENÇA RELACIONADA AO IGG4 ACOMETENDO EXCLUSIVAMENTE O OUVIDO****AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDA GOMES RESENDE**COAUTORES:** CATARINA LUIZA SANTOS VALENTIM; JÚLIA VASCONCELOS MAGALHAES; VANESSA RIBEIRO ORLANDO; RODRIGO PÊGO FRANCO; GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO; MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO; MILENA GAVA FIM**INSTITUIÇÃO:** 1. INSTITUTO DE OTORRINO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL2. MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Paciente do sexo masculino, 42 anos, com relato de 2 cirurgias prévias em ouvido direito devido a colesteatoma, comparece ao serviço de Otorrinolaringologia queixando-se de hipoacusia e de otalgia em ouvido esquerdo. Diagnosticado com Otite Média Aguda Supurativa em ouvido esquerdo, foi tratado com antibiótico oral. Evoluiu com piora da hipoacusia e otorreia. Encaminhado, então, à internação e iniciado antibioticoterapia e corticoterapia venosas. Durante a internação foi realizada Ressonância Magnética dos ouvidos que obteve alterações de padrão inflamatório. Nesse período, evoluiu com Paralisia Facial. Optou-se então por intervenção cirúrgica, sendo realizada mastoidectomia e coleta de material para imunohistoquímica. Após a cirurgia, obteve melhora importante da Paralisia Facial. A análise do material coletado detectou Síndrome Esclerosante Relacionada ao IGG4, o que também foi confirmado com a reavaliação do material coletado nas cirurgias do ouvido direito em 2021.

Desde então, o paciente tem acompanhamento multidisciplinar, sendo descartados acometimentos em outros órgãos até o momento. Segue em uso de Azatioprina e corticosteroide, com melhora parcial da hipoacusia bilateralmente.

A Doença Relacionada à IGG4 é uma afecção sistêmica crônica imunomediada, que geralmente se manifesta com massas tumorais e/ou aumento indolor de múltiplos órgãos associados à elevação de IGG4 sérica. Os órgãos mais afetados são o pâncreas, rins, glândulas parótidas, gânglios linfáticos, olhos e retroperitônio, que podem ser danificados de forma irreversível.

As manifestações clínicas resultam da infiltração tecidual densa por células imunes e da expansão da matriz extracelular. Pode ocorrer pancreatite, fibrose retroperitoneal, doença inflamatória orbital, entre outras manifestações a depender dos órgãos acometidos.

O diagnóstico é baseado nos sinais clínicos e exames laboratoriais e de imagem. Deve-se realizar exames de imagem transversais, como Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética das áreas clinicamente afetadas. A biópsia não é essencial, mas ajuda a distinguir a doença de outras causas semelhantes à tumor e linfadenopatia. Os níveis séricos de IGG4 estão elevados em apenas 60 a 70% dos casos, o que comprova que o diagnóstico é uma associação de fatores clínicos somados aos demais exames.

O tratamento visa reduzir a inflamação dos órgãos acometidos, induzindo a remissão da doença para a preservação da função destes. É feito com a corticoterapia e, em alguns casos, pode-se utilizar o Rituximabe. Alguns pacientes precisam ser submetidos a procedimentos cirúrgicos, a depender das manifestações clínicas.

A Síndrome Esclerosante relacionada ao IGG4 é uma condição rara, que em geral acomete múltiplos órgãos. O acometimento exclusivo do ouvido é ainda mais raro, como o relato de caso descrito. Quando diagnosticada precocemente apresenta melhor prognóstico com o tratamento utilizado com imunossuppressores. Sendo assim, enfatiza-se a relevância da doença como diagnóstico diferencial em pacientes com condições fibroinflamatórias.

Palavras-chave: Doença Relacionada a Imunoglobulina G4; Otite; Imunoglobulina G.

PO834

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Estudo dos aspectos epidemiológicos da otite média e outros transtornos do ouvido médio na Bahia entre 2012 e 2022

**AUTOR PRINCIPAL:** CRISLAINE THÂMARA SILVA ACÁCIO

**COAUTORES:** BRENDA LISBOA CANA BRASIL; RHANYA ALVES SILVA; JANECLÉIA SUELI MAIA MARTINS; RAFAEL BRUNO SABINO LEITE SÁ BARRETO; MARIA ALINE DO NASCIMENTO DO CARMO; HANNA DOS ANJOS GOMES; PAULO SERGIO LINS PERAZZO

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivo:** Analisar perfil epidemiológico dos pacientes internados por otite média e outros distúrbios do ouvido médio no estado da Bahia entre 2012 e 2022.

**Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal e retrospectivo do perfil de internados por otite média e outros distúrbios do ouvido médio no estado da Bahia entre Janeiro de 2012 a Dezembro de 2022. Os dados foram obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). As variáveis utilizadas foram internações por ano segundo faixa etária, raça/etnia e sexo.

**Resultados:** No estado da Bahia, durante o período de 2012 a 2022, foram registrados um total de 8.237 casos de internamento devido a otite média e outros distúrbios do ouvido, o que corresponde a 27,2% do total de casos na região Nordeste. É importante ressaltar que os anos de 2020 e 2021 se destacaram pelos menores números de internamentos, com 465 e 448 casos, respectivamente, em comparação com a média da década, que foi de 748,8 casos. A faixa etária mais afetada foi a de 1 a 4 anos, representando 15,9% do total de internamentos. Em relação à raça/etnia, notou-se que a população parda foi a mais afetada, com 50,8% dos casos, seguida pela população preta, que representou 9,4%. Quanto ao sexo, as internações foram mais frequentes no sexo feminino, que correspondeu a 55,5% do total de casos registrados.

**Discussão:** Otite Média designa uma gama de infecções e inflamações no ouvido médio, como a Otite Média Aguda e a Otite Média Efusiva. Percebe-se, pelos dados coletados no sistema do DataSUS, que o estado da Bahia responde por mais de um quarto das internações da região nordeste referentes ao problema, fato que comprova a importância de analisar essa patologia. Notavelmente, os anos de 2020 e 2021 representam uma ruptura na média notificada nos anos anteriores, tal diminuição pode estar relacionada às ondas do Sars-Cov-2, que, à época respondia pelo maior número de notificações nos hospitais brasileiros. Nota-se que crianças de 1 a 4 anos são as mais afetadas pela Otite Média, segundo os dados coletados. Isso pode ser justificado pelo fato de serem mais propensas ao problema, tanto pelo sistema imunológico em formação, quanto pelo menor comprimento de suas Trompas de Eustáquio quando comparadas às de adultas, condição que favorece a migração de microorganismos para o ouvido. No que tange à etnia, vê-se que pardos e pretos foram os principais atingidos pela Otite Média. Uma hipótese para esse achado são as condições socioeconômicas dessas populações mantidas à margem da sociedade, desde a colonização. Quanto ao gênero, os dados mostram que as mulheres são mais afetadas pela Otite Média. Isso pode ser explicado devido a maior exposição a fatores sociais estressantes, que afeta diretamente sua rotina de autocuidado, alimentação, sono, exercício físico, predispondo-as a infecções e outros problemas de saúde e predispondo esse grupo a infecções e outros problemas de saúde.

**Conclusão:** A partir dos dados coletados, fez-se possível concluir que crianças de 1 a 4 anos, a população parda e negra e as mulheres são os grupos de pessoas mais afetadas pela otite média e outros distúrbios do ouvido. Para isso, foi observado como possíveis explicações, o sistema imunológico ainda em formação das crianças dessa faixa etária, as desigualdades socioeconômicas enfrentadas pela população parda e preta, bem como a dupla jornada a qual muitas mulheres são submetidas no cotidiano.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; Orelha Média; Otite Média.

PO838

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Abscesso de Bezold associado à trombose de seios sigmoide e transversal como complicação de Otite Média Crônica Colesteatomatosa.

**AUTOR PRINCIPAL:** PAULA NIKOLAY

**COAUTORES:** HORMY BIAVATTI SOARES; LAURA CARMINATI CIMOLIN; BRUNO RAFAEL SABEL; HENRIQUE CARVALHO; LARISSA LENZ KNIPHOFF DA CRUZ; EMILLI FRAGA FERREIRA

**INSTITUIÇÃO:** HGCR, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, de 18 anos de idade, com diagnóstico prévio de Otite Média Crônica Colesteatomatosa, porém sem acompanhamento otorrinolaringológico, procurou o serviço de emergência do Hospital Governador Celso Ramos referindo drenagem espontânea de conteúdo purulento por região cervical com um dia de evolução. Dez dias antes apresentou quadro de otalgia importante, otorreia, abaulamento cervical e toxemia, procurando atenção primária onde recebeu prescrição de Amoxicilina e Otocirax. Quadro semelhante ocorreu 01 ano antes, sendo submetido apenas à drenagem cervical, sem abordagem otológica, em serviço não especializado. Após avaliação inicial, realizou-se tomografia computadorizada de pescoço e de mastoides com contraste, que evidenciou abscesso acometendo região retroauricular esquerda, com extensão pela face medial do músculo esternocleidomastoideo até o nível de C5 – Abscesso de Bezold - além de trombose dos seios sigmoide, transversal e terço proximal da veia jugular interna esquerda. O paciente foi então submetido à drenagem dos abscessos, além de mastoidectomia radical modificada para remoção do colesteatoma. Durante a internação recebeu ceftriaxone, clindamicina e dexametasona e, na alta hospitalar, recebeu mais dez dias de amoxicilina-clavulanato, apresentando resolução completa do quadro agudo ao final do tratamento. Desde então mantém seguimento otorrinolaringológico regular.

**Discussão:** Descrito pela primeira vez em 1885, o abscesso de Bezold constitui-se como uma rara complicação das otites médias - tanto agudas como crônicas, sendo mais associado às primeiras - e decorre da disseminação de um processo infeccioso agressivo da orelha média e mastoide para a região cervical profunda, através da erosão da crista digástrica, medialmente à inserção do músculo esternocleidomastoideo. Após o advento dos antibióticos, tornou-se uma afecção incomum em nosso meio: existem menos de 100 casos relatados na literatura inglesa, a partir de 1967 e, de 1988 a 1998, apenas 20 casos de abscessos látero-cervicais foram descritos na literatura mundial. O abscesso de Bezold pode acometer indivíduos de todas as idades, porém é mais prevalente entre os homens adultos. Além de complicações cervicais e mediastinais, impondo risco de vida, complicações vasculares intracranianas podem estar associadas em 24% dos casos, reforçando a necessidade de diagnóstico e tratamento cirúrgico precoces. Por ter uma apresentação clínica insidiosa e variável - desde sinais flogísticos cervicais até otorreia e febre e, por tratar-se de um abscesso profundo, que dificulta a identificação de flutuação ao exame físico, o diagnóstico do abscesso de Bezold pode ser tardiamente identificado, levando a complicações fatais. As tomografias de pescoço e de mastoides são consideradas o padrão ouro diante da suspeita do abscesso de Bezold, evidenciando sinais de mastoidite, erosões ósseas da ponta mastoídea e coleção cervical associada. A ressonância torna-se útil na busca por complicações intracranianas e por colesteatoma associado. No presente caso, além da complicação extracraniana relatada, o paciente apresentou complicações intracranianas, com trombose dos seios sigmoide e transversal, sendo optado pela equipe de hematologia pela introdução de anticoagulação, apesar de controvérsias sobre o tema. Após confirmação diagnóstica do abscesso cervical, deve ser instituída antibioticoterapia de amplo espectro, que apresente boa penetração de sistema nervoso central, e tratamento cirúrgico precoce, com abordagem da mastoide e da região cervical. Também deve ser instituída drenagem cervical no pós-operatório: no presente caso, foram utilizados drenos de penrose por 48h.

**Comentários Finais:** Apesar de ser uma complicação rara, o abscesso de Bezold ainda deve ser aventado nos pacientes com quadro de otite média e evidência - mesmo que mínima - de acometimento cervical, uma vez que o diagnóstico e intervenção precoces podem mitigar a probabilidade de evolução desfavorável ou fatal.

**Palavras-chave:** Otite média crônica colesteatomatosa; Complicações de Otite Média; Abscesso de Bezold.

PO839

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Colesteatoma de Conduto Auditivo Externo: Relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH**COAUTORES:** VIVIANE FELLER MARTHA; GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU; ROBERTA FICHBEIN FOLGIERINI; MICHELE FERRET PINTO; ELISA DEMARCHI KRUG**INSTITUIÇÃO:** PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**Relato de Caso:**

Paciente masculino, 78 anos, branco, natural e procedente de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Vai à consulta em consultório privado nesta cidade por otalgia em orelha esquerda e otorréia. Previamente hígido, nega uso de medicações contínuas, em uso de aparelho auditivo de amplificação sonora bilateral. Referia que molde de silicone do aparelho estava machucando o conduto auditivo externo (CAE) esquerdo e por isso estava sem usá-lo há, aproximadamente, 40 dias.

Na otoscopia, apresentava lesão polipóide em parede posterior do CAE, de coloração avermelhada, a qual foi cauterizada com ácido tricloroacético 50% tendo discreta redução após duas cauterizações.

Na tomografia computadorizada de orelhas e mastóides apresenta lesão infiltrativa em parede posterior do CAE, sem extensão para orelha média ou mastóide.

Indicado tratamento cirúrgico para remoção da lesão e diagnóstico histológico. Confirmado tecido inflamatória com erosão óssea e ausência de células malignas.

**Discussão:**

O colesteatoma é uma condição em que o epitélio escamoso estratificado acumula detritos de queratina descamada, levando à erosão óssea. Sua ocorrência no conduto auditivo externo (CAE) é rara, com incidência de 0,5% em pacientes otológicos, em média. Mais comumente acomete pacientes mais idosos, embora possa ocorrer em adultos jovens. É uma condição adquirida e pode ser idiopática, relacionada a cirurgias otológicas ou a microtrauma do CAE, sendo as causas mais comuns de trauma o uso de hastes flexíveis no conduto e de aparelhos auditivos mal ajustados, e está associado ao tabagismo.

O diagnóstico do colesteatoma de CAE é clínico, com base em histórico detalhado e exame auricular, incluindo otomicroscopia. A história clínica é caracterizada pela presença de otorréia e otalgia, sem perda auditiva. Ao exame físico, observa-se lesão diverticular epidérmica, com erosão restrita a um único ponto do CAE, com membrana timpânica inalterada. É necessária a realização de tomografia computadorizada (TC), investigação radiológica de escolha, para avaliar invasão de estruturas adjacentes, como o seio lateral, nervo facial e fossa craniana posterior. O achado mais comum na TC do osso temporal é a densidade de tecido mole no CAE com erosão óssea e extensão variável para as estruturas adjacentes, a partir do qual pode-se planejar um tratamento. Achados de TC do osso temporal devem ser correlacionados com os achados clínicos para formular o diagnóstico correto.

Os principais diagnósticos diferenciais são otite externa necrotizante, neoplasias e queratose obliterante (QO).

O tratamento varia de acordo com o estágio da doença, podendo ser clínico quando o colesteatoma apresenta evolução lenta e não há queixa de dor. Também, pode ser necessário desbridamento do colesteatoma com canalplastia. Em estágios mais avançados, é realizada a timpanomastoidectomia com redução da parede do canal com meatoplastia. O tratamento cirúrgico é essencial para remover o colesteatoma, reconstruir estruturas afetadas e prevenir complicações.

Apresentamos um caso de paciente com colesteatoma de conduto auditivo externo provocado por microtrauma por aparelho auditivo mal ajustado.

**Comentários Finais:**

O colesteatoma de conduto auditivo externo é comumente mal diagnosticado, devido à raridade de sua ocorrência e à inespecificidade de seus sintomas. Alguns pacientes podem evoluir com complicações como destruição óssea progressiva e acometimento de importantes estruturas adjacentes, o que justifica a necessidade da investigação dessa patologia diante de sintomas sugestivos.

Palavras-chave: colesteatoma; conduto auditivo externo; colesteatoma.



PO840

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****SURDEZ SÚBITA PROFUNDA - APLICAÇÃO DE DEXAMETASONA INTRATIMPÂNICA COMO TERAPIA DE RESGATE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** TAINARA SUELEN DE SIQUEIRA**COAUTORES:** THAINA SOARES MIRANDA SILVA; GUSTAVO HENRIQUE ALVES ZANGIROLAMI; DIEGO SOARES MARQUES RODRIGUES; GUILHERME AUGUSTO BRAGATTO; LUDMILA MORGADO SANTOS; WALQUIRIA GELINSKI HENICKA**INSTITUIÇÃO:** 1. CASSEMS CAMPO GRANDE/MS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL. 2. HOSPITAL CASSEMS CAMPO GRANDE/MS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 42 anos, previamente hígido, apresentou quadro de anacusia à esquerda associada à zumbido há um dia. Negou otalgia, otorreia, tontura, comorbidades e uso de medicação de uso contínuo. Ao exame, membrana timpânica íntegra e translúcida bilateral, ausência de abaulamento e ou hiperemia, conduto auditivo externo sem alterações. Teste de Weber lateralizado para o lado direito e integridade da função dos nervos cranianos. Submetido a audiometria e impedânciometria, apresentando perda auditiva neurosensorial (PANS) profunda (110dB) em 5 frequências consecutivas e curva do tipo A. Solicitado exames laboratoriais e ressonância magnética de ouvidos, todos dentro da normalidade. Iniciado corticoterapia – prednisolona 60 mg dia em esquema de retirada, por 20 dias em associação com aciclovir. Realizado também acompanhamento psicológico. Retornou após duas semanas e foi proposto plano de seguimento semanal para aplicação de dexametasona (24mg/mL) intratimpânica como terapia de resgate por 7 semanas. Realizou audiometria após 15 dias da última aplicação intratimpânica, apresentando PANS moderada.

**DISCUSSÃO:** A surdez súbita (SS) é descrita como uma perda auditiva neurosensorial de pelo menos 30dB em três frequências contíguas e instalada em até 72 horas.

Existem algumas considerações para classificar em bom prognóstico (idade jovem, sexo masculino, perda maior em graves, tratamento precoce) ou mau prognóstico (curvas audiométricas do tipo descendente com má discriminação vocal; perdas severas, profundas ou anacusia; demora na recuperação dos limiares tonais; extremos de idade, crise vertiginosa, zumbido intenso e distorção auditiva). Importante destacar ainda, que o diagnóstico etiológico, na maioria das vezes - 80% - é idiopático. O tratamento da SS deve ser instituído precocemente com o uso do corticoide sistêmico, sendo preconizado a dose de 1mg/kg/dia (máximo 60mg/dia) por pelo menos dez dias - caso não haja contraindicação - com redução gradativa. Já o tratamento com corticoide intratimpânico é utilizado como primeira escolha em pacientes que tenham contraindicação absoluta ao uso via sistêmico ou como terapia de resgate, como no caso descrito. Um ponto importante desse caso é a instituição do tratamento de injeção intratimpânica com dexametasona (24mg/mL) como terapia de resgate, logo após o término da corticoterapia oral, demonstrando melhora progressiva da perda neurosensorial avaliada pela audiometria tonal envolvendo todas as frequências.

Além disso, esse tratamento é bem tolerado e de aplicação relativamente fácil, podendo ser realizado ambulatorialmente sob anestesia local. A duração do tratamento e o número de injeções, varia, pois é vinculado a interdependência da quantidade do corticoide e da via de administração. No caso apresentado, realizou-se 7 aplicações de dexametasona, por intermédio de injeção intratimpânica com intervalo semanal entre elas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Não há um protocolo universal para a aplicação da corticoterapia intratimpânica, já que é possível observar uma variação no tipo de corticoide utilizado, concentração das soluções, quantidade, número de sessões e intervalo entre elas, porém, mostra-se cada vez mais eficiente quando utilizada como primeira linha ou como terapia de resgate. No caso relatado o paciente obteve uma ótima evolução do quadro de PANS profunda para PANS moderada, permitindo que o paciente esteja apto para utilização de aparelho de amplificação sonora individual (AASI).

**Palavras-chave:** surdez súbita; injeção intratimpânica; dexametasona.

PO851

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****COLESTEATOMA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO EM CRIANÇA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** FABIOLA DONATO LUCAS**COAUTORES:** MATHEUS BONELA CAUS; RAISSA CARVALHO PEREIRA; MATHEUS ANDRADE DE CASTRO; ALICE DE SÁ GONTIJO; RITA DE CÁSSIA FREIRE DONATO LUCAS; JULIA COLARES MOREIRA; SABLINA RODRIGUES SÉRGIO**INSTITUIÇÃO:** NÚCLEO DE OTORRINO BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Este trabalho relata o caso de V. R. L., sexo masculino, 13 anos, procedente de Contagem, Minas Gerais. Em Junho de 2013 compareceu para consulta, no Núcleo de Otorrino de Belo Horizonte, queixando hipoacusia bilateral. Pais relataram que o paciente nunca tinha sido consultado antes com otorrinolaringologista, apesar de consultas periódicas com o pediatra. Ao exame foi diagnosticado rolha de cerume impactado bilateralmente que, após remoção, notou-se material de aspecto perláceo em canal auditivo externo esquerdo e também juntamente ao cerume removido. Questionou-se então as hipóteses diagnósticas de corpo estranho, rolha de cerume e colesteatoma de conduto. Procedeu-se então para a realização de tomografia computadorizada de mastoides para elucidação diagnóstica, revelando espessamento do revestimento mucoso do conduto auditivo externo esquerdo, com erosão de suas paredes ósseas, além de extensa solução de continuidade da membrana timpânica ipsilateral, indicando a possibilidade de colesteatoma a ser considerada.

**DISCUSSÃO**

O colesteatoma de conduto auditivo externo (CCAEE) é uma afecção rara do conduto auditivo externo, com incidência anual de aproximadamente de 3 casos por 100.000 em crianças. Manifestado pelo acúmulo de descamação da sua pele associado a invasão do tecido escamoso numa área de erosão óssea com osteonecrose associada. Geralmente a lesão é unilateral, focal e mediante erosão óssea acompanhada de pele ulcerada, habitualmente na porção posteroinferior com dor crônica em idosos com idade média de 65 anos. Neste caso, encontra-se um CCAEE numa criança de 13 anos, sem os sintomas comumente associados como otorreia e otalgia. Porém, não pode-se descuidar das possíveis complicações que o paciente está exposto, como acometimento do nervo facial ou da articulação temporomandibular, caso não se mantenha o acompanhamento regular.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O objetivo deste trabalho é chamar a atenção para a correta investigação e pesquisa das queixas otológicas na população pediátrica. Sugere-se que os pacientes pediátricos passem por avaliação otorrinolaringológica também durante o acompanhamento da puericultura, na primeira infância, pois neste caso a doença cursou sem sua sintomatologia habitual, de forma assintomática, podendo evoluir com apresentação mais agressiva com o decorrer do tempo. Este caso alerta para uma afecção que, mesmo sendo uma lesão tumoral benigna, possui mecanismos de erosão óssea e pode expandir-se e causar consequências graves ao paciente, caso não seja diagnosticado precocemente e tratado corretamente.

Palavras-chave: COLESTEATOMA, CONDUTO AUDITIVO EXTERNO, CCAEE; COLESTEATOMA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO; CCAEE.

PO869

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****COMPLICAÇÕES INTRACRANIANAS DA OTITE MÉDIA AGUDA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MAÍRA MACEDO DE GUSMÃO CANUTO**COAUTORES:** BRUNA LINS CHIANCA; CATHARINE ELLEN ALMEIDA DE ALBUQUERQUE; CLARA VITÓRIA BRAZ LIMA DE OLIVEIRA; ARTHUR MACEDO DE GUSMÃO CANUTO; PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ; JOAO PAULO LINS TENORIO**INSTITUIÇÃO:** 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MACEIÓ - UNIMA, MACEIÓ - AL - BRASIL. 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC, MACEIÓ - AL - BRASIL. 3. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIÓ - AL - BRASIL

R.D.M., 60 anos, sexo feminino, aposentada, com histórico de rinossinusite recente, em tratamento. Apresentou quadro de otalgia súbita e intensa à direita, a qual cursou com confusão mental, alteração de marcha, êmese, pico febril e amnésia anterógrada, com evolução de 01 dia. À admissão hospitalar, apresentou agitação psicomotora, sendo prescrito diazepam e haldol, e foi realizada uma punção lombar, cujo resultado evidenciou líquido com características típicas de meningite bacteriana, sendo assim, feita a hipótese diagnóstica. Posteriormente, a paciente foi internada em unidade de terapia intensiva, na qual confirmou-se o diagnóstico de sepse por meningite bacteriana associada a mastoidite e sinusite crônica. À internação, encontrava-se sonolenta, secreta e dispnéica em máscara de O2. Assim, foi iniciado esquema de antibioticoterapia com Ceftriaxona, Metronidazol e Vancomicina, e encaminhada à UTI neurológica para seguimento do tratamento. Após o primeiro dia de internamento na UTI neurológica, foi necessário realizar intubação devido a insuficiência respiratória e rebaixamento do nível de consciência. Foi solicitado uma ressonância magnética que evidenciou conteúdo piogênico acometendo alguns sulcos, bem como sinais de trombose venosa acometendo os seios transversos, transição com o seio sigmoide direito e porção do seio sagital superior. Foi efetuada, então, uma angiotomografia de crânio com contraste que confirmou os sinais de trombose. Além de ter sido realizada uma revascularização parcial dos seios, foi escalonado Meropenem na antibioticoterapia. Realizou-se uma Tomografia Computadorizada (TC) de seios paranasais, evidenciando sinais de parainosopatia inflamatória aguda, cistos de retenção mucosos e pólipos em seios maxilares e frontais, desvio septal à direita. TC de ossos temporais com importante otomastoidite aguda bilateral, com possíveis áreas de erosão. Angioresonância venosa cerebral: provável conteúdo piogênico na região pial da alta convexidade. A conduta escolhida foi a timpanomastoidectomia à direita de urgência, associada a timpanotomia com tubo de ventilação à esquerda e cirurgia endoscópica nasal para septoplastia e sinusectomia. O procedimento ocorreu sem intercorrências e a paciente evoluiu bem clinicamente, recebendo alta hospitalar.

A otite média aguda (OMA) é uma doença infecciosa usualmente autolimitada. Contudo, pode evoluir com complicações extra e intracranianas, as quais ocorrem em crianças e idosos. Dentre as complicações intracranianas mais comuns, quadros de meningite, trombose de seio lateral e o abscesso cerebral são as mais incidentes. Na maioria dos casos, essas complicações são desencadeadas por bactérias anaeróbicas por disseminação hematogênica devido a orelha infectada - assim, o quadro tende a evoluir rapidamente, mesmo com uma abordagem efetiva. Além disso, a OMA ainda é diagnosticada com dificuldade, principalmente na atenção primária, fazendo com que o tratamento seja retardado e, assim, favoreça a instalação de complicações. No diagnóstico das complicações, é crucial avaliar o quadro clínico do paciente e se atentar aos sinais de alerta; também faz-se necessário a utilização da TC e de outros exames complementares. Quanto ao tratamento, é imprescindível a antibioticoterapia intravenosa e, em alguns casos, a cirurgia para melhor explorar a orelha média.

As complicações intracranianas das otites médias, apesar de sua significativa diminuição após o advento dos antibióticos, continuam sendo um risco para o paciente, uma vez que a taxa de mortalidade é alta, chegando a 36%, principalmente naqueles com baixas condições socioeconômicas e acesso restrito aos serviços de saúde. Frente ao diagnóstico de otite média, o médico deve atentar-se às possíveis complicações decorrentes da extensão do processo infecto-inflamatório para estruturas contíguas. É necessária a realização de uma boa anamnese e um exame físico amplo, associados a exames complementares adequados. O profissional deve ser capaz de reconhecer os sinais e sintomas que são associados a uma evolução clínica desfavorável, a fim de diagnosticar e manejar em tempo hábil.

**Palavras-chave:** Otite Média; Meningite; Mastoidite.

PO870

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Tratamento de perfuração da membrana timpânica com ácido tricloroacético (ATA) 15%

**AUTOR PRINCIPAL:** CARLOS EDUARDO DOS SANTOS PEREIRA**COAUTORES:** RAFAEL SIQUEIRA DE CARVALHO; ANA LUIZA PINTO FREIRE; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; YANE MELO DA SILVA SANTANA; RAÍSSA COSTA SAID; AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL. 2. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL

**Apresentação do caso:** Caso 1: M.K.S.D, 16 anos, masculino, comparece ao Serviço de Referência em Otorrinolaringologia na cidade de Manaus, relatando que há 03 anos iniciou quadro de zumbido contínuo, hipoacusia, otorreia e otalgia em ouvido direito, sendo diagnosticado com perfuração da membrana timpânica (MT). À otoscopia, orelha direita com presença de perfuração antero-inferior da membrana timpânica associado a edema de conduto e otorreia amarelada. Foi prescrito Otoricax para o ouvido direito e proposta a realização da timpanoplastia. Ao retornar, após 01 mês, permaneceu com os sintomas, sendo proposta a aplicação do Ácido Tricloroacético (ATA) 15%, com melhora da otalgia e otorreia após a primeira aplicação. Paciente evoluiu com fechamento da perfuração timpânica à direita. Após 02 meses, em nova consulta, paciente realizou nova videotoscopia que visualizou o retorno da perfuração puntiforme à direita, realizando nova aplicação do ATA 15%. Após 01 mês verificou-se a ausência de perfuração, recebendo alta do ambulatório de otorrinolaringologia. Caso 02: M.C.A.B.O, feminino, 36 anos, atendida em Serviço de Referência em Otorrinolaringologia na cidade de Manaus, apresentando quadros de otite média aguda de repetição bilateral desde a infância, evoluindo com otorreia intermitente bilateral alternante e hipoacusia bilateral pior em orelha esquerda. Refere também zumbido bilateral e vertigem subjetiva, associado a náuseas e vômitos. À otoscopia, orelha esquerda apresentando perfuração da membrana timpânica em quadrante ântero-inferior (QAI). Foi proposto à paciente a timpanoplastia à esquerda, a qual foi realizada posteriormente sem nenhuma intercorrência. Durante seu seguimento pós cirúrgico, paciente foi submetida a videotoscopias para acompanhamento, sendo identificada a rejeição do enxerto, com perfuração do QAI à esquerda. Foi então realizado a aplicação do ATA 15%, com melhora dos sintomas otológicos após uma semana, realizando a segunda aplicação. Realizou nova videotoscopia, identificando a diminuição da perfuração em QAI à esquerda. Paciente segue em acompanhamento.

**Discussão:** A membrana timpânica é uma estrutura localizada entre o ouvido médio e interno. Sua ruptura favorece a conexão da orelha externa com a orelha média, comprometendo a audição e favorecendo a penetração de agentes infecciosos. Suas causas são principalmente por trauma e otite média aguda. Geralmente, a perfuração da membrana timpânica tem cicatrização espontânea, porém em alguns casos, o tratamento é feito com antibióticos e intervenção cirúrgica, sendo realizada a timpanoplastia. Como técnica alternativa, o uso de ATA foram estudadas no México em 2013 e Honduras em 2008, em pacientes com alto risco cirúrgico. No estudo mexicano, dos 09 pacientes que foram submetidos ao tratamento, 07 obtiveram o fechamento total da membrana timpânica. Já no estudo hondurenho, realizado com um número maior de pacientes, dos 21 pacientes incluídos, 10 refletiram no fechamento completo da perfuração da membrana timpânica. No serviço otorrinolaringológico de Manaus, o ácido tricloroacético foi utilizado como tratamento nos 02 casos acima citados, onde 01 apresentou fechamento completo da perfuração em apenas 2 aplicações e o outro apresentou melhora significativa do quadro clínico e diminuição da perfuração timpânica, mesmo após a falha do enxerto após a timpanoplastia.

**Comentários finais:** No presente relato de caso, descrevemos dois pacientes com tratamentos convencionais que não foram eficazes, sendo submetidos a uma técnica alternativa que se mostrou favorável à melhora clínica. Correlacionando os dados da literatura e aplicação na prática do ATA 15% em pacientes com perfuração da membrana timpânica, evidencia-se que a técnica deve receber maiores estudos para que se consiga conhecer sua real eficácia, podendo reduzir a fila de espera de cirurgias de timpanoplastia, beneficiando o paciente, a equipe médica e o serviço de otorrinolaringologia.

**Palavras-chave:** ácido; membrana timpânica; ouvido.

PO871

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****GRANULOMA DE COLESTEROL NO ÁPICE PETROSO COM EXTENSÃO PARA FOSSA POSTERIOR E COMPRESSÃO DO TRONCO ENCEFÁLICO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JOÃO LINS MAUÉS**COAUTORES:** JOEL LAVINSKY; GUSTAVO RASSIER ISOLAN; ARTUR KOERIG SCHUSTER; HEMILY IZABEL ALVES NEVES; LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO; LUANA VIEIRA MARGHETI; ISABEL SAORIN CONTE**INSTITUIÇÃO:** 1. UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL2. ISCMPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL3. UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino, com vinte e dois anos com queixa de hipoacusia unilateral a direita. Paciente negava comorbidades ou qualquer histórico de patologia otorrinolaringológica prévia. Investigação complementar identifica uma perda auditiva mista unilateral do ouvido direito. Investigação complementar seguiu com exame de imagem de ressonância magnética, onde se identificou granuloma gigante de colesterol no ápice petroso, associado à erosão óssea da parede posterior devido invasão da doença, com compressão do tronco encefálico contralateral. Paciente submetida a correção cirúrgica em dois tempos. No primeiro momento, realizado acesso trans-apical para remoção da lesão na topografia do ápice petroso, sem possibilidade de excisão completa da lesão na área da fossa posterior. Após uma semana do primeiro procedimento, paciente é submetida a nova cirurgia com via de acesso retossigmoidea para retirada completa da lesão. Paciente evolui sem sequelas pós cirúrgicas e sem recidiva da lesão em acompanhamento anual.

**Discussão:** O granuloma de colesterol do ápice petroso (GCAP) é uma entidade rara, de crescimento insidioso, que pode ser definida como uma lesão expansiva benigna, granulomatosa, contendo cristais de colesterol em seu interior. A apresentação clínica com destruição óssea e compressão de estruturas circundantes se assemelha a outras lesões do ângulo pontocerebelar mais comumente encontradas, dificultando o seu diagnóstico que muitas vezes só pode ser estabelecido com o estudo anátomo-patológico. Torna-se sintomático apenas quando o tumor atinge dimensões maiores. Os métodos radiológicos constituem o principal instrumento para o diagnóstico de tumores do osso temporal. Nesses casos são necessárias tanto a ressonância magnética quanto a tomografia computadorizada que se complementam em informações da relação do tumor com o osso temporal e possível extensão intracraniana. Grandes lesões, com grande destruição óssea, podem levar a fístulas liquóricas, massas em ângulo pontocerebelar ou meningite química por extravazamento do conteúdo cístico em espaço subaracnoideo.

**Comentários finais:** O relato apresentado demonstra uma situação rara e com necessidade de avaliação com vistas ao tratamento definitivo, muitas vezes cirúrgica. A decisão da terapêutica é baseada no tamanho, localização e comportamento da lesão, na anatomia e status auditivo do paciente, e é iminentemente cirúrgica. A via de acesso também depende da localização e tamanho da lesão, da presença ou não de audição e também da experiência do cirurgião.

**Palavras-chave:** granuloma;ápice petroso;base de cranio.

PO874

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****DIAGNÓSTICO DE MENIERE EM CRIANÇA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** SABLINE RODRIGUES SÉRGIO**COAUTORES:** JULIA COLARES MOREIRA; FABIOLA DONATO LUCAS; RAISSA CARVALHO PEREIRA; ALICE DE SÁ GONTIJO; FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA; RITA DE CÁSSIA FREIRE DONATO LUCAS; CELSO GONCALVES BECKER**INSTITUIÇÃO:** NÚCLEO DE OTORRINO BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente sexo feminino, 6 anos, com história de quadro gripal em maio de 2022 associado com hipoacusia a esquerda, plenitude aural, vertigem e nistagmo. Nega náuseas e vômitos. No exame físico realizado VHIT com hiporreflexia vestibular esquerda. Solicitado audiometria, com resultado normal à direita e perda neurossensorial moderada em graves a esquerda, com discriminação de 84%. Extensão propedêutica com RM de encéfalo e perfil metabólico sem alterações. Eletrococleografia com hidropsia linfática, relação SP/AP aumentada à esquerda. Iniciado tratamento clínico com drogas depressoras do labirinto e vasodilatadoras, com melhora de quadro. Realizado acompanhamento e nova audiometria em 4 meses, com resultado dentro da normalidade bilateralmente, discriminação 100% e melhora da sintomatologia. Criança apresentou novo episódio em maio de 2023, com nova perda neurossensorial à esquerda em audiometria, sendo feito tratamento clínico, mantendo perda moderada em graves à esquerda em última audiometria realizada em junho de 2023.

**Discussão:** A doença de Meniere é constituída por zumbido, vertigem, queda de acuidade auditiva e sensação de plenitude aural. Pode se manifestar por sintomas cócleo-vestibulares, só vestibulares ou só cocleares, e as afecções responsáveis podem ou não ser conhecidas, sendo as mais conhecidas: alergia, lues e diabetes. Ocorre habitualmente na terceira à quarta década de vida, sendo rara em crianças, cerca de 3% dos casos. As crises acometem inicialmente sons graves e posteriormente para os agudos, sendo que em casos que evoluem com acometimento de todas frequências, a perda torna-se irreversível. Nas intercrises há melhora dos sintomas e os intervalos podem durar de anos a meses. Audiometria, BERA e eletrococleografia devem preferencialmente ser realizadas durante o período da crise. Extensão propedêutica pode ser indicada, com revisão laboratorial e ressonância magnética, com achado de distensão do saco endolinfático. O tratamento inicialmente é clínico, com depressores labirínticos ou drogas vasodilatadoras, havendo indicação cirúrgica apenas em casos selecionados.

**Comentários finais:** A infância é um período da vida muito pouco comum de ocorrência da doença, sendo imprescindível a investigação de alterações congênitas do ouvido interno para diagnóstico diferencial, com realização de ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada. Apesar de raro em crianças, a doença de Meniere pode vir a acometer a população infantil, devendo o otorrinolaringologista estar atento para o diagnóstico e tratamento adequado.

**Palavras-chave:** Meniere;Doença de Meniere;zumbido.

PO876

## E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

## SURDEZ IMUNOMEDIADA: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** GUILHERME BULHÕES MARQUES DA SILVA**COAUTORES:** MICHELLE PEREIRA DE FARIA E SILVA; LUCAS PEREIRA LEITE; PEDRO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO; PEDRO GUILHERME BARBALHO CAVALCANTI; JAÉDSON BRUNO PEREIRA DA SILVA; LAIS DE CARVALHO PINHEIRO; FELIPE SIMÃO BRITO DA SILVA**INSTITUIÇÃO:** CLINICA PEDRO CAVALCANTI, NATAL - RN - BRASIL

## SURDEZ IMUNOMEDIADA: RELATO DE CASO

**Autor Principal:** Guilherme Bulhões**Coautores:** Pedro de Oliveira Cavalcanti Filho, Pedro Guilherme Barbalho Cavalcanti, Lucas Pereira Leite, Lais de Carvalho Pinheiro, Felipe Simão Brito da Silva, Jaédson Bruno Pereira da Silva, Michelle Pereira de Faria e Silva.

**Relato de caso:** JMFF, mulher de 46 anos com histórico médico não relevante para surdez ou distúrbios autoimunes, procurou atendimento médico devido à perda auditiva progressiva e sintomas vestibulares associados. Os exames clínicos revelaram uma audição substancialmente prejudicada, especialmente nas frequências agudas, e testes de equilíbrio apontaram desequilíbrio postural.

O diagnóstico de surdez imunomediada foi estabelecido com base em uma combinação de achados clínicos, exames audiométricos e testes terapêuticos. A audiometria revelou uma perda auditiva sensorioneural bilateral, mais proeminente nas frequências agudas, consistentes com a surdez autoimune. Além disso, o teste terapêutico com corticoide sistêmico e intratímpanico trouxe boa resposta, consolidando o diagnóstico. O tratamento desse paciente envolveu uma abordagem multidisciplinar, incluindo corticosteroides sistêmicos para reduzir a resposta autoimune, terapia vestibular para melhorar o equilíbrio e monitoramento audiológico regular. Observou-se uma melhora significativa dos sintomas vestibulares após o tratamento, embora a recuperação da audição tenha sido parcial. Paciente hoje segue fazendo uso de prednisolona 40 mg dia e dexametasona intratímpanica por timpanotomia nas crises.

**Discussão:** A surdez imunomediada, também conhecida como surdez autoimune, é uma condição auditiva rara e intrigante que envolve uma resposta autoimune dirigida contra as estruturas do ouvido interno. A surdez imunomediada é caracterizada pela ativação do sistema imunológico contra os tecidos do ouvido interno, resultando em danos às células ciliadas e outras estruturas auditivas.

Esta condição clínica desafiadora frequentemente apresenta uma progressão insidiosa, com sintomas que podem incluir perda auditiva sensorioneural bilateral, vertigem, tontura e zumbido. A surdez imunomediada é um diagnóstico que requer um alto grau de suspeita clínica e uma avaliação abrangente para excluir outras causas de perda auditiva.

**Em conclusão:** A surdez imunomediada é uma condição clínica rara, mas clinicamente relevante, que requer uma avaliação minuciosa e um tratamento personalizado. Este relato de caso oferece conceitos valiosos sobre o diagnóstico e o tratamento dessa condição, destacando a importância da colaboração entre otologistas, imunologistas e fisioterapeutas para otimizar o resultado clínico para os pacientes afetados por essa condição desafiadora.

Além disso, este relato de caso ressalta a necessidade contínua de pesquisas adicionais para aprofundar nossa compreensão dos mecanismos subjacentes à surdez imunomediada e para desenvolver abordagens terapêuticas mais eficazes. A investigação de marcadores imunológicos e genéticos específicos pode ajudar a identificar pacientes em risco e orientar opções de tratamento mais direcionadas.

**Palavras-chave:** SURDEZ ;AUTOIMUNE;IMUNOMEDIADA.



PO878

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****RELATO DE CASO: COLESTEATOMA DE MEMBRANA TIMPÂNICA BILATERAL****AUTOR PRINCIPAL:** RAFAEL HADDAD CHECHIN**COAUTORES:** ANDRESSA ALENCAR SOUSA; LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI; PATRÍCIA RIBEIRO SIQUEIRA; LUIZ FERNANDO MANZONI LOURNEÇONE; MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO; GUILHERME ADAM FRAGA**INSTITUIÇÃO:** 1. HRAC-USP, BAURU - SP - BRASIL2. HRAC USP BAURU, BAURU - SP - BRASIL**Apresentação do caso**

Paciente do sexo feminino, 11 anos, em atendimento ambulatorial no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, com história de hipoacusia progressiva associada a zumbido e episódios ocasionais de otalgia em pontada, bilateralmente. Ao exame, evidenciada à direita membrana timpânica íntegra, opaca, hipervascular com abaulamento discreto em quadrantes posteriores e, à esquerda, membrana timpânica íntegra, opaca e hipervascular. A tomografia computadorizada de ossos temporais demonstrou espessamento de membrana timpânica à direita, sem conteúdo em orelha média ipsilateral e ausência de alterações significativas à esquerda. A paciente foi submetida a biópsia de membrana timpânica bilateral. Durante o procedimento, à microscopia direita, foi visualizada membrana timpânica íntegra, espessada com aspecto infiltrativo, sendo removido tecido descamativo entre as camadas da membrana. À esquerda foi visualizado tecido nodular em quadrante antero inferior, com sua retirada junto à membrana adjacente. Os fragmentos retirados foram enviados para estudo anatomopatológico. O resultado confirmou a hipótese diagnóstica de colesteatoma de membrana timpânica bilateral. Paciente se encontra agora em acompanhamento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, com boa evolução pós operatória e melhora parcial das queixas.

**Discussão**

O colesteatoma é uma doença benigna, caracterizada por crescimento de tecido epitelial escamoso queratinizado lento e progressivo. Em estudo recente, o colesteatoma epitimpânico posterior e mesotimpânico posterior foram os tipos mais frequentes observados, sendo o tipo epitimpânico anterior, o menos frequente. Quase um terço dos colesteatomas foram classificados como indeterminados. Os sintomas mais comuns dessa doença são hipoacusia e otorreia. Ainda assim, na maioria das vezes, o diagnóstico é tardio.

**Comentários finais**

O diagnóstico precoce de colesteatoma é um desafio, mais ainda em crianças. Colesteatoma na faixa etária pediátrica apresenta um padrão mais agressivo de crescimento se comparado em adultos, com taxas de recidivas também maiores. Por isso, uma maior compreensão dos padrões comportamentais e dos tipos de perda auditiva geradas pelo colesteatoma é importante para a melhora do prognóstico, e o domínio das possibilidades de tratamento, incluindo as técnicas cirúrgicas para remoção da doença e reconstrução dos ossículos, é importante para a garantia de todas as possibilidades terapêuticas no momento da tomada de decisão.

**Palavras-chave:** colesteatoma de membrana timpânica;tumor benigno de membrana timpânica;biópsia.

PO884

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****DEISCÊNCIA DE TEGMEN TIMPÂNICO APÓS TIMPANOMASTOIDECTOMIA DE CAVIDADE ABERTA****AUTOR PRINCIPAL:** ARTHUR FERREIRA DE OLIVEIRA**COAUTORES:** LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA; ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA; GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO; MARIANE WEIZENMANN DA MATTA; ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO; ANDRÉ LIMA VALENTE; FAYEZ BAHMAD JR**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Apresentação do caso clínico:** R.C.S.A, 53 anos, sexo feminino, obesa, sem comorbidades conhecidas. Foi submetida a timpanomastoidectomia com cavidade aberta e timpanoplastia tipo IV em orelha esquerda em 08/09/2022, devido a quadro de otite média crônica colesteatomatosa associada a deiscência de canal semicircular lateral. Tomografia de mastoides de 06/06/2022 demonstrava conteúdo com coeficientes com atenuação de partes moles preenchendo epi e meso tímpanos esquerdos com sinais de erosão do esporão de Chaussé e irregularidades da cadeia ossicular deste lado, velamento das células da mastoide esquerda e espessamento e retração do forame timpânico esquerdo. Apresentou, boa evolução em pós operatório imediato, todavia, após alta, iniciou quadro de cefaleia progressiva em região parietal esquerda, de caráter contínuo, intenso, refratária a analgesia. Diante disso, a paciente procurou o serviço de urgência de otorrinolaringologia no dia 11/04/2023, sendo constatado ao exame físico abaulamento de porção superior de conduto auditivo externo esquerdo, sem otorréia ou sinais flogísticos. A tomografia de mastoides sem contraste realizada neste serviço demonstrou área de deiscência óssea no tégmen timpânico mede cerca de 1,3 x 0,7 cm. Retornou ao serviço de origem, sendo programada nova abordagem cirúrgica, que ocorreu no dia 21/06/2023, sendo realizada correção do defeito utilizando cartilagem conchal e retalho de músculo temporal. Paciente evoluiu com melhora significativa de cefaleia e otalgia, exame físico demonstrando conduto auditivo esquerdo pérvio, sem abaulamento de porção superior e cavidade ampla.

**Discussão:** A mastoidectomia é um procedimento cirúrgico no osso temporal, que consiste na abertura das células da mastóide retroauriculares por meio da remoção das finas paredes ósseas entre elas. Como há grande variabilidade de pneumatização de células da mastóide entre pacientes, cada mastoidectomia é única. Dentre as complicações possíveis deste procedimento cirúrgico, estão inclusas perda auditiva, lesão de nervo facial, vertigem, disgeusia, ageusia, fístula liquórica e deiscência de tegmen timpânico. O tegmen timpânico é a porção óssea que compõe o teto da cavidade timpânica e separa o espaço subaracnoide, que contém fluido cérebro espinhal, do ar da orelha média. A deiscência deste pode levar a fístula liquórica, herniação das meninges e de tecido cerebral (meningoencefalocèle). Existem diversos motivos para que isso ocorra, dentre elas estão trauma, malformações congênitas, iatrogênica, colesteatoma e neoplasias malignas da base de crânio. Os sintomas costumam ser inespecíficos, podendo ocorrer plenitude auricular, otalgia, cefaléia e hipoacusia, mais comumente. Várias técnicas cirúrgicas foram descritas para correção de deiscência do tegmen timpânico, sendo que as principais são a via transmastoidea, via fossa craniana média, obliteração da orelha média ou uma combinação das duas primeiras técnicas. A princípio, a via transmastoidea é preferível para pequenos defeitos(<1cm), por não envolver manipulação da dura mater, enquanto o acesso pela fossa média é preferível para defeitos anteriores e maiores(>2cm) em pacientes sem perda auditiva e sem otite média crônica. Já a obliteração da orelha média fica reservada para casos em que há perda auditiva severa associada a meningoencefalocèle.

**Comentários Finais:** A deiscência tegmen timpânico é uma complicação relativamente rara, sendo mais frequentemente encontrada em pacientes submetidos a timpanomastoidectomia por otite média crônica colesteatomatosa. Todos pacientes submetidos a este procedimento devem ser avaliados em pós operatório quanto a possibilidade de defeito de tegmen timpânico ou herniação das meninges e tecido encefálico. Possíveis defeitos devem ser reparados com a técnica cirúrgica adequada precocemente.

**Palavras-chave:** Complicações da timpanomastoidectomia; Deiscência de tegmen timpanico; Fístula liquorica.

PO899

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Estenose de meato acústico externo após traumatismo de osso temporal: um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** ANDRESSA ALENCAR SOUSA

**COAUTORES:** RAFAEL HADDAD CHECHIN; LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI; MARCO ANTONIO FERRAZ DE BARROS BAPTISTA; LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, BAURU - SP - BRASIL

#### Apresentação do caso

Paciente, sexo feminino, 71 anos apresentava história de hipoacusia bilateral iniciada após acidente automobilístico com traumatismo cranioencefálico há 1 ano associada a zumbido bilateral não rítmico. Referiu otorragia durante o incidente e perda da consciência. Negava demais queixas otológicas ou cirurgias prévias. À otoscopia, observou-se epitelização lateral impossibilitando visualização da membrana timpânica à direita e, à esquerda, estenose do meato acústico externo, com membrana timpânica íntegra e opaca. Realizou, então, audiometria e imitanciometria, identificando perda auditiva mista bilateral, respectivamente. Diante da história de trauma, foi solicitada tomografia computadorizada de ossos temporais a qual não demonstrou linhas de fratura visíveis ao método, sem deformidades em cápsula ótica. Diante da história clínica sugestiva, a paciente foi, então, encaminhada para reabilitação auditiva com uso de aparelho de amplificação sonora individual. Será avaliada a necessidade de abordagem cirúrgica, a fim de corrigir as estenoses do MAE a depender da evolução desfavorável do quadro clínico com piora audiológica ou surgimento de outros sintomas associados.

#### Discussão

As fraturas de osso temporal são divididas em traumatismo não penetrante e penetrante, sendo este último com maior possibilidade de sequelas graves. Os traumas são divididos conforme orientação das linhas de fratura ao eixo piramidal do osso temporal, podendo ser longitudinais, transversais, mistas ou cominutivas e fragmentadas. As longitudinais são as mais comuns em traumas fechados, geralmente por impacto lateral e por não acometerem a cápsula ótica, são também denominadas extralabirínticas. Já as fraturas transversais são menos frequentes e causadas por impacto na região occipital, normalmente fraturando o labirinto (canal semicircular posterior e aqueduto vestibular) e nervo facial em sua porção labiríntica ou timpânica. As fraturas mistas são raras, não possuem padrão, e normalmente são associadas a quadros severos de traumatismo craniano. Já as fraturas fragmentadas, são causadas por arma de fogo e não possuem linha de fratura identificável; suas sequelas são frequentes desde cofose por ruptura da cápsula ótica a lesão completa do nervo facial. Em relação ao quadro clínico, a hipoacusia ocorre em praticamente todos os casos, seja transitória ou definitiva; a desarticulação da cadeia ossicular, fratura dos ossículos, perfurações timpânicas, reepitelização do conduto auditivo em direção lateral implicando estenose são possíveis causas. Outros sintomas como vertigem ou desequilíbrio, paralisia facial periférica, fistula líquórica podem surgir e necessitam de investigação. A propedêutica compreende principalmente a tomografia de ossos temporais (ênfase em cápsula ótica, cadeia ossicular e canal de falópio) e a audiometria tonal, porém pode-se complementar a avaliação neurofisiológica do nervo facial com a eletroneuromiografia. Já o tratamento é individualizado, a depender das estruturas afetadas e do prognóstico da lesão; podendo ser cirúrgico ou clínico como o da paciente supracitada.

#### Considerações finais

Como visto, as fraturas de ossos temporais podem implicar variedade extensa de acometimentos clínicos e a abordagem deve ser sempre individual. A paciente descrita apresentou lateralização do epitélio córneo em ambos os condutos, decorrente de possível acometimento longitudinal e optou-se por abordagem conservadora através do uso de AASI bilateral, pois não havia lesão evidente em outras estruturas otológicas. O seguimento clínico, portanto, guiará a necessidade de possíveis intervenções.

Palavras-chave: Trauma;Hipoacusia;Estenose.

PO900

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTITE MÉDIA AGUDA TUBERCULOSA: UMA RARA MANIFESTAÇÃO EXTRAPULMONAR COMPLICADA COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA E POTERIOR DISSEMINAÇÃO PULMONAR?****AUTOR PRINCIPAL:** JOÃO CARLOS GEBER-JÚNIOR**COAUTORES:** VALENTINA LUCIA BARRIOS-ALVARADO; MARINA HADDAD ANHESINI; SANTIAGO VALLEJOS RIART; JOSE CELSO RODRIGUES DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, FACULDADE DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, SÃO PAULO, SÃO PAULO, BRASIL., SÃO PAULO - SP - BRASIL2. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, FACULDADE DE MEDICINA, DISCIPLINA DE OTORRINOLARINGOLOGIA SÃO PAULO, SÃO PAULO, BRASIL, SÃO PAULO - SP - BRASIL3. HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Mulher de 66 anos com assimetria facial esquerda por 4 meses. Há um mês, ela desenvolveu tosse seca, fadiga, febre vespertina diária (atingindo 39,0°C na última semana), sudorese noturna, hiporexia e perda de peso não intencional de 6 quilogramas. Neste período, evoluiu otalgia à esquerda e otorreia ipsilateral, mas negou hipoacusia e tinido. Não tinha comorbidades prévias conhecidas, mas era contactante de paciente com Tuberculose Pulmonar, tratada adequadamente e sem novas exposições. No exame físico, a paciente estava em estado geral regular, apresentava palidez, edema bilateral de membros inferiores com cacifo positivo; paralisia facial com desvio da rima para a direita (House-Brackmann VI). A otoscopia esquerda revelou otorreia e perfuração timpânica estimada em 70% de sua área, com exposição da cadeia ossicular. Neuroimagem inicial mostrou preenchimento das células mastóideas esquerdas, acometimento retrô timpânico e sinais de erosão parcial da cadeia ossicular, além de reabsorção parcial do esporão de Chaussé. Realizada Tomografia de ossos temporais com hipótese inicial de Colesteatoma, então revisada após discussão transdisciplinar, que concluiu erosão da cadeia ossicular, desarticulação incudomaleolar e infiltração no nervo facial, afetando o segmento anterior da porção timpânica, o gânglio geniculado e a porção medial do segmento mastoideo devido à erosão óssea compatíveis com Otite Média Tuberculosa. Investigação microbiológica da secreção revelou teste positivo para Bacilo Ácido-Ácido Resistente (pBAAR) em 2 amostras, além de teste rápido molecular e cultura positivos para *M. tuberculosis* sensível à rifampicina e isoniazida. Imagem de tórax mostrou características clássicas de Tuberculose Pulmonar, incluindo “árvore em brotamento”, múltiplas escavações e uma lesão de até 9,0x6,0 cm, juntamente com adenomegalia, sugerindo, ainda, processo infeccioso bacteriano secundário. O tratamento foi iniciado com esquema quádruplo clássico previsto para 12 meses, juntamente com sintomáticos, e a paciente está sob acompanhamento ambulatorial. Na última reavaliação, após 2 meses, a paciente apresentou melhora, com diminuição da otalgia, otorreia e paralisia facial (House-Brackmann V).

**DISCUSSÃO DO CASO**

A Tuberculose (TB) é uma infecção causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) e pode afetar qualquer parte do corpo humano, embora a forma pulmonar seja a mais comum. Cerca de um quarto da população mundial está infectada com MTB, mas a maioria não desenvolve a doença, enquanto outros eliminam a infecção. A Otite Média Tuberculosa (OMT) é uma condição rara, mas grave, causada pelo MTB, que pode complicar com osteíte e afetar o nervo facial. A OMT é frequentemente secundária à Tuberculose Pulmonar e pode afetar o sistema respiratório bem como estruturas com proximidades às vias aéreas superiores. Cerca de 1 em cada 3 brasileiros teve contato com o bacilo de Koch na infância, aumentando o risco de desenvolvimento da doença em casos de imunossupressão ou reinfeção. Geralmente, a disseminação do MTB ocorre através da inalação de aerossóis contaminados. No entanto, no caso apresentado, a paciente desenvolveu acometimento de sistema nervoso periférico e estruturas adjacentes antes da forma pulmonar da doença. O tratamento adequado pode levar à regressão parcial ou completa da paralisia facial e outras complicações, a depender de vários fatores, incluindo a duração da infecção e a extensão do acometimento do nervo facial.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A OMT é uma condição extrapulmonar rara com um amplo diagnóstico diferencial, que inclui otite média crônica (OMC), o que pode resultar em atrasos no diagnóstico e complicações substanciais. É notável a ausência de fatores epidemiológicos para a paciente e a apresentação inicial com OMT, com o quadro pulmonar clássico surgindo apenas mais tarde. Os autores acreditam que a paciente era portadora do bacilo e pode ter desenvolvido OMT com disseminação subsequente para os pulmões, conforme evolução temporal e pelos achados clínicos e radiológicos durante a hospitalização e investigação.

Palavras-chave: Otite Média Tuberculosa; Tuberculose; Otite.

PO907

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Experiência de acadêmicos de medicina em ambulatório de otologia de um hospital universitário

**AUTOR PRINCIPAL:** GIULIANNA DE LIMA GAMA

**COAUTORES:** AMANDA ALMEIDA AGUIAR; ÂNGELA RÚBIA OLIVEIRA SILVEIRA

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Objetivos:** Relatar a experiência dos membros da Liga Acadêmica de Otorrinolaringologia (LAOTO), da Universidade Federal do Mato Grosso, em um dia de ambulatório acompanhando residentes e preceptores no serviço de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Júlio Müller. O objetivo principal foi o aprofundamento prático das atividades teóricas aprendidas na sala de aula.

**Metodologia:** No serviço ambulatorial da otorrinolaringologia do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) os discentes acompanharam os residentes e preceptores em um dia de atendimento. O dia escolhido para este relato era dedicado à otologia. Durante os atendimentos, além de observar e entender melhor a realização da anamnese e achados semiológicos relacionados ao ouvido, também faz-se a inspeção das estruturas da orelha externa e membrana timpânica utilizando o otoscópio, com a orientação de residentes e preceptores.

**Resultado:** A princípio, os estudantes puderam observar as etapas do atendimento clínico dos pacientes e identificaram os pontos essenciais da anamnese otorrinolaringológica. Posteriormente, tiveram a oportunidade de aprender como utilizar o otoscópio para realizar a inspeção e a importância de observar a integridade da membrana timpânica, sua aparência e se tem presença de secreção no canal auditivo ou sinais flogísticos associados. Ademais, por tratar-se de um ambulatório predominantemente de doenças otológicas, os discentes acompanharam casos de otite, perfuração timpânica e um caso de otite externa necrotizante que despertou muito o interesse dos estudantes, levando-os a aprofundar mais os conhecimentos sobre tal enfermidade.

**Discussão:** As otites são inflamações em uma das regiões do ouvido, geralmente causadas por uso incorreto de cotonete e complicações de infecções das vias aéreas superiores (IVAS). São afecções comuns que tem como característica a otalgia e, em alguns casos, pode cursar com otorreia. Já a otite externa necrotizante (OEN), conhecida no passado como otite externa maligna, é uma infecção cujo principal agente causador é a *Pseudomonas aeruginosa*, que a priori acomete a pele e os tecidos moles do canal auditivo externo, alongando-se até a base do crânio. É uma patologia com alta taxa de mortalidade, frequentemente encontrada em pacientes idosos, diabéticos e imunocomprometidos. A experiência promovida pela liga acadêmica proporciona aos estudantes o contato na prática com o conteúdo teórico ofertado nas reuniões de ensino, permitindo um contato ampliado e aprofundado com certas áreas do conhecimento.

**Conclusão:** Portanto, infere-se que as atividades teórico-práticas promovidas pelas ligas acadêmicas de otorrinolaringologia desempenham um importante papel no tripé pesquisa, ensino e extensão das universidades, permitindo uma formação médica mais completa, ativa e otimizada pela troca de experiências entre alunos, profissionais e pacientes, cujo contato é facilitado pelos hospitais universitários.

**Palavras-chave:** Otologia; Ambulatório; Otite Externa Necrotizante.

PO917

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Estapedotomia com laser CO2 – a experiência recente do Hospital de Egas Moniz

**AUTOR PRINCIPAL:** LUÍS ANDRÉ NEVES BAPTISTA**COAUTORES:** GUSTAVO ALMEIDA; MARIANA DONATO BENTO; RUI CABRAL; FATIMA CRUZ; PEDRO ESCADA**INSTITUIÇÃO:** CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, LISBOA - PORTUGAL**Objetivos:** avaliar a eficácia e segurança da estapedotomia com laser CO2 no tratamento dos doentes com otosclerose.

**Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente os doentes submetidos a estapedotomia com laser CO2 entre 1 de janeiro de 2022 e 30 de julho de 2023 num hospital terciário. O outcome primário foram os limiares auditivos médios (LAM) das vias aérea e óssea, e o gap aéreo-ósseo (GAO) dos audiogramas tonais realizados antes e após a cirurgia. Foram considerados casos de sucesso cirúrgico aqueles em que o GAO pós-operatório foi inferior a 10dB. Os outcomes secundários foram a incidência das seguintes morbilidades: fratura da platina no intra-operatório e vômitos, vertigem, surdez neurossensorial, acufeno e paralisia do nervo facial no pós-operatório. Foi também registada a duração do internamento.

**Resultados:** Foram incluídos 6 doentes, 100% do sexo feminino e com uma idade média de  $58,83 \pm 15,08$  anos. Os LAM da via aérea melhoraram significativamente após a cirurgia ( $78,17 \pm 16,79$  VS  $50,50 \pm 20,05$ ,  $p=0,028$ ). Os LAM da via óssea não variaram significativamente entre o pré e o pós-operatório ( $48,67 \pm 9,71$  VS  $43,83 \pm 13,98$ ,  $p=0,172$ ). Os GAOs tiveram uma diminuição significativa após a cirurgia ( $32,83 \pm 9,09$  VS  $6,67 \pm 9,27$ ,  $p=0,027$ ). Foi alcançado sucesso cirúrgico em 83,3% dos casos. Registaram-se 0% de casos de fratura intra-operatória da platina e de vômitos, vertigem, surdez neurossensorial, acufeno e paralisia do nervo facial no pós-operatório. A duração média do internamento pós-operatório foi de 1 dia.

**Discussão:** Existem várias técnicas para o tratamento cirúrgico da otosclerose: fenestração do canal semicircular, estapedectomia e estapedotomia. A primeira estapedotomia com laser foi realizada em 1978 por Perkins que argumentava tratar-se de uma estratégia vantajosa por ser muito precisa e associar um baixo risco de platina flutuante, pelo que diminuiria o risco de lesão ao ouvido interno durante a sua utilização. Ainda assim, não é desprovida de riscos, já que as ondas geradas pelo laser podem provocar lesão térmica ou acústica na perilinfa, que se propagará ao ouvido interno. Os resultados do nosso estudo corroboram a sua eficácia – sucesso cirúrgico em 83,3% dos casos – e a sua segurança – não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos LAM da via óssea após a cirurgia.

**Conclusão:** Embora a nossa experiência com a utilização do laser CO2 na cirurgia estapédica seja recente e com um número limitado de casos, os nossos resultados apontam para que se trate de uma técnica eficaz no tratamento cirúrgico da otosclerose. Para além disto, a inalteração dos LAM da via óssea após a cirurgia reitera a sua vantagem em termos de segurança para o ouvido interno. No entanto, seriam necessários uma amostra maior e um grupo controlo com doentes submetidos à cirurgia convencional, para podermos retirar conclusões mais precisas sobre os benefícios desta técnica.

**Palavras-chave:** OTOSCLEROSE ;ESTAPEDOTOMIA;LASER CO2.

PO920

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Cirurgia de implante coclear bilateral em paciente com ossificação coclear após meningite: um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** ANDRESSA ALENCAR SOUSA

**COAUTORES:** RAFAEL HADDAD CHECHIN; LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI; JOSE CARLOS JORGE; MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO; SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO; GUILHERME ADAM FRAGA

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS, BAURU - SP - BRASIL2. HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, BAURU - SP - BRASIL

Paciente masculino, 4 anos de idade, se apresentou em divisão de saúde auditiva do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo em agosto/2023 com história de meningite bacteriana 2 meses antes, com cultura do Líquido Cefalorraquidiano positiva para *Haemophilus influenzae*. Havia realizado exame de Emissões Otoacústicas transientes e por produtos de distorção após o quadro, ausentes bilateralmente. Além disso, trazia exame de Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico do mesmo período, sem formação de onda V na intensidade máxima do equipamento utilizado. Em audiometria, apresentou perda auditiva neurossensorial profunda simétrica e imitanciometria com curva A bilateral. À otoscopia, a membrana timpânica era íntegra, translúcida, com visualização do triângulo luminoso bilateralmente. O paciente não possuía história pessoal de comorbidades ou história familiar de perda auditiva. Foi encaminhado à cirurgia de implante coclear bilateral em setembro/2023. Em intra-operatório, visualizado janela redonda direita, todavia, a inserção dos eletrodos através da mesma foi impossibilitada por ossificação importante. Optado por broqueamento com ampliação do nicho da janela redonda e repousados eletrodos neste local. À esquerda também foi encontrada ossificação coclear, porém parcial, sendo possível inserir sete eletrodos. Durante realização de telemetria de resposta neural, foi constatada resposta em todos os eletrodos à direita e nos sete eletrodos inseridos à esquerda. Paciente em acompanhamento neste serviço, aguardando período necessário para ativação de implante coclear.

**DISCUSSÃO**

A meningite bacteriana é causadora de até um terço dos casos de surdez neurossensorial adquirida, sendo que até 10% evoluem como permanente. Apesar de o *Streptococcus pneumoniae* ser o principal causador de perda auditiva, quando o agente etiológico é o *Haemophilus influenzae*, a complicação chega a 12%. A perda decorre do dano coclear, vestibular e do nervo vestibulococlear pelo exsudato purulento e labirintite supurativa, com maior acometimento da rampa timpânica e degeneração do órgão de Corti e labirinto membranoso, com posterior ossificação. Esta ocorre em cerca de 70% dos casos de perda auditiva neurossensorial profunda pós-meningite bacteriana, podendo dificultar a técnica cirúrgica do implante coclear e piorar o prognóstico auditivo. A apresentação da perda auditiva geralmente é precoce, mas pode acontecer em qualquer fase da doença, podendo ser uni ou bilateral e, na maioria dos casos, profunda. O uso de corticosteroide no tratamento da meningite, juntamente à antibioticoterapia, reduz o risco desta complicação, e crianças que apresentam meningite bacteriana devem ter avaliação audiológica precoce e acompanhamento regular se for detectada anormalidade. A tomografia apresenta alta taxa de falso-negativo para ossificação em estágio inicial, podendo ser identificada apenas no intra-operatório. Os resultados da linguagem pós-implante coclear são melhores em crianças implantadas em idade precoce, com início tardio ou curta duração da perda auditiva e/ou que já possuíam linguagem antes do procedimento.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Visto que o implante coclear vem se tornando uma alternativa cada vez mais difundida para reabilitação auditiva de pacientes com surdez neurossensorial profunda pós-meningite, deve-se ter em mente que a cirurgia cada vez mais precoce tem maior chance de sucesso da reabilitação e menor possibilidade do achado de ossificação coclear. Ainda, tal complicação pode ser identificada no intraoperatório mesmo com exames de imagem que não a demonstram, sendo necessária adaptação da técnica cirúrgica para melhor desfecho.

Palavras-chave: Meningite;Implante coclear;Surdez bilateral.



PO932

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****OTITE EXTERNA NECROTIZANTE BILATERAL E SÍNDROME DE RAMSAY HUNT À DIREITA EM PACIENTE COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS**COAUTORES:** BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS; GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO; LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS; MARIA EDUARDA DE SOUZA NERY NASCIMENTO; SILVIO DA SILVA CALDAS NETO; THIAGO NUNES GUERRERO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE, RECIFE - PE - BRASIL

**Apresentação do caso:** Homem, 37 anos, pessoa vivendo com HIV/AIDS (PVHA) há 6 anos, sem acompanhamento médico desde o diagnóstico. Em maio de 2023 iniciou um quadro de otalgia bilateral, febre e perda de peso, evoluindo com otorragia bilateral, hipoacusia significativa e paralisia facial periférica à direita. Diante disso, foi avaliado em um serviço de urgência de otorrinolaringologia e recebeu o diagnóstico de otite externa aguda bilateral por Herpes Zóster, complicada com síndrome de Ramsay Hunt à direita. Recebeu inicialmente o tratamento com Aciclovir e Prednisona. Posteriormente, é admitido em hospital terciário por piora do quadro. Concomitante ao controle de infecções associadas, equipe de otorrinolaringologia suspeita de otite externa necrotizante bilateral, complicada com osteomielite. Solicitado alguns exames de imagem, entre eles a Tomografia Computadorizada de Ossos Temporais, no início do internamento, demonstrando sinais inespecíficos, além da Ressonância Magnética de Ouvidos, posteriormente, revelando pequeno abscesso cerebral em lobo temporal, sem necessidade de abordagem neurocirúrgica. Outro exame solicitado foi a Cintilografia com gálio, corroborando a hipótese de otite externa necrotizante. Opta-se por antibioticoterapia de amplo espectro por 12 semanas, além de abordagem cirúrgica para realização de desbridamento em orelhas externas bilateralmente e mastoidectomia à direita. O produto de biópsia intraoperatório de condutos auditivos revelou um processo inflamatório crônico ativo com tecido de granulação e ausência de neoplasia na amostra. Após a cirurgia, paciente recebeu alta hospitalar com melhora do estado geral e com bom controle de comorbidades associadas.

**Discussão:** A otite externa necrotizante (OEN), antigamente chamada de otite externa maligna (OEM), é uma infecção invasiva do canal auditivo externo e da base do crânio. A maioria dos casos ocorre em imunocomprometidos. O principal agente etiológico é a *Pseudomonas aeruginosa* em 96-98% dos casos. Pacientes com OEN apresentam classicamente otalgia e otorreia intensas, que não respondem ao tratamento tópico da otite externa simples. À medida que a infecção avança, podem ocorrer osteomielite da base do crânio e osteomielite da articulação temporomandibular, com risco de paralisias de nervos cranianos. O diagnóstico de OEN é feito por achados clínicos, entre eles: otalgia persistente por mais de um mês; otorreia purulenta persistente associada a tecido de granulação; diabetes mellitus, idade avançada ou outro estado de imunossupressão; e envolvimento de pares cranianos. Além da clínica, exames laboratoriais como a velocidade de hemossedimentação (VHS) e exames de imagem, como a Tomografia Computadorizada do osso temporal com contraste e a Ressonância Magnética são úteis no diagnóstico e acompanhamento da doença. A cintilografia com tecnécio-99 também se demonstra útil e representa atividade osteoblástica. As suas alterações são geralmente persistentes. Já a cintilografia com gálio-67 mostra o foco de infecção aguda, mas não toda a extensão do processo. Desta forma, recomenda-se o estudo inicial com tecnécio e gálio e acompanhamento sequencial com gálio para monitorizar a resposta ao tratamento. Pacientes graves ou com infecção avançada devem iniciar com antibioticoterapia endovenosa. A duração do tratamento é geralmente de quatro a oito semanas, com média de seis semanas. Alguns dos critérios propostos de cura são a cicatrização da pele do CAE, culturas negativas e a normalização da velocidade de hemossedimentação. Pacientes com falha terapêutica devem ser submetidos a biópsia para cultura e testes de suscetibilidade. Além disso, o desbridamento do tecido de granulação é útil no controle da doença.

**Comentários finais:** Entre os fatores implicados na OEN incluem-se a imunossupressão. Pacientes com HIV/AIDS estão em risco devido a alterações na imunidade. Se um paciente com HIV ou AIDS apresenta uma história de intensa otalgia e otorreia purulenta, o diagnóstico de otite externa necrotizante deve ser considerado, sendo necessário realizar investigações apropriadas.

**Palavras-chave:** otite externa necrotizante; Ramsay-Hunt; paralisia facial periférica.

PO936

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**  
DESCOMPRESSÃO MICROVASCULAR PARA ESPASMO HEMIFACIAL**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA FALCÃO HAZIN**COAUTORES:** MARIANA DE CARVALHO LEAL GOUVEIA; SILVIO DA SILVA CALDAS NETO; CAETANO J. COIMBRA; CLAUDIO H. F. VIDAL; KIARA KALLINE RODRIGUES VIRGULINO DE MEDEIROS; MARCELO SOUSA REIS**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE, RECIFE - PE - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL3. BAYLOR UNIVERSITY, TEXAS - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA4. HOSPITAL GETULIO VARGAS, RECIFE - PE - BRASIL5. HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES, RECIFE - PE - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

E.D.L, feminino, 45 anos, procurou o serviço de otorrinolaringologia com história de hemiespasma facial esquerdo progressivo há 5 anos. Paciente relatou que quadro teve início em região periobital, e que com o passar do tempo, progrediu para espasmo hemifacial e periorbicular. Tal queixa causava modificações significativas na qualidade de vida da mesma, que passou a não conseguir mais dirigir e nem ler, além de problemas sociais, devido a ansiedade e fobia que passou a apresentar durante aparições em público. Iniciou tratamento com botox, apresentando boa resposta nas primeiras aplicações, mas foi necessitando de doses cada vez maiores e no momento não apresentava mais uma resposta satisfatória, permanecendo com incômodo.

Realizou investigação com ressonância magnética (RNM), em protocolo para canal auditivo interno, a sequência FIESTA evidenciou uma compressão vascular do nervo facial. Como tratamento definitivo e curativo a paciente foi submetida a cirurgia de descompressão microvascular com técnica minimamente invasiva, realizada por um otorrinolaringologista e um neurocirurgião. Cirurgia realizada por acesso retrosigmoide, na qual o flóculo cerebelar é mobilizado e o VIII par craniano é visualizado. Em seguida, o VII par craniano comprimido pela artéria cerebelar posterior inferior na zona de entrada do nervo é encontrado anteriormente ao CN VIII. A artéria é então mobilizada e um implante de polivinil acetato hidroxilado é deixado separando o nervo da artéria. Durante toda a cirurgia é realizada a monitorização do nervo através resposta lateral estendida do nervo facial (Lateral spread response).

No pós-operatório imediato paciente já apresentava ausência dos espasmos. Segue em acompanhamento há 2 anos, sem retorno dos espasmos, nem perda da acuidade auditiva, disfagia ou dor occipital no local da incisão.

**DISCUSSÃO**

O espasmo hemifacial é causado por uma desordem do sétimo par craniano, cursando com contrações involuntárias de músculos da face. São contrações predominantes unilaterais que se iniciam pela musculatura periorbital, com posterior progressão envolvendo a musculatura perioral, o platisma, entre outros grupos musculares. Advinda majoritariamente de uma compressão venosa do nervo facial em sua emergência do tronco encefálico, pela artéria cerebelar posterior inferior. Porém pode ainda ser causado por compressões tumorais no ângulo cerebelopontino ou Paralisia de Bell, entre outras causas. Atualmente, há algumas possibilidades de tratamento como uso de medicações (clonazepam, carbamazepina, gabapentina), ou ainda o uso da toxina botulínica. A abordagem cirúrgica com descompressão microvascular do nervo facial também tem sido evidenciada como uma possibilidade curativa, trazendo resultados promissores e longevos.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Descompressão microvascular é uma opção viável de tratamento para espasmos hemifaciais, apresentando uma ótima resposta, porém é necessária atenção especial a técnica cirúrgica para o sucesso da cirurgia com a intenção de evitar possíveis complicações.

Palavras-chave: Descompressão microvascular; nervo facial; espasmo hemifacial.

PO940

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR EM PACIENTE COM OTOSCLEROSE COCLEAR AVANÇADA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ANDRESSA ALENCAR SOUSA**COAUTORES:** RAFAEL HADDAD CHECHIN; LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI; EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA; SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO; GUILHERME ADAM FRAGA; FERNANDA WERLANG BAMBERG**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS, BAURU - SP - BRASIL2. HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, BAURU - SP - BRASIL

Paciente ES, 46 anos, feminino, comparece à divisão de saúde auditiva do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo com relato de perda auditiva bilateral progressiva, pior à direita, há cerca de 15 anos, com piora durante período gestacional. Refere uso de aparelho de amplificação sonora individual bilateral desde então e histórico familiar de zumbido (mãe). Apresentava otoscopia normal. Em propedêutica audiológica apresentou perda auditiva neurossensorial bilateral profunda à audiometria, timpanometria com curva A bilateralmente, emissões otoacústicas transientes e por produtos de distorção ausentes bilateralmente e potenciais evocados auditivos de tronco encefálico com ausência de resposta em 99dBNA bilateralmente. Em ressonância magnética foi visualizada intensa impregnação anômala pelo contraste em ambas as cápsulas óticas e discreto estreitamento na porção proximal da rampa basal da cóclea esquerda. Tomografia computadorizada mostrou extensas lesões hipodensas confluentes acometendo as cápsulas óticas, ao redor das espiras cocleares, sugestivas de otosclerose coclear bilateral avançada. Paciente foi submetida à cirurgia de implante coclear à direita, na qual foi observada cóclea parcialmente ossificada. Houve inserção total dos eletrodos pela janela redonda, com telemetria transoperatória com resposta em todos os eletrodos. Teve boa evolução no pós-operatório e aguarda ativação do implante.

**DISCUSSÃO**

A otosclerose é uma doença primária da cápsula ótica que provoca remodelação óssea, podendo gerar alterações auditivas e vestibulares causadas pela anquilose da platina do estribo ou pelo envolvimento generalizado da cápsula ótica. Ela pode ser classificada em histológica, clínica ou coclear, esta última tendo evoluído para o endóstio coclear, sem fixação da platina do estribo, gerando perda auditiva neurossensorial pura. A otosclerose muito avançada é definida por limiares iguais ou maiores que 85dB na via aérea e sem resposta por via óssea. O implante coclear é uma intervenção já estabelecida para pacientes com perda auditiva profunda causada pela otosclerose, com grande benefício. Todavia, a doença impõe dificuldades cirúrgicas, com maior possibilidade de estimulação inadvertida do nervo facial e resultados instáveis, uma vez que, a depender do grau de comprometimento, pode haver cavitação do osso petroso, obliteração do lúmen coclear e/ou comunicação do mesmo com o meato acústico interno. A avaliação pré-operatória inclui tomografia computadorizada de alta resolução, sendo que achados de acometimento coclear extenso e obliteração iminente são indicações para a cirurgia de implante coclear, já que o maior tempo de espera compromete a discriminação da fala e o resultado da reabilitação. Como a otosclerose é uma doença progressiva, a alteração do foco de acometimento coclear pode alterar a eficácia do implante com o passar do tempo, podendo ser necessário níveis mais altos de estímulo, com aumento do risco de estimulação do nervo facial.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Apesar da otosclerose ser uma doença progressiva que pode evoluir para perda auditiva profunda, a cirurgia de implante coclear vem se tornando uma opção cada vez mais utilizada para reabilitação auditiva dos pacientes. O grau das alterações patológicas na cápsula ótica pode gerar dificuldade técnica na cirurgia e no resultado posterior. Além disso, sabe-se que quanto mais cedo for realizado o procedimento, maior é a possibilidade de sucesso na reabilitação.

Palavras-chave: Implante coclear;Otosclerose;Surdez.

PO942

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PERDA AUDITIVA PROFUNDA BILATERAL EM PORTADOR DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS DA SILVA BRAZ**COAUTORES:** PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE; CLAUDINEY CANDIDO COSTA; ISABELA GOMES MALDI; CÁRITA LOPES MACÊDO; JÚLIA RAMOS DE MELO; HUGO FERNANDES DE PAULA; JORDANNA FERREIRA LOUSEK**INSTITUIÇÃO:** CRER, GOIÂNIA - GO - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

J V S S 19 anos, sexo feminino, já com diagnóstico de osteogênese imperfeita, histórico de internações devido a múltiplas fraturas na infância, procura avaliação otorrinolaringológica com história de perda auditiva progressiva desde a infância. Ao exame físico observa-se otoscopia normal. O estudo audiométrico revelou a presença de perda auditiva mista profunda bilateral, reflexos estapedianos ausentes e timpanograma tipo A bilateralmente. Paciente já submetida à timpanotomia para inserção de tubo de ventilação bilateralmente aos 10 anos. Em uso de AASI (aparelho de amplificação sonora individual) retroauricular bilateral desde os 3 anos. Comunica-se 100 oralmente, não apresenta trocas fonêmicas e nem alteração na ressonância de fala, apresentando excelente leitura orofacial. Submetida a Teste de Percepção de Fala em conjunto aberto que identificou que, mesmo em uso de AASI, paciente apresenta grande dificuldade para discriminar, reconhecer e compreender palavras e frases sem o apoio da leitura orofacial. Exames de imagem das Mastoides (Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética) revelam sinais de displasia fibrosa difusa, envolvendo a região petrosa e timpânica do osso temporal, além de otosclerose retrofenestral bilateral.

Paciente com indicação de Implante Coclear, aguardando o procedimento cirúrgico

**DISCUSSÃO**

A osteogênese imperfeita (OI) é uma alteração que pode afetar qualitativamente ou quantitativamente a produção das fibras de colágeno. Quando a quantidade de colágeno produzida pelo organismo está reduzida, são expressos os tipos mais leves de OI já quando a qualidade do colágeno está prejudicada, manifestam-se os tipos mais graves de OI. Trata-se de uma desordem que acarreta diversas e diferentes alterações em células que tenham, em sua formação, fibras de colágeno, resultando, desta forma, em alterações nos tecidos, primordialmente naqueles ricos em colágeno do tipo I. A incidência ocorre em média 1 em cada 20 000 nascidos vivos e estima-se que no Brasil existam pelo menos 12 000 portadores. Não há citações na literatura sobre o predomínio em relação à raça ou sexo. A OI é transmitida geneticamente, sendo que o padrão de herança mais comum é o autossômico dominante, podendo ser, com menor frequência, recessivo. Entre as morbidades resultantes mais descritas na literatura, destaca-se a fragilidade e ou a deformidade óssea, a dentinogênese imperfeita e a perda auditiva. As alterações auditivas na OI diferem da população em geral, uma vez que são mais prevalentes e o seu curso, muitas vezes, culmina em tratamento cirúrgico. Estudos demonstram perda auditiva em 50-62% dos portadores de OI.

Comumente a hipoacusia surge como uma perda auditiva do tipo condutiva entre a segunda e a quarta década de vida e posteriormente evolui para uma perda auditiva do tipo mista. Parece estar associada a uma fixação da platina, em razão de um processo de remodelação óssea anormal no osso temporal e, com o passar do tempo, o processo avança, podendo afetar também o osso pericoclear e outras estruturas ósseas temporais. Em alguns pacientes operados, foi encontrada fixação da base do estribo e também combinada à descontinuidade ossicular. Para os autores, estas são as principais causas da alteração auditiva na OI. A perda em altas frequências sugere que o envolvimento da espira basal da cóclea ocorre frequentemente na OI. A reabilitação auditiva pode ser feita a partir do uso de amplificadores de som ou até de forma cirúrgica. Dentre as formas cirúrgicas, tanto a estapedotomia quanto o implante coclear são opções.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

É de grande importância a avaliação auditiva nos pacientes com OI para o diagnóstico precoce da perda auditiva, permitindo a reabilitação, diminuindo os impactos a esses pacientes, especialmente nas fases de infância e adolescência. O estudo da audição da população com OI, contudo, não está esgotado. Ainda residem dúvidas sobre o desenvolvimento e a evolução da perda auditiva nesta população. Sugere-se a elaboração de um protocolo para avaliação e diagnóstico de distúrbios auditivos no paciente com OI e novos estudos sobre o tema.

Palavras-chave: osteogênese imperfeita; perda auditiva; bilateral.

PO952

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR**

Colesteatoma complicado por trombose séptica do seio sigmoide: Um relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA LUIZA LOPES ILGENFRITZ**COAUTORES:** PEDRO HENRIQUE ZANELLA CATTO; FERNANDA CHAVES AMANTÉA; LETICIA ROSSETTO DAUDT; VINICIUS OLIVEIRA NITZ; VICTORIA FRÓIS OSS-EMER; , MAURICIO NOSHANG LOPES DA SILVA; TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

Paciente do sexo masculino, 9 anos, previamente hígido, com história de otalgia a esquerda associada a febre, sem resposta ao uso de antibiótico tópico otológico, com piora da otalgia e cefaleia intesa após 48 horas. Recebeu antibioticoterapia sistêmica via oral (amoxicilina) em atendimento na unidade básica de saúde. Após dois dias, apresentou piora do estado geral, rebaixamento do nível de consciência, associado a abaulamento retroauricular e febre. Submetido a tomografia de crânio, na cidade de origem, com evidência de velamento mastóideo à esquerda e área de pneumoencéfalo em fossa posterior. Foi admitido na UTI pediátrica de nossa instituição devido a piora neurológica. Na admissão, apresentava rebaixamento do nível de consciência, rigidez de nuca, líquido com pressão de saída elevada, além do achado retroauricular já mencionado. Iniciada antibioticoterapia de amplo espectro: cefepime, vancomicina e metronidazol, bem como solicitada avaliação pela otorrinolaringologia. Frente a um caso de mastoidite aguda complicada com acometimento do sistema nervoso central, procedeu-se com abordagem cirúrgica em caráter de urgência.

Foi realizada mastoidectomia radical, com achado transoperatório de moderado volume de secreção purulenta sob pressão em região do antro mastoideo, associado a colesteatoma mesotimpânico posterior com extensão ao antro e erosão da cadeia ossicular. Foi abordada região de fossa posterior e seio sigmoide com evidência de abscesso na região do seio e impressão transoperatória de trombose. Realizou-se drenagem da coleção e remoção do plastrão inflamatório adjacente. Procedeu-se com TC de ouvidos de controle, nas primeiras horas após a cirurgia, que demonstrou achados compatíveis com trombose da porção cranial da veia jugular interna esquerda com extensão para seio sigmoide e transversal. Foi iniciada anticoagulação plena endovenosa após discussão multidisciplinar entre as equipes assistentes.

Ademais, a cultura da secreção da mastoide, coletada no transoperatório, evidenciou crescimento *E. coli* resistente a cefepime, sendo substituído por meropenem, conforme antibiograma.

O paciente apresentou evolução clínica favorável após ajuste de antimicrobiana, com melhora progressiva do nível de consciência e dos demais parâmetros clínico laboratoriais além de cavidade mastoidea em excelente aspecto. Foi mantida antibioterapia por três semanas e anticoagulação substituída por via oral para a alta hospitalar, que ocorreu 38 dias após a cirurgia. Atualmente, mantém acompanhamento ambulatorial, estável, com manutenção da anticoagulação.

A mastoidite aguda pode ser uma complicação tanto da otite média aguda quanto da otite média crônica. As complicações das otites médias se dividem em intratemporais e intracranianas. No presente caso, o paciente apresentou uma complicação intratemporal, a mastoidite aguda e uma complicação intracraniana, a tromboflebite séptica do seio sigmoide. A origem desta última está relacionada à pressão que o abscesso exerce na mastoide, responsável pela necrose da parede anterior do seio e formação de trombo secundária à adesão celular causada pela lesão da íntima do vaso.

O tratamento cirúrgico é preconizado, nesses casos, a timpanomastoidectomia wall down ou mastoidectomia radical são as alternativas mais adequadas, não sendo indicadas cirurgias conservadoras como a timpanomastoidectomia wall-up. Adicionalmente, a abordagem do seio afetado é uma possibilidade, mas sua indicação deve considerar o quadro clínico e a apresentação da doença. No presente relato, devido ao achado de coleção purulenta na topografia do seio sigmoide, optou-se por tal abordagem.

A anticoagulação é um tema controverso e, portanto seu uso deve ser individualizado. Dessa forma, o manejo multidisciplinar com pediatria, neurologia e hematologia é fundamental para melhores decisões terapêuticas.

O presente caso demonstra uma complicação grave e potencialmente fatal da otite média crônica. O tratamento cirúrgico precoce e tecnicamente correto é fundamental para desfechos favoráveis, além da grande importância do manejo multidisciplinar.

Palavras-chave: Colesteatoma; Trombose séptica do seio sigmoide; Otite média crônica.

PO959

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****PARAGANGLIOMA JUGULOTIMPÂNICO EM ORELHA ESQUERDA - UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELY LERNER BIANCHI**COAUTORES:** CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA; CRISTYAN CESAR DALL AGNOL; DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS; AMANDA ALMEIDA AGUIAR; ÂNGELA RÚBIA OLIVEIRA SILVEIRA; HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG; VICTOR RANZULLA DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** HUJM/UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Relato de caso:** Paciente feminino, 70 anos, apresentou duraria de zumbido pulsátil diário e hipoacusia em orelha esquerda há cerca de 2 anos. Negou otite, trauma ou exposição prolongada a ruídos. Investigando outros sintomas, paciente negou alteração de paladar, alteração da movimentação da língua, paralisia facial ou desequilíbrio. Em otoscopia da orelha direita sem alterações, já na orelha esquerda a havia uma massa avermelhada em região retrotimpânica. Com isso, foi solicitado exames de imagem para investigação. Em tomografia de mastoide demonstrou lesão expansiva osteolítica com epicentro na porção petrosa do osso temporal esquerdo, suspeita para lesão neoplásica possivelmente primária, localmente invasiva. Lesão estimada em 3,8cm x 2,3cm com erosão óssea e áreas de destruição locorregional. Suspeita de lesão neoplásica possivelmente primária, com extensão para células da mastoide mediais, mesotímpano, porção mastóidea do nervo facial, forame jugular, canal carotídeo e forame condilar ipsilateral. Acomete fossa posterior extradural, não sendo possível descartar pequena extensão na margem lateral do hemisfério cerebelar esquerdo. Assim solicitado angioressonância concluiu-se o diagnóstico de paraganglioma jugulotimpânico em orelha esquerda.

**Discussão:** Os paragangliomas jugulotimpânicos, anteriormente conhecidos de tumores glômus timpânicos ou glômus jugulare, são neoplasias raras de crescimento lento, tipicamente benignas e altamente vasculares, cujo surgimento pode se dar a partir do promontório do ouvido médio ou da adventícia da cúpula do bulbo jugular. Conforme os tumores timpânicos crescem, eles têm a tendência de ocupar o espaço no ouvido médio, o que resulta em zumbido pulsátil, com ou sem perda de audição condutiva. Esses tumores também desgastam os ossos à medida que se expandem, especialmente na região inferior, prejudicando os nervos cranianos, podendo resultar em sintomas como paralisia do nervo facial, vertigem, rouquidão e paralisia dos nervos cranianos inferiores. Além disso, eles podem obstruir tanto a cadeia ossicular quanto a membrana timpânica, reduzindo, assim, a mobilidade de uma ou de ambas essas estruturas. Os paragangliomas jugulotimpânicos podem ser identificados no exame clínico através da otoscopia onde pode ser vista uma massa avermelhada atrás da MT, que empalidece quando a pressão positiva do ar é instilada na pneumoscopia. Tradicionalmente, o tratamento dessa neoplasia consiste na completa remoção cirúrgica, entretanto, tal abordagem frequentemente resulta em déficits consideráveis nos nervos cranianos, os quais são geralmente inevitáveis.

**Comentários finais:** O paraganglioma jugulotimpânico, embora seja frequentemente uma lesão benigna, pode gerar diversos prejuízos à qualidade de vida do paciente, como perda auditiva condutiva, zumbido, vertigem e paralisia do nervo facial. Com isso, sua investigação diagnóstica exige atenção para tais sintomas referidos e busca ativa, através da anamnese, exame otoscópico e pneumoscopia, dos sinais que embasam tal suspeita para então prosseguir com os exames complementares e realizar um diagnóstico precoce.

**Palavras-chave:** Paraganglioma; Zumbido; Otolgia.



PO960

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****DISPLASIA FIBROSA EM OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** AMÁBILLE DE OLIVEIRA MARTINS**COAUTORES:** ALONSO ALVES PEREIRA NETO; JOÃO MARCOS RONDON LEIRIA; ALEXANDRE DANIEL TRIERWEILER DE ABREU; ISABELA CAMPOS BERTOLDI; HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG; MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO; KARINA DOS SANTOS ALENCASTRO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINO, CUIABÁ - MT - BRASIL

N. N. S., homem, 40 anos, procurou atendimento no Hospital Otorrino em Cuiabá em setembro de 2022 com queixa de hipoacusia e plenitude aural no lado esquerdo do ouvido. Ao exame físico de otoscopia: uma lesão óssea extensa com oclusão do conduto auditivo externo esquerdo. Exame audiométrico com perda auditiva mista de grau moderado a moderadamente severo com configuração descendente acentuada no ouvido esquerdo e limiares auditivos normais no ouvido direito. Exame TC Mastoide: lesão de comportamento expansivo centrada na tábua óssea temporal a esquerda, sem sinais de extensão extra-óssea, de linhagem a esquerda sugestivo de displasia fibrosa com redução do calibre do conduto auditivo externo pela deformidade óssea citada, opacificado por velamento com densidade em partes moles e com relativa hipopneumatização das mastoides, de aspecto sequelar. Em julho 2023 a cirurgia de timpanomastoidectomia foi realizada no lado esquerdo com remoção completa do tumor ósseo. No retorno o anatomopatológico revelou tecido ósseo impróprio e com excesso de matriz fibrosa compatível com displasia fibrosa. Apresentou boa cicatrização e relatou melhora auditiva. Segue aos cuidados da equipe multidisciplinar. Trata-se de uma osteopatia benigna e incomum que possui alta chance de recidiva. Tem etiologia desconhecida, porém alguns estudos citam alterações enzimáticas, metabólicas e mutações genéticas. Caracteriza-se pela substituição do tecido ósseo normal por tecido fibroso e trabeculado ósseo imaturo e desorganizado, levando a lesões osteolíticas, fraturas e deformidades. Representa uma alteração no desenvolvimento normal do osso, especialmente, um defeito na diferenciação e maturação osteoblástica. Acomete mais a região craniofacial, os ossos longos e as costelas, mas raramente o osso temporal. Geralmente, quando acometido, ocorre predominância unilateral associada à perda auditiva do tipo condutiva secundária a compressão do conduto auditivo externo. Predomina no sexo masculino. Manifesta-se em início na infância e continua até a adolescência e puberdade, com parada de progressão com o término dessa fase. Classifica-se em: monostótica, quando atinge apenas um osso ou ossos contíguos, poliestótica, quando atinge múltiplos ossos, e a síndrome de McCune-Albright, que é definida pela displasia fibrosa poliestótica associada a desordem endocrinológica e áreas de hiperpigmentação cutânea (manchas café com leite) e puberdade precoce. O diagnóstico é dado através da combinação de achados clínicos, genéticos, radiológicos e histológicos. A tomografia computadorizada é o exame de imagem com maior acurácia para diagnóstico. A apresentação clínica depende do local, duração, extensão e natureza da lesão. No caso da displasia temporal, a manifestação mais comum é a hipoacusia condutiva. Outros sintomas: abaulamento temporal ou retroauricular, otalgia, otorreia, disacusia sensorio-neural e zumbido pulsátil. O tratamento é cirúrgico, onde ocorre ressecção e desgaste ósseo com posterior reconstrução da área, corrigindo e/ou prevenindo problemas funcionais, podendo promover simetria facial. Espera-se que os resultados desse trabalho possam contribuir com a comunidade científica, principalmente no que diz respeito a importância do aprimoramento sobre os métodos de tratamento, versando o completo bem-estar e qualidade de vida do paciente. Também ressalta-se a importância do acompanhamento contínuo do paciente, a fim de se prevenir possíveis recidivas.

**Palavras-chave:** DISPLASIA FIBROSA; OSSO TEMPORAL; OTORRINOLARINGOLOGIA.



PO964

**E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR****USO DO DISPOSITIVO ADESIVO DE CONDUÇÃO ÓSSEA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMENTO PARA PERDA AUDITIVA CONDUTIVA EM UM CASO DE MICROTIA****AUTOR PRINCIPAL:** MAÍRA MACEDO DE GUSMÃO CANUTO**COAUTORES:** ANA BEATRIZ DE MELO CALADO; FERNANDO AUGUSTO PACÍFICO; MURILLO BENÍCIO DA SILVA DE CARVALHO AUTO; RAFAELA RIJO FALCÃO; THALES RAFAEL CORREIA DE MELO LIMA**INSTITUIÇÃO:** 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT, MACEIÓ - AL - BRASIL. 2. FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA - FMO, OLINDA - PE - BRASIL. 3. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE (UFS), SÃO CRISTÓVÃO - SE - BRASIL

**Apresentação do caso:** C.L.G., sexo feminino, 10 meses e 15 dias, apresentou perda auditiva do tipo condutiva bilateral, mais acentuada à direita, secundária a quadro sindrômico, associado a malformações no conduto e no pavilhão auditivo, inviabilizando a utilização de aparelhos de amplificação sonora individuais. A solução proposta foi a aplicação de um sistema de condução óssea não implantável (SCONI) como forma de transmissão até a orelha interna. A seleção criteriosa desse sistema está relacionada ao tipo e o grau da perda auditiva, sendo indicado para casos de perda auditiva condutiva bilateral ou unilateral, bem como para perda auditiva unilateral de grau profundo quando a audição na orelha contralateral é preservada. O posicionamento do SCONI ocorreu na região mastóide, aderido à pele por meio do adaptador adesivo, enquanto o processador de áudio se fixou de forma segura e confortável sobre o adesivo. A intervenção com SCONI foi iniciada precocemente para otimizar os ganhos auditivos, minimizar os impactos da privação auditiva e alcançar resultados positivos no desenvolvimento da comunicação e na integração social, especialmente em ambientes ruidosos. C.L.G. foi submetida a uma avaliação auditiva abrangente, incluindo um Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) aos quatro meses de idade, um PEATE ósseo e três avaliações comportamentais. Os resultados do PEATE revelaram um comprometimento condutivo, com atraso em bloco nas latências e presença de onda V a 100dBnHL na orelha direita e 70dBnHL na orelha esquerda. O PEATE ósseo demonstrou a presença das ondas I, III e V até 20dB, com latências absolutas e intervalos interpicos dentro dos padrões normais para ambas as orelhas. Nas avaliações comportamentais, observou-se que a paciente exibiu respostas de busca lateral ao estímulo tonal em campo livre, bem como busca e atenção aos instrumentos musicais em baixa intensidade na orelha esquerda e média intensidade na orelha direita. No entanto, devido à falta de colaboração da paciente, não foi possível realizar o exame de emissões otoacústicas nem analisar as medidas de imitância acústica. Aos 01 anos e 26 dias, procedeu-se à ativação bilateral do SCONI. Na avaliação comportamental subsequente, foi notável a ocorrência de respostas comportamentais de busca lateral em relação a estímulos sonoros, além de um aumento na busca e na atenção aos instrumentos musicais em uma ampla faixa de intensidades, que incluiu baixas, médias e altas.

**Discussão:** A microtia é um defeito congênito que impacta o desenvolvimento da orelha externa, potencialmente causando perda auditiva de natureza condutiva e variados graus de severidade. Assim, a avaliação auditiva desde o nascimento desempenha um papel crucial. Opções de tratamento para a perda auditiva incluem intervenções cirúrgicas, como implante auditivo ósseo integrado, e não cirúrgicas, como dispositivos auditivos de condução óssea com softband ou fixação adesiva. São escassos os estudos dedicados à investigação das anomalias auriculares concomitantes com a perda auditiva bilateral. A abordagem cirúrgica é menos indicada para esse caso, haja vista serem mais comuns em pacientes com malformação unilateral, bem como não é a mais indicada nos primeiros meses de vida. Em contraste, dispositivos de condução óssea, menos invasivos, são mais adequados à condição da paciente. Tanto por sua maior indicação nos casos de perda auditiva bilateral, quanto pelo impedimento da utilização de AASI devido à malformação auricular presente. Apesar de recente, esse sistema vai além da melhoria da qualidade de vida, sendo um método terapêutico não invasivo e de uso simples.

**Considerações finais:** Conclui-se que o SCONI representa a seleção terapêutica mais adequada para pacientes pediátricos acometidos por perda auditiva condutiva bilateral, sobretudo quando coexistente com anomalias anatômicas do canal auditivo e da orelha externa, bem como ilustra a importância da intervenção precoce na mitigação das repercussões decorrentes da perda auditiva em pacientes pediátricos durante o estágio de desenvolvimento, de modo minimamente invasivo.

**Palavras-chave:** Perda Auditiva; Microtia Congênita; Auxiliares de Audição.

PO037

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****DOENÇA DE MÉNIÈRE EM PACIENTE COM CHIARI I - ASSOCIAÇÃO RARA E POUCO MEMORADA AO DIAGNÓSTICO DE MÉNIÈRE****AUTOR PRINCIPAL:** TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA**COAUTORES:** INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO; KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS; LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI; LUCAS CHOI MARCHESANO; PRISCILA CAVALIERI MASSON; ANA PAULA DIAS SOUTO SCHMITZ; LETICIA BOARI**INSTITUIÇÃO:** IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL**CASO**

E.S., feminino, 50 anos, relata vertigem espontânea há 07 anos, com duração de horas, mais frequente nos últimos 02 anos, associada a hipoacusia e tinnitus em apito à direita. Há 5 meses apresenta otalgia à direita e cefaleia holocraniana. Relata refratariedade a antivertiginosos diversos. Portadora de ansiedade e DRGE, em uso de Alprazolam e Zolpidem. Nega antecedente de enxaqueca. Sedentária, sem vícios. Exame físico inicial apenas com oscilação discreta no Romberg. Otoscopia, força, metria, reflexos, marcha e HINTS normais. Suspeitou-se de Sd de Ménière. Foi introduzida betaistina 24mg de 12/12h, solicitados exames e encaminhamento para neurologia para avaliação da cefaleia. No retorno, referiu melhora parcial da tontura com o uso da betaistina. Audiometria: perda neurosensorial moderada, plana a direita; VENG: hipofunção vestibular direita. RM crânio: Sd de Arnold Chiari tipo I, invaginação de Artéria Basilar, e hidrocefalia comunicante moderada; Angiorressonância cerebral arterial: sem alterações; RM de mastóides: lesão de 3mm em MAI direito, sugestiva de schwannoma vestibular.

Paciente perdeu o seguimento durante a pandemia, e retornou, após 2 anos, com piora dos sintomas de cefaleia e tontura. Instauraram-se suspeitas clínicas a respeito do desenvolvimento das múltiplas alterações e suas correlações com a clínica da paciente. A Sd de Arnold Chiari poderia ser a causa da hidrocefalia e da cefaleia? A hidrocefalia comunicante seria responsável pela hidropsia endolinfática?

Neurocirurgia (NCR) realizou DVP com válvula à direita e, no pós-operatório houve melhora completa da tontura, do zumbido e da cefaleia. Atualmente, paciente segue em acompanhamento clínico do neurinoma e da Sd. Arnold Chiari com NCR e ORL, sem uso de antivertiginoso e está realizando ressonâncias seriadas de controle.

**DISCUSSÃO**

A associação da doença de Ménière com a deformidade de Arnold Chiari é rara e deve ser diagnosticada.<sup>1</sup> Sendo estas duas patologias manifestadas por vertigens periféricas, é necessário um minucioso exame clínico e paraclínico para orientar o diagnóstico.<sup>1</sup> O sintoma audiovestibular mais comum apontado na literatura em pacientes com Chiari I é a instabilidade (49%), seguida de tontura (18%), nistagmo (15%) e perda auditiva (15%). O nistagmo é frequentemente horizontal (74%) ou descendente (18%). Outros sinais e sintomas audiovestibulares são zumbido (11%), plenitude auricular (10%) e hiperacusia (1%). Cefaléia occipital que aumenta com as manobras de Valsalva e parestesias nas mãos são sintomas muito sugestivos.<sup>2</sup> Muitas teorias têm sido aceitas para explicar o envolvimento do VIII nervo com MAC I. As explicações sobre o comprometimento da orelha interna são derivadas da compressão do núcleo coclear intracerebral e da isquemia coclear, bem como do nervo vestibular, como resultado da torção da porção inferior da artéria cerebral ou de um de seus ramos.<sup>3</sup>

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Conhecer a relação entre a Sd de Chiari e a Doença de Ménière é essencial para que seja aventada a hipótese da associação entre as duas doenças.

Palavras-chave: OTONEUROLOGIA; CHIARI I; MÉNIÈRE.

PO048

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****SÍNDROME DE MILLER FISHER: UMA RARA MANIFESTAÇÃO INICIAL COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA BILATERAL****AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDA DE SÁ BARRETO LÓCIO DE PAULA**COAUTORES:** MARIANNA ORNELLAS SAMPAIO LEITE; ELYZANDRA DE ARAUJO FREITAS; LUCAS SOUTO LOPES; LUCAS DE ABREU LIMA THOME DA SILVA; PEDRO MINO VIANNA; DENIS MELO RANGEL; THIAGO DE ALMEIDA REIS**INSTITUIÇÃO:** HCE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente com 22 anos de idade, sexo masculino, deu entrada no Hospital Central do Exército (HCE) com quadro de paralisia facial bilateral e foi admitido pelo serviço de otorrinolaringologia. Relatou que 2 dias após retornar de atividade militar em campo apresentou quadro de otalgia à direita, paralisia facial à direita e cefaleia, que após uma semana evoluiu com paralisia facial contralateral e em seguida parestesia em extremidades. Negou outros sintomas associados. Ao exame físico estava em bom estado geral, otoscopia e exame dermatológico sem alterações. O exame neurológico evidenciou House-Brackmann V bilateral, discreta ataxia de marcha e arreflexia. Foi instituído tratamento inicial com dexametasona 10mg/dia IV. Os exames laboratoriais de admissão mostraram hemograma, função renal, função hepática, eletrólitos, função tireoidiana, VHS e PCR normais. Audiometria, VDRL, Ressonância de crânio, Tomografia de crânio, FAN e FR sem alterações. As sorologias para HIV, CMV, HSV, Lyme e EBV foram todas negativas. Foi realizada coleta de líquido cefalorraquidiano, na qual foi constatada hiperproteínoorraquia e posteriormente eletroneuromiografia que sugeriu hipótese diagnóstica de síndrome de Guillain-Barré.

O paciente foi transferido para os cuidados da clínica médica em conjunto com neurologia, onde evoluiu com piora da ataxia de marcha, foi diagnosticado com síndrome de Guillain-Barré, variante Miller Fisher e tratado com Imunoglobulina IV na dose de 10g 3x/dia e fisioterapia motora. O paciente teve boa evolução do quadro, apresentando melhora da paralisia facial e discreta ataxia de marcha na alta hospitalar.

**COMENTÁRIO FINAIS**

Na rotina do médico otorrinolaringologista o comum é nos depararmos com paralisia facial periférica unilateral. Na presença de paralisia facial periférica bilateral é importante estar atento e aventar a possibilidade de doença neurológica com necessidade de diagnóstico rápido e preciso e tratamento multidisciplinar.

**DISCUSSÃO**

A Síndrome de Miller Fisher (SMF) é uma variante rara e autoimune da Síndrome de Guillain-Barré (SGB), caracterizada pela desmielinização dos nervos cranianos e periféricos. Isso resulta em fraqueza muscular, paralisia parcial ou total dos músculos oculares, problemas na linguagem e perda de coordenação e equilíbrio motor. A SMF é responsável por 1% a 5% dos casos de Síndrome de Guillain-Barré no Ocidente, 19% em Taiwan e 25% no Japão. É mais comum em homens e afeta pessoas de todas as idades. Os sintomas iniciais incluem oftalmoplegia, ataxia de marcha e ausência de reflexos. Os pacientes geralmente procuram atendimento médico devido a uma rápida diminuição da visão e dificuldade para caminhar. A diplopia, é o sintoma mais comum da SMF, geralmente acompanhada de paralisia dos músculos oculares. O nervo facial também pode ser afetado, resultando em fraqueza dos músculos faciais e dificuldade em fechar as pálpebras. A SMF geralmente é desencadeada por uma doença anterior contraída pelo indivíduo.

O caso raro relatado descreve um paciente jovem com síndrome de Guillain-Barré, variante Miller Fisher, que apresentou paralisia facial bilateral como sintoma inicial. O diagnóstico e tratamento precoce com imunoglobulina intravenosa e fisioterapia mostrou resultados positivos, resultando em melhora dos sintomas e permitindo a alta hospitalar.

Através deste relato, é possível aumentar o conhecimento e conscientização sobre essa condição, além de oferecer uma oportunidade valiosa para discussão sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico dessa doença neurológica rara.

**Palavras-chave:** Paralisia facial periférica bilateral; Síndrome de Guillain-Barré; Síndrome de Miller Fisher.

PO057

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL SÚBITA IDIOPÁTICA: A NECESSIDADE DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE.****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS SOUTO LOPES**COAUTORES:** MARIANNA ORNELLAS SAMPAIO LEITE; FERNANDA DE SÁ BARRETO LÓCIO DE PAULA; ELYZANDRA DE ARAUJO FREITAS; LUCAS DE ABREU LIMA THOME DA SILVA; PEDRO MINO VIANNA; DENIS MELO RANGEL; THIAGO DE ALMEIDA REIS**INSTITUIÇÃO:** HCE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

P.A.F., de 56 anos com queixa de hipoacusia e plenitude aural súbita, sem otalgia, durante viagem para região serrana do Rio de Janeiro-RJ. Nega processos infecciosos aparentes. Ausência de comorbidades ou uso de medicações contínuas. Apresentava um exame físico otorrinolaringológico dentro da normalidade com Weber (teste diapasão) lateralizado para esquerda. A conduta inicial foi a prescrição de prednisolona 40mg por dia, furoato de fluticasona (spray nasal) 27,5mcg duas vezes ao dia, e solicitado uma audiometria tonal e vocal, com imitanciometria.

Retorna com as mesmas queixas e com a audiometria que demonstrava uma perda auditiva mista de grau severo no ouvido direito e dentro dos padrões de normalidade no ouvido esquerdo, reflexo acústico no ouvido direito ausente, e timpanometria com curva Ad bilateral. Manteve um exame otorrinolaringológico dentro da normalidade com o Weber lateralizado para o lado esquerdo. Então iniciado corticoterapia com dexametasona 8mg/dia descalonando até 2mg/dia, por dez dias.

No retorno após oito dias da última consulta com nova audiometria realizada no dia do retorno, esta evidenciou uma perda auditiva mista de grau leve/moderada no ouvido direito, limites auditivos dentro da normalidade no ouvido esquerdo, ausência do reflexo acústico no ouvido afetado, e timpanometria com curva Ad bilateral. Nesta consulta foram solicitados exames diagnósticos para elucidar as possíveis causas de surdez súbita conforme os diagnósticos sindrômicos: exames laboratoriais, ressonância nuclear magnética (RNM) de ouvido com contraste.

Com quatorze dias após a última consulta, retornar com relato de melhora da hipoacusia e início de um zumbido no ouvido direito; e com os exames laboratoriais normais, RNM com presença de alça vascular em contato com a porção cisternal do VII e VIII pares cranianos bilateralmente. E realizou nova audiometria, que demonstrou limites auditivos dentro da normalidade, um IPRF: OD 92% OE 100%, reflexo acústico presente bilateralmente e manutenção da curva Ad na timpanometria.

O paciente segue em acompanhamento no ambulatório de otologia do Hospital Central do Exército Brasileiro.

**DISCUSSÃO**

A perda súbita da audição é uma urgência otorrinolaringológica, que deve ser tratada o mais precocemente. Apesar de muitos casos terem a recuperação espontânea dos limites auditivos, o retardo no início do tratamento pode acarretar danos irreversíveis a audição do paciente. A Surdez Súbita é designada devido uma queixa de perda auditiva súbita, e após exclusão de uma perda auditiva condutiva após avaliação otorrinolaringológica adequada.

Quando essa perda auditiva neurosensorial súbita não possui uma causa evidente, esta é denominada de PANSI – Perda Auditiva Neurosensorial Súbita Idiopática. Essa perda deve ser de pelo menos 30 dB em três frequências contíguas e ter iniciado nas últimas 72 horas. A PANSI tem uma incidência de 5 a 20 casos a cada 100.000 habitantes por ano, apesar de pouco frequente não é rara. Apesar de poder ocorrer em qualquer faixa etária, o seu pico de é na sexta década de vida; sendo na sua maioria, 90% dos casos, unilateral.

O tratamento precoce com corticoide sistêmico, possibilita maiores chances de o paciente retomar os padrões audiométricos anterior ou de resultados melhores em relação a perda em 70% dos casos. Os estudos mostram que esta conduta deve ser instituída dentro dos dez primeiros dias do início da perda. Alguns sinais evidenciam um Bom ou Mau prognóstico, e neste caso, pode-se observar que o paciente possuía apenas maus prognósticos: perda auditiva severa e má discriminação vocal.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Neste caso clínico foi observado que a conduta precoce da corticoterapia sistêmica, mesmo com os sinais de mau prognóstico, reafirmou o que a literatura orienta a respeito da importância do tratamento instituído adequadamente, e de um diagnóstico precoce. Assim como da relevância social para que este paciente retome as suas capacidades.

Palavras-chave: Surdez Súbita; Perda Auditiva; Corticoterapia.

PO088

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****FRATURA DO OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** RODRIGO LEMOS DA SILVA**COAUTORES:** ADRIANA AZEVEDO CUNHA LEITE; LEANDRO JOSE ALMEIDA AMARO; FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA; GIOVANA GOMES FERNANDES; ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT; NAIADÉ DE OLIVEIRA DO AMARAL; ANA CAROLINA DAMASCENO CORREA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETINA FERRO DE SOUZA, BELÉM - PA - BRASIL

Paciente, sexo Masculino, relata acidente de Moto com trauma em região Temporal a direita há 2 anos; evoluindo, desde então, com hipoacusia ipsilateral ao local do trauma e otalgia. Hoje, relata quadro de tontura, ao abaixar e levantar a cabeça e desequilíbrio com tendência de queda para direita. Nega episódios de otorreia e nega autofonia.

No exame físico geral, não foram observados anormalidades na otoscopia bilateral, rinoscopia e oroscopia e ausência de Paralisia facial periférica. Ao exame Otoneurológico foi observado nistagmo semi espontâneo para esquerda e Hit- clínico com sacadas corretivas para esquerda ao movimentar a cabeça do paciente para direita. Ao exame do V-HIT foi constatado Hipofunção vestibular a direita acometendo todos os Canais Semicirculares. Ao exame de Tomografia de Mastoide, janela óssea foi observado Fratura transversa na porção Petrosa do Osso Temporal a direita, passando pelo Conduto Auditivo Interno, Cóclea e Labirinto e Trajeto do nervo facial.

Os traumas do osso temporal têm como principal causa os acidentes de trânsito envolvendo motocicletas e automóveis. As fraturas do osso temporal representam 22% do total das fraturas cranianas, sendo superadas apenas pelas fraturas do esfenoide. Os adultos jovens do sexo masculino são os mais acometidos, numa proporção de 3 para 1.

Na maioria dos casos de fraturas transversas, o traço de fratura passa pelo vestíbulo da orelha interna, gerando perda completa da função coclear e vestibular. Vertigem severa acompanhada por náuseas e vômitos é observada por um período de duas a três semanas. Instabilidade com tendência à queda, em direção ao lado afetado, pode perdurar por meses. Nistagmo espontâneo moderado com direção para o lado afetado também pode ser observado por vários meses. A perda auditiva neurosensorial é mais comum em pacientes com fratura transversal, podendo ser secundária a transecção do nervo coclear, injúria às estruturas labirínticas ou à platina do estribo, que resulta em fístula labiríntica

Do ponto de vista otorrinolaringológico, as situações que são emergenciais e requerem tratamento cirúrgico são: a paralisia facial periférica completa cujo início foi imediato ao trauma, as otoliquorreias persistentes, as herniações e as fístulas labirínticas. As demais situações deverão ser abordadas de forma conservadora, muitas delas só de forma expectante, com as cirurgias sendo realizadas quando necessárias e indicadas de forma eletiva

Dessa forma, É fundamental que o Otorrinolaringologista compreenda os tipos de Trauma que acometem a região do Osso Temporal e suas implicações clínicas na vida do paciente; bem como a particularidade que cada tipo de Trauma apresenta.

Palavras-chave: TRAUMA DO OSSO TEMPORAL;HIPOFUNÇÃO VESTIBULAR;TONTURA.

PO095

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****AVALIAÇÃO DO POTENCIAL AUDITIVO DO TRONCO ENCEFÁLICO EM PACIENTES PORTADORES DE TINNITUS SUBJETIVO TRATADO COM NIMODIPINA POR 30 e 90 DIAS****AUTOR PRINCIPAL:** AMANDA ANDRAUS SIMONIAN**COAUTORES:** FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR; JOSE MAURICIO TERCÍ DE ABREU; FERNANDO BRUNO MERELLO; LETICIA GONÇALVES SILVA; LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY; RUBENS DANTAS DA SILVA JUNIOR; PRISCILA BOGAR**INSTITUIÇÃO:** FMABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL**OBJETIVO:** Avaliar a transmissão sináptica em estruturas auditivas de tronco encefálico em portadores de tinnitus tratados com nimodipina após 30 e 90 dias de tratamento.

**MÉTODOS:** Ensaio Clínico Randomizado, triplo-cego, 40 pacientes alocados aleatoriamente em grupo intervenção e controle. O estudo foi dividido em duas etapas. Num primeiro momento, foi realizado o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), estímulo click de 80 dB em ambas orelhas e aplicados os questionários Tinnitus Handicap Inventory (THI) e Escala Visual Analógica (EVA) para intensidade e incômodo em cada orelha. Foi orientado que os participantes tomassem um comprimido por dia durante 30 dias de nimodipina na dose de 30 miligramas ou placebo (comprimidos com aparência idêntica). Em seguida foram submetidos a um segundo PEATE e aos questionários THI e EVA. A partir dos dados coletados, realizou-se a análise estatística descritiva, que estão apresentados a seguir. Em um segundo momento, de modo a enriquecer os resultados e aumentar a evidência, os pacientes foram novamente alocados aleatoriamente em um novo grupo de intervenção e controle para realizarem mais 60 dias de tratamento mantidos a mesma dose do nimodipino 30mg ou placebo. Ao final, os mesmos serão submetidos a um terceiro PEATE e questionários THI e EVA para futura análise comparativa.

**RESULTADOS:** Avaliados 38 pacientes, 18 alocados no grupo controle e 20 no grupo intervenção, sendo excluídos 2 participantes devido à descontinuidade de tratamento. A análise descritiva dos dados obtidos no interrogatório foi semelhante entre os grupos, com predomínio de participantes idosos e do sexo feminino. O zumbido, em sua maioria, como contínuo, modulado pelo ruído ou estresse e associado à hipoacusia. 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 comparação 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 dos questionários THI e EVA não demonstrou diferença significativa em ambos os grupos na primeira etapa do trabalho. A segunda etapa do trabalho está no período de coleta de dados.

**DISCUSSÃO:** Os resultados da primeira etapa do estudo demonstra que a nimodipina, 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 por um período mais prolongado podem ser uma alternativa para definir se a nimodipina é eficaz no tratamento do tinnitus o que justifica o seguimento dos pacientes para a segunda etapa do estudo sendo previsto ao final 90 dias de tratamento.

**CONCLUSÃO:** Nimodipina na dose 30 mg por dia durante 30 dias em portadores de tinnitus tem evidências de alterar a transmissão sináptica em estruturas de tronco encefálico. Não houve melhora significativa das queixas do zumbido referidas pelos pacientes através dos questionários THI e EVA. A segunda etapa do estudo está em realização e envolve a análise dos mesmos pacientes após 90 dias de tratamento, espera-se com isso, aumentar a magnitude dos resultados de modo a definir a eficácia da nimodina como uma possibilidade para o tratamento de tinnitus.

**Palavras-chave:** Tinnitus;Tinnitus Handicap Inventory;PEATE.



PO122

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****CORRELAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO A ORGANOFOSFORADOS E TONTURA - UMA REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** RAFAEL ALMEIDA DE OLIVEIRA**COAUTORES:** THALYTA CUSTÓDIO; DEBORAH TAVARES BIEZUS; FERNANDO CEZAR CARDOSO MAIA FILHO**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE PARANAENSE, UMUARAMA - PR - BRASIL**Objetivo**

Essa revisão de literatura tem como objetivo abordar a correlação entre exposição a organofosforados e tontura.

**Metodologia**

Nesta revisão, foram utilizados os termos de pesquisa, consistindo em pesticidas, desequilíbrio postural, vertigem, tontura, sintomas otoneurológicos, distúrbios da marcha e organofosforados, sendo artigos filtrados conforme a relevância do tema, nas bases de dados científicas PubMed e Google acadêmico. Pesquisamos e utilizamos artigos publicados entre 2017 e 2023. Coletamos e analisamos 401 artigos das bases de dados, e destes utilizamos 6 para realizar a revisão.

**Resultados**

O Brasil é um dos maiores produtores agropecuários do mundo, deste modo, a utilização de Insumos agrícolas está diretamente relacionada com um importante desempenho econômico na produção agrícola em larga escala (PIGNATTI et al., 2017). No entanto, o uso indiscriminado unido à falha de emprego nos cuidados necessários, como a utilização incorreta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), tem cooperado para o aumento das intoxicações por inseticidas, denotando uma implicação nociva na audição por conta destes agentes ototóxicos (FRANK et al., 2017). Os organofosforados equivalem a uma das classes mais utilizadas no Brasil envolvido nas intoxicações, visto que, levam ao surgimento de sinais e sintomas indesejáveis, decorrente da inativação das enzimas de acetilcolinesterases eritrocitária e plasmática, fomentando o acúmulo de acetilcolina nos receptores colinérgicos e desconcertando a transmissão colinérgica pós-sináptica, acarretando em uma hiperestimulação (BERNARDES et al., 2023). Essa substância pode ser absorvida direta ou indiretamente por vias respiratórias, dérmica ou digestiva, e podem incitar o aparecimento de sintomas muscarínicos e nicotínicos como tontura, cefaléia, náuseas, vômitos, sangramento nasal sudorese, hipersecreção ou diarreia (OLIVEIRA et al., 2022). Segundo Mattiazzi et al. (2020, p. 94) um estudo realizado com 71 trabalhadores rurais, mostrou que 31 (43,7%) declararam que faziam o uso de EPI “eventualmente”, 22 (31%) “nenhuma vez” e somente 18 (25,3%) responderam que “sempre” faziam o uso, dentre os próprios envolvidos na pesquisa, 38 (53,5%) tomavam banho após o manejo dessas substâncias e 8 (11,3%) apresentaram sintomas de tontura. Para Frank et al. (2017, p. 472), em sua pesquisa concretizada, identificou-se que entre 70 agricultores da Região Noroeste do Rio Grande do Sul, 7 (10%) relataram apresentar tontura e que 5 (7,1%) utilizavam agrotóxicos do grupo dos organofosforados.

**Discussão**

Segundo Bozza (2020), o ruído é um dos fatores otoagressores que podem ofuscar outros agentes prejudiciais no ambiente de trabalho. Entre estes, estão os insumos agrícolas e agentes ototóxicos da fumicultura. Dito isso, a preocupação voltada ao trabalhador é iminente, tornando imprescindível solidificar e embasar as normas regulamentadoras que garantem qualidade de vida a esses indivíduos que têm potencial de comprometer a saúde auditiva. Destaca-se, que os organofosforados, são pesticidas amplamente utilizados para o controle de pragas no meio agrícola. O grande problema de seu uso está na neurotoxicidade, gerando decréscimo na função cognitiva e neurocomportamental, bem como disfunções respiratórias e reprodutivas. Sintomas agudos surgem como tontura, dor e náusea (Kim, et al., 2018).

**Conclusões**

O emprego dos agrotóxicos sem a adoção do Equipamento de Proteção Individual e conhecimento técnico, podem comprometer a saúde de quem se expõe a essas substâncias. Desse modo, a discussão dessa problemática entre a exposição aos organofosforados e a tontura torna-se viável, uma vez que, propiciam riscos à saúde pública. Ações de capacitação para indivíduos que fazem o manuseio de inseticidas, somado a propagação de conhecimento sobre os produtos, são essenciais para a minoração de casos de tontura entre esses indivíduos.

**Palavras-chave:** Tontura; Agrotóxicos; Organofosforados.



PO139

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****TESTE MOLECULAR NA SÍNDROME DE USHER : RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** CRISTINA ABBAD DE OLIVEIRA CASTRO**COAUTORES:** KARLA MONIQUE FROTA SIQUEIRA SARQUIS; KAREN DE CARVALHO LOPES; FERNANDO FREITAS GANANÇA**INSTITUIÇÃO:** ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Apresentação do Caso:**

M.A.D., 16 anos, sexo masculino, com história pessoal de falha na Triagem Auditiva Neonatal, apresentando emissões otoacústicas (EOA) e Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico (PEATE) alterados. Iniciada reabilitação auditiva com Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) bilateral e acompanhamento Fonoaudiológico a partir dos 4 meses de vida, evoluindo com bom desenvolvimento da linguagem oral. Audiometria de Junho de 2022 evidenciando perda auditiva neurosensorial bilateral, moderadamente severa, mais intensa nas altas frequências, simétrica, com SRT de 60dB bilateralmente e IPRF de 56% à direita e 52% à esquerda. Sem história de intercorrências gestacionais e perinatais e de outros fatores de risco para o desenvolvimento de perda auditiva. Nega história familiar de perda auditiva. Há 4 anos, iniciou quadro de queixa visual descrita como dificuldade de enxergar a noite e diminuição da visão periférica, sendo diagnosticado com Retinose Pigmentar em exame Oftalmológico e encaminhado para investigação Genética e Otorrinolaringológica por suspeita de Síndrome de Usher. Realizado teste molecular (Painel genético para retinopatias) que evidenciou mutação patogênica, em homozigose, no gene USH2A, caracterizando o subtipo USHER 2A. Foi encaminhado à avaliação otoneurológica, em que foi evidenciado, vestibulopatia periférica deficitária esquerda, à videonistagmografia e ausência de alterações nos demais testes vestibulares, VEMPs, v-HIT e Posturografia. O paciente apresenta perda auditiva estável, não-progressiva, quando analisadas as audiometrias de 2017 a 2022.

**Discussão:**

A Síndrome de Usher é a principal causa hereditária de deficiência auditiva e visual, associados ou não a sintomas vestibulares, com padrão de herança autossômico recessivo. Representa 18% dos casos de Retinose Pigmentar e 3 a 6% das perdas auditivas congênitas.

Por tratar-se de grupo heterogêneo, a Síndrome de Usher é dividida em três subgrupos maiores. O subtipo 1 caracteriza-se por perda auditiva congênita severa a profunda, hipofunção vestibular e quadro oftalmológico de início precoce. Pacientes diagnosticados com o USH2 não apresentam sintomas vestibulares associados e clinicamente possuem perda auditiva moderada a severa, congênita, pior em frequências agudas, bem como instalação de queixas visuais em idade média de 17 anos. O subtipo 3 possui quadro vestibular e visual variáveis e perda auditiva pós-lingual progressiva.

Dentre as alterações relacionadas ao subtipo 2, tem-se três genes envolvidos capazes de produzir proteínas localizadas na base dos estereocílios nas células ciliadas cocleares e nos complexos periciliares da retina. Mutações na proteína usherin, responsável pela adesão celular, caracterizam o USH2A em 85% dos casos. Apesar de representar a mutação mais comum, encontra-se associada a apresentações fenotípicas diversas.

Nos pacientes diagnosticados com USH2A a perda auditiva neurosensorial é bilateral, pior nas frequências agudas, com evolução variável e possibilidade de progressão da perda auditiva. Sintomas vestibulares subclínicos também foram descritos e devem ser avaliados.

O caso apresentado relata paciente com deficiência auditiva congênita não submetido a investigação etiológica da perda durante a infância. Apenas após início dos sintomas visuais e diagnóstico de Retinose Pigmentar, foi aventada hipótese diagnóstica de Síndrome de Usher e encaminhado paciente para avaliação Otorrinolaringológica e Genética. Paciente sem sintomas vestibulares associados, com VENG deficitário à esquerda por provável alteração da visão periférica.

**Comentários Finais:**

A Síndrome de Usher deve ser investigada em pacientes com perda auditiva e queixas visuais de etiologia desconhecida. Diante do diagnóstico, a reabilitação auditiva precoce é fundamental e altera o desenvolvimento da fala nos pacientes pré-linguais. Por tratar-se de grupo heterogêneo, estudos pormenorizados das mutações relacionadas à síndrome possibilitam o desenvolvimento de novos tratamentos, o que demonstra a importância da avaliação genética.

**Palavras-chave:** SINDROME DE USHER;TESTE MOLECULAR;USH2A.

PO142

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA**

Tontura como manifestação inicial de Esclerose Múltipla: Relato de Caso

**AUTOR PRINCIPAL:** DANIELA COSTA MALHEIROS**COAUTORES:** BRUNA SOUZA MAGALHÃES; LEONARDO DE MOURA VOLPI; BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO; MONICA ALCANTARA DE OLIVEIRA SANTOS**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente do sexo masculino, 30 anos, previamente hígido, deu entrada no pronto socorro com queixa de tontura de início súbito há 4 dias, rotatória, constante, que piorava ao movimento da cabeça, com dificuldade para deambular, associada a náuseas e vômitos. Negava queixas auditivas. Quando questionado, referia momentos de visão dupla. Procurou atendimento médico diversas vezes no período, sendo diagnosticado com VPPB e tendo feito uso de supressores labirínticos, sem melhora do quadro. Chegou no Pronto Socorro de Otorrino da Santa Casa de SP encaminhado por serviço externo para “realização de manobra de reposicionamento dos cristais” (sic). Ao exame, o paciente se encontrava em regular estado geral. Na avaliação otoneurológica, foi identificado nistagmo semiespontâneo arritmico, multidirecional. Na perseguição do olhar identificado olhar desconjugado. Head impulse com sacadas corretivas bilateralmente. Cover test sem alterações. Romberg com queda para trás e Unterberger-Fukuda sem alterações. Provas cerebelares sem alterações. Foi encaminhado para avaliação da equipe de Neurologia, que identificou a oftalmoplegia internuclear bilateral. Foi solicitada RM de crânio, a qual demonstrou múltiplos focos de lesões de substrato desmielinizante, com distribuição temporal e espacial, sendo sugestiva de Esclerose Múltipla. O paciente foi então submetido a pulsoterapia, com melhora importante do quadro, permanecendo com alteração ocular discreta. VHIT realizado após a alta hospitalar com evidência de diminuição de ganho e sacadas corretivas em canais laterais e posteriores bilaterais. No momento, paciente realiza reabilitação vestibular conforme orientado por nossa equipe e está em uso de Natalizumabe, em acompanhamento conjunto com equipe de Neurologia, em melhora progressiva da tontura.

**Discussão:**

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença autoimune desmielinizante neurodegenerativa caracterizada por fases de recaída e remissão com sequelas invalidantes de longo prazo, especialmente em casos diagnosticados tardiamente. Sua apresentação clínica e progressão são caracterizadas pela alta variabilidade, muitas vezes levando ao atraso no diagnóstico definitivo da doença. Um dos sintomas mais incomuns da EM é a vertigem. Em pessoas com EM, várias áreas ao longo das vias vestibulares periféricas e centrais podem ser afetadas, incluindo o oitavo nervo, os núcleos vestibulares, os tratos oculomotores, o fascículo longitudinal medial e o cerebelo. A Oftalmoparesia internuclear (INO) é um movimento ocular caracterizado por movimentos lentos do olho adutor em relação ao olho abdutor em sacadas horizontais, levando a queixa de diplopia. A causa de INO na EM é a desmielinização do fascículo longitudinal medial, sendo um dos sinais otoneurológicos mais típicos da doença. A reabilitação vestibular foi apontada na literatura como ferramenta eficaz para obter melhorias no equilíbrio, tontura e fadiga em pessoas com EM, sendo desta forma uma opção terapêutica a ser considerada.

**Comentários finais:**

Relatamos um caso incomum de tontura de etiologia central sendo a primeira manifestação clínica da Esclerose Múltipla. Esse relato traz a importância do reconhecimento de sinais de alarme e de suspeita de tontura de causa central apenas pelo exame físico otorrinolaringológico na emergência, podendo assim ser realizado o diagnóstico e melhorar o prognóstico do paciente com o tratamento precoce da doença.

**Palavras-chave:** Tontura; Otoneurológico; VHIT.

PO146

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****USO DO POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFÁLICO DE CURTA LATÊNCIA EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - UMA REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** THALYTA CUSTÓDIO**COAUTORES:** FERNANDO CEZAR CARDOSO MAIA FILHO; VALÉRIA FERRARI ZUIN CARDOSO MAIA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR, UMUARAMA - PR - BRASIL 2. UNINGÁ, UMUARAMA - PR - BRASIL**Objetivos**

Este resumo aborda o uso do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico de Curta Latência (PEATE) em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), enfatizando aspectos específicos de pesquisa.

**Métodos**

Realizamos busca nas bases de dados, incluindo PubMed e Scopus, até setembro de 2021, selecionando estudos que investigaram o PEATE em crianças com TEA, comparando-o com grupos de controle. Incluímos uma diretriz clínica da American Academy of Audiology (2010) e estudos específicos, como Russo et al. (2008), Thabet et al. (2019) e Jiang & Zhao (2016).

**Resultados**

Os estudos revelaram consistentemente a presença de atrasos significativos nas latências, principalmente nas ondas I e V, do PEATE em crianças com TEA em comparação com controles. Esses atrasos indicam um processamento auditivo mais lento. Além disso, houve uma redução notável nas amplitudes das respostas do PEATE em crianças com TEA, sugerindo uma diminuição na atividade neural na via auditiva do tronco encefálico. Essas descobertas são consistentes com disfunções na codificação de estímulos auditivos nessa população.

**Discussão**

As alterações no PEATE em crianças com TEA apontam para disfunções específicas na via auditiva do tronco encefálico. O atraso nas latências pode refletir uma resposta neural mais lenta a estímulos sonoros, enquanto a redução nas amplitudes sugere uma diminuição na atividade neural. Essas anomalias podem contribuir para as dificuldades de processamento auditivo relatadas em crianças com TEA, como dificuldades de comunicação e sensibilidade auditiva.

**Conclusão**

Em síntese, o PEATE em crianças com TEA tem consistentemente evidenciado atrasos nas latências e redução nas amplitudes das respostas, indicando disfunções na via auditiva do tronco encefálico. Essas descobertas são cruciais, pois sugerem que o PEATE pode desempenhar um papel valioso como ferramenta de diagnóstico e caracterização do TEA. No entanto, para sua aplicabilidade clínica plena, é necessário um maior aprofundamento nas investigações e a padronização dos protocolos de teste. O PEATE mantém seu valor como ferramenta de pesquisa, enquanto seu potencial diagnóstico continua a ser explorado e refinado.

**Referências Bibliográficas:**

- (1) American Academy of Audiology. (2010). Clinical practice guidelines: Diagnosis, treatment and management of children and adults with autism spectrum disorders and auditory disorders. *Journal of the American Academy of Audiology*, 21(6), 398-420.
- (2) Russo, N., Skoe, E., Trommer, B., Nicol, T., Zecker, S., Bradlow, A., & Kraus, N. (2008). (3) Deficient brainstem encoding of pitch in children with Autism Spectrum Disorders. *Clinical Neurophysiology*, 119(8), 1720-1731.
- (4) Thabet, E. M., Zaghoul, H. S., & Elzayat, R. S. (2019). Auditory Brainstem Response in children with autism spectrum disorder. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 127, 109644.
- (5) Jiang, W., & Zhao, F. (2016). Study on the auditory brainstem responses in children with autism spectrum disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 9(2), 3404-3409.

**Palavras-chave:** Autismo; Crianças; Diagnóstico.

PO148

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****TERAPIA DE HABITUAÇÃO DO ZUMBIDO COM USO DE PRÓTESE AUDITIVA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS**COAUTORES:** KEYLLA CAVALCANTE ALVES; RAFAELLA CASÉ DE LIMA; NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO; GABRIELLA BENTO DE MORAIS; RODRIGO YURI GOMES DE LIMA; NICOLE DE CARVALHO DIAS; VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE**INSTITUIÇÃO:** SOS OTORRINO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** F.S.D., 40 anos, atendido no serviço de reabilitação auditiva do Hospital Edson Ramalho em João Pessoa, no mês de janeiro 2021. Referia zumbido constante, tipo apito, em orelha esquerda há mais de um ano, com piora do sintoma no silêncio e refratário às terapias medicamentosas. Relata que o zumbido compromete suas atividades diárias, causando insônia, dificuldade de socialização e quadro depressivo. A audiometria tonal apresentava perda auditiva sensorioneural de grau leve bilateralmente com potencial evocado auditivo do tronco cerebral (PEATC) e tomografia de região mastóide dentro do padrão de normalidade. Optou-se como terapia a indicação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) bilateralmente, com gerador de som em orelha esquerda. Paciente manteve acompanhamento e após três meses em uso de AASI, encontrava-se bem adaptado e referindo melhora importante do zumbido, da qualidade de sono e na realização das atividades diárias. Utilizando a Escala Visual Analógica - EVA, foi avaliado o bem estar do paciente em relação ao zumbido, no início e no fim da terapia sonora, no qual o score passou de 8 para 1.

**DISCUSSÃO:** O zumbido é definido como a percepção consciente de um som, sem que haja para tanto a presença de estímulo sonoro externo. Possui diversas etiologias e tal sintoma pode tornar-se um incômodo, interferindo no cotidiano do paciente, causando dificuldade de concentração e comunicação, alterando equilíbrio emocional e prejudicando a qualidade de vida do indivíduo. Além disso, pode estar associado à depressão e levar ao isolamento social. Alguns pacientes relatam piora do sintoma quando estão em ambientes tranquilos e silenciosos ou após exposição à ruídos de forte intensidade. O déficit auditivo, seja ele temporário ou permanente, pode aumentar a sensibilidade dos neurônios subcorticais, resultando em uma reorganização plástica do córtex auditivo com consequente percepção constante do zumbido. Existem diversos instrumentos para avaliar e monitorar o tratamento de pacientes que sofrem com zumbido, dentre os quais são destacados o teste de acufenometria, a Escala Visual Analógica (EVA) e o questionário Tinnitus Handicap Inventory (THI). A EVA, é de fácil aplicação e a mais utilizada nos estudos sobre o tema, com possibilidade de notas entre zero e dez, atribuídas pelo paciente, que reflete o incômodo com o sintoma avaliado (zumbido ou perda auditiva) de maneira simples e objetiva. A reabilitação auditiva, com o uso de AASI, tem como função diminuir os efeitos da perda auditiva com mascaramento, introduzindo uma fonte de energia acústica semelhante ao do zumbido.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O zumbido requer avaliação, diagnóstico e tratamento individualizado. O tratamento ainda é um dos maiores desafios para otorrinolaringologistas, devido a subjetividade da mensuração desse sintoma. A terapia proposta ao paciente do caso mostrou-se eficaz na redução do zumbido, havendo melhora substancial na qualidade de vida e do sono. A prevenção é a melhor forma de combater o zumbido, evitando sempre os níveis sonoros excessivos, como orientado por audiologistas e otologistas.

Palavras-chave: ZUMBIDO; QUALIDADE DE VIDA; APARELHO AUDITIVO.

PO152

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****LIGAÇÃO ENTRE MEMÓRIA E EQUILÍBRIO EM IDOSOS - UMA REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** LIVIA ZANIN SARTORELLE**COAUTORES:** THALYTA CUSTÓDIO; FERNANDO CEZAR CARDOSO MAIA FILHO**INSTITUIÇÃO:** UNIPAR, UMUARAMA - PR - BRASIL**Objetivo:** Abordar a ligação entre a memória e o equilíbrio postural em idosos através de uma revisão de literatura.**Metodologia:** Trata-se de uma revisão assistemática de literatura, os artigos foram filtrados conforme a relevância do tema, nas bases de dados científicas PubMed, SciELO e Google acadêmico. Foram utilizados 8 artigos publicados entre 2012 e 2023.

**Resultados:** Partindo do estudo realizado, nota-se que durante o processo de envelhecimento a baixa função executiva interfere nas alterações de equilíbrio, já que a cognição causa efeitos diretos no controle postural devido a relação com a capacidade de resolução de problemas, desorientação espacial e alterações comportamentais associadas. Os idosos com algum transtorno cognitivo têm 40 a 60% de chances de apresentar déficit de equilíbrio quando comparados a idosos com função cognitiva preservada. Outros estudos apontaram que o processamento cognitivo, no que se refere à memória semântica, estando íntegro, permite ao paciente com alguma disfunção vestibular melhor controle do equilíbrio corporal, provavelmente devido a um melhor planejamento e execução da resposta motora. Outro fator analisado foi a prática de exercícios físicos, idosos que não praticam tiveram pior desempenho na manutenção das funções cognitivas, equilíbrio e maior risco de quedas quando comparados aos que se exercitam.

**Discussão:** No envelhecimento ocorrem várias alterações físico-funcionais, como o comprometimento do equilíbrio postural, acompanhado pelo declínio de capacidades cognitivas, como a memória. O equilíbrio é o resultado da interação harmônica entre os sistemas vestibular, visual e somatossensorial, quando há alteração em algum desses sistemas, ocorre o desequilíbrio postural e possíveis quedas nos idosos. A pesquisa clínica dos distúrbios otoneurológicos em idosos requer uma pesquisa completa da história clínica, bem como realização de exames neurológicos adequados a idade, com atenção especial às alterações que ocorrem devido a senescência, assim, os idosos podem precisar de modificações no exame para contornar as alterações auditivas e visuais - como a presbiopia, dificuldade de perseguição ocular e olhar para cima -, além dos reflexos distais reduzidos ou ausentes, velocidade motora mais lenta e capacidade reduzida de andar. Atualmente, há hipóteses de que o declínio cognitivo relacionado com a idade resulta de um aumento na perda de neurônios cerebrais, que está interligado ao desarranjo contínuo do equilíbrio oxidante/antioxidante do cérebro. O aumento do estresse oxidativo juntamente com a diminuição do sistema de defesa antioxidante cerebral, tem sido vinculado a senescência funcional e a senilidade. Ademais, sabe-se que o exercício resistido é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para idosos, devido aos benefícios abrangentes em relação a aumento de força muscular e do equilíbrio, além de melhorar a autonomia e a capacidade funcional, oferecendo melhor qualidade de vida a esses indivíduos, já que possuem maior probabilidade de desenvolver demência. Outrossim, quando as informações sensoriais da propriocepção e visuais são falhas, o sistema nervoso central reconhece o sistema vestibular como a principal fonte de informação sensorial. Assim, quando há algum distúrbio funcional primário ou secundário do sistema vestibular, os idosos podem apresentar tontura e oscilação corporal.

**Conclusão:** É notório que há relação entre o processamento cognitivo e os distúrbios do equilíbrio no processo de envelhecimento. A população idosa que já apresenta algum déficit cognitivo, através de uma maior função executiva e de treinamento cognitivo, tem a possibilidade de manter a memória que ainda está intacta, gerando melhor qualidade de vida e maior funcionalidade para o idoso.

**Palavras-chave:** Memória;Equilíbrio;Envelhecimento.

PO172

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****SURDEZ SÚBITA E VERTIGEM PÓS PAROTIDITE VIRAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS**COAUTORES:** KALLYNE CAVALCANTE ALVES CASTELO BRANCO; NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO; RAFAELLA CASÉ DE LIMA; GABRIELLA BENTO DE MORAIS; NICOLE DE CARVALHO DIAS; VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE; RODRIGO YURI GOMES DE LIMA**INSTITUIÇÃO:** SOS OTORRINO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 46 anos, sexo feminino, sem comorbidades, com história de edema em região de parótida a direita, associada à hipoacusia súbita à direita, zumbido e vertigem rotatória intensa (intensidade 10/10), relacionada a movimentação da cabeça e associada a náusea e vômitos, em 2017. Foi diagnosticada com parotidite viral (caxumba) à direita e a audiometria (04/04/2018) evidenciou perda auditiva sensorioneural de grau profundo em ouvido direito e audição dentro dos padrões de normalidade em ouvido esquerdo, além de timpanograma tipo “a” com reflexos ipsilaterais ausentes em ouvido direito e tipo “a” com reflexos ipsilaterais presentes em ouvido esquerdo. No potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEA-TE) foi constatado ausência de todas as ondas em resposta ao estímulo click a 90dBnHL em ouvido direito e achados dentro da normalidade em ouvido esquerdo. Foi solicitado também testes vestibulares (22/04/2021) com achado de disfunção vestibular periférica associada a uma hipofunção para o lado direito. Paciente foi tratada na fase aguda com corticoide sistêmico, mas sem melhora do quadro e foi submetida a diversos tratamentos medicamentosos ao longo dos anos para tontura, como dicloridrato de flunarizina, cloridrato de meclizina, dicloridrato de bataistina e ginkgo biloba, com melhora parcial (atualmente com intensidade 7/10). Paciente relata que a tontura compromete significativamente suas atividades diárias, impossibilitando afazeres, como sair sozinha de casa, e que o zumbido persistente também traz bastante desconforto, causando irritabilidade e ansiedade.

**DISCUSSÃO:** A surdez súbita é uma perda brusca da audição, de caráter sensorioneural, geralmente unilateral, e é considerada uma urgência dentro da otologia, devendo ser prontamente diagnosticada e tratada. A perda auditiva pode ocorrer por causa genética, congênita ou adquirida, sendo os agentes infecciosos os fatores etiológicos mais comuns. As infecções virais mais relacionadas a dano na orelha interna com perda auditiva moderada/profunda na infância e na fase adulta, são aquelas causadas por herpes simples, varicela-zoster, enterovírus, epistein-barr, influenza, paramixovírus e HIV. Estima-se que 5 entre 10.000 pacientes com caxumba desenvolvam perda auditiva, e esses números podem aumentar em países em desenvolvimento, como o Brasil. Além do comprometimento do nervo coclear, o labirinto também pode ser afetado, causando vertigem, ataxia e vômitos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso clínico exposto evidenciou paciente com quadro atípico de surdez súbita e tontura secundária a caxumba, de acordo com a história clínica e exames complementares, sem resposta significativa ao tratamento clínico. Este relato de caso mostra que o principal desafio da surdez súbita e da tontura é a incerteza quanto à sua evolução clínica e o grande prejuízo psicológico e social que essas patologias trazem.

**Palavras-chave:** SURDEZ SÚBITA;VERTIGEM;ZUMBIDO.

PO178

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA**

Zumbido Crônico: o que há além da farmacoterapia clássica?

**AUTOR PRINCIPAL:** VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES**COAUTORES:** MÁRCIO MOREIRA CAJAHIBA JÚNIOR; GABRIELLE SOBRAL SILVA; BEATRIZ ROCHA CUZZUOL; CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS**INSTITUIÇÃO:** UESB, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL<sup>2</sup>. FASA, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL<sup>3</sup>. HOSPITAL SANTO ANTÔNIO - OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE, SALVADOR - BA - BRASIL<sup>4</sup>. UFBA CAT, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL<sup>5</sup>. NÚCLEO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Objetivo:** Avaliar a eficácia de terapias complementares desenvolvidas para o tratamento do zumbido crônico.**Método:** Feita revisão sistemática nas bases de dados PubMed e MEDLINE, através dos descritores “chronic tinnitus” e “alternative treatment”. Como critérios de inclusão, definiu-se: artigos nos idiomas inglês, publicados nos últimos 5 anos, que fossem ensaios clínicos, meta análise ou ensaio clínico randomizado. No total, foram analisados 25 trabalhos.**Resultados:** Diante de uma doença prevalente que afeta a qualidade de vida do paciente e onera o sistema saúde, alternativas terapêuticas têm sido discutidas a fim de reduzir o impacto do zumbido crônico. Assim, foram listadas em nossa pesquisa oito abordagens: dispositivos de mascaramentos (DM), estimulação elétrica da cóclea (EEC), acupuntura, mindfulness, estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr), suplementação com extrato de açaí, terapias comportamentais (TC) e terapia Notch. Os trabalhos que analisaram os DM, encontraram risco de viés e diferenças nas medidas de resultados e avaliação que impediram uma análise da eficácia, porém, foi visto melhora transitória do zumbido causado por perda auditiva (PA). Já a EEC apresentou melhora no zumbido em pacientes com PA, enquanto que em pacientes sem, não houve diferença em relação ao placebo. No que se refere à acupuntura, não houve diferença de eficácia em relação ao placebo. Já a EMTr mostrou eficácia em zumbido por diferentes etiologias no curto prazo, porém sem segurança conhecida ao longo prazo. Ainda, um trabalho analisou o efeito antioxidante do extrato de açaí, com base na teoria fisiopatológica de estresse oxidativo. O estudo mostrou redução do desconforto do zumbido através do questionário Tinnitus Handicap Inventory (THI) ( $p=0,006$ ). Nos estudos que analisaram a influência do mindfulness, não foi visto uma redução clara dos sintomas, mas foi visto melhora na capacidade de lidar com eles. Em trabalhos que analisaram a influência de TC, como Terapia de retreinamento do zumbido, Programas de biofeedback, e até mesmo a Terapia cognitivo-comportamental, identificaram melhora do sintoma principalmente no curto prazo, com eficácia variando no longo prazo. Por fim, trabalhos que observaram a Terapia Notch, embora não tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas, notaram redução nas pontuações do THI e na escala visual analógica da dor.**Discussão:** O zumbido, embora possa soar como outros ruídos, é geralmente definido como som acústico percebido pelo paciente, sem fonte externa, de etiologia múltipla, relacionado à condição subjacente, como anormalidades vasculares, perda auditiva e ototoxicidade. Por ser uma condição comum, sendo estimado, em uma metanálise recente, a prevalência global em 740 milhões de pessoas, é um problema de saúde limitante que deve ser valorizado. Embora já sejam conhecidas terapias farmacológicas com baixa resposta na resolução do sintoma, como análogos da prostaglandina E1, anestésicos, benzodiazepínicos e corticoides, outras terapias alternativas, como as citadas acima, têm se mostrado importantes, principalmente em quadros mais graves. Foram vistos resultados com pouca relevância estatística, muitas vezes não mais eficazes do que o placebo, ou com amostra populacional limitada. Porém, há resultados animadores, com melhora na percepção subjetiva do sintoma e suporte emocional aos pacientes. Dessa forma, diante de uma condição de tratamento difícil, é importante o otorrinolaringologista conhecer outras terapias que podem fazer parte da orientação médica. Ainda, questiona-se sobre a quantidade e qualidade dos trabalhos publicados na área, sendo imperativo novos estudos no meio científico, com maior amostragem e exclusão de fatores confundidores.**Conclusão:** O conhecimento de terapias alternativas para o tratamento dessa condição altamente prevalente, limitante e crônica, deve ser imperativo ao médico otorrinolaringologista, para que sejam uma ferramenta complementar, quando indicado. As baixas evidências científicas e relevâncias estatísticas na maioria dos estudos ressaltam a importância de novos trabalhos na área.**Palavras-chave:** zumbido crônico; terapia alternativa; revisão.



PO180

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA**

A influência do uso de dispositivos eletrônicos na audição de crianças: evidências recentes e implicações clínicas.

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELLE SOBRAL SILVA

**COAUTORES:** VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES; LARISSA ROCHA OLIVEIRA; RYNAT DASAIEV OLIVEIRA CHAGAS

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL SANTO ANTÔNIO - OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE, SALVADOR - BA - BRASIL. 2. UESB, VITORIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL

**Objetivos:** Esta revisão tem como objetivo explorar as evidências recentes sobre o impacto do uso de dispositivos eletrônicos, como smartphones e tablets, na audição de crianças.

**Métodos:** Realizamos uma busca sistemática em bases de dados eletrônicas, incluindo PubMed, Embase e Scopus, usando termos de pesquisa relevantes. Foram incluídos estudos que investigaram a relação entre o uso de dispositivos eletrônicos e a audição em crianças. A qualidade dos estudos foi avaliada de acordo com as diretrizes da Cochrane Collaboration.

**Resultados:** Um total de 20 estudos foram incluídos na revisão. A maioria dos estudos relatou uma associação positiva entre o uso de dispositivos eletrônicos e a exposição a ruídos excessivos, resultando em uma possível perda auditiva em crianças. Além disso, alguns estudos relataram uma associação entre o uso de fones de ouvido e o aumento da prevalência de zumbido em crianças. No entanto, alguns estudos não encontraram nenhuma relação significativa entre o uso de dispositivos eletrônicos e a audição em crianças.

**Discussão:** A crescente prevalência de dispositivos eletrônicos na vida cotidiana das crianças levanta a preocupação sobre os efeitos desses dispositivos na saúde auditiva. A revisão sistemática atual sugere que o uso excessivo de dispositivos eletrônicos pode ter um impacto negativo na audição das crianças, aumentando o risco de perda auditiva induzida por ruído e zumbido. A exposição prolongada a níveis altos de ruído pode danificar as células ciliadas da cóclea e, assim, afetar a audição. Além disso, o uso de fones de ouvido pode aumentar a intensidade do som e a exposição da orelha interna a níveis elevados de ruído. No entanto, a revisão também mostrou que há uma variabilidade nos resultados entre os estudos, o que pode ser atribuído a diferenças metodológicas e à falta de padronização nos critérios de exposição. Além disso, muitos estudos dependem de dados autorreferidos, que podem ser imprecisos ou enviesados. Portanto, são necessários estudos adicionais com uma abordagem mais padronizada e rigorosa para entender melhor a relação entre o uso de dispositivos eletrônicos e a audição em crianças.

**Conclusão:** Com base nos resultados desta revisão, é recomendado que os pais, cuidadores e professores incentivem as crianças a usar dispositivos eletrônicos com moderação e limitar a exposição a ruídos excessivos, especialmente em ambientes barulhentos. Além disso, os pais devem estar atentos aos sinais de perda auditiva e zumbido em seus filhos e buscar orientação médica se necessário. A conscientização sobre a importância da saúde auditiva e o uso seguro de dispositivos eletrônicos é fundamental para prevenir o dano auditivo e promover um desenvolvimento saudável da audição, especialmente na faixa etária das crianças e adolescentes, quando há um momento crítico de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento.

**Palavras-chave:** audição; dispositivos eletrônicos; perda auditiva.

PO184

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****QUEIXAS OTONEUROLÓGICAS E DE LEITURA E ASSOCIAÇÃO COM PROVAS OCULOMOTORAS****AUTOR PRINCIPAL:** MARTA DE VARGAS ROMERO**COAUTORES:** VALDETE ALVES VALENTINS DOS SANTOS FILHA; PAULO UENDEL DA SILVA JESUS; NICOLE BARROSO DE MENEZES; HELENA BOLLI MOTA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ, ILHÉUS - BA - BRASIL**OBJETIVO:** realizar um levantamento das queixas otoneurológicas e de leitura em escolares do ensino fundamental, e relacioná-las com os resultados das provas oculomotoras da vectoletronistagmografia (VENG).**MÉTODO:** Trabalho aprovado pelo CEP, sob o número 87637718.3.0000.5346. Os pais e/ou responsáveis inicialmente responderam um questionário acerca das queixas otoneurológicas e de leitura apresentadas pelos escolares. Posteriormente foram realizadas as provas oculomotoras da VENG, mais precisamente o rastreo pendular horizontal (RPH) e vertical (RPV) e o nistagmo sacádico horizontal (SH). Foram excluídas alterações de acuidade auditiva, de orelha média, de acuidade visual e déficit intelectual. A amostra foi de 27 escolares do terceiro ano do ensino fundamental, com idades entre oito e 10 anos (M=8,7). Realizou-se análise descritiva dos resultados.**RESULTADOS:** Dos escolares avaliados, 20 (74%) apresentaram pelo menos uma queixa otoneurológica, sendo a cefaleia a mais prevalente (17 – 63%). A queixa de leitura que prevaleceu foi a falta de compreensão (sete - 27%). Nas provas oculomotoras, 11 (40%) escolares apresentaram alguma variação diferente do Tipo I na prova de rastreo horizontal e/ou vertical (único considerado normal de forma unânime entre os autores), e 11 (40%) tiveram movimento sacádico irregular. Quando os dados foram cruzados em análise descritiva, verificou-se que oito (30%) escolares apresentaram pelo menos uma variação diferente do Tipo I no rastreo pendular e/ou movimento sacádico irregular, sendo que esses mesmos escolares apresentaram também queixa de cefaleia e de leitura, acumulando a variação nas provas oculomotoras com presença de queixa otoneurológica e de leitura. Apenas quatro (14%) escolares apresentaram normalidade nas provas visuais e resposta negativa à cefaleia e à dificuldade de leitura.**DISCUSSÃO:** O tema deste estudo foi escolhido para alertar da necessidade de fortalecer as questões otoneurológicas infantis, especialmente nos escolares, pois havendo acometimento vestibular, o desenvolvimento infantil como um todo ficará comprometido (PEREIRA et al., 2015; LOFTI et al., 2016; ROMERO et al., 2018). Dentre os aspectos diretamente atingidos por uma disfunção vestibular está a aquisição da leitura (NOVALO et al., 2014; PEREIRA et al., 2015; PEREZ et al., 2014), o que sabidamente é fundamental para o desenvolvimento humano. As provas oculomotoras selecionadas para este estudo foram aquelas cujo movimento exigido na sua execução são os mesmos exigidos durante a leitura, mais precisamente “de cima para baixo”, e da “esquerda para a direita”. Ainda que a leitura seja considerada como uma atividade com demanda genuinamente cognitiva, não se nega que o princípio da leitura é o reconhecimento visual da palavra (SNOWLING e HULME, 2012; SNOWLING, 2013). Havendo mobilidade ocular que contribua para esse reconhecimento, possivelmente este seja facilitado, edificando dessa forma a fluência, e contribuindo para a compreensão do conteúdo lido (CUNHA et al., 2012, 2017; KAWANO et al., 2011). Além de identificar escolares de risco para afecções otoneurológicas, e assim minimizar seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil e seu desempenho acadêmico, é urgente preparar também os professores para que reconheçam essas queixas em seus alunos. Da mesma forma, os pais devem ser orientados para que levem o seu filho em avaliação otoneurológica completa na ocorrência de queixas advindas do sistema vestibulares (PEREZ et al., 2014).**CONCLUSÃO:** Os escolares apresentaram uma incidência importante de queixas otoneurológicas, o que serve de alerta para a comunidade escolar e médica, uma vez que um distúrbio vestibular coloca em risco o desenvolvimento infantil em muitos aspectos, dentre os quais a leitura ganha especial atenção. Portanto, investigar queixas otoneurológicas e avaliar a oculomotricidade de escolares previne que disfunções oculomotoras de origem vestibular mostrem impacto negativo na leitura, pois este estudo mostrou associadas as queixas otoneurológicas, de leitura e variações nas provas oculomotoras.**Palavras-chave:** Sistema vestibular; Leitura; Desenvolvimento Infantil.

Efeito de quimiofármacos neurotóxicos na tontura em mulheres com neoplasia de mama

**AUTOR PRINCIPAL:** CAMILA BALDISSERA

**COAUTORES:** PAULO UENDEL DA SILVA JESUS; NATHANA DA GRAÇA SARTORI RODRIGUES; NICOLE BARROSO DE MENEZES; VALDETE ALVES VALENTINS DOS SANTOS FILHA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ, ILHÉUS - BA - BRASIL

**Objetivo:** Investigar a presença de tontura e seu impacto na qualidade de vida (QV) de mulheres com neoplasia de mama (NM) tratadas com quimioterapia neurotóxica.

**Metodologia:** Estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o número 87348618300005346, realizado no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2023. A amostra foi composta por mulheres de 18 a 59 anos, com diagnóstico de NM, que realizaram tratamento com quimiofármacos taxanos. A avaliação foi realizada imediatamente após o final do tratamento com Doxorubicina e Ciclofosfamida, administrados a cada 21 dias, no total de quatro ciclos, seguido de Paclitaxel semanal por 12 semanas. As participantes responderam a anamnese clínica com enfoque nas questões relacionadas à NM, ao tratamento quimioterápico e à ocorrência de tontura. Além disso, foi aplicado o Dizziness Handicap Inventory (DHI) para investigar e quantificar a autopercepção dos efeitos negativos da tontura na QV.

**Resultados:** Participaram do estudo 25 mulheres, com média de idade de 46,16 ( $\pm 9$ ) e IMC 28,49 ( $\pm 6,81$ ). Quanto à saúde geral, as comorbidades foram apontadas, a exemplo Hipertensão Arterial Sistêmica e Hipercolesterolemia por seis (24%) pacientes e problemas posturais por seis (24%), dentre eles hérnia de disco, osteófitos marginais e desvios na coluna. Cinco pacientes (20%) relataram histórico de tabagismo e uma (4%) o consumo ocasional de álcool. Todas as pacientes utilizavam lentes corretivas bem adaptadas. Sobre o tratamento oncológico, três (12%) já havia iniciado a radioterapia no momento da avaliação, seis (24%) realizaram cirurgia na mama, sendo três (50%) submetidas a mastectomia radical modificada, duas (33,3%) a quadrantectomia e uma (16,7%) a tumorectomia, além disso, uma (4%) apresentou metástase no fígado. Quanto a tontura, dez (40%) pacientes referiram o referido sintoma, três (30%) anteriormente ao tratamento quimioterápico; três (30%) durante e após o tratamento; uma (10%) antes do início do tratamento; uma (10%) antes, durante e depois do tratamento; uma (10%) antes e após exposição e uma (10%) após a conclusão da quimioterapia. Seis (60%) pacientes apresentaram sintomas neurovegetativos como sudorese, náusea, taquicardia e escurecimento da visão, associados à tontura. Quanto à duração das crises, seis (60%) pacientes relataram duração de segundos, três (30%) de minutos e uma (10%) de horas. Na aplicação do DHI, observou-se para os aspectos avaliados as seguintes médias: 10 pontos ( $\pm 8$ ) para o físico; 7,6 pontos ( $\pm 7,71$ ) para o emocional, 11,8 pontos ( $\pm 11,60$ ) para o funcional e 29,4 ( $\pm 24,62$ ) para o geral.

**Discussão:** A amostra da presente pesquisa apresentou média para idade e para IMC que corroboram a literatura existente, uma vez que o fator de risco mais importante para essa neoplasia é a idade acima de 50 anos (INCA, 2020) e a obesidade, figura entre os fatores de risco modificáveis relacionados com o comportamento (SUNG et al., 2021). Uma vez que no Brasil recomenda o rastreamento mamográfico apenas para idades entre 50 a 69 anos (MIGOWSKI et al., 2018; SUNG et al., 2021), torna-se indispensável monitorar os fatores de risco relacionados ao estilo de vida (PAN et al., 2014; RITTE et al., 2013). A complexidade da tontura foi outro ponto enfatizado no estudo, associada à interação de fatores metabólicos e ortostáticos, sendo agravada pelo uso de quimiofármacos neurotóxicos. Ressalta-se o impacto moderado nos aspectos físicos, emocionais e funcionais de vida diária, que podem comprometer a capacidade de realizar tarefas cotidianas dessa população (SILVEIRA, 2022).

**Conclusão:** A presença de tontura de curta duração foi evidenciada em menos da metade da amostra antes, durante e/ou após a quimioterapia; além disso, quando presente, o sintoma não impactou negativamente na QV das participantes. Enfatiza-se a importância da conscientização sobre fatores de risco e da promoção de um estilo de vida saudável para prevenir complicações associadas à NM, sendo importante a investigação e o monitoramento da tontura na população estudada.

**Palavras-chave:** Neoplasia mamária; Tontura; Qualidade de vida.

**AUTOR PRINCIPAL:** ELLEN AGUIRRE DE MELO

**COAUTORES:** PAULO UENDEL DA SILVA JESUS; NATHANA DA GRAÇA SARTORI RODRIGUES; NICOLE BARROSO DE MENEZES; NÁTHALY MARCELA DE MATOS MORAES; VALDETE ALVES VALENTINS DOS SANTOS FILHA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ, ILHÉUS - BA - BRASIL

**Objetivo:** Analisar os sintomas durante e após a COVID-19, a integração sensorial, e compará-los entre si.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob CAAE 16728013.00000.5346. Foi realizado no período de 8 meses no ano de 2023, a amostra foi composta por sujeitos de ambos os sexos, na faixa etária entre 18 e 45 anos de idade, que testaram positivo para COVID-19, através dos exames RT-PCR e/ou sorológico. Os participantes responderam uma anamnese contendo perguntas relacionadas a questões sociodemográficas, comorbidades, sintomas durante e após a COVID-19. Além disso, foram submetidos à Posturografia Foam Laser (FLP) para avaliação do equilíbrio corporal.

**Resultados:** A amostra foi composta por 33 sujeitos, 27 do sexo feminino e seis do sexo masculino. A média de idade da população estudada foi de 27,87 anos. Quanto à ocupação, três (9,10%) atuam na área da saúde, cinco (15,15%) servidores, 20 (60,61%) estudantes e cinco (15,15%) outros. Apresentaram-se diferentes sintomas, com a maior ocorrência durante a COVID-19 para fadiga (30 - 90,90%), mialgia (24 - 72,72%) e fraqueza muscular (21 - 63,63%); posteriormente constatou um número elevado (oito - 24,24%) para alteração da memória, fadiga (sete - 21,21%) e insônia (cinco - 15,15%). Os três sintomas descritos, que mais prevaleceram após a COVID-19, ao serem confrontados com análise sensorial da FLP, observou-se uma alteração na integração sensorial, principalmente, no sistema somatossensorial e na preferência visual.

**Discussão:** A COVID-19 apresenta diversas manifestações em diferentes sistemas do corpo humano, entre os sintomas mais comuns estão as mialgias, neuropatias periféricas, cefaléia, distúrbios do sono, confusão mental, fadiga, e perda de memória (CARFI, BERNABEI, LANDI., 2020). Pode-se evidenciar que o estudo em questão trouxe resultados semelhantes, como fadiga, mialgia, fraqueza muscular, comprometimento na memória e insônia. Um estudo realizado em 2022, ao correlacionar o equilíbrio postural com a fadiga, demonstrou que pacientes com a síndrome pós-aguda de COVID-19 apresentaram um pior equilíbrio postural ao serem comparados ao grupo controle, além da presença de dores musculares e piora qualidade de vida, sugerindo o acometimento do Sistema Nervoso Central pelo vírus da COVID-19 e assim uma neuroinflamação, podendo levar a sintomas generalizados prolongados, incluindo fadiga e pior equilíbrio postural (SOUSA, GARDEL, LOPES., 2022). Essas alterações podem comprometer o controle da estabilidade postural, visto que para manter o corpo em equilíbrio é imprescindível haver a integração das informações via múltiplos subsistemas do corpo, como os sistemas somatossensorial, vestibular e visual (HORAK., 2006). No presente estudo, constatou-se uma dificuldade na integração dos sistemas avaliados principalmente no somatossensorial e na preferência visual, ou seja, uma alteração na Posturografia Foam Laser.

**Conclusão:** Os sintomas da infecção pela COVID-19 não se limitam à fase aguda, podendo persistir por muitos meses, sendo a alteração na memória, fadiga e insônia os mais referidos pela população estudada após infecção. Além disso, observou-se alteração na Posturografia Foam Laser, ao correlacionar tais sintomas, em especial no sistema somatossensorial e na preferência visual, isso pode sugerir possíveis avaliações rotineiras do equilíbrio postural, além de um acompanhamento abrangente, podendo detectar alterações precoces.

**Palavras-chave:** COVID-19; Sintomas; Integração Sensorial.

**AUTOR PRINCIPAL:** HELINTON GOULART MOREIRA

**COAUTORES:** PAULO UENDEL DA SILVA JESUS; MAGALI SCHEUER; BIANCA NUNES PIMENTEL; VALDETE ALVES VALENTINS DOS SANTOS FILHA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ, ILHÉUS - BA - BRASIL

**Objetivo:** Descrever a atividade laboral e os resultados audiológicos e vestibulares de músicos profissionais.

**Metodologia:** Estudo de caráter transversal, descritivo e quantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 87348618300005346. Participaram do estudo 17 musicistas, com idades entre 19 e 38 anos (média de 25,07 anos), de ambos os sexos (cinco mulheres e 12 homens) e com período de atuação superior a seis meses. Adotou-se como critérios de elegibilidade: idades entre 18 e 45 anos; integridade de orelha média; presença de reflexo acústico estapediano contralateral; sem exposição a riscos físicos, químicos e biológicos; condições mentais e cognitivas importantes para resposta e reprodução dos comandos solicitados; ausência de queixas de alteração neurológicas, traumáticas, cervicais, oculares e doenças crônicas. Os músicos foram orientados a realizar o preparo prévio ao exame. Como procedimentos, todos foram submetidos a uma anamnese previamente estruturada, meatoscopia, audiometria tonal liminar, medidas de imitância acústica (timpanometria e reflexos acústicos contralaterais) e aos Potenciais Evocados Miogênicos Vestibulares Cervical (cVEMP) e Ocular (oVEMP). Posteriormente, os dados foram alocados em uma planilha excel e os dados analisados.

**Resultados:** Em relação aos dados laborais, a amostra do estudo apresentou tempo de trabalho médio de atuação profissional de 14,29 anos, com frequência de 6,18 dias por semana, sendo quatro (23,53%) do estilo clássico, quatro (23,53%) pop e nove (52,94%) de ambos os estilos. Para a categoria de instrumentos, 16 (94,12%) músicos utilizam de corda, sete (41,18%) eletrônicos, cinco (29,41%) de metal, cinco (29,41%) percussão e dois (11,76%) de madeira. Nas apresentações e ensaios, 12 (70,59%) obtiveram autopercepção de loudness elevada, quatro (23,53%) média e um (5,88%) baixa. Destes, 100% tocam em ambiente fechado; oito (47,06%) sentados, três (17,65%) na posição em pé e seis (35,29%) em ambas as posições. Para acuidade auditiva periférica foi observado que 16 (94,12%) sujeitos obtiveram limiares dentro dos padrões de normalidade e um (5,88%) apresentou configuração em entalhe, bilateralmente. Em relação ao cVEMP evidenciou-se para orelha direita (OD) média de latência e amplitude para o componente P13 de 17,86ms e 53,13 uV, para N23 de 27,07ms e 39,25 uV, com interamplitude (IAMP) de 104,65 uV. Para orelha esquerda (OE) de 18,05ms e 47,72 uV para P13 e de 26,9ms e 34,32 uV para N23, com IAMP de 102,06 uV. Ainda, em relação ao oVEMP para OD, evidenciou-se uma ausência de resposta no potencial, com média de latência para N10 de 12,99ms e amplitude de 2,66 uV e para P15 de 17,49ms e 3,82 uV, com IAMP de 6,88 uV. Já para OE observou-se para N10 latência de 13,29ms e amplitude de 3,27 uV e para P15 de 17,72ms e 4,39 uV, com IAMP de 8,03.

**Discussão:** O presente estudo traz um diferencial relacionado a otoneurologia e saúde ocupacional, tendo em vista a escassez na literatura relacionado a estes achados em músicos profissionais. Nesse sentido, torna-se de suma importância compreender os aspectos relacionados à autopercepção dos musicistas quanto ao ambiente de trabalho e para a acuidade auditiva periférica, dos quais medidas preventivas proporcionam benefícios para essa população (Pouryaghoub et al., 2017). Por fim, salienta-se que a prática musical correta e contínua, tende proporcionar benefícios audiovestibulares, em decorrência da neuroplasticidade relacionada a estimulação, principalmente, nos aspectos responsáveis pelo equilíbrio corporal, ou seja, na estabilização corporal e focalização dos objetos durante o movimento (Oliveira et al., 2021). A importância da atividade laboral correta e da estimulação musical como benéficos para o sistema auditivo e vestibular.

**Conclusão:** Os músicos profissionais atuam há um tempo e frequência semanal de ensaios elevados, em posição, estilo, categoria de instrumentos diversificados e acreditam estarem expostos a uma loudness elevada. Apresentam resultados positivos relacionados à audição e ao equilíbrio corporal.

**Palavras-chave:** Audição; Testes de Função Vestibular; Músico.

PO228

## E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA

## LABIRINTITE OSSIFICANTE PÓS TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: TICIANA ROCHA FRANCISCO

COAUTORES: BEATRIZ ROCHA CUZZUOL

INSTITUIÇÃO: 1. CEMERF, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL2. UFBA-CAT, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** M.V.O, 43 anos, natural de Tremedal/BA e procedente de Belo Campo/BA, relata história de hipoacusia à esquerda de longa data. Ao ser questionada, refere que percebeu hipoacusia desde a infância, após episódio de tontura aguda logo após uma queda de balanço na infância. Tal tontura foi de grande intensidade que a fez procurar serviço de emergência na época. Foi medicada na ocasião apenas com sintomáticos e não realizou exames. Desde então vem percebendo diminuição de audição na orelha esquerda, porém não procurou mais assistência médica. Nega plenitude, prurido ou otorrêia e relata presença de zumbido à esquerda com o quadro. Não teve mais episódios de tonturas desde então. No ano de 2022, procurou serviço especializado em reabilitação auditiva, o CEMERF (Centro Municipal de Reabilitação Física e Auditiva), localizado no município de Vitória da Conquista, Bahia. No serviço foi avaliada e foi verificado exame físico otorrinolaringológico normal. Solicitado audiometria completa onde foi verificado perda auditiva sensorioneural de grau profundo em orelha esquerda, com srt ausente e orelha direita normal, com srt em 15 db, curvas tipo A bilateral e reflexos ausentes em OE. Diante da audiometria, foi solicitado RNM dos condutos auditivos internos que verificaram perda de sinal líquido do labirinto esquerdo. A paciente foi encaminhada para avaliação de implante coclear em OE, em hospital especializado em Salvador, Bahia, porém não tem critérios para implante no momento pois tem audição contralateral normal.

**Discussão:** Em 1890, Sheibe e Steinbrugge descreveram a presença de ossificação dentro do labirinto e reconheceram a associação entre labirintite supurativa e labirintite ossificante. Já Wittmaack, em 1926, observou suas diferentes vias de disseminação. A infecção pode atingir a orelha interna por via hematogênica, timpanogênica (através da orelha média) e meningogênica. Nos casos de via timpanogênica, via mais comum de disseminação, a janela da cóclea é a principal via de disseminação da infecção, mas pode ocorrer também pela janela do vestíbulo. Traumas onde a complicação é uma meningite é outra etiologia possível para labirintite ossificante. No caso apresentado, acredita-se que o trauma e suas complicações deram origem à ossificação do labirinto. Segundo Paparella e Siugira, são identificados três estágios característicos da evolução da labirintite ossificante: aguda, fibrosa e ossificante. O diagnóstico radiológico é feito através da tomografia computadorizada e ressonância magnética. A TC detecta a ossificação da cóclea durante a fase posterior do processo podendo não detectar a ossificação precoce. A RMN ponderada em T2 spin-eco do osso temporal ajuda na identificação de anormalidades dos tecidos moles da cóclea e permeabilidade coclear residual. O significado clínico da identificação da labirintite ossificante, bem como a identificação do seu estágio, ganhou importância após o surgimento do implante coclear. Isso porque a ossificação no local de entrada do feixe de eletrodos pode interferir na sua plena inserção e no seu desempenho ideal. A labirintite ossificante já foi considerada uma contra-indicação relativa para implante coclear de dispositivo multicanal. Entretanto, o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas permitiram aos cirurgiões remover tecido e osso no giro basal da cóclea, conseguindo, assim, a inserção completa do eletrodo. Além disso, em pacientes com cóclea totalmente obliterada, o número de eletrodos intracocleares pode ser aumentado implantando um dispositivo de matriz dupla.

**Comentários finais:** A labirintite ossificante é um diagnóstico importante pois suas consequências clínicas - perda neurosensorial profunda e desequilíbrio - podem afetar a qualidade de vida do paciente. Além disso, a reabilitação auditiva, através do Implante coclear, pode se tornar inviável devido ao processo intenso de ossificação das estruturas acometidas. Atualmente, novas técnicas cirúrgicas estão surgindo para tentar suprir essas alterações e permitir a colocação de eletrodos.

**Palavras-chave:** Labirintite ossificante; Perda auditiva; Otoneurologia.



PO231

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO VESTIBULAR PRECOCE EM PACIENTES COM NEURITE VESTIBULAR: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO**COAUTORES:** HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA; MARIA ISABEL RAMOS DO AMARAL; THAIS ALVARES ABREU E SILVA GRIGOL; RAQUEL MEZZALIRA**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Homem, 60 anos, sem comorbidades prévias, apresentou subitamente aparecimento de hiperemia e edema em pavilhão auricular à esquerda, acompanhado de otalgia ipsilateral. Os sintomas evoluíram para formação de vesículas sobre base eritematosa em região auricular esquerda, cefaleia e posterior formação de crostas. Duas semanas após, iniciou tontura com desequilíbrio. Ao exame, apresentava ausência de nistagmo espontâneo, ausência de desvio no teste de skew, nistagmo semi-espontâneo (NSE) para a esquerda, head shaking positivo com sacada para a direita, head impulse test (HIT) com sacada corretiva à esquerda, teste de supressão do reflexo vestibulo ocular com ausência de sacada corretiva à esquerda, Romberg com queda para a esquerda, Fukuda com desvio para a esquerda, Head Tilt para a esquerda em repouso e vertical visual subjetiva (VVS) de 10 graus para a esquerda. Foi feita a hipótese de Neurite Vestibular e o paciente foi tratado com aciclovir 1,2g/dia durante 7 dias, prednisona 1mg/kg/dia durante 14 dias e 10 sessões de reabilitação vestibular. Na 1ª semana, o paciente apresentava HIT positivo, NSE positivo e Fukuda com desvio para a esquerda. Na 2ª semana, HIT positivo, VVS 10º, Romberg com queda e Fukuda com desvio para a esquerda. Na 3ª semana, HIT positivo, VVS 7º, Romberg e Fukuda dentro da normalidade. Ao fim da 4ª semana, apresentava HIT positivo, VVS 2,5º, Romberg e Fukuda dentro da normalidade. Ao final do tratamento o paciente apresentou melhora quantitativa em todas as escalas de avaliação. Ao avaliar a Dinamic Gait Index (DGI), o paciente saiu de 20 pontos para 23 pontos. Na Timed up and Go Test (TUTG), o paciente partiu de 9,2 segundos para 6,63 segundos em tarefas simples, de 9,81 para 6,6 segundos em tarefas motoras associadas, e de 9,37 para 7,4 segundos em tarefas cognitivas associadas. Na Dizziness Handicap Inventory (DHI), saiu de 36 pontos para 6 pontos, partindo de impacto moderado para a normalidade. Na escala ABC, partiu de 51,25% para 91,87%, atingindo um alto nível funcional e de confiança.

**DISCUSSÃO:**

A reabilitação vestibular tem como principais objetivos proporcionar um aumento no ganho do reflexo vestibulo-ocular, melhora da dependência visual nas atividades de equilíbrio estático e dinâmico e aumento da confiança e autonomia em atividades do cotidiano. Dynamic Gait Index (DGI) foi publicada em 2006 e avalia o equilíbrio físico e funcional. Timed up and Go Test (TUTG) avalia a velocidade de marcha. Dizziness Handicap Inventory (DHI) foi publicada em 2003 e avalia o impacto na qualidade de vida. A escala ABC foi publicada em 2013 e avalia o medo em cair associado ao impacto na qualidade de vida. Todas foram utilizadas pré e pós reabilitação vestibular para demonstrar quantitativamente a importância da reabilitação vestibular na evolução do paciente.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

Assim como a anamnese e exame físico acurado são de extrema importância no diagnóstico de pacientes com neurite vestibular, a reabilitação vestibular precoce mostra-se como arsenal importante no manejo da tontura e desequilíbrio nesses pacientes.

Palavras-chave: Neurite Vestibular; Reabilitação Vestibular; Tontura.



PO240

## E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA

## RELATO DE CASO: VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA REFRATÁRIA

AUTOR PRINCIPAL: LOUISE FERREIRA IUNKLAUS

COAUTORES: RAFAELA SILVA WALTRICK; ERIKA YUMI NAKAGAWA; GABRIELA ALVES MARRONI; RITA DE CASSIA CASSOU GUIMARAES; LUCAS RESENDE LUCINDA MANGIA; AURENZO GONÇALVES MOCELIN; GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI

INSTITUIÇÃO: COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Mulher de 73 anos com quadro de vertigem e náuseas desencadeadas por movimentos de cabeça em posicionamento específico foi atendida em nossa instituição sem outras queixas. Ao exame físico, a manobra de Dix Hallpike evidenciou presença de nistagmo vertical torsional para cima, de curta latência e padrão crescendo-decrescendo. Embora típica de VPPB do canal semicircular posterior, a paciente persistiu com sintomas e nistagmo evocado após diversas manobras terapêuticas de reposicionamento canalicular realizadas em atendimentos em momentos distintos. Como apresentava história de timpanoplastia unilateral anos antes, foi solicitada tomografia computadorizada de mastoides. Os achados de imagem mostraram preenchimento de ouvido médio com conteúdo de partes moles, sugerindo lesão irregular e heterogênea em contato próximo com a base do estribo. Após explicar a situação do quadro associado ao achados de exame complementar, a paciente preferiu não ser submetida a novo procedimento cirúrgico em ouvido e desde então tem sido tratada com exercícios de Brandt Daroff, apresentando melhora dos sintomas.

**Discussão:** A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) é definida pelo aparecimento de tontura rotatória em determinados movimentos da cabeça, como hiperextensão cervical e quando o paciente levanta-se e/ou deita-se na cama, sendo a mais comum das vestibulopatias periféricas. A VPPB é o diagnóstico preferido na vertigem posicional em adultos, principalmente em pacientes idosos, levando a prejuízo enorme na qualidade de vida dessa população, além de restrições das atividades sociais e domésticas e importante risco de queda. Como condição benigna, é considerada de fácil resolução após manobras de reposicionamento de partículas. Ainda assim, aproximadamente metade dos pacientes que respondem favoravelmente ao reposicionamento das partículas vão apresentar recidiva dos sintomas. Pode ocorrer principalmente ou secundário a distúrbios subjacentes, sendo os fatores predisponentes diversos e prevalentes. Embora infrequentes, os casos refratários ou recorrentes podem representar um grande desafio diagnóstico e terapêutico.

**Comentários Finais:** Nos casos de refratariedade após manobras de reposição, é de extrema importância a continuidade da investigação de diagnósticos diferenciais, visando iniciar tratamento específico na tentativa de melhora, não só dos sintomas vestibulares, como da doença de base. Além disso, é essencial identificar os fatores gatilhos para piora dos sintomas e, a partir disso, orientar os pacientes quanto as estratégias para evitá-los e assim reduzir chances de apresentar sintomas.

**Palavras-chave:** Vertigem Posicional Paroxística Benigna;Dix-Hallpike;Brandt Daroff.

PO262

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA**

Meningioma de Ângulo Ponto Cerebelar – Um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** RENATA ISIS DE OLIVEIRA CABRAL**COAUTORES:** NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO; THATIANA PEREIRA SILVA; JULYANA CARNEIRO GOMES; YASMIN DE REZENDE BEIRIZ; MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO; WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA; LORENA MASCARENHAS VENEZA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Trata-se de um paciente masculino de 74 anos, acompanhado em hospital no município de Feira de Santana –Bahia, com queixa de instabilidade persistente, sem fator desencadeante específico, que piorava durante deambulação há cerca de um ano. Paciente relata hipoacusia ipsilateral, sem zumbido associado. Apresentou três episódios de queda no período, sem relato perda de consciência. Ao exame físico apresentava marcha atáxica, otoscopia sem alterações, nistagmo espontâneo e semi espontâneo ausentes, head impulse test com sacada para esquerda. Avaliação de pares cranianos sem alterações. Foi submetido a exame de imagem complementar, ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio, com evidência de formação expansiva cístico-sólida no ângulo ponto-cerebelar esquerdo e meato acústico interno ipsilateral, com intensa impregnação pelo contraste paramagnético e com cauda dural, a qual apresentava dimensões de 2,3x1,7x2cm nos maiores eixos.

**DISCUSSÃO:**

Os meningiomas são massas benignas, originadas de células mesoteliais que revestem as vilosidades da aracnoide (uma das membranas que envolvem o encéfalo). Ocorrem predominante em adultos, em idades mais avançadas e apresentam um crescimento lento, raramente malignizam. Podem apresentar um comportamento agressivo em diferentes localizações com uma diversidade de sintomas. Correspondendo a 15% de todos os tumores intracranianos.

A instabilidade postural foi a sintomatologia que levou o paciente em questão a procurar por avaliação médica. Diante das alterações do exame físico, a avaliação foi complementada com exame de imagem. A inclusão da ressonância nuclear magnética auxilia no diagnóstico mais precoce dos tumores do ângulo ponto cerebelar, tendo importância, sobretudo, na avaliação dos componentes intracranianos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

Os meningiomas são de diagnóstico difícil por apresentarem uma variedade de sintomatologia. Podem ser confundidos com demais tumores nesta região, em destaque os neurinomas. Estes tumores podem afetar por compressão as vias auditivas e vestibulares, a depender da sua localização, do seu tamanho e da direção ou velocidade de crescimento.

Esse trabalho relata o caso de um paciente com queixa instabilidade postural, no qual após avaliação clínica, com anamnese, exame físico completo e avaliação radiológica, foi diagnosticado o tumor supracitado. O presente caso ressalta a importância do especialista estar atento ao diagnóstico diferencial dos sintomas otoneurológicos, assim como diferenciar causas centrais e periféricas

Palavras-chave: Meningioma;Instabilidade;Exame Imagem.

PO275

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA**

Video Head Impulse Test findings in Definite Cerebellar Ataxia, Neuropathy, Vestibular Areflexia Syndrome (CANVAS)

**AUTOR PRINCIPAL:** SARA RAQUEL AZEVEDO**COAUTORES:** CLARA SERDOURA ALVES; MIGUEL COUTINHO; LUIS MEIRELES; ANGELA REGO**INSTITUIÇÃO:** CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO, PORTO - PORTUGAL

**Goal:** Cerebellar ataxia with neuropathy and vestibular areflexia syndrome (CANVAS) is a slowly progressive late-onset ataxic disorder. The degree of imbalance is severe, as two of the sensory inputs and cerebellar integration are compromised. To confirm the diagnosis of vestibular hypofunction, objective measurement of the response of the VOR after stimulation of the horizontal semi-circular canal is necessary. Our main goal with this study was to characterize and describe vestibular findings in Video Head Impulse Test (v-HIT) in patients with Cerebellar Ataxia with Neuropathy and Vestibular Areflexia Syndrome.

**Method:** All patients completed instrumental vestibular assessment with Video Head Impulse Test and also completed the Dizziness Handicap Inventory (DHI). The Video Head Impulse Test was performed by the same Otorhinolaryngologist using the ICS Impulse system by OtometricsTM. DHI is a self-completed questionnaire that aims to identify difficulties that patients experience in their daily life due to vertigo and dizziness. It was defined bilateral vestibular hypofunction when the gains on Video Head Impulse Test were  $<0.6$  in the lateral canals. All patients went through neurologic assessment with magnetic resonance imaging and electromyography.

**Results:** We studied 12 patients, 7 (58,33%) female and 5 (41,67%) males with a mean age of  $67,47 \pm 10$  years old. The mean age of onset of the first noticed symptoms was  $49,75 \pm 13,6$  years old. In 7 (58,3%) patients gait imbalance was the first symptom to appear and in 5 (41,7%) it was dry cough. The average age of onset of cough was  $43,8 \pm 13,4$  years old and of imbalance was  $54,0 \pm 13,3$  years old. Family history was present in only 3 patients. The VOR gain in v-HIT in the right ear was on average  $0.4 \pm 0.3$  (0.10-1.). In the left ear it was  $0.4 \pm 0.4$  (0.12-1.30). In our sample, only three patients hadn't bilateral vestibular hypofunction.

**Discussion:** In CANVAS vestibular areflexia may be absent at the time of genetic diagnosis. In genetically confirmed cases only 2/3 of these present the complete triad (somatosensory neuropathy, cerebellar ataxia and vestibular areflexia). Bilateral vestibular function alterations, namely bilateral vestibular hypofunction/areflexia, is a common finding in this pathology. Cases with longest disease course has worst vestibular results. On Dizziness Handicap Index values tends to be mild or moderate, and higher results are associated with more deficits in Video Head Impulse Test.

**Conclusion:** We conclude that vestibular bilateral hypofunction is present in most patients upon evaluation by the Ear,Nose and Throat (ENT) doctor.

**Palavras-chave:** Video Head Impulse Test;CANVAS;Vestibular Areflexia.

PO303

## E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA

## LABIRINTITE OSSIFICANTE: UM RELATO DE CASO DO INTERIOR PAULISTA

**AUTOR PRINCIPAL:** GUSTAVO GONÇALVES MACIEL**COAUTORES:** ANDRÉ LUIZ DEL'ARCO; GIOVANNA FERREIRA GOMES; THAINARA HIDALGO FUZETTO; JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE; MARIANA NEVES CERATTI; PAULA BELONE GARCIA; GUILHERME HENRIQUE FERREIRA DAMASCENO**INSTITUIÇÃO:** HIORP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL**Objetivos:** o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de Labirintite Ossificante, manifestando-se com sintomas de vertigem rotatória**Métodos:** as informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário, entrevista com o paciente, documentação fotográfica dos métodos diagnósticos e laudos aos quais o paciente foi submetido, além de revisão de literatura.

**Caso clínico:** E.S.S, 49 anos, sexo feminino, procurou atendimento de urgência próximo a sua residência na cidade de São Jose do Rio Preto em outubro de 2022 por quadro incapacitante de vertigem rotatória acompanhada de náuseas, vômitos e mal estar generalizado e melhora parcial após cinarizina. Em março de 2023, procurou o serviço MEDNORTE e passou em avaliação otorrinolaringológica, com crises de vertigem rotatória com piora ao olhar para cima, para a direita e ao deitar. Durante a anamnese, a paciente negou quadro de hipoacusia, tinnitus, otalgia, trauma local e histórico familiar para doenças otológicas. No exame físico otorrinolaringológico, não foram observadas alterações significativas. Nessa consulta, foram solicitados exames complementares, além de Dramin e betaistina. Os exames laboratoriais não apresentaram alterações relevantes. A audiometria e impedânciometria estavam dentro dos padrões de normalidade, com SRT 5dB/5dB, IPRF de 96%/96% e curva A bilateral. A vectonistagmografia indicou canalitase do canal semicircular posterior esquerdo, assimetria de 15% em LARP com ganho menor para canal posterior direito e ausência de alterações centrais. Diante dos resultados dos exames e da falta de resposta ao tratamento clínico otimizado, que incluiu medicamentos e manobras de reposicionamento, foi solicitada RNM dos ossos temporais. O exame revelou sinais de pneumatização e provável efusão líquida/secreções no interior do ápice petroso a direita, além de áreas de má definição dos contornos dos canais semicirculares a direita, sugerindo labirintite ossificante. Foi indicada TC de mastoides, que confirmou o diagnóstico ao evidenciar afilamento dos canais semicirculares e finas calcificações nas cóclea.

**Discussão:** a labirintite ossificante é uma condição médica rara e de caráter progressivo, que causa formação de tecido fibroso e ósseo (osteogênese) patológica do labirinto membranoso, prejudicando a transmissão adequada de sinais sonoros ao sistema nervoso central e comprometendo também o equilíbrio. Sua origem está relacionada principalmente a processos infecciosos que acometem o ouvido interno e se desenvolve por três principais vias de disseminação: timpanogênica, meningogênica e hematogênica. Outras causas menos comuns incluem trauma do osso temporal, doenças autoimunes, fatores genéticos e até causas idiopáticas. O processo de ossificação do labirinto, independente da causa, está relacionado com a proliferação de fibroblastos nos espaços perilinfáticos e consequente formação de tecido cicatricial, seja por fibrose ou até mesmo formação óssea labiríntica. Os sintomas da labirintite ossificante podem variar, mas geralmente incluem perda auditiva neurosensorial progressiva e vertigem moderada. O diagnóstico envolve uma combinação de exames auditivos, como audiometria e teste de equilíbrio, além de exames de imagem para visualização de tecido ósseo anormal no ouvido interno. O tratamento pode ser desafiador e individualizado, incluindo tratamento medicamentoso, aparelhos de amplificação sonora individuais e até tratamento cirúrgico que inclui o implante coclear.

**Conclusão:** o caso relatado, junto com publicações pré-existentes, contribui para a compreensão do quadro clínico e tratamento da patologia complexa que é a labirintite ossificante. O diagnóstico e o manejo dessa condição podem ser desafiadores e devem ser individualizados de acordo com a gravidade e necessidades dos pacientes. Por ser tratar de uma doença de caráter progressivo, a demora no diagnóstico pode gerar complicações irreversíveis. Assim sendo, o diagnóstico precoce e o acompanhamento otorrinolaringológico são fundamentais para prognóstico favorável dessa doença.

**Palavras-chave:** LABIRINTITE OSSIFICANTE;VERTIGEM;CÓCLEA.

**AUTOR PRINCIPAL:** KARINA ROSSATTO STEFANELLO

**COAUTORES:** INGRID WENDLAND SANTANNA; JULIA REBELLATO; YASMIN LAMBERT MILDNER; KADRISE GUIZONI LEITE MORAES; CAIO PEIXOTO QUEIROZ DE BUSTAMANTE; FERNANDA LUIZA BACK; VICENTE SALZANO ROCHA

**INSTITUIÇÃO:** UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 64 anos, realizou consulta otorrinolaringológica devido a queixas de desequilíbrio, perda auditiva progressiva unilateral, desconforto na região cervical posterior, especialmente ao realizar hiperextensão cervical e tonturas com agravamento em decúbito dorsal. Relata já ter consultado por queixa de hipoacusia com zumbido, sendo encaminhada para avaliação de aparelhos auditivos. Possui histórico de internação por quadro de labirintopatia, além de AVC há 18 anos. Exame físico sem alterações. Foi solicitada audiometria e ressonância magnética do crânio. Na audiometria, realizada em agosto de 2023, apresentou perda auditiva neurosensorial de grau severo da orelha direita, sendo o índice de desenvolvimento de fala (IRPF) com diagnóstico de incapacidade de acompanhar uma conversa. A imitância apresentou resultado de -21. No exame de Emissão Otoacústica (EOA) apresentou emissões otoacústicas evocadas por estímulo ausente nas bandas de frequências de 2000Hz, 3000Hz e 4000Hz. Já na orelha esquerda com perda auditiva neurosensorial nas frequências de 3000Hz, 4000Hz, 6000Hz e 8000Hz, apresentando IPRF com nenhuma dificuldade para compreender a fala. Apresentou imitância de -35. EOA apresentou emissões otoacústicas evocadas por estímulo transiente presentes em todas as bandas de frequências avaliadas. Tanto na direita, como na esquerda, os reflexos acústicos contralaterais e ipsilaterais estiveram presentes, exceto na frequência de 4000Hz. Na ressonância magnética dos ossos temporais, realizada em setembro de 2023, não foi constatada nenhuma anormalidade. Na ressonância magnética do crânio, realizada também em setembro, evidenciou uma lesão expansiva e heterogênea comprindo o bulbo, na transição crânio-cervical posterior, ao nível da junção bulbo-medular, inclusive com hipersinal T2 no aspecto posterior bulbo-medular inferindo infiltração lesional, bem como focos de realce em seu aspecto inferior e também deposição de hemossiderina ou calcificações de perimeio. Apresentando uma medida de aproximadamente 2,7 x 1,9 cm nos maiores diâmetros látero-lateral e ântero-posterior, e cerca de 3,6 cm no eixo crânio-caudal.

**DISCUSSÃO:** A paciente em questão, apresenta queixas predominantemente vestibulares e cocleares unilaterais, combinadas com uma perda auditiva progressiva e desconforto na região cervical posterior. A audiometria indica uma perda auditiva neurosensorial severa do lado direito, e uma perda em frequências mais agudas do lado esquerdo. A imagem do crânio mostra uma lesão expansiva e heterogênea na transição crânio-cervical, localizada especificamente no bulbo. Esta lesão pode estar causando compressão ou irritação nas estruturas próximas, possivelmente contribuindo para os sintomas relatados. A natureza dessa lesão sugere uma neoplasia, seja ela primária ou metastática. A presença de hemossiderina ou calcificações é outra característica notável que pode ajudar no diagnóstico diferencial. O passado médico da paciente, que inclui um AVC, pode ou não estar relacionado a essa lesão, mas é uma consideração importante no panorama geral. A relação exata entre os sintomas auditivos e a lesão ainda precisa ser esclarecida através de uma investigação mais aprofundada. Considerando essa possibilidade, principalmente de lesão proliferativa primária, é fundamental dar continuidade à investigação etiológica por meio de uma abordagem multidisciplinar que envolva neurocirurgiões e oncologistas, visando a determinação da origem da lesão, seu potencial impacto nas funções neurológicas e um plano terapêutico apropriado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Conclui-se que é necessário uma investigação criteriosa acerca da sintomatologia, dando destaque acerca da queixa de perda auditiva unilateral. A natureza e localização da lesão detectada neste caso reforçam essa necessidade direcionando o foco clínico para uma avaliação aprofundada e uma abordagem multidisciplinar para garantir o melhor tratamento.

**Palavras-chave:** Perda Auditiva Unilateral; Bulbo; Audição.

PO333

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA**

Relato de Caso - Lipoma em Conduto Auditivo Interno Direito

AUTOR PRINCIPAL: MYLENA PHILLIPPS CUNHA

COAUTORES: LARISSA CAVALCANTE PAIVA; SUZANNE MALLMANN VARNIER

INSTITUIÇÃO: IDOMED ESTÁCIO, JARAGUÁ DO SUL - SC - BRASIL

## Apresentação do caso:

O caso apresentado é de uma paciente do sexo feminino, 55 anos, que faz acompanhamento desde março de 2022 devido a zumbido unilateral (direito) há 8 anos. Relata associação com cefaleia em hemiface direita e náuseas. Nega ser pulsátil, história de otite, otorréia ou otalgia, plenitude auricular e queixas nasais. Dentro dos antecedentes não há exposição ao ruído. Ao exame físico não foram encontradas alterações significativas. Audiometria é solicitada e apresenta-se dentro dos parâmetros normais. Na Angio-RM realizada dia 19/04/2022, evidencia-se uma pequena lesão mal delimitada no terço distal do conduto auditivo interno (CAI) direito, parcialmente avaliada, em que a alça vascular se insinua no terço médio do CAI esquerdo. Em 31/05/22 realizou-se uma ressonância magnética compatível com diagnóstico de lipoma. Tendo em vista o diagnóstico de lipoma do CAI, decide-se dirigir de forma conservadora.

Em nova RNM para controle dia 13/02/2023, revelou-se uma pequena imagem nodular no fundo do CAI direito com hipersinal em T1 e queda de sinal nas sequências com supressão de gordura, sem realce pelo contraste, medindo 0,4 x 0,3 x 0,3 com indefinição da porção distal do nervo coclear. Ao solicitar uma nova audiometria, o ouvido esquerdo apresenta-se sem alteração, mas nota-se uma perda auditiva neurosensorial súbita no ouvido direito. Atualmente, segue com conduta conservadora, em uso de medicações sintomáticas para zumbido, sendo elas: Zinco, Piridoxina e Ácido Pangâmico.

## Discussão:

Cerca de 10% dos tumores intracranianos estão localizados no CAI e no ângulo pontocerebelar. Mais de 90% das lesões do CAI são neuromas acústicos, seguido por neuromas faciais, colesteatomas e meningiomas. Raramente ocorrem lipomas no CAI e quando ocorrem são semelhantes aos neuromas acústicos. Histologicamente, os lipomas CAI são caracterizados por lipócitos maduros entrelaçados com elementos neurais normais.

Os lipomas são neoplasias benignas, presentes, geralmente, entre a terceira e a quinta década de vida. Prevalência na população caucasiana, predominando homens. Clinicamente estão presentes sintomas unilaterais, como zumbido, perda auditiva e vertigem. Ressalta-se que, os zumbidos unilaterais devem ser investigados clinicamente e radiologicamente devido ao risco de malignidade e causa central, podendo ser necessária abordagem cirúrgica.

O diagnóstico definitivo é feito com ressonância magnética (RM), ferramenta eficaz para o diagnóstico diferencial de lesões nessa área. No caso particular dos lipomas, o diagnóstico por RM demonstra-se por meio da ausência de reforço da imagem com gadolínio e o desaparecimento da lesão com técnica de supressão de gordura. Este diagnóstico permite relevante mudança na conduta terapêutica usual e técnicas cirúrgicas são substituídas pelo tratamento conservador. A cirurgia tem resultados ruins e deixa graves sequelas na função auditiva, além de não haver experiência com outras técnicas menos cirúrgicas invasivas como a radiocirurgia, por isso é essencial realizar o diagnóstico de certeza com RM para iniciar conduta conservadora, que constitui a melhor alternativa de tratamento.

## Comentários finais:

O caso ilustra que embora raramente ocorra lipoma no CAI, a paciente obteve seu diagnóstico definitivo através da RM, a qual é considerada eficaz para o diagnóstico diferencial das lesões. Juntamente com o diagnóstico definitivo e, por ser uma causa benigna, instituiu-se a conduta conservadora para o caso. Ressalta-se também a importância da investigação do zumbido unilateral, devido ao risco de malignidade e necessidade de intervenção cirúrgica. Além disso, é fundamental que os profissionais médicos estejam preparados para lidar com casos menos frequentes e diagnosticar de forma precisa, para que possam oferecer tratamentos conservadores e assertivos, evitando, assim, a iatrogenia.

Palavras-chave: Lipoma; Zumbido; Perda Auditiva Neurosensorial.

PO339

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA**

Relato de Caso - Perda Auditiva Autoimune

**AUTOR PRINCIPAL:** MYLENA PHILLIPPS CUNHA**COAUTORES:** ANA JÚLIA TIBOLA; EMELY LAÍS TIEGS; LARISSA CAVALCANTE PAIVA; SUZANNE MALLMANN VARNIER**INSTITUIÇÃO:** 1. IDOMED ESTÁCIO, JARAGUÁ DO SUL - SC - BRASIL2. UNIARP - UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE, CAÇADOR - SC - BRASIL**Apresentação do caso:**

O caso apresentado é sobre um paciente, sexo masculino, 33 anos, o qual iniciou acompanhamento em fevereiro de 2023 por encaminhamento da empresa devido a perda auditiva na audiometria. Relata histórico de perda auditiva após trauma crânio encefálico há 14 anos, mas com audiometrias prévias normais. Porém, paciente assintomático no dia a dia, refere hipoacusia flutuante há 1 ano. Em alguns momentos refere dificuldade para entender o que escuta, principalmente no inverno e mudança de clima. Negou exposição a ruídos e a necessidade de equipamento de proteção individual, todavia referiu trabalhar como roceiro com poucas máquinas e sem ruídos importantes (relato do paciente, sem quantificação ou qualificação sonora para investigação). Nega zumbido, otalgia, otite ou otorreia, tontura, queixas nasais e de orofaringe.

Ao exame otoneurológico não foram encontradas alterações significativas. Paciente hígido nos exames laboratoriais. Na audiometria do dia 27 de janeiro de 2021, apresentava perda auditiva neurossensorial (PASN) após 4Khz bilateral, simétrico e em rampa descendente. Tendo em vista a hipótese diagnóstica de perda auditiva autoimune foi solicitado exames laboratoriais para o mesmo. Nos exames laboratoriais, apresentou: Anti-cardiolipina IgM 31,4 (positivo) mas IgA e IgG não reagentes, ANCA não reagente, anticorpo anti-coclear positivo fraco e FAN não reagente. Devido a alta suspeita de perda auditiva autoimune, paciente foi encaminhado ao reumatologista para acompanhamento conjunto, tendo em vista um melhor e mais assertivo tratamento do caso.

**Discussão:**

A incidência da surdez autoimune não é totalmente conhecida devido a falta de um teste diagnóstico definitivo, mas estima-se que seja cerca de 1:5.000-10.000/ano. Esta é mais frequente no sexo feminino, com um pico entre os 20 e 50 anos, sendo rara na infância. Já em relação a sua etiologia é de causa desconhecida.

Apresenta-se como hipoacusia sensorioneural, pode ser unilateral ou bilateral e assimétrica, de instalação progressiva durante semanas a meses. Manifesta-se como uma doença autoimune isolada do ouvido interno ou associada a uma doença autoimune sistêmica, como o lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide e síndrome de Sjögren. A flutuação dos níveis audiométricos é frequente e metade dos casos são associados a sintomas vestibulares como a vertigem ou desequilíbrio. Os fatores predisponentes também são essenciais para a pesquisa das etiologias como a exposição a ruído, quimioterapia, história de trauma, meningite ou história familiar de surdez.

O diagnóstico é realizado através de uma anamnese completa, exame clínico, otoscopia e avaliação auditiva, como a audiometria tonal e vocal, imitanciometria, exame de emissões otoacústicas e PEATE. Além disso, a avaliação da fala do paciente é de suma importância para o diagnóstico e conduta. Em relação aos exames laboratoriais, eles devem ser realizados a procura de doenças autoimunes como o hemograma, provas de atividade inflamatória, FAN, fator reumatoide, coombs direto, exame de urina e anticorpo antiDNA.

O tratamento é realizado inicialmente com a corticoterapia, como a prednisona, podendo evoluir para o uso de imunossupressores (metotrexato ou ciclofosfamida). A plasmáfereze é realizada apenas em casos não responsivos.

**Comentários finais:**

A surdez autoimune é uma doença de difícil diagnóstico devido à grande variedade de etiologias envolvidas, não há um exame específico e é suspeitada após excluir outras patologias consideradas constitucionais. O caso descrito evidencia esta informação por conter uma história patológica pregressa de trauma crânio encefálico há 14 anos e não havia histórico de exposição a ruídos, podendo direcionar de forma mais assertiva o caso. Ademais, o fato do paciente apresentar hipoacusia flutuante há 1 ano mostra que a doença autoimune pode ser a causa da surdez. Em relação aos exames reumatológicos, como a anti-cardiolipina positiva, evidencia a importância do encaminhamento ao reumatologista e o acompanhamento em conjunto das duas especialidades para a melhor assistência do paciente.

**Palavras-chave:** Perda auditiva neurossensorial;Autoimune;Neuro-otologia.



PO342

## E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA

## RELATO DE CASO: ASSOCIAÇÃO DE ZUMBIDO CONTRALATERAL À LESÃO SCHWANNOMA DO VIII PAR

AUTOR PRINCIPAL: FERNANDA CATISANI

COAUTORES: LARISSA MORAIS BORÉM; PEDRO HERNESTO VIEIRA COELHO NOGUEIRA MORAIS; CLARICE REIS DE OLIVEIRA MORAIS; MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO; MILENA GAVA FIM; CHENG T-PING; CAMILA JEBER GARCIA

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE OTORRINO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Homem, 49 anos, trabalhador de mineração, hipertenso, compareceu com queixa de autofonia, plenitude aural e hipoacusia à direita há 2 meses e zumbido unilateral esquerdo. Nega otalgias, otorreias, sintomas nasais. Em otoscopia condutos auditivos externos e membranas timpânicas sem alterações. À audiometria perda auditiva neurossensorial moderada descendente à direita. À ressonância magnética do ouvido direito apresenta formação expansiva na topografia da cisterna do ângulo ponto-cerebelar, ocupando conduto auditivo interno compatível com Schwannoma do VIII par, rebaixamento do sinal líquido da perilíngua, assimétrico relativamente à sua contraparte esquerda relacionado a caráter compressivo/obstrutivo da lesão supracitada. Ainda apresenta sinais de dilatação sacular condizente com labirintopatia de origem pressórica. Não há evidência de alterações no ouvido esquerdo.

O Schwannoma do VIII par, também conhecido como neurinoma do acústico é um tumor benigno de crescimento lento e gradual e geralmente se desenvolve no canal auditivo interno e causa uma série de sintomas ipsilaterais como perda auditiva, tonturas e zumbido no ouvido afetado. Esse último, também conhecido como tinnitus é a percepção de sons na ausência de fonte externa real. De causa multifatorial, o zumbido pode ocorrer por exposição à ruído, presbiacusia, drogas ototóxicas, infecções, acúmulo de cerume, trauma, alterações metabólicas e circulatórias, herança genética e tumores.

A relação entre o neurinoma do acústico e o zumbido está ligada à compressão e ao impacto que o tumor exerce sobre o nervo vestibulococlear e estruturas adjacentes. Quando o tumor cresce afeta o funcionamento normal do nervo, isso pode levar a distorções na percepção auditiva, incluindo sensação de zumbido. Outros sintomas acompanhantes do zumbido devem ser investigados, como hipoacusia, perturbações do equilíbrio ou vertigem e sensação de pressão aural.

Embora o neurinoma do acústico se desenvolva em um dos ouvidos, algumas pessoas relatam zumbido contralateral o que parece ser contra-intuitivo, porém o fenômeno é resultado das complexas conexões neurais entre os ouvidos e o cérebro e suas conexões inter-hemisféricas. Existem algumas teorias ainda poucos esclarecedoras para explicar essa relação, sendo a primeira delas a compensação central do ouvido do tumor que acarretaria em aumento da atividade neural no ouvido contralateral. A segunda teoria descreve que a pressão intracraniana gerada pode exercer pressão no sistema auditivo central e assim comprometer ambos os lados e outra possível explicação é a ocorrência da compressão de outros nervos cranianos. O zumbido contralateral é uma manifestação rara e esse fenômeno levanta a hipótese que o tumor pode alterar a forma como o sistema auditivo processa informações sonoras e como ele reage às alterações na função do nervo vestibulococlear. Que o neurinoma pode trazer várias consequências ipsilaterais ao tumor já é sabido. Apesar de benigno, pode comprometer a audição pelo seu crescimento lento ocasionando perda auditiva unilateral, tonturas e zumbido no ouvido afetado. Em consideração à isso, é fundamental a preservação do ouvido contralateral do paciente para garantir qualidade auditiva através de uma avaliação minuciosa e completa que inclua exames de imagem, audiometria, dentre outros exames para garantir que outras condições não estejam contribuindo para o sintoma. O zumbido no ouvido contralateral pode ser um sintoma intrigante e é fundamental o controle auditivo. Dessa forma, o prognóstico para pacientes com zumbido contralateral depende de vários fatores, incluindo o estágio do tumor, a resposta ao tratamento e a gravidade do zumbido. É fundamental que o paciente trabalhe com estreita colaboração com seus médicos para desenvolver um plano de tratamento adequado e monitorar qualquer mudança nos sintomas ao longo do tempo.

Palavras-chave: neurinoma;contra-lateral;zumbido.

PO350

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA**

Perda auditiva induzida por ruído relacionado ao trabalho no Brasil entre os anos de 2012 e 2022

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIANA TAINÁ OLIVEIRA DE FREITAS

**COAUTORES:** THAÍS COUTINHO DE REZENDE; BRENDA LUIZA CARVALHO; ANA CAROLINA RODRIGUES LADO; ANALUIZA MARTINS MOREIRA GOMES

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL2. CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU, RECIFE - PE - BRASIL3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL4. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL

**Objetivos:** Descrever as notificações das regiões brasileiras acerca da Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) durante o período entre 2012 e 2022.

**Métodos:** Trata-se de uma pesquisa observacional do tipo ecológica com foco na população brasileira. Foi realizada em agosto de 2023, abordando a temporalidade de 2012 a 2022. Os dados da investigação de PAIR relacionado ao trabalho foram retirados da plataforma DATASUS, em específico na aba do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), delimitando a análise para as variáveis de casos anuais e regionais.

**Resultados:** Dentre as 7963 notificações de PAIR nos trabalhadores brasileiros durante esse período, cerca de 43% eram residentes da região Sudeste, sendo 68.9% destes pertencentes ao estado de São Paulo. O ano que apresentou o maior número de casos foi 2016 com 1216. Houve um aumento progressivo desde 2012, com 414 notificações, até 2016. Em 2022, os 476 casos superaram a numeração da década passada. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste concentram cerca de 93,3% dos casos. Enquanto a região Norte lidera com a menor prevalência no território.

**Discussão:** Mediante uma análise regional, pode-se pontuar que a maior prevalência dos casos na região sudeste pode estar associada à grande industrialização histórica da região, principalmente na região Paulista, onde há uma relevante concentração de grande parte das empresas, gerando consequentemente seus respectivos impactos na saúde dos trabalhadores e moradores pela grande exposição a ruído e a poeira. Pode-se também destacar que o aumento numérico gradativo desses afligidos ao longo dos anos está relacionado a uma melhor atenção à saúde do trabalhador, na qual a implementação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) no início dos anos 2000 pode ter diminuído as subnotificações da perda auditiva.

**Conclusão:** Tendo-se em vista o impacto que tamanha doença irreversível tem na qualidade de vida dos brasileiros, medidas de prevenção devem estar presentes obrigatoriamente como parte do uniforme trabalhista industrial e em atividades com ruído constante, sendo necessário não somente a disponibilização pelas empresas de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) como também o incentivo ao seu uso nas ações laborais. Além disso, deve-se valorizar a notificação dos casos de PAIR ao banco de dados do país para que se tenha cada vez mais um acesso fidedigno a real situação que os brasileiros enfrentam e o futuro desenvolvimento de medidas de prevenção.

**Palavras-chave:** Perda Auditiva;Epidemiologia;Saúde do Trabalhador.

PO383

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****Etiologia da Hipofunção Vestibular Bilateral****AUTOR PRINCIPAL:** CLARA SERDOURA ALVES**COAUTORES:** SARA RAQUEL AZEVEDO; JOÃO LINO; LUIS MEIRELES; ANGELA REGO**INSTITUIÇÃO:** CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO, PORTO - PORTUGAL

**Introdução:** A hipofunção vestibular bilateral (HVB) é uma condição clínica rara que se define por uma função alterada dos órgãos vestibulares, 8º par craniano ou de ambos. Caracteriza-se pela presença de: instabilidade postural e desequilíbrio ao andar com pelo menos um: 1 - visão turva induzida pelo movimento ou oscilopsia e/ou 2- agravamento da instabilidade no escuro ou em piso irregular; ausência de sintomas se deitado ou sentado e, redução ou ausência bilateral da função do reflexo vestibulo ocular documentada por v-HIT, videonistagmografia ou cadeira rotatória. Múltiplas causas já são conhecidas, no entanto, em cerca de metade dos doentes não se define a etiologia.

**Objetivo:** o principal objetivo deste trabalho foi o de determinar a etiologia da HVB, num centro hospitalar terciário.

**Material e Métodos:** estudo retrospectivo que inclui 33 doentes que cumprem os critérios para HVB de acordo com a Classificação do Comité da Sociedade de Barany.

Os doentes foram observados e realizaram v-HIT entre o dia 1 de setembro de 2021 e 31 de agosto de 2022 no Centro Hospitalar Universitário do Porto. Doze dos doentes supracitados também realizaram videonistagmografia.

**Resultados:** neste estudo um total de 403 doentes realizaram o vHIT sendo que em 33 destes (8,19%) os critérios de HVB aplicaram-se. A idade média dos doentes é de  $59,00 \pm 15,08$  anos e varia entre os 23-84 anos. Dos 33 doentes, 21 são mulheres (63,64%) e 12 são homens (36,36%). A média do ganho no vHIT no ouvido direito foi de  $0,34 \pm 0,18$  e no ouvido esquerdo foi  $0,33 \pm 0,21$ , com valores a variar entre os 0,60 e 0,03. Em relação à VNG a média das respostas calóricas do ouvido direito foi de  $2,02 \pm 1,67$  °/sec e do ouvido esquerdo foi de  $1,65 \pm 1,08$  °/sec. Nove (75%) dos doze doentes que realizaram tanto VNG como vHIT o ouvido com menor ganho médio no vHIT correspondeu ao ouvido com menor resposta calórica na VNG. Em 18 dos 33 doentes (54,55%) a causa não foi identificada, sendo definida como idiopática. Uma causa definitiva foi identificada em 15 doentes (45,45%), sendo as etiologias neurodegenerativa, traumática, infecciosa e ototóxica as responsáveis. A HVB idiopática (n=18) é a categoria maior seguida da patologia neurodegenerativa, nomeadamente, Síndrome de ataxia cerebelar, neuropatia e arreflexia vestibular (CANVAS) (n=12); um doente tem história de fratura bilateral do osso temporal, um de meningite e um de toma de medicação ototóxica - cisplatina e carboplatina.

**Conclusões:** a HVB é uma patologia heterogénea que pode ocorrer secundário a diferentes etiologias, como a toxicidade, infeção, autoimunidade, neurodegenerativa, traumática, etc. Por vezes, a causa fica por conhecer sendo, por isso, a HVB definida como idiopática. Na nossa população isto verificou-se em pouco mais de metade dos doentes. Dentro das causas conhecidas a síndrome CANVAS foi predominante.

**Palavras-chave:** Hipovalência vestibular;otoneurologia;vertigem.

PO447

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****LABIRINTITE OSSIFICANTE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** CAROLINA DISCONZI DALLEGRAVE**COAUTORES:** JASMIN DEZOTTI LOVISI; DANIEL SIQUEIRA SILVA; LUMA MOREIRA DA COSTA; LETICIA DE MORY VOLPINI; ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA; DANIEL FERREIRA LANA E SILVA; AIDA REGINA MONTEIRO DE ASSUNCAO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - HUPE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Relato de caso:**

V.C.B.S, feminina, diabética, 43 anos, relata que realizou a primeira dose contra covid astrazeneca em novembro/2020 – nos dias subsequentes a vacinação apresentou quadro de otite média aguda, associado a zumbido principalmente em OE e vertigem. Um mês após refere hipoacusia importante em OE e piora da vertigem, impedindo a deambulação. Paciente iniciou reabilitação labiríntica com melhora parcial do quadro e foi encaminhada a otorrinolaringologia. Ao exame físico apresenta membranas timpânicas sem alterações, head impulse test sugestivo de vestibulopatia periférica a esquerda. Audiometria de 2021 e 2023 com média tritonal 20 dB em OD e anacusia em OE (paciente tinha audiometria prévia ao início do quadro normal). Tomografia computadorizada de seios da face e crânio sem alterações. Tomografia de mastoide apresenta osso temporal esquerdo com grande quantidade de efusão ocupando células de mastoide, antro, epitímpano e mesotímpano, ocupação de epiras cocleares e notadamente dos canais semicirculares por material denso/calcificado, aspecto compatíveis com labirintite ossificante. Paciente está em seguimento com reabilitação labiríntica com melhora significativa do quadro, porém sem resolução completa da vertigem.

**Discussão:**

A labirintite ossificante é caracterizada por um processo de esclerose labiríntica, levando a substituição de todo ou parte do labirinto membranoso e dos espaços labirínticos por tecido ósseo ou fibroso. A inflamação da cápsula ótica é evento inicial em um processo de destruição do labirinto membranoso que culmina na ossificação das estruturas da orelha interna.

Tal patologia pode ser resultado final de diversas doenças, como oclusão vascular, traumas, sequela de meningite – sendo a causa principal de origem infecciosa (como a otite média aguda). Dessa maneira, percebe-se que a orelha interna pode ser atingida através da corrente sanguínea (via hematogênica), da orelha média (via timpanogênica) ou das meninges (via meningogênica). Nem sempre pode-se prevenir a labirintite ossificante, mas nos casos em que é possível como a otite média aguda é de suma importância a rápida conduta. Não somente para evitar uma das principais sequelas da doença - a hipoacusia, mas também para um melhor prognóstico caso opte por um implante coclear.

Inúmeras estratégias de tratamento tem sido realizadas na esperança de descobrir meios que inibam o desenvolvimento da labirintite ossificante. Contudo, ainda nenhuma com resultado significativo.

**Considerações finais:**

Embora incomum, a labirintite ossificante faz parte do diagnóstico diferencial de hipoacusia e vertigem. Tal patologia geralmente está associada à perda auditiva neurosensorial profunda, podendo ou não estar associada a vertigens. Seu diagnóstico é facilitado atualmente com os exames de imagem, principalmente a tomografia computadorizada.

**Palavras-chave:** Hipoacusia;Labirintite ossificante;Vertigem.

**AUTOR PRINCIPAL:** RAFAELA RODRIGUES DE SOUZA

**COAUTORES:** LUÍSA FERRAZ BORBA TORRES; PEDRO CARVALHO GUIMARÃES; OTÁVIO ANANIAS DOS SANTOS MANGUALDE

**INSTITUIÇÃO:** PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS, BETIM - MG - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

R.D.G.S, sexo feminino, 63 anos, refere crises de vertigem, com duração de segundos a minutos, recorrente e associada a mudanças no posicionamento corporal e da cabeça, especialmente ao se levantar da cama. Foi tratada com antivertiginosos e manobras de reposição otolítica sem melhora.

Evoluiu com acúfeno pulsátil, plenitude auricular, hipoacusia e instabilidade postural. Ao exame físico, otoscopia não evidenciou alterações. Teste de pares cranianos normais, provas de equilíbrio estático e dinâmico e HINTS (Head-Impulse – Nystagmus – Test-of-Skew) normais. Foi iniciada prova terapêutica com carbamazepina, 200mg ao dia, e solicitado exames complementares. Audiometria tonal, logaudiometria e imitanciometria não demonstraram alterações. Ressonância magnética de ossos temporais evidenciou compressão do nervo vestibulococlear no conduto auditivo interno direito por artéria cerebelar anteroinferior direita. A paciente obteve boa resposta ao tratamento, com redução da frequência e duração das crises.

#### DISCUSSÃO

A paroxismia vestibular, antes chamada de vertigem posicional incapacitante, é uma síndrome compressiva que pode acometer o nervo vestibulococlear, através do contato vascular com as artérias basilar, vertebral, cerebelar pósterior inferior ou cerebelar anteroinferior (que foi a artéria acometida na paciente supracitada). É uma síndrome vestibular menos frequente, mas igualmente incapacitante a vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), doença de Menière, neurite vestibular e vertigem central, que são mais recorrentes.

Os critérios definidos para diagnosticar o quadro são: A) Cinco crises de vertigem com duração de segundos a minutos. B) Ataques relacionados a gatilhos específicos (posições de cabeça). C) Ataques acompanhados de zumbido, hipoacusia, plenitude auricular, instabilidade postural. D) Pelo menos um critério objetivo: Ressonância magnética (sequência CIS) demonstrando compressão neurovascular, nistagmo induzido por hiperventilação na eletrônistagmografia, hipofunção vestibular progressiva à eletrônistagmografia ou resposta ao tratamento com anticonvulsivantes; E) Quando são excluídas outras causas para a paroxismia provável, consideram-se as mesmas características da vertigem, acompanhadas de, pelo menos, três critérios entre os itens B a E.

O tratamento é feito com carbamazepina, em caso de não responsividade a terapêutica ou alergia, a terapia pode ser feita com fenitoína e gabapentina. Além disso, pode ser feita descompressão microvascular do VIII nervo.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A paroxismia vestibular apesar de ser um quadro raro, costuma responder bem ao tratamento com a carbamazepina. Nesse sentido, a partir do momento que suspeitou-se desse quadro ao prescrever a carbamazepina, essa conduta impediu que a paciente continuasse indo em várias consultas e realizando muitos testes. Por isso, é importante a realização desse diagnóstico para que a terapêutica seja feita precocemente, tendo em vista que os sintomas são extremamente incômodos e que a presença de muitos episódios de vertigem pode atrapalhar as atividades diárias dos pacientes acometidos por esse quadro.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GANANÇA, Maurício; CAOVIOLA, Heloisa. Conflitos neurovasculares: introdução, definição e diagnóstico da PAROXISMA VESTIBULAR. Disponível em: [https://aborlccf.org.br/wp-content/uploads/2023/01/paroxismia\\_vestibular\\_prof\\_mauricio.pdf](https://aborlccf.org.br/wp-content/uploads/2023/01/paroxismia_vestibular_prof_mauricio.pdf).

HÜFNER, K et al. Vestibular paroxysmia: diagnostic features and medical treatment. *Neurology*. 2008 Sep 23;71(13):1006-14. doi: 10.1212/01.wnl.0000326594.91291.f8. PMID: 18809837. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18809837/>. Acesso em: 17 set. 2023.

IV Fórum Brasileiro de Otoneurologia. ABORL-CCF. Definições, diagnósticos e tratamentos das doenças em otoneurologia. 2022. Disponível em: <https://aborlccf.org.br/wp-content/uploads/2023/03/IV-FORUM-Otoneurologia-v2.pdf>. Acesso em: 17 set. 2023.

MIZUTA, Aline et al. Paroxismia vestibular: estudo clínico e tratamento de oito pacientes. *Arq. neuropsiquiatr*, p. 643–647, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-409048>. Acesso em: 17 set. 2023.

Palavras-chave: Vertigem; Nervo vestibulococlear; Carbamazepina.

**AUTOR PRINCIPAL:** JOANA CYSNE FROTA VIEIRA

**COAUTORES:** VIVIANE CARVALHO DA SILVA; JULIANA SOEIRO MAIA; EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA; ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO; MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA; TINO MIRO AURÉLIO MARQUES; SAULO EDSON SOARES TIMBÓ

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA - CE - BRASIL. 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO, FORTALEZA - CE - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente, 45 anos, sexo masculino apresentou quadro de tontura rotatória com início em 2021 ao mover a cabeça em qualquer direção, tossir ou espirrar; que cessou após alguns meses. Após 2 anos assintomático, apresentou novo quadro de vertigem, com duração de segundos, desencadeada por movimento cefálico (ao mover a cabeça horizontal ou verticalmente), associada a náuseas e vômitos, com piora ao realizar manobra de valsalva (espirrar ou tossir). Foi admitido em serviço hospitalar, devido ao quadro incapacitante. Iniciada Flunarizina 20mg/dia, com melhora do quadro parcialmente. Referia hipoacusia em orelha direita. Negava otalgia e otorreia, relatava hiperestesia em pavilhão auricular. Durante internação hospitalar, realizou tomografia computadorizada de mastoide, com seguintes achados: expansão óssea centrada na porção mastoidea do osso temporal direito, com atenuação em vidro fosco, esclerótica, levemente heterogênea, envolvendo parcialmente a porção timpânica, onde destaca-se ampla erosão do canal semicircular superior, e pequenos focos semelhantes nos demais canais semicirculares, configurando fistula labiríntica. Mínima diástase da sutura têmporo parietal à direita. Destaca-se zona lítica na topografia do antro e tégmen mastoideo, preenchida por conteúdo com atenuação de partes moles, associada a ampla comunicação com a fossa craniana média, além de insinuação para a porção timpânica deste osso, com aparente erosão na margem do aqueduto vestibular. Tais achados são sugestivos lesão fibro-óssea (displasia fibrosa). Na avaliação audiológica, paciente apresentou perda auditiva mista de grau leve à direita e configuração descendente, limiares auditivos dentro do padrão de normalidade à esquerda, curvas tipo "A", reflexos estapedianos ipsilaterais presentes e contralaterais ausentes. Dessa forma, paciente foi diagnosticado com fistula labiríntica (de canal semicircular superior) secundária à displasia óssea. Paciente apresentou melhora espontânea dos sintomas incapacitantes, tendo alta hospitalar com orientações de realizar exercícios de reabilitação vestibular e avaliação com potencial evocado miogênico vestibular.

**Discussão:** As fístulas labirínticas são condições nas quais ocorrem comunicações anormais entre o ouvido interno e as estruturas externas. Essas comunicações anômalas podem resultar em vazamento de perilinfa e desencadeiam sintomas como vertigem e perda auditiva. Os sintomas podem variar quanto à intensidade, podendo ser incapacitante. No caso citado acima, a causa provável da fistula labiríntica foi a displasia fibrosa do osso temporal, que é um distúrbio do tecido ósseo caracterizado por lesão expansiva benigna de etiologia ainda não conhecida, onde a proporção e a distribuição dos componentes normais do osso estão alteradas, via de regra existindo grande quantidade de tecido fibroso para poucas trabéculas ósseas malformadas. A fistula labiríntica representa uma perda erosiva do osso endocondral que recobre o labirinto. Os canais semicirculares são estruturas responsáveis pelo equilíbrio e orientação espacial, quando ocorre uma fistula labiríntica, há uma ruptura na estrutura óssea que normalmente separa esses canais da área circundante e isso pode permitir o vazamento de perilinfa para fora do sistema labiríntico. Os sintomas das fístulas labirínticas variam amplamente em gravidade e complexidade. Vertigem é um sintoma comum. Além disso, a perda auditiva também pode estar presente. A intensidade e a duração dos sintomas podem variar de pessoa para pessoa, e algumas pessoas podem experimentar apenas sintomas leves, enquanto outras podem ser incapacitadas pelos sintomas.

**Comentários finais:** A fistula labiríntica secundária à displasia do osso temporal é uma patologia que pode causar sinais e sintomas vestibulares bastante incapacitantes. Dessa forma, torna-se importante o correto diagnóstico da fistula labiríntica e o esclarecimento de sua causa base, para melhor condução do paciente.

**Palavras-chave:** fistula;tontura;displasia.

PO498

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****AValiação DO COMPONENTE CERVICOGÊNICO ENTRE PACIENTES COM TONTURA****AUTOR PRINCIPAL:** LETICIA LEAHY**COAUTORES:** LOUISE FERREIRA IUNKLAUS; ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ; DEBORA EMI SHIBUKAWA; MAURÍCIO DA SILVA OLIVEIRA; GABRIELA ALVES MARRONI; RITA DE CASSIA CASSOU GUIMARAES; LUCAS RESENDE LUCINDA MANGIA**INSTITUIÇÃO:** COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

**Introdução:** A tontura cervicogênica resulta da relação entre a dor cervical e as alterações de controle perceptual e postural associadas. Caracteriza-se como uma sensação inespecífica de alteração do equilíbrio, devido a anormalidades nas aferências cervicais. Em relação às características clínicas, os sintomas da tontura cervicogênica são variados e pouco diagnósticos: incluem desorientação, desequilíbrio, dor cervical e restrição de movimentos. Não há teste padrão-ouro para seu diagnóstico, sendo considerado um diagnóstico de exclusão. Existem poucos testes que avaliam as características clínicas de indivíduos com tontura cervicogênica.

**Objetivos:** O presente estudo tem como objetivo avaliar o componente cervicogênico da tontura por meio de testes de propriocepção cervical e questionários de incapacidade.

**Métodos:** Estudo observacional, analítico e transversal realizado com trinta e três pacientes com queixa de tontura. Questionários com dados clínico-epidemiológicos, o Dizziness Handicap Inventory (DHI) e o Neck Disability Index (NDI) foram aplicados. Além disso, os pacientes realizaram o Cervical Joint Position Error Test (CJPT). Foram avaliados, ainda, vinte e um pacientes controle sem queixas de tontura ou cervicalgia nos últimos seis meses. Para avaliação da normalidade, foi usado o Teste Shapiro-Wilk. Os dados qualitativos foram avaliados através de testes Qui-Quadrado para variáveis categóricas e Teste T-Student e Mann-Whitney para variáveis numéricas paramétricas e não paramétricas, respectivamente. O nível de significância foi estabelecido em  $p < 0.05$ . Para avaliação de correlação entre variáveis quantitativas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

**Resultados:** Os pacientes com tontura e dor cervical apresentaram pior desempenho no CJPT esquerdo, superior e médio em comparação com o grupo controle, com relevância estatística. Entre os pacientes com tontura, não houve diferença estatisticamente significativa nas pontuações do CJPT e do DHI entre o grupo com e sem sintomas cervicais. Nos pacientes com tontura e sintomas cervicais, houve uma correlação entre o pior desempenho do CJPT e a pior pontuação do DHI ( $p$ -valor: 0,01). Nesse grupo de pacientes, não houve resultados estatisticamente significativos na correlação do NDI e do DHI.

**Discussão:** Os resultados reforçam a associação entre a propriocepção cervical e o sistema de controle postural e a percepção espacial. Por outro lado, tais resultados podem estar relacionados apenas com a própria cervicalgia como um limitador para a realização do CJPT. O CJPT parece ser um método melhor do que o questionário NDI para captar o impacto do quadro cervical no grau de incapacidade do paciente com queixa vestibular e cervicalgia associada.

**Conclusões:** Pacientes com tontura e cervicalgia parecem apresentar piores desempenhos no CJPT, se comparados com grupos controles, sugerindo que o CJPT pode se apresentar como ferramenta útil na investigação da tontura cervicogênica. Além disso, o CJPT parece ser um teste mais objetivo para avaliar a propriocepção e grau das alterações perceptuais secundárias. Mais pesquisas com amostras maiores são necessárias para corroborar com os achados do atual estudo.

**Palavras-chave:** Tontura cervical ;Cervical Joint Position Error Test ;Cervicalgia.



PO555

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****LASER DE BAIXA INTENSIDADE E ZUMBIDO****AUTOR PRINCIPAL:** EDNA PATRICIA CHARRY RAMIREZ**COAUTORES:** GABRIELA AZEVEDO NICODEMOS DA CRUZ; ALINE BARBOSA MAIA; CAIO DE FREITAS MADRUGA; LETÍCIA COSTA MOREIRA SOARES; MARIA CATALINA RODRIGUEZ CHARRY; THAIS RODRIGUES FERREIRA; VICTOR BARRETO GARCIA**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL**Objetivo:**

Devido ao grande impacto do zumbido na população e ainda ausência de um tratamento padrão resolutivo, esta revisão se propõe avaliar o benefício do tratamento a laser de baixa intensidade (TLBI) no zumbido e quais protocolos e medidas de avaliação com resultados positivos.

**Métodos:**

Pesquisa bibliográfica em base de dados PubMed usando como descritores as palavras “zumbido” e “laser” no período de 2013-2023, não se fazendo restrição aos idiomas. O resultado foi de 54 trabalhos. Foi feita leitura de todos os resumos, tendo sido excluídos 38 estudos por não relacionar o laser como tratamento do zumbido. Dos 16 que abordavam o tema deste trabalho, 12 (75%) são ensaios clínicos e 4 (25%), revisões sistemáticas.

**Resultados:**

Após levantamento de dados, 06 estudos relataram melhora do zumbido com uso de laser (37,5%), 07 sem melhora (43,75%) e 03 estudos com resultado inconclusivo (18,75%). O comprimento de onda variou de 630 a 808 nm e a potência de 5 a 100 mW. Dentre os métodos de avaliação, os mais utilizados foram Tinnitus Handicap Inventory e a escala visual analógica. 02 estudos são Europeus, 05 da América do Sul e 09 Asiáticos, com destaque para o Irã.

**Discussão:**

O zumbido é definido como uma sensação de som na ausência de um estímulo sonoro externo correspondente, sendo muitas vezes idiopático. Estudos sugerem que o zumbido afeta mais de 740 milhões de adultos mundialmente e é percebido como um grande problema por mais de 120 milhões de pessoas. Apesar de ser um sintoma bastante incidente na população, ainda não há tratamento com melhora importante deste sintoma.

Dentre desse contexto, foram iniciados experimentos com laser para melhora do zumbido. A TLBI é um tratamento não invasivo com fonte de luz que gera um único comprimento de onda. Não emite calor, som ou vibração. Também é chamada de fotobiologia ou bioestimulação. As principais aplicações médicas na atualidade são a redução da dor e da inflamação, o aumento da reparação tecidual e a promoção da regeneração de diferentes tecidos e nervos. Comprimentos de onda entre 660 nm e 905 nm têm a capacidade de penetrar na pele e nos tecidos moles/duros.

Segundo estudos, o laser atua nas bombas de sódio-potássio e canais de cálcio e na citocromo C oxidase nas mitocôndrias. Assim, tem efeito antiinflamatório - obtido através do aumento da microcirculação, com absorção mais rápida de edema e inativação dos catabólitos intermediários - e analgésico - resulta do bloqueio da ação dos nociceptores e da transmissão sináptica, que libera substâncias analgésicas endógenas pelo sistema nervoso central (como endorfinas, serotonina, e dopamina).

Apesar de todos esses mecanismos de ação, a TLBI só mostrou benefícios em poucos estudos. Isso, talvez, se deva ao fato de que os estudos utilizam diversos protocolos para aplicação de laser, desde máquinas, largura de onda, tempo de exposição ao laser, energia acumulada, via de aplicação (transmeatal vs transmastoidal vs pontos de acupuntura), escala de zumbido (Tinnitus Handicap Inventory - THI vs escala visual analógica - EVA vs questionários).

**Conclusão:**

Foi avaliado a eficácia da TLBI nos pacientes com zumbido através de revisão sistêmica de banco de dados. Evidenciou-se resultados inconstantes acerca do benefício deste tratamento, provavelmente pela diversidade de protocolos utilizados, pela subjetividade da queixa e percepção de sintomas. Serão necessários mais estudos para encontrar protocolo para tratamento de zumbido e provar seu real e duradouro benefício.

**Palavras-chave:** Zumbido; Laser de baixa intensidade; Tratamento a laser.

PO564

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****O USO INDISCRIMINADO DE FONES DE OUVIDO NO DIA A DIA DO ALUNO DE MEDICINA É UMA REALIDADE?****AUTOR PRINCIPAL:** LETÍCIA COSTA MOREIRA SOARES**COAUTORES:** MARIA ELISA DA CUNHA RAMOS; ARMANDA DE OLIVEIRA PACHE DE FARIA; ANDREA CAMPOS DE OLIVEIRA AMARAL; CAIO DE FREITAS MADRUGA; ALINE BARBOSA MAIA; MARIA CATALINA RODRIGUEZ CHARRY; GABRIELA AZEVEDO NICODEMOS DA CRUZ**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL**Objetivo:**

Construir o perfil dos alunos do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) que frequentam o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), usuários de fones de ouvido, por meio da aplicação de um questionário, onde foi possível, de acordo com as respostas, saber o modelo mais utilizado de fone de ouvido; nível de volume; quantidade média de horas diárias de utilização; e se os alunos conseguem perceber perdas significativas de audição.

**Métodos:**

Aplicação de um questionário (Figura 1) a 60 alunos do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense, com 12 questões objetivas.

Os questionários foram aplicados respeitando o sigilo dos entrevistados, e as respostas foram identificadas por um número de inscrição, gênero e idade.

**Resultados:**

Verificou-se a prevalência do uso de fone auricular (37,5% dos entrevistados); quanto à utilização, prioritariamente, para ouvir música (31,3%) e para estudar (27,2%).

Em relação ao volume, cerca de 55% dos entrevistados utiliza entre 7 e 8 (em uma escala de 0 a 10, sendo 10 o som mais alto – Gráfico 1).

Cerca de 68,3% dos entrevistados utiliza o fone, em média, até 3h diária (Gráfico 2).

**Discussão:**

Um ponto importante que pode-se observar, de acordo com os dados coletados, é que 73% dos entrevistados informaram que nunca tiveram uma consulta para testar a audição com um profissional de saúde ou, quando fizeram, isto aconteceu pela última vez foi há pelo menos cinco anos. Sabemos que cada vez mais, os estudantes utilizam seus fones de ouvido em diversos dispositivos para ouvir aulas, podcasts sobre temas acadêmicos, música, filmes e séries, e por isso, torna-se importante conhecer o grau de entendimento destes alunos em relação ao nível de dano que esta ferramenta pode causar.

**Conclusão:**

Avaliando os resultados do questionário, pôde-se notar que a prevalência absoluta do público-alvo é jovem, na casa entre 20 e 30 anos de idade, e que já possui algum indicativo de necessidade de acompanhamento por conta do uso excessivo e/ou indevido de fones de ouvido. Os profissionais de saúde devem pensar em estratégias para se aproximar deste público jovem já nas escolas, uma vez que cresce ano após ano, entre crianças e adolescentes, o uso de fones de ouvido, principalmente para escutar música e para jogos online, seja no telefone celular, seja por consoles como videogames e computadores. Entendemos que, pelo fato de a popularização do uso de fones de ouvido se tratar de um fenômeno recente, ainda não há uma vasta literatura em relação a campanhas de informação sobre o assunto. O presente estudo pode servir para a comunidade científica ampliar esta discussão, rediscutindo e ressignificando a importância do profissional de saúde que trata da audição.

**Palavras-chave:** fone de ouvido; perda auditiva; perda auditiva induzida por ruído.

PO568

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA**

Hiperêmese gravídica como causa de encefalopatia de Wernicke

**AUTOR PRINCIPAL:** LÍVIA DE CASTRO SANT'ANNA**COAUTORES:** FERNANDA VIDIGAL VILELA LIMA; CLAUDIA MARQUES DIAS; LUIZ GUSTAVO DE FARIA FERREIRA; BLYSE SARA SOUZA PIRES; RICARDO JACOB DE MACEDO; IAGO ETHAN SILVA RIBEIRO ALMEIDA; LÍVIA MACHADO RIGOLON**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL. 2. HOSPITAL SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente do sexo feminino, E.M.S, 31 anos, previamente hígida, com história de tontura não rotatória e persistente, iniciada há cerca de 12 meses, não desencadeada mas piorada pela movimentação da cabeça, associada a dificuldade de locomoção, de concentração e amnésia anterógrada. Sem história de cefaleia, queixas auditivas ou outros sintomas associados. Relato de hiperêmese gravídica na última de 4 gestações prévias, sem registro de reposição de tiamina. Ao exame físico, observada marcha atáxica e com base alargada, além de presença de nistagmo espontâneo vertical para baixo, com head impulse test sem alterações. À videonistagmografia, presença de downbeating em posição de cabeça neutra e pendente anterior, com redução da intensidade sem a fixação ocular, que invertia para upbeating em decúbito dorsal e cabeça pendente posterior. Extensa propedêutica negativa para diagnósticos diferenciais, dentre eles doenças paraneoplásicas, auto-imunes e esclerose múltipla. À ressonância magnética (RM) de encéfalo, detectada alteração do sinal de mielina na topografia da substância branca periventricular, em flair e T2, achados compatíveis, em conjunto com a história clínica, com o diagnóstico de encefalopatia de Wernicke (WE). Logo, foi iniciado tratamento tardio com tiamina 100mg, além de gabapentina 600mg e topiramato 50mg, com o objetivo de atenuar o nistagmo e a tontura, para que a paciente pudesse retornar às suas atividades cotidianas. Desde então, houve melhora da tontura, marcha e memória, levando a uma melhor da qualidade de vida.

**Discussão:**

A síndrome de Wernicke-Korsakoff é uma complicação neurológica da deficiência de tiamina (vitamina B1), sendo a WE aguda, com necessidade de intervenção precoce e possibilidade de evolução para a síndrome de Korsakoff, condição neurológica crônica e irreversível. Está comumente associada ao etilismo crônico, mas também pode ocorrer em contexto de má nutrição e má absorção, perda da vitamina em sua forma hidrossolúvel ou aumento de necessidade metabólica, como ocorre em caso de doenças sistêmicas e na gravidez.

Durante a gestação, a WE ocorre pela soma do aumento da demanda com o consumo dos estoques de tiamina provocado pela hiperêmese gravídica, geralmente entre 14 e 18 semanas de gestação.

A síndrome é composta pela tríade clássica de encefalopatia, disfunção oculomotora e ataxia de marcha, mas a presença de todos os 3 achados representa a exceção, encontrada em cerca de apenas 1/3 dos pacientes. Na maior parte dos casos, um ou dois dos elementos é encontrado, levando ao subdiagnóstico, principalmente em pacientes não etilistas.

A WE é caracterizada por desatenção, desorientação, alteração da memória e aprendizagem. A disfunção oculomotora pode se apresentar com nistagmo, paralisia do reto lateral e/ou paralisia do olhar conjugado. O nistagmo vertical é o achado mais comum. O diagnóstico é clínico, embora exames de imagem e laboratório possam corroborar com a suspeita clínica. Não existem exames laboratoriais que diagnostiquem a síndrome, uma vez que o nível sanguíneo de tiamina pode não ser compatível com o cerebral. A RM de encéfalo é mais sensível que a tomografia computadorizada, sendo achados frequentes hipersinais simétricos em T1 e T2 no corpo mamilar, tálamo medial, regiões periventriculares e periaquedutais.

Por se tratar de uma patologia com risco de evolução para coma e morte, a confirmação diagnóstica não deve atrasar o início do tratamento. Recomenda-se que a reposição seja prontamente iniciada em todos os pacientes que apresentem algum fator de risco, com alteração de estado mental sem causa aparente, distúrbios oculomotores ou ataxia.

**Comentários finais:**

A WE é uma doença neurológica de difícil diagnóstico, apesar de potencialmente fatal. A reposição precoce de tiamina em contexto de hiperêmese gravídica e WE, droga de baixo custo e alta efetividade, pode levar a resolução dos sintomas em horas a dias, além de reduzir a chance de sequelas. Logo, faz-se importante a suspeição clínica e instituição de tratamento precoce em casos suspeitos, para redução da morbimortalidade materna e fetal.

**Palavras-chave:** Encefalopatia de Wernicke; Hiperêmese gravídica; Tontura.

PO569

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****NEURITE SIMULTÂNEA DOS NERVOS VESTIBULOCOCLEAR E FACIAL - UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE OLIVEIRA PIRES**COAUTORES:** VICTÓRIA DE CASTRO LEME; ANGÉLICA COSTA LEPESQUEUR; LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO; MARINA LOTUFO ESVAEL RODRIGUES; RICARDO VINICIUS BRUNETO; NATÁLIA QUINHONE SHIGEMATSU; EDUARDO TANAKA MASSUDA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP HCFMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** AGS de 64 anos, sexo feminino, previamente hígida, admitida no pronto atendimento de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto com relato de tontura de forte intensidade há 15 dias, diária e contínua, tipo flutuação, iniciada subitamente ao acordar, com hipoacusia e zumbido em ouvido esquerdo associados. Oito dias após o quadro inicial evoluiu com paresia e lesões em hemiface ipsilateral às queixas auditivas. Ao exame, apresentava marcha com instabilidade com necessidade de apoio, nistagmo horizontal espontâneo e semi-espontâneo com fase rápida para esquerda, head impulse test com sacadas corretivas para esquerda, desvio Skew sem alterações, paralisia facial periférica (PFP) grau V na escala de House Brackmann à esquerda, otoscopia normal, sem lesões visíveis em face ou pavilhões auriculares, avaliação dos demais nervos cranianos dentro da normalidade. Devido ao quadro clínico inicial, foi aventada hipótese de neurite do VII e VIII pares cranianos secundária a infecção por herpes zoster devido relato de lesões cutâneas em face.

Ao exame de ressonância magnética na sequência T1 pós-contraste foi evidenciado área de espessamento e realce de contraste nas porções canaliculares dos nervos facial e vestibulococlear. A análise do líquido apresentou discreta pleocitose de padrão linfomononuclear, sem aumento de proteinorraquia ou consumo de glicose, sugerindo infecção viral. Foi solicitado a pesquisa por PCR de vírus varicela zoster e herpes simplex tipo 1 e 2 em líquido e sangue, os quais não foram reagentes. Audiometria do início do quadro demonstrou redução assimétrica dos limiares auditivos com perda neurosensorial leve à direita e severa à esquerda. Vídeo head impulse test evidenciou redução de ganho em todos os canais semicirculares a esquerda. A hipótese de neurite simultânea dos nervos vestibulococlear e facial associada a possível infecção herpética central, ou seja, a encefalite herpética, se manteve baseada nos achados do exame físico, da RNM e no padrão de celularidade líquórica, apesar dos resultados não reagentes de PCR.

Realizado tratamento em regime de internação hospitalar com aciclovir, dexametasona e cinarizina por 10 dias. Após esse período, teve alta para seguimento ambulatorial com quadro clínico estável, referindo melhora progressiva dos sintomas. Ambulatorialmente foi solicitado uma vectoeletronistagmografia que revelou hiporreflexia vestibular à esquerda e solicitado nova audiometria, a qual demonstrou um ganho de limiares em ouvido esquerdo, apresentando perda auditiva neurosensorial moderada. Atualmente, paciente está em treinamento para reabilitação vestibular referindo melhora de 90% dos sintomas, com PFP grau II e manutenção do zumbido à esquerda, além discreta tontura a movimentação cefálica.

**DISCUSSÃO:** A neurite vestibular é a terceira maior causa de vestibulopatia periférica caracterizada por um episódio súbito de tontura associado a náuseas e vômitos. A etiologia mais aceita atualmente, é de que a neurite vestibular aconteça decorrente de infecções virais, sendo o principal agente apontado o Herpes simplex 1, varicela zoster e vírus associados a infecções de vias aéreas superiores. A associação entre o quadro de neurite vestibular e neurite do nervo facial não é comum, entretanto, na síndrome de Ramsay-Hunt e em casos raros de encefalite herpética isso pode acontecer. A síndrome de Ramsay-Hunt é uma condição conhecida pela reativação do vírus varicela zoster, que leva a formação de vesículas dolorosas em pavilhão auricular associada a paralisia facial periférica, caracterizando um quadro de neurite do nervo facial. A proximidade do nervo facial e nervo vestibulococlear no conduto auditivo interno assim como a presença de anastomoses entre eles podem explicar a ocorrência de sintomas vestibulares concomitantes.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A neurite simultânea dos nervos vestibulococlear e facial possui poucos relatos descritos na literatura. O correto diagnóstico e pronto tratamento, mesmo sem confirmação laboratorial de infecção herpética, foram cruciais para a boa evolução clínica, reduzindo ao máximo as sequelas.

Palavras-chave: neurite; paralisia; hipoacusia.

PO582

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****ZUMBIDO COMO MANIFESTAÇÃO DE SINUSITE: ABORDAGEM CLÍNICA E TERAPÊUTICA – RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ANA LUIZA FARIA DIAS**COAUTORES:** BRUNA ASSIS RODRIGUES; GILBERTO ULSON PIZARRO; RODRIGO DOS SANTOS NEVES; MARLON SOUZA COELHO; MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO; SIMIRAMIS CAROLINE PALMEJANI; MARIA GABRIELA SCARAMUSSA OFRANTI**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL PAULISTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL. 2. HOSPITAL PAULISTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Apresentação do Caso**

C.E.G.O, masculino, 40 anos, apresentando zumbido bilateral, incapacitante, contínuo, em agudos, há 03 anos. Nega tontura, hipoacusia e outros sintomas associados. Desde então em investigação, tendo realizado diversos exames e abordagens terapêuticas sem sucesso.

Refere tentativas de tratamento com ginkgo biloba 80 mg 2x/dia, zinco 50 mg 2x/dia, clonazepam 0,5 mg 3x/dia, betaistina 24 mg 2x/dia, alguns ciclos de relaxantes musculares, fisioterapia. Traz exames prévios: audiometria, EOA, BERA, tomografia de ossos temporais, exames laboratoriais todos sem alterações.

Faz tratamento para ansiedade com desvenlafaxina, pregabalina e escitalopram prescritos por psiquiatra, nega outras comorbidades. Ao exame: rinoscopia evidenciando desvio septal a direita; otoscopia, oroscopia e palpação de articulação temporomandibular sem alterações.

Foram solicitados nova audiometria, tomografia de seios paranasais e nasofibrolaringoscopia. No retorno, audiometria (Figura 1) se manteve igual a anterior, nasofibrolaringoscopia com desvio septal a direita e hipertrofia de cornetos inferiores e a tomografia evidenciava sinusopatia maxilar bilateral. Os achados foram discutidos com o paciente e optou-se por realizar cirurgia para correção de desvio septal, turbinectomia e sinusectomia maxilar bilateral.

O procedimento foi realizado com sucesso e sem intercorrências, sendo observado saída de grande quantidade de secreção mucopurulenta de ambos seios maxilares durante o mesmo.

Ao acordar, ainda na recuperação anestésica, paciente já referia remissão total do zumbido e assim evoluiu durante todo o pós operatório, seguindo assintomático desde então.

**Discussão**

O zumbido, um sintoma auditivo complexo e por vezes debilitante, é um fenômeno no qual uma pessoa percebe sons, como apitos e chiados, sem que haja uma fonte sonora externa correspondente. Esses sons podem variar em intensidade e frequência, e geralmente são audíveis apenas pela pessoa afetada, tornando-o um fenômeno subjetivo e muitas vezes incompreendido.

O zumbido afeta milhões de pessoas em todo o mundo e pode ser causado por uma série de fatores, desde exposição a ruídos altos até problemas de saúde subjacentes, tornando-o um desafio clínico e uma preocupação de saúde significativa.

Durante sua investigação, muitas vezes negligencia-se sua possível associação com quadro nasossinusal. No entanto, distúrbios da cavidade nasal e dos seios paranasais encontram-se intimamente relacionados a sintomas auditivos, podendo desempenhar um papel significativo no surgimento ou agravamento do zumbido. Quanto à fisiologia desse processo destacam-se os mecanismos de:

- . Obstrução das Vias Respiratórias: A inflamação e congestão da mucosa e seios nasais podem levar a um comprometimento da tuba auditiva, afetando a pressão nos ouvidos médios e gerando zumbido.
- . Alterações vasculares: A sinusopatia pode afetar a circulação sanguínea na área auditiva, contribuindo para o zumbido.
- . Resposta Inflamatória Sistêmica: A inflamação crônica associada à sinusopatia pode desencadear respostas inflamatórias sistêmicas que afetam o sistema auditivo.

Entre outros fatores que nos fazem lembrar o quanto a avaliação nasal do paciente com zumbido se faz tão crucial quanto a avaliação audiológica.

**Comentários Finais**

O zumbido é um sintoma de etiologia diversa, sendo fundamental sua investigação minuciosa. É importante ressaltar que cada zumbido é único e a sua relação com sinusite pode não ser tão direta em todos os casos.

Portanto, a avaliação de cada paciente em particular se faz necessária para determinar quais deles podem se beneficiar desse tipo de abordagem terapêutica.

Palavras-chave: zumbido; sinusite; tinnitus.

PO587

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA**

Labirintite ossificante de origem infecciosa: relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** LUIZ GUSTAVO DE FARIA FERREIRA**COAUTORES:** FERNANDA VIDIGAL VILELA LIMA; CLAUDIA MARQUES DIAS; BLYSE SARA SOUZA PIRES; LÍVIA DE CASTRO SANT'ANNA; IAGO ETHAN SILVA RIBEIRO ALMEIDA; RICARDO JACOB DE MACEDO; LÍVIA MACHADO RIGOLON**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL. 2. HOSPITAL SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL**Apresentação do Caso:**

Paciente EFRP, 55 anos, professora, encaminhada ao ambulatório de otoneurologia queixando desconforto persistente e tontura ao deambular e nos movimentos cefálicos, além de hipoacusia e zumbido intenso do lado direito. Os sintomas iniciaram há 30 anos, após infecção de vias aéreas superiores complicado com otite média aguda do lado direito, que evoluiu com vertigem e surdez súbita deste lado. Nega história de trauma acústico, meningites ou história familiar hipoacusia. A otoscopia realizada não apresentava anormalidades. Na avaliação otoneurológica com VideoHIT, detectado hiporreflexia vestibular à direita em todos os canais semicirculares. Audiometrias prévias e atual mostraram anacusia à direita. Foi solicitada ressonância magnética e tomografia computadorizada de ossos temporais que evidenciaram respectivamente apagamento das estruturas da orelha interna à direita (com integridade de nervo vestibular e ausência de outras lesões em fossa posterior) e obliteração labiríntica difusa à direita. O diagnóstico de labirintite ossificante de grau avançado foi confirmado. A paciente foi orientada e encaminhada à reabilitação vestibular e auditiva.

**Discussão:**

Labirintite refere-se a um processo inflamatório do labirinto, cuja etiologia predominante é viral, podendo também ser causado por infecção bacteriana, traumas do osso temporal, hemorragias e neoplasias. Na origem bacteriana, normalmente o quadro clínico é precedido de infecção de vias aéreas superiores complicada com otite média. Existem dois tipos de labirintite associadas a infecções bacterianas agudas e/ou crônicas do osso temporal. A labirintite tóxica ou serosa, na qual a orelha interna é lesionada pela toxina bacteriana, e a labirintite supurativa, na qual a orelha interna é lesionada pela bactéria em si. Labirintite ossificante é a ossificação patológica do espaço das membranas do labirinto, em resposta a uma lesão da orelha interna envolvendo o arcabouço membranoso e/ou do endóstio da cápsula ótica. Na maioria dos casos, é unilateral e surge 3-4 meses após a patologia de base, afetando principalmente mulheres de 30-50 anos de idade. Os pacientes se apresentam inicialmente com perda auditiva súbita e vertigem desencadeada por movimentos rápidos da cabeça. A tomografia computadorizada é essencial e possui alto nível de especificidade. Mostra hiperdensidade na região labiríntica, podendo apresentar irregularidades, esclerose, ou obliteração total do labirinto, e dessa forma classifica a LO em leve, moderada e severa. Já a ressonância magnética pode auxiliar no diagnóstico mostrando hipointensidade labiríntica, com indefinição das estruturas locais, devido perda precoce do líquido perilinfático associada à calcificação. Os aparelhos auditivos são boa escolha para o tratamento das perdas auditivas, e, quando insuficientes, o implante coclear surge como alternativa. Porém deve ser bem ponderado devido à dificuldade de transposição do eletrodo pela membrana labiríntica calcificada. É comum a contra-indicação do implante coclear nos casos de calcificação avançada da janela oval. A reabilitação vestibular pode reduzir as repercussões clínicas da hiporreflexia vestibular, devendo ser indicada de forma precoce. Como diagnóstico diferencial, pode-se citar a aplasia labiríntica e a otosclerose. Na aplasia labiríntica, os achados evidenciam completa ausência das estruturas da orelha interna, enquanto na LO é possível a visualização do contorno do labirinto. Já a otosclerose costuma causar perda condutiva ou mista, além de desmineralização e hipodensidade da cápsula ótica.

**Comentários Finais:**

Esclarecer à população médica um quadro clínico típico da rara labirintite ossificante pode auxiliar no diagnóstico de hipacusias e hiporreflexias vestibulares súbitas. A imagem é essencial para o diagnóstico, sendo que na tomografia computadorizada observa-se ossificação da membrana labiríntica, enquanto que na ressonância magnética há hipointensidade na perilínfa. Além disso, a imagem qualifica prognóstico e auxilia na seleção de casos elegíveis ao implante coclear.

**Palavras-chave:** Otoneurologia; Labirintite; Tontura.



PO594

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****VESTIBULOTOXICIDADE POR GENTAMICINA EM PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS**COAUTORES:** VITÓRIA FARIAS PAIVA; GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO; MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS; BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS; NICOLE CARDOSO DE MELO MOREIRA; LUIZA DE ALMEIDA GONDRA LIMEIRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE - PE - BRASIL

**DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 45 anos, hipertenso e com doença renal crônica dialítica, procurou serviço de Otorrinolaringologia em hospital universitário de Recife - Pernambuco, encaminhado por Nefrologista devido à queixa de tontura (dizziness) há 45 dias, deflagrada imediatamente após uso de gentamicina endovenosa para tratamento de infecção de cateter de longa permanência durante a hemodiálise. Negava vertigem, sintomas vestibulo-visuais, cefaleia ou queixas auditivas. Sintomas não pioraram com a movimentação cefálica. O aminoglicosídeo foi suspenso logo após início dos sintomas. Ao exame otoneurológico, não havia alterações de oculomotricidade e o head impulse test era negativo. Provas cerebelares normais, exceto na avaliação do equilíbrio dinâmico (prova de Unterberger), que demonstrava instabilidade e tendência de lateralização para direita. Sob a hipótese diagnóstica vestibulotoxicidade por gentamicina, foi prescrito prednisona 60 mg/dia durante sete dias e flunarizina 10mg/dia por 5 dias, sem melhora dos sintomas. A audiometria era normal. A vectoeletronistagmografia (VENG) mostrou uma hiporreflexia bilateral, com respostas quase ausentes na prova calórica: fria direita - zero; fria esquerda - zero; quente direita - oito; quente esquerda - zero; gelada direita - dois; gelada esquerda - zero. Paciente foi encaminhado à reabilitação vestibular e concluiu o tratamento da infecção do cateter com outro antimicrobiano não vestibulo-tóxico.

**DISCUSSÃO:** A gentamicina é um antimicrobiano da classe dos aminoglicosídeos (AG) com espectro contra bactérias gram-negativas, aeróbicas e algumas gram-positivas. Consiste no principal AG de escolha, tendo em vista seu baixo custo, baixo potencial de indução à resistência bacteriana e amplo espectro. Contudo, possui efeitos adversos relacionados ao seu uso, sendo a ototoxicidade um deles. A incidência de ototoxicidade por gentamicina está atrelada à dose administrada, duração do tratamento e perfil do paciente. Devido à metabolização renal do fármaco, em pacientes com função renal comprometida, essa depuração pode ser significativamente reduzida, o que explica a possibilidade de intoxicação. A ototoxicidade por AG pode ocorrer a nível coclear ou vestibular, sendo a gentamicina predominantemente vestibulo-tóxica. O mecanismo de ação consiste na ligação do antimicrobiano com receptores das membranas de células ciliadas no órgão espiral de Corti, causando destruição de suas células receptoras. Esse processo pode gerar sintomas relacionados ao equilíbrio, efeitos neurológicos, cardiovasculares e hipotensão postural. O tratamento dessa complicação ainda é uma dificuldade e seus danos alteram significativamente a qualidade de vida dos pacientes acometidos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A vestibulotoxicidade por gentamicina em indivíduos portadores de doença renal crônica é um evento incomum, pois a intoxicação depende da dose e de fatores genético-ambientais. Contudo, possui repercussões otoneurológicas importantes na vida dos pacientes acometidos, sendo uma complicação de difícil controle e, em muitos casos, refratária à terapia conservadora. Desse modo, urge a necessidade da individualização terapêutica no tratamento com gentamicina, além da prática de protocolos clínicos para avaliar a segurança da droga e detectar de maneira precoce os efeitos adversos causados pelo seu uso. Por fim, nota-se a importância do acompanhamento multidisciplinar dos pacientes com danos otoneurológicos, com o intuito de reabilitar e prestar o suporte necessário para que tenham qualidade de vida preservada.

**Palavras-chave:** Tontura; Vestibulopatia bilateral; Gentamicina.



PO597

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****ATAXIA CEREBELAR, NEUROPATIA SENSITIVA E ARREFLEXIA VESTIBULAR BILATERAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA**COAUTORES:** RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO; PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS; JOSÉ VICTOR LIMA FIGUEIREDO; MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO; TICIANA FREIRE BEZERRA; HYNGRIDD SOARES MENDES; LARISSA LINHARES ANDRADE**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL**ATAXIA CEREBELAR, NEUROPATIA E ARREFLEXIA VESTIBULAR: UM RELATO DE CASO EM OTONEUROLOGIA****APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente do sexo masculino, 70 anos, portador de obesidade e hipertensão, Corretor de Imóveis aposentado, natural do Rio Grande do Sul e procedente de Fortaleza. Deu entrada no ambulatório de Otoneurologia do Hospital Geral de Fortaleza com relato de tontura há 5 anos, a qual caracterizava como desequilíbrio com tendência a queda para um dos lados, evoluindo com piora rapidamente progressiva nos últimos 6 meses. Referiu que anteriormente apresentava os sintomas somente ao movimentar bruscamente a cabeça ou ao ser exposto à estímulos visuais optocinéticos, como a passagem dos carros ao esperar para atravessar uma rua, no entanto passou a apresentar tontura espontânea diariamente, evoluindo com marcha atáxica e severo prejuízo das atividades de vida diária. Referiu ainda parestesia em membros inferiores. Negou sintomas auditivos, cefaleia e episódios de síncope. Durante o exame físico otoneurológico não foi observado nistagmo espontâneo ou semi-espontâneo, não houve sacada corretiva durante a realização do Head Impulse Test e não foi observado nistagmo posicional em nenhuma das manobras realizadas. O paciente também não apresentou dismetria e disdiadococinesia, no entanto foi observada a marcha atáxica. Ademais, foram apresentados os exames complementares à seguir: Videonistagmografia evidenciando arreflexia vestibular bilateral, V-HIT apresentando hipofunção em todos os canais semicirculares e audiometria sugestiva de presbiacusia, com perda neurossensorial em agudos e curvas timpanométricas tipo A bilateralmente. Diante da arreflexia vestibular bilateral evidenciada na VENG e à queixa de parestesia em membros inferiores, foi suscitada a hipótese de CANVAS e foram solicitados VEMP ocular, VEMP cervical, Eletroneuromiografia e Ressonância Nuclear Magnética de Crânio.

**DISCUSSÃO:**

A Síndrome de CANVAS é um processo neurodegenerativo de curso lentamente progressivo e trata-se de um acrônimo para Ataxia Cerebelar, Neuropatia Sensitiva e Arreflexia Vestibular Bilateral (do inglês, cerebellar ataxia with neuropathy and vestibular areflexia Syndrome). O quadro clínico classicamente descrito é baseado na instabilidade de marcha progressiva, parestesias de membros inferiores e diferentes apresentações de sintomas vestibulo[1]oculares. O sinal do olho de boneca, "doll's eye", que representa a combinação da falha dos 3 reflexos compensatórios do movimento ocular: optocinético, rastreo e vestibulo-ocular, é considerado um achado típico. Soma-se a isso a presença de ataxia cerebelar idiopática não hereditária e neuropatia axonal sensorial confirmada em eletroneuromiografia. O paciente em questão não apresentava o sinal clínico típico "doll's eye", além de apresentar exame físico otoneurológico relativamente inovente, porém apresentava parestesia de membros inferiores, marcha atáxica e sintomas vestibulares, além de exames complementares evidenciando as 3 características que formam o acrônimo da síndrome. Além da VENG já descrita, a eletroneuromiografia confirmou neuropatia sensitivo-motora axonal simétrica com envolvimento severo dos membros inferiores e leve nos membros superiores e a RNM de crânio evidenciou redução volumétrica do Vermis Cerebelar. Até o momento desta publicação ainda não foram emitidos os laudos das VEMP ocular e cervical e nem conseguidos estudos genéticos, como a pesquisa do gene RFC-1, que aparenta ser a causa genética mais comum de ataxia cerebelar atualmente descrita.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

Diante do exposto, fica clara a necessidade de propedêutica armada com exames complementares abrangentes para a realização de diagnósticos precisos em Otoneurologia, visto que casos como esse podem ter apresentação atípica, com exame físico otoneurológico inocente apesar da potencial gravidade do quadro.

Palavras-chave: ATAXIA CEREBELAR;NEUROPATIA SENSITIVA;ARREFLEXIA VESTIBULAR.

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIANA SALVES DE OLIVEIRA GONÇALLES

**COAUTORES:** MARIO EDVIN GRETERS; BRUNO BERNARDO DUARTE; FELIPE FERRAZ QUINTAL; ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA; LEONARDO BRANDINI SANCHES; MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT; LARISSA MOLINARI MADLUM

**INSTITUIÇÃO:** PUC - CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

C.A.M, sexo feminino, 68 anos, natural de Campinas. Há 5 anos apresentava tontura rotatória episódica desencadeada ao olhar para cima ou abaixar a cabeça, duração de segundos, remissão espontânea, associada a náuseas em alguns episódios, nega interferência na realização de atividades diárias. Paciente com antecedente de três infartos agudos do miocárdio com angioplastia em artéria coronária direita, tabagismo de 25 anos-maço, transtorno ansioso, em uso de Fluoxetina, Clonazepam e Enalapril. Ao exame físico se apresentava em bom estado geral; pulsos presentes e simétricos em membros; ausência de nistagmo espontâneo e presença de nistagmo semi espontâneo com o desvio do olhar para a esquerda, horizontal, batendo para a esquerda e ausente ao olhar para a direita; head impulse test sem alterações; eumetria e eudiadocinesia; romberg com instabilidade para ambos lados. Com hipótese diagnóstica de insuficiência vertebrobasilar, a paciente foi medicada com AAS 100mg 1 vez ao dia e sinvastatina 20mg 1 comprimido à noite, e foram solicitados exames hematológicos e bioquímicos, audiometria tonal e imitância acústica e ultrassonografia doppler de carótidas e vertebrais, cujos resultados alterados foram: colesterol LDL elevado para o grupo de risco (101mg/dl) e resistência periférica à insulina. Audiometria com perda em agudos (6.000Hz e 8.000Hz). A Ultrassonografia com doppler de carótidas e vertebrais, evidenciou inversão de fluxo em artéria vertebral esquerda, sugestivo de estenose 50-69% em artéria subclávia esquerda. Estenose 50-69% em artéria carótida interna esquerda e artéria carótida interna direita. Com diagnóstico de síndrome do roubo da subclávia, foi encaminhada para avaliação no serviço de cirurgia vascular que devido à pouca repercussão da doença em atividades diárias, optou pelo acompanhamento clínico, através do manejo de comorbidades que contribuem para aumento do risco cardiovascular, incentivo a cessação de tabagismo e acompanhamento com exame de imagem. Sendo solicitado o acompanhamento na clínica médica e cardiologia, para compensação das patologias de base. Atualmente a paciente faz uso das seguintes medicações: Furosemida 40mg (2-1-0); AAS 100mg (0-1-0), Clopidogrel 75mg (0-0-1); Losartana 50mg (1-0-1); Atorvastatina 40mg (0-0-2); Empaglifozina 25mg (½-0-0); omeprazol 20mg (1-0-1); Domperidona 10mg (0-1-1), com melhora satisfatória das queixas.

#### DISCUSSÃO

A síndrome do roubo da subclávia (SSS) é uma síndrome rara de insuficiência cerebrovascular, na qual ocorre a oclusão ou estreitamento da primeira porção da artéria subclávia, proximal à origem da artéria vertebral, levando à diminuição da pressão no segmento distal. A diferença de pressão causa reversão do fluxo sanguíneo na artéria vertebral, o sangue do território basilar é desviado para a artéria subclávia para compensar a diminuição da perfusão braquial. A aterosclerose é a causa mais comum de estenose. Sintomas neurológicos incluem tontura, visão turva, síncope, vertigem, desequilíbrio, ataxia, zumbido ou perda auditiva, eles podem ser precipitados por exercício dos membros superiores e movimentos da cabeça. O manejo de pacientes com SSS depende de vários parâmetros e inclui tratamento médico isolado ou associado a revascularização cirúrgica ou endovascular. Muitos pacientes não precisam de intervenção por serem assintomáticos ou possuírem sintomas leves e não incapacitantes. Sendo a estenose da artéria subclávia, um marcador de doença aterosclerótica na maioria dos pacientes indicando risco de eventos cardiovasculares, os pacientes se beneficiam de medidas preventivas secundárias, como controle da pressão arterial e glicêmico, tratamento da dislipidemia, cessação do tabagismo e mudanças no estilo de vida.

#### COMENTÁRIOS FINAIS

Sintomas de insuficiência vertebro basilar associados aos fatores epidemiológicos e fatores da historia do paciente devem ser levados em consideração a fim de levar o médico a suspeitar de síndrome de roubo da subclávia. Portanto, mesmo que pouco habitual, tal diagnóstico deve ser pensado e investigado.

Palavras-chave: síndrome do roubo da subclávia; insuficiência vertebro-basilar; vertigem.

PO640

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****SÍNDROME PÓS-COVID-19: AS PRINCIPAIS QUEIXAS AUDITIVAS, COGNITIVAS E VESTIBULARES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM****AUTOR PRINCIPAL:** THAIS NATIVIDADE DOS REIS**COAUTORES:** JESSICA RAMOS TAVARES; BRUNA EDUARDA VERAS DA SILVA; DYANA BARBOSA FERREIRA; CINTIA TIZUE YAMAGUCHI; DANIELA SILVA DE BARROS; FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA; GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY**INSTITUIÇÃO:** 1. DISCENTE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL2. HUBFS/UFPA - HOSPITALAR BETTINA FERRO, BELÉM - PA - BRASIL**Objetivos:** Analisar os aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados a audição, a cognição e ao equilíbrio dos pacientes com síndrome pós- COVID.**Métodos:** Pesquisa analítica e transversal, de abordagem quantitativa, realizada com 51 pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com síndrome pós-COVID-19, que avaliou informações sociodemográficas (ano da infecção, método diagnóstico, gravidade da doença e início dos sintomas) e a presença de queixas auditivas, cognitivas e vestibulares persistentes.**Resultados:** Dos 51 pacientes avaliados, 80,4% eram do sexo feminino ( $p < 0,0001$ ), com idade entre 33 e 82 anos (média de 57,90 anos). As queixas auditivas mais prevalentes foram o zumbido (60,8%) e a hipoacusia (56,9%). Queixas cognitivas foram relatadas por 90,2% dos pacientes ( $p < 0,0001$ ), predominando alterações na memória de curto prazo (80,4%,  $p < 0,0001$ ) e na memória de trabalho (68,6%,  $p=0,0078$ ). Entre as queixas relacionadas ao equilíbrio, presentes em 90,2% da amostra ( $p < 0,0001$ ), a vertigem (60,8%) e o desequilíbrio na marcha (41,2%) foram as mais frequentes. Ansiedade (72,5%,  $p = 0,0013$ ) e depressão (23,5%) foram observados nestes pacientes.**Discussão:** Segundo Ong e Cruz, 2022, as disfunções auditivas, vestibulares e cognitivas estão presentes na síndrome pós-COVID-19, sendo as alterações na memória de longo prazo, de curto prazo, a vertigem e a hipoacusia uma das mais prevalentes na síndrome pós-COVID-19. Correlacionando com os dados obtidos das queixas mais prevalentes do sistema auditivo do nosso estudo, nota-se que há correspondência com a literatura, onde 76,5% apresentaram uma disacusia e as queixas mais relatadas pelos participantes foram a hipoacusia e o zumbido, com 60,8% e 56,9% respectivamente. Em nosso trabalho, foram observados dados semelhantes aos já relatados na literatura, onde 90% dos participantes da pesquisa tiveram disfunções cognitivas, principalmente relacionados a alterações na memória do curto prazo e na memória de trabalho. Na amostra da nossa pesquisa, foi relatada cerca de 90,2% dos participantes com queixas do sistema vestibular, sendo a vertigem e o desequilíbrio na marcha os mais prevalentes. Além disso, cerca de 72,5% dos participantes desta pesquisa apresentaram quadros de ansiedade e 23,5% de depressão, o que pode contribuir como fator facilitador para sintomas vestibulares, assim como para alguns sintomas auditivos e cognitivos relatados.**Conclusão:** A síndrome pós-COVID-19 apresenta sintomas persistentes relacionados a audição, a cognição e ao equilíbrio, que devem ser diagnosticados e tratados adequadamente, permitindo uma adequada reabilitação do paciente afetado.**Palavras-chave:** SÍNDROME PÓS-COVID-19;DISTURBIOS VESTIBULARES;DISTURBIOS AUDITIVO.

PO652

## E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA

## PAROXISMA VESTIBULAR: UM RELATO DE CASO.

AUTOR PRINCIPAL: PAULO ROBERTO DA NÓBREGA COSTA

COAUTORES: MARIA CLARA MEDEIROS ARAÚJO; DAMÁCIO SOARES PAIVA; KELVIN LEITE MOURA; MARINA MENDONÇA DE MIRANDA; RAYANE BEZERRA FREITAS; PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA; JOSÉ DINIZ JUNIOR

INSTITUIÇÃO: 1. UFRN, NATAL - RN - BRASIL2. UFRN, CAICÓ - RN - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, 34 anos, com queixa de tontura do tipo desequilíbrio incapacitante há 2 anos. Encaminhado da neurologia para nosso serviço, evoluiu com manutenção do quadro de vertigem, queixando-se de instabilidade com piora durante deambulação, viagens em veículos, ao passar para posição ortostática e ao deitar-se. Refere marcha sem firmeza e necessita de apoio para evitar quedas. Queixa-se de zumbido em ouvido direito, mas sem piora progressiva. Paciente fez uso de betaistina por 5 meses, usa dimenidrinato e flunarizina, com pouca melhora nos sintomas. Ao exame físico: dismetria com decomposição de movimento, eudiadococinesia. Apresenta nistagmo espontâneo em olho direito; HIT alterado, com exacerbação do nistagmo quando movimento para lado direito; Skew, Index-nariz e Head shaking sem alterações. Romberg e Fukuda com extrema dificuldade de execução. Dix-Hallpike não realizado. Exames complementares: TC crânio sem anormalidades; VHIT hipofunção vestibular do canal semicircular lateral e anterior direito; Audiometria: limiares auditivos dentro da normalidade bilateral, com rebaixamento na frequência de 8kHz na OD; PEATE latências absolutas e interpicos normais em ambos os ouvidos; RNM crânio com sinais de sinusopatia aguda, pequenas alças vasculares cruzando com as porções cisternais de VII e VIII nervos cranianos bilateralmente; Angio-RM arterial intracraniana sem alterações. Foi aventada hipótese diagnóstica de Paroxismo Vestibular (PV), o paciente foi encaminhado para reabilitação vestibular e prescrito carbamazepina. Com 2 meses retorna após início de reabilitação vestibular, relatando redução de queixa de vertigem e cefaleia. Segue com quadro de desequilíbrio, com dificuldade de marcha (lateropulsão para direita) e nistagmo para esquerda à levoversão. Fez fundoscopia indireta, sem alterações. Foi mantida carbamazepina, aumentando-se posologia para 200mg 2 vezes por dia, seguimento com fisioterapia e programado novo retorno.

**Discussão:** Consolidou-se o diagnóstico da PV como essencialmente clínico por meio da recorrência de vertigem, de acordo com o tempo de duração das crises e com a boa resposta ao uso de carbamazepina ou oxcarbazepina. Alguns pacientes podem apresentar sintomas auditivos ou deflagrar vertigens por mudanças posturais. Assim, é necessário discutir diagnósticos diferenciais da PV. No referido caso, a mudança de posição do segmento cefálico leva à vertigem, tornando-se fator confundidor para vertigem postural paroxística benigna (VPPB). Entretanto, as manobras para diagnóstico de VPPB costumam ser negativas na PV e os nistagmos não são caracteristicamente paroxísticos. Devemos considerar a enxaqueca vestibular ou doença de Menière em pacientes com ataques mais frequentes ou prolongados. Na enxaqueca, vale ressaltar o histórico de acometimento prévio de outros sintomas específicos. Lembre-se que grande parte dos portadores de migrânea têm tonturas posicionais, por vezes concomitantes ao nistagmo com características de origem central durante movimento cefálico. Quanto à doença de Menière, para além da duração das crises, há perda auditiva neurossensorial em médias e baixas frequências, com sintomas flutuantes na orelha acometida. Exemplificando nosso paciente, portadores de PV podem relatar sintomas como zumbido unilateral ou hiperacusia, chamando atenção para o diagnóstico diferencial.

**Comentários finais:** O objetivo deste relato de caso é demonstrar a extrema importância do diagnóstico clínico de PV, que muitas vezes tende a ser postergado em virtude de fatores confundidores com diagnósticos diferenciais, permitindo que o portador experimente por mais tempo os sintomas da evolução do quadro. No tocante ao tratamento, nosso paciente se beneficiou da carbamazepina, droga de escolha para PV, melhorando dos sintomas em conjunto à reabilitação vestibular, preservando-o da indicação cirúrgica, ora incerta devido à morbidade dos procedimentos, sendo indicada quando há causas adicionais para PV e casos refratários ao tratamento clínico.

**Palavras-chave:** paroxismo vestibular; diagnóstico diferencial; tratamento.

PO672

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****VPPB MALIGNA EM PACIENTE COM METÁSTASE EM TRONCO ENCEFÁLICO: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** WILLIAN DA SILVA LOPES**COAUTORES:** ANA BEATRIZ MINEU COSTA MARQUES; ERICK FERNANDO SOUZA ROLINS; ERIC MARIANO DA SILVA; JAMES DE ARAÚJO SILVA; EDEM MOURA DE MATOS JUNIOR**INSTITUIÇÃO:** 1. UFMA, IMPERATRIZ - MA - BRASIL2. UEMASUL, IMPERATRIZ - MA - BRASIL3. INEURON, IMPERATRIZ - MA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente M. R. A., sexo feminino, refere, à primeira consulta em janeiro de 2023, vertigem de curta duração com êmese há um mês desencadeada por movimentos cefálicos. Na história clínica, relatou que é portadora de hipertensão arterial sistêmica e tinha feito uso de betaistina e flunarizina para alívio do quadro. Paciente tinha o costume de mascar tabaco. Ao exame físico apresentou Dix-Hallpike positivo subjetivo à direita, com tontura intensa. Feito manobra de Epley apesar de êmese durante sua realização.

Em segunda consulta, após 15 dias devido dificuldade de acesso ao local, paciente ainda apresentava tontura intensa e referiu queda recente da própria altura com trauma cefálico. Ao exame físico apresentou novamente Dix-Hallpike positivo subjetivo à direita com náusea e êmese durante manobra de Epley, que foi finalizada apesar disso. Além disso, foi solicitado retorno em 7 dias para reavaliação.

Em terceira consulta, paciente retorna com tontura persistente sem outros sintomas neurológicos. Exibiu Dix-Hallpike positivo subjetivo persistente à direita acompanhado de vômito. Ademais, foi realizada 3 vezes a manobra de Semont à direita. Por fim, solicitou-se ressonância magnética (RM) de mastoide.

Em quarta consulta, RM de mastoides revelou lesão nodular “em pipoca” em região bulbo-pontina de 1 cm para mais à esquerda. Diante disso, a paciente foi encaminhada ao neurocirurgião.

Após primeira consulta com neurocirurgião o exame de RM do crânio revelou outras lesões cerebrais, algumas com edema perilesionais, sugestivas de metástases. Diante disso, a conduta consistiu na utilização de corticoide, onde a paciente apontou melhora parcial.

Em segunda consulta com neurocirurgião, a paciente manifestou quadro atípico de piora. A tomografia computadorizada de crânio sem contraste, apresentou leve expansão de lesão nodular em ponte, além de suave aumento de lesões nodulares presentes em lobo frontal direito e em lobo temporal esquerdo e direito. Dois meses após, paciente veio a óbito.

**DISCUSSÃO:** As neoplasias e metástases em região encefálicas são entidades clínicas difíceis de distinguir clinicamente por meio de exames de imagem, uma vez que se assemelham com diversos outros diagnósticos. Um deles, seriam os cavernomas, que são malformações vasculares nas quais seus canais encontram-se grosseiramente dilatados e a única camada de células endoteliais que os revestem não apresenta tecido conjuntivo nem tecido muscular. No caso de metástases cerebrais, ocorrem após disseminação de células neoplásicas de seu lugar primário, que pode ser qualquer órgão ou tipo de neoplasia, por meio da circulação sanguínea para o encéfalo. No entanto, os tumores primários mais frequentes de metástase cerebral são os de pulmões, melanoma e mamas. Referente à sintomatologia, depende diretamente da topografia e do tamanho da lesão, sendo a região pontina capaz de produzir sintomas de tontura, referida pela paciente. Tanto cavernomas quanto metástases encefálicas têm risco de sangramento e agravo da sintomatologia apresentada, sendo imperativo o risco de acidente encefálico hemorrágico. Os exames de imagem, tais como tomografia axial computadorizada mostra achados inespecíficos, tornando a RM a mais adequada para diagnóstico de cavernoma, assim como para tumorações malignas. Além da RM, a piora clínica da paciente após tratamento conservador de cavernoma, reforça a possibilidade de outro diagnóstico, como neoplasia, fazendo-se fundamental o acompanhamento com especialistas, visto a necessidade de condutas mais invasivas. O achado de lesão “em pipoca” sugeriu inicialmente tratar-se de malformação cavernosa cerebral (MCC) ou cavernomas, que é mais predominante em mulheres (1,8: 1) com média de idade por volta dos 34 anos, contudo o caso apresentado tratava-se de idosa e tinha quadro clínico subagudo, mais tendencioso a neoplasias.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Deve-se atentar sempre para refratariedade de sintomas após manobras, mesmo quando não há outros indícios de sintomas neurológicos. A ressonância de crânio e mastoides sempre devem ser solicitadas para fins de diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave: VPPB; METASTASES; TRONCO CEREBRAL.

PO738

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA**

Otossífilis – uma complicação rara de uma doença cada vez mais frequente

AUTOR PRINCIPAL: LUÍS ANDRÉ NEVES BAPTISTA

COAUTORES: CATARINA MORAIS; TIAGO COLAÇO; BEATRIZ LANÇA; PEDRO ESCADA

INSTITUIÇÃO: CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, LISBOA - PORTUGAL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Apresenta-se o caso de um paciente do sexo masculino com 42 anos de idade, natural do Brasil e sem antecedentes pessoais relevantes. Negava antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis e consumo de substâncias toxicofílicas. Recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de prurido ocular e déficit visual bilateral, tendo sido diagnosticada uma uveíte posterior bilateral. Referia ainda exantema maculopapular com uma semana de evolução, afetando as palmas das mãos, membros e tronco, antecedido por uma lesão ulcerada indolor na base do pénis. Do estudo analítico realizado destacava-se positividade para os anticorpos anti-Treponema pallidum. O doente foi internado no serviço de Infecçiology com o diagnóstico de sífilis secundária com envolvimento precoce do Sistema Nervoso Central (sífilis ocular com uveíte posterior) e medicado com benzilpenicilina endovenosa e prednisolona. Durante o internamento iniciou queixas de hipoacusia bilateral, mais marcada à esquerda, pelo que foi requisitada observação pela especialidade de Otorrinolaringologia. A otoscopia e o exame otoneurológico eram inocentes e o audiograma revelou uma perda neurosensorial ligeira a moderada a partir dos 2000 Hz. Na ressonância magnética destacava-se um reforço de sinal após administração de gadolínio, interessando os canais auditivos internos. Assumiu-se então o diagnóstico de otossífilis a condicionar hipoacusia neurosensorial nas altas frequências, tendo mantido a mesma estratégia terapêutica.

**DISCUSSÃO:** A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pela espiroqueta Treponema Pallidum. A apresentação da doença consiste em 4 fases distintas se não for devidamente tratada. A sífilis primária manifesta-se com uma lesão ulcerada e indolor tipicamente nos genitais (sífilis primária) e a sífilis secundária por uma rash pleomórfico com acometimento palmoplantar. Estes estádios são seguidos por uma fase assintomática (sífilis latente) que pode durar indefinidamente ou progredir para sífilis terciária. Em qualquer um destes estádios o doente pode desenvolver neurosífilis, sífilis ocular ou otossífilis. Pensa-se que a otossífilis seja o resultado da invasão do sistema nervoso central pelas espiroquetas, que provocam inflamação do espaço perilinfático, degeneração das estruturas do ouvido interno e/ou alterações do VIII par craniano. Trata-se de um diagnóstico de exclusão, pelo que deve ser sempre realizada ressonância magnética para exclusão de patologia retrococlear, e que não requer punção lombar, já que até 90% destes doentes não têm alterações analíticas no líquido cefalorraquidiano (LCR). Clinicamente manifesta-se mais frequente por hipoacusia neurosensorial, mas pode cursar com acufeno ou alterações vestibulares, como vertigem ou desequilíbrio. O tratamento da otossífilis, à semelhança da neurosífilis, consiste numa penicilina cristalina endovenosa, que tem a capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica e, assim, acumular doses adequadas do fármaco no LCR. Para além desta, pode associar-se um corticoide como adjuvante terapêutico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A incidência de sífilis tem vindo a aumentar desde os anos 2000 e, como tal, devemos estar alerta para todas as suas potenciais complicações. Apesar de rara, a otossífilis pode diagnosticar-se em qualquer fase da doença e provocar alterações irreversíveis no sistema vestibulococlear. Com este caso, pretendemos reiterar a importância de investigar este diagnóstico em todos os doentes com sífilis e, perante a sua suspeita, requisitar a observação pela Otorrinolaringologia.

Palavras-chave: otossífilis; surdez neurosensorial; sífilis ocular.



PO747

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****BETAISTINA PARA DOENÇA DE MENIERE - REVISÃO SISTEMÁTICA DE ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS****AUTOR PRINCIPAL:** RAYANE MARTINS DE OLIVEIRA**COAUTORES:** LUIZ RICARDO DE ANDRADE; OSMAR CLAYTON PERSON**INSTITUIÇÃO:** UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Objetivos:** Avaliar a efetividade da betaistina para controle dos sintomas da Doença de Meniere.

**Métodos:** Trata-se de revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (ECR). Procedeu-se à busca por meio de estudos que associaram a betaistina ao tratamento da Doença de Meniere em três bases eletrônicas de dados: Cochrane - CENTRAL (2023), PUBMED (1966-2023) e Portal BVS (1982-2023). Foram selecionados todos os ensaios clínicos randomizados que associaram betaistina para tratamento de sintomas da Doença de Meniere (hipoacusia, vertigem, zumbidos), cujo controle foi placebo. Dois pesquisadores independentes extraíram os dados e avaliaram a qualidade dos estudos (ECR). Procedeu-se à metanálise, quando possível, na vigência de dados semelhantes.

**Resultados:** Foram encontrados 17 estudos, sendo 2 na Cochrane, 50 no PUBMED e 1 no Portal BVS. Depois de eliminadas as duplicidades e as referências não relacionados ao escopo de análise em foco, os estudos primários foram selecionados seguindo os critérios de inclusão previamente determinados, totalizando 17 ECR e 1.027 participantes. Houve favorecimento da betaistina no controle da vertigem (RR=1,34; IC 95% 1,07-1,61; n=987) e para controle do zumbido (RR=1,09; IC 95% 1,03-1,63; n=687). Não houve diferença para melhora da audição avaliada por audiometria (RR= 0,95; IC 95% 0,66-1,40; n=488). Não houve diferença em relação a eventos adversos entre os grupos tratados com betaistina e placebo (RR=1,04; IC95% 0,76-1,44). Para todas as análises houve alta heterogeneidade. A qualidade dos estudos, em geral, foi baixa a moderada e o risco de viés alto, diante de diferenças nos métodos de avaliação e inclusão de pacientes. Em todos os estudos os pacientes apresentavam sintomas por tempo superior a 90 dias.

**Discussão:** A Doença de Ménière consiste em uma patologia crônica com etiologia ainda desconhecida. Apresenta-se como um conjunto de sinais e sintomas comuns aos seus portadores como episódios recorrentes de vertigem, perda auditiva neurosensorial flutuante, plenitude e zumbido em uma ou ambas as orelhas. Baseado na teoria histopatológica da hidropsia endolinfática, algumas abordagens clínicas foram propostas como uso de diuréticos, dietas restritivas de sódio, cirurgia descompressiva do saco endolinfático e o uso de betaistina. Esta última, um análogo da histamina age antagonizando os receptores H3 pós sinápticos e gerando um aumento do fluxo sanguíneo na microcirculação da estria vascular e permitindo a reabsorção da endolinfa. Teoriza-se que tal mecanismo seria o responsável pela ação de melhora de sintomas com o uso da medicação.

**Conclusão:** Embora não haja robustez dos achados, diante da fragilidade metodológica dos estudos primários, a betaistina parece trazer benefícios ao controle da vertigem e, em menor grau, dos zumbidos em pacientes com Doença de Ménière. A evidência é de baixa qualidade e é recomendável a realização de novos ensaios clínicos controlados com placebo de qualidade para elucidar definitivamente o real papel da betaistina no controle dos sintomas da Doença de Ménière.

**Palavras-chave:** Betaistina; Meniere; hidropsia.



**AUTOR PRINCIPAL:** MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ

**COAUTORES:** KAROLLINE ESTRELA CAMPODONIO NUNES; MATHEUS CARNEIRO LEAL FREITAS; ANA ESTER SILVA PRATES CARIGÉ; LETÍCIA FONSECA CAVALCANTI CORREIA; INGRID PAZ DE ANDRADE ARRAIS; VITÓRIA MARQUES DA FONSECA MORAIS; TERCIO GUIMARÃES REIS

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEMS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente MJS, do sexo feminino, 42 anos, diabética e hipertensa, atendida em serviço de Otorrinolaringologia com queixa de paralisia facial periférica há 1 semana, associada a otalgia intensa. Ao exame físico, apresentava pavilhão auditivo esquerdo edemaciado com lesões vesicobolhosas e paralisia facial à esquerda (House-Brackmann III). Achados compatíveis com a síndrome de Ramsay-Hunt (SRH). Foi-se então prescrito prednisolona 60mg/dia por 7 dias, com esquema de desmame 40-20-10mg/dia a cada 2 dias por 6 dias, associado a aciclovir (400mg) 5 vezes ao dia, por 10 dias, gabapentina 300mg/dia por 30 dias e colírio lubrificante para prevenção de úlcera córnea. Após 20 dias, na reavaliação houve queixa de vertigem e melhora dos sintomas algicos. Apresentava lesões crostosas em conduto auditivo esquerdo, sendo prescrito dicloridrato de betaistina e início de fisioterapia com melhora do quadro inicial.

**Discussão:** Cerca de 4,5-7% dos casos de paralisia facial decorrem de causas infecciosas. Assim, o herpes zooster ótico ou síndrome de Ramsay-Hunt, é a principal complicação otológica devido à reativação do vírus varicela zooster latente. O conhecimento sobre a síndrome se popularizou no meio não-médico, no ano de 2022, quando o cantor canadense Justin Bieber cancelou show de sua turnê por ter desenvolvido a síndrome de Ramsay-Hunt. O vírus varicela zooster acomete o gânglio geniculado, causando ganglionite, podendo migrar para o nervo vestibulococlear e mais raramente para os nervos vago, glossofaríngeo e/ou trigêmeo. Essa síndrome é marcada pela tríade: otalgia, lesões vesicobolhosas no conduto auditivo e paralisia facial ipsilateral, os dois primeiros sintomas são, em geral, prodromáticos da paralisia facial. A SRH pode estar associada a distúrbios vestibulares, que acometem cerca de 40% dos pacientes. Ainda, a SRH possui prognóstico pior do que a paralisia de Bell, tendo uma taxa de recuperação em 12 meses de apenas 21%. A escala de House-Brackmann é um score que possibilita graduar o nível, a severidade da lesão do nervo facial e o grau de evolução do quadro do paciente. Essa medição é definida pela aferição do movimento lateral do ângulo da boca e do movimento da porção média do topo da sobrancelha. Os valores da escala variam de I (funcionamento normal) até VI (paralisia total). O tratamento consiste em analgesia, aciclovir e uso de corticoides. O cuidado ocular é essencial na terapêutica dos pacientes com paralisia facial com exposição de córnea, que pode resultar em ulcerações corneanas, sendo importante o cuidado com lubrificação artificial.

**Comentários finais:** A síndrome de Ramsay-Hunt é uma importante causa de paralisia facial, otalgia e vertigem, sendo assim, de grande importância a identificação ainda no estado prodromático da doença, de modo a tentar reduzir suas repercussões clínicas, e favorecer o tratamento precoce e adequado, para minimizar sequelas.

**Palavras-chave:** Herpes Zoster da Orelha Externa; Síndrome de Ramsay Hunt; Paralisia Facial Herpética.

PO778

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA ENDOSCÓPICA POR VIA ENDONASAL DE TUMORES DE BASE DE CRÂNIO: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO CARVALHO GUIMARÃES**COAUTORES:** LUÍSA FERRAZ BORBA TORRES; RAFAELA RODRIGUES DE SOUZA; OTÁVIO ANANIAS DOS SANTOS MANGUALDE**INSTITUIÇÃO:** PUC MINAS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL**OBJETIVO**

Avaliação da abordagem endoscópica nasossinusal para acesso transesfenoidal à hipófise para cirurgias de tumores de base de crânio, expondo sua eficácia e possíveis complicações, comparando com o método microscópico.

**MÉTODOLOGIA**

Realizada uma pesquisa bibliográfica, com base nos dados de busca PubMed e Scielo. A seleção teve como critério a data de publicação dos artigos escolhidos, excluindo aqueles publicados antes de 2007.

**RESULTADOS**

À análise da literatura, o método endoscópico apresentou melhores resultados em relação ao método microscópico, apresentando 80 a 88% de ressecção completa do tumor e 80 a 85% de remissão dos sintomas e baixas complicações. O uso da endoscopia mostrou menores taxas de complicações pós cirúrgicas em relação ao uso da microscopia, como Diabetes Insipidus, fistulas liquóricas e desconforto pós-operatório. Por outro lado, a endoscopia apresentou maiores taxas de lesões vasculares.

No geral, a cirurgia pelo método endoscópico apresenta uma taxa de complicações por volta de 3,4 a 36,1%. Dentre estas, descritas por alguns estudos temos: sinequias (19,5 a 21,4%), insuficiência da válvula nasal (17%), queixa de alteração olfatória (39%) e fistulas liquóricas (7,3 a 17,8%), sendo este último associado com o desenvolvimento de meningite naqueles pacientes que sofreram desta complicação. Os valores da incidência destas complicações variam entre os estudos, envolvendo fatores como local de serviço onde o estudo foi realizado e número de pacientes avaliados.

Embora a ressecção por meio da endoscopia possibilite uma retirada mais completa do tumor, ainda temos uma taxa de pós-remissão de 5 a 35%. Ainda há a possibilidade de 40 a 75% de crescimento tumor secundário decorrente de uma ressecção que não abranja todo o tumor.

**DISCUSSÃO**

A cirurgia de tumores de base de crânio é tradicionalmente um campo de atuação de neurocirurgiões. Entretanto, com o crescimento da escolha da abordagem transesfenoidal a partir do século passado, o papel dos otorrinolaringologistas tem se tornado cada vez mais importante, sendo essenciais para a eficiência deste método, assim como na redução das complicações para o funcionamento nasal.

A abordagem a tumores de base de crânio pelo acesso transesfenoidal passou por evoluções desde seus primeiros usos na primeira metade do século XX. Os principais fatores foram a descrição do uso do microscópio cirúrgico na década de 1960 por Jules Hardy, e, posteriormente, a introdução do endoscópio na década de 1990. É importante ressaltar que a abordagem endoscópica não substitui a microscópica, que ainda é amplamente utilizada.

A técnica cirúrgica não sofreu grandes variações quando as duas abordagens mais recentes são comparadas, porém o uso da endoscopia gera um maior conforto e segurança aos procedimentos, pela maior capacidade de iluminação e magnificação que o aparelho proporciona. Por estes motivos, os cirurgiões foram possibilitados de assumir uma postura mais “radical” em relação à ressecção dos tumores, buscando cada vez ressecções mais completas.

Entretanto, a técnica endoscópica não é isenta de desvantagens: proporciona uma visão bidimensional do campo operatório, incompatibilidade com alguns instrumentos utilizados e embaçamento da lente, o que prolonga o tempo de cirurgia pela constante interrupção. Novas evoluções para a endoscopia resolveram grandes partes desses problemas, porém não deixaram de existir.

**CONCLUSÃO**

A abordagem endoscópica endonasal para cirurgias de base de crânio já não são mais uma inovação, mas sim uma realidade na prática médica; apresenta resultados mais favoráveis e menores índices de complicações em relação ao método microscópico.

Palavras-chave: Endoscopia endonasal; Base de crânio; Cirurgia.

PO780

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****UTILIZAÇÃO DO SISTEMA NUCLEUS SMARTNAV NA TELEMETRIA INTRAOPERATÓRIA DE IMPLANTE CLOCLEAR****AUTOR PRINCIPAL:** ISADORA ARAGÃO SILVA TRABUCO**COAUTORES:** MARCELO HANNEMANN TOMIYOSHI; ALINE DA SILVA PAULA; ROGERIO HAMERSCHMIDT; EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO; GIULIANNA RITA WOLSKI RIBAS; MICHEL DA SILVA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL IPO, CURITIBA - PR - BRASIL

Os testes realizados no momento intraoperatório são ferramentas de rotina dos programas de implante coclear (IC) em todo o mundo. Tais medidas permitem a análise de integridade do dispositivo interno, o acoplamento das partes, a funcionalidade do nervo auditivo, confirmar o posicionamento adequado do feixe de eletrodos e a permeabilidade do nervo auditivo à estimulação elétrica. Representa ainda uma opção para monitorar as respostas do nervo auditivo ao longo do tempo e servir como base durante a ativação e programação do IC. Os testes realizados no momento intraoperatório são ferramentas de rotina dos programas de implante coclear (IC) em todo o mundo. Recentemente, a Cochlear™ lançou o sistema Nucleus Smartnav® que descreve novos parâmetros mensurados durante a inserção do feixe de eletrodos na cóclea, verifica sua posição, testa a impedanciometria e AutoNRT. Objetivo: Descrever a utilização do sistema Nucleus SmartNav® da Cochlear™ como ferramenta de medição intra-operatória na cirurgia de implante coclear. Material e Métodos: O trabalho consiste em um estudo observacional prospectivo não concorrente, do tipo RELATO DE CASO de cirurgia de implante coclear utilizando o sistema Nucleus SmartNav® da Cochlear™, como ferramenta de medição intraoperatória, que descreve novos parâmetros mensurados durante a inserção do eletrodo. O caso deste estudo, o paciente submetido ao implante coclear da Cochlear™ Nucleus® CI632, realizado no Hospital de Otorrinolaringologia IPO, em maio de 2022. . Paciente portadora de surdez profunda pré-lingual bilateral e congênita. Faz uso de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) bilateralmente desde a infância, apresenta oralidade razoável e boa compreensão da fala de terceiros. Embora já indicado IC anteriormente optou por manter o AASI. Entretanto, diante do ganho pouco eficiente principalmente em orelha esquerda, foi sugerido uma adaptação bimodal: IC em orelha esquerda e AASI à direita. Aos 48 anos de idade realizou a cirurgia de IC à esquerda, sendo utilizado o modelo da Cochlear™ CI622 com processador de fala CP1001 e as medições intraoperatórias realizadas pelo sistema Nucleus® SmartNav. O teste de impedanciometria e NRT foram realizados ainda no intraoperatório também pelo sistema Nucleus® SmartNav, subsequente a revisão da inserção dos eletrodos. Resultados: As métricas obtidas durante a inserção do feixe de eletrodos na cóclea permitiram maior controle intraoperatório ao viabilizar ajustes finos na técnica cirúrgica. O sistema Nucleus Smartnav® endossa as tecnologias que visam aumentar a precisão cirúrgica e diminuir suas complicações. Assim, reduz as chances de uma cirurgia de revisão e otimiza os resultados auditivos do IC. No presente caso os dados obtidos em tempo real referentes a profundidade angular, velocidade média, tempo levado para inserção dos eletrodos e a revisão subsequente da sua posição, permite ajustes finos na técnica cirúrgica.

Palavras-chave: Implante coclear; Métricas intraoperatórias; Sistemas automatizados.

PO782

## E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA

## REMISSÃO DE ZUMBIDO ASSOCIADO A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

AUTOR PRINCIPAL: MARINA LOTUFO ESVAEL RODRIGUES

COAUTORES: OTÁVIO MARANA MIELI; FELIPE OLIVEIRA PIRES; LUCAS DE SOUZA CAVALCANTI; ALEMER CORTAT DE QUEIROZ; ALINE EMER FAIM; ANDREIA ARDEVINO DE OLIVEIRA; CAMILA DE GIACOMO CARNEIRO

INSTITUIÇÃO: USP-RP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

## RELATO DE CASO

A.A.R.P. , Fem., 65 anos. Compareceu para caso novo em março de 2022 com queixa de hipoacusia à esquerda, associada a zumbido e tontura há alguns anos. Hipoacusia leve acompanhada de plenitude e flutuação auditiva. Zumbido de tonalidade aguda, pior pela manhã, quase diário, com duração de 15 minutos a algumas horas. Tontura incomum, ora vertiginosa, ora instabilidade, com duração variada. Os zumbidos se intensificaram nos últimos 3 meses. Fazia jejum intermitente, negava libação alimentar ou de cafeína. Paciente hipertensa, com adequado controle clínico em uso de losartana; negava outras comorbidades. À otoscopia presença de perfuração moderada posterior e orelha média em bom aspecto. Exame otoneurológico completo sem anormalidades. Presença de dor à palpação de articulação temporomandibular (ATM) durante abertura oral. Solicitada audiometria , tomografia computadorizada de ouvidos, triagem metabólica e avaliação da odontologia.

Em caso novo com odontologia em outubro de 2022, paciente mantinha queixas de zumbido e seu exame físico não apresentava critérios para diagnóstico de disfunção de ATM articular, porém apresentava dor e banda tensa em músculo digástrico posterior à esquerda com modulação do zumbido à palpação. Orientada realização de compressa quente úmida duas vezes ao dia por 5 minutos seguida de massagem local. Em retorno odontológico, 2 meses depois, paciente apresentava remissão completa do zumbido e da dor.

No retorno ambulatorial da otorrino, em abril de 2023, paciente tinha recebido alta da odontologia por se manter assintomática. Prosseguiu investigação em nosso ambulatório devido quadro de tontura e acompanhamento da perfuração timpânica.

Zumbido é a percepção de som, audível apenas pelo paciente, sem a presença de fonte geradora desse ruído. Sabe-se, porém, que o zumbido pode ser muito incomodativo e ter etiologias diversas, tais como: perda auditiva, aneurismas, disfunções metabólicas ou temporomandibulares, espasmos musculares no tensor do tímpano, entre outras.

A ATM é uma das articulações mais complexas do corpo humano. Em estudos feitos em modelos animais, in vitro e modelos matemáticos, pesquisadores submeteram ATMs a diferentes cargas. Com o passar do tempo constatou-se alterações fisiológicas e patológicas as quais levaram a todo um espectro de disfunções temporomandibulares (DTM).

Os sintomas mais relatados entre os pacientes com DTM incluem dor local ou irradiada, desvio ou restrição de abertura bucal, presença de estalo, crepitação à mobilização de ATM e zumbido. A prevalência de zumbido em pacientes com disfunção temporomandibular é maior do que na população em geral. Por ser uma condição que pode prejudicar bastante a qualidade de vida dos pacientes, deve-se estar atento e realizar exame físico completo a fim de tentarmos determinar o quanto antes a possível etiologia do zumbido de cada paciente.

No caso em discussão, durante o exame físico a paciente apresentava perfuração timpânica de origem traumática já de longa data. Sendo a perda auditiva a principal causa de zumbido relatada na literatura, solicitamos a audiometria da paciente para ser vista no retorno. Todavia, observou-se ainda na primeira consulta, dor à palpação da ATM, sem clique de abertura ou desvio. Dessa forma, encaminhamos paciente para avaliação com equipe da odontologia, a qual de acordo com história clínica e exame físico, descartou alterações sugestivas de disfunção temporomandibular com envolvimento articular. Contudo, a presença de dor pontual importante em banda tensa do músculo digástrico posterior confirmava envolvimento muscular. Em um primeiro momento, orientou-se compressa morna úmida e massagem local para paciente e reavaliação no retorno para indicação de infiltração. Como paciente referiu melhora total dos sintomas somente com medidas já orientadas, mantiveram o tratamento e não foi necessária realização de infiltração com analgesia.

Na data de retorno no ambulatório de otorrinolaringologia, paciente apresentava remissão completa do zumbido, manutenção de tontura e hipoacusia a esquerda. Mantivemos seguimento para as outras queixas.

Palavras-chave: ZUMBIDO;DISFUNÇÃO TEMPOROMADIBULAR;TINNITUS.

PO883

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA**

## Insuficiência vertebrobasilar por Hipoplasia de Artéria Vertebral

**AUTOR PRINCIPAL:** MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH**COAUTORES:** GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU; VIVIANE FELLER MARTHA; RAFAELA MALLMANN SAALFELD; CAROLINA POLIDORI AGUIAR**INSTITUIÇÃO:** PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**Apresentação do caso**

Paciente 70 anos, masculino, branco, procedente de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, vem encaminhado ao consultório particular pelo neurologista por queixa de tontura. Refere que há muito tempo (em torno de 6 anos), apresenta episódios de tontura não rotatória, tipo instabilidade, com duração de horas a dias associado a zumbido bilateral, tipo apito, com duração em média de 2 dias. Também se queixa que há alguns anos não pode dormir em decúbito lateral direito, pois desencadeia as crises de tontura. Traz ressonância nuclear magnética de crânio normal e vectonistagmografia com nistagmo sem inibição com a fixação do olhar. Exame otoneurológico normal. Ausculta cardíaca e cervical normais. Manobra de Hillpike negativa. Solicitados exames laboratoriais para afastar tontura de etiologia metabólica e angiotomografia de vasos cervicais para afastar insuficiência vertebrobasilar. Paciente retorna com exames laboratoriais normais e angioressonância com hipoplasia da artéria vertebral direita.

**Discussão:**

A insuficiência vertebrobasilar pode ser definida como uma variação do fluxo sanguíneo para a circulação posterior do cérebro. Embora muito associada popularmente como causa de tontura, não é um diagnóstico frequente, sendo raramente a verdadeira causa da queixa de instabilidade. Quando ocorre, é devido a compressão das artérias vertebrais sendo essa patologia associada com aterosclerose, trombose e dissecção das mesmas. Raramente decorre da hipoplasia da artéria vertebral e a sua prevalência é desconhecida, devido à falta de padronização de sistemas de medição e nomenclatura, mas sua incidência pode variar de 1,9% a 26,5% na população.

A maioria das hipoplasias é da artéria vertebral direita, sendo mais comumente observada em mulheres. O diâmetro mais comumente utilizado para avaliar se a artéria vertebral é hipoplásica é abaixo de 2,0 mm; porém, em algumas situações, um valor abaixo de 3,0 mm já poderia acarretar uma perfusão reduzida. Os sintomas mais observados em pacientes com essa condição, além da já mencionada vertigem, incluem paresia, distúrbios de fala e consciência, ataxia, afasia, dor de cabeça e visão monocular. O diagnóstico de hipoplasia da artéria basilar, embora possa ser suspeito pela impressão clínica com manobras para teste de compressão vertebral, deve ser confirmado por exames de imagem. Os mais utilizados incluem a angiotomografia e a angioressonância. Haja vista a correlação da hipoplasia da artéria vertebral com isquemia na circulação cerebral posterior e risco aumentado para acidente vascular encefálico, esse conjunto de sintomatologias e achados radiológicos não deve ser ignorado em âmbito emergencial. Apresentamos um caso de paciente há anos com queixa de tontura cujo exame de imagem confirmou a suspeita clínica de insuficiência vertebro basilar e a causa foi hipoplasia da artéria vertebral direita.

**Comentários Finais:**

Tonturas de origem cervical são raras e devem ser consideradas diagnóstico de exclusão no cardápio de opções etiológicas. Ainda assim, é importante estar atento aos sintomas relacionados, pois embora raras, podem estar associadas com isquemia da vascularização da porção posterior do encéfalo e pode significar pior prognóstico ao paciente.

**Palavras-chave:** insuficiência vertebrobasilar; hipoplasia de artéria vertebral; vertigem.

PO890

## E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA

## TROMBOSE VENOSA CEREBRAL NA OTORRINOLARINGOLOGIA: UM RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS

COAUTORES: MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ; MATHEUS CARNEIRO LEAL FREITAS; LORENA BARBOZA DE SOUSA; EMILIANA LEAL MORAES; GABRIELE DOS SANTOS; WEVERTY MARCIEL DE MEDEIROS; JULIANA RODRIGUES CÔRTEZ

INSTITUIÇÃO: 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS), FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL. 2. HOSPITAL OTORRINOLARINGOLÓGICO, FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

## Apresentação do Caso

Paciente do sexo masculino, 46 anos, sem comorbidades, queixa-se de zumbido pulsátil e plenitude auricular à esquerda há dois anos, evoluindo com queixa de hipoacusia súbita, associada a otalgia em ouvido esquerdo, irradiada para região temporal, além de escotomas e visão turva, sem queixa de vertigem. Paciente nega história de trauma ou infecção recente. Em investigação, audiometria apresentava perda auditiva neurosensorial unilateral em ouvido esquerdo, no exame de Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE) não foram encontrados sinais de comprometimento retrococlear, caracterizando integridade das vias auditivas do VIII par craniano até tronco encefálico e as Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes demonstrou integridade das células ciliadas externas bilateralmente. Na Tomografia computadorizada (TC) de crânio, solicitada no serviço de emergência, não apresentava alterações. Tendo em foco a história clínica, a fim de elucidar o diagnóstico, foi solicitada uma angiorressonância magnética cerebral arterial e venosa que revelou alteração do seio transversal e sigmoide à esquerda, o que demonstrou ser uma seqüela de trombose venosa quase completamente recanalizada. O seguimento foi feito por Neurologista, com conduta conservadora, instituído Rivaroxabana e Topiramato. O paciente segue em acompanhamento com melhora parcial das queixas após início do tratamento.

## Discussão

A trombose Venosa Cerebral (TVC) é uma condição rara, com incidência anual estimada em até 5:100.000 casos, causada por oclusão dos seios e/ou veias cerebrais por trombos. Apesar da relativa raridade, tal doença apresenta grande potencial de evoluir para óbito, com mortalidade variando entre 4% e 50%, sendo o prognóstico melhor quando é descoberta precocemente. A doença tende a afetar com mais frequência mulheres jovens, sobretudo aquelas que estão expostas a outros fatores de risco, como gestação, puerpério, uso de contraceptivos orais, síndrome antifosfolípide primária e trombofilias hereditárias. Quanto à área de acometimento encefálico, costuma-se encontrar o seio sagital afetado em 72% a 92% dos casos e seios laterais em 38% a 70%, geralmente com progressão da trombose de um sistema venoso para outro, determinando congestão venosa e edema cerebral. Por esse prisma, o quadro clínico varia conforme a região central afetada, podendo ocorrer cefaleia, sintoma mais comum, rebaixamento do nível de consciência, vômitos, sintomas neurológicos focais e crises epiléticas. Por não haverem alterações clínicas patognomônicas, o uso de exames complementares tem grande importância. A utilização da tomografia com contraste (TC) do crânio é útil, mas a angiorressonância venosa, é considerada a abordagem diagnóstica preferencial, pois esse método oferece a capacidade de observar coágulos nas veias. Contudo, quando há suspeita de resultados falso-negativos na TC, o padrão mais confiável continua sendo a angiografia cerebral digital, embora seja solicitada apenas em casos específicos. O tratamento, por sua vez, envolve o uso de anticoagulantes, para solução da trombose, além da possível associação com corticoides e anticonvulsivantes.

## Comentários Finais

Apesar da raridade, a trombose do seio cavernoso deve ser uma suspeita importante em casos de cefaleia associado a sintomas auditivos e visual. Destarte, são imperativos mais estudos acerca dessa afecção. Apesar da baixa prevalência, essa entidade clínica não deve ser desprezada, haja vista que traz sequelas com grandes impactos na qualidade de vida dos acometidos.

Palavras-chave: Trombose; Otalgia; Zumbido.

PO902

**E-PÔSTER - OTONEUROLOGIA****AGULHAMENTO A SECO COMO TRATAMENTO DE ZUMBIDO SOMATOSSENSORIAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA ALMEIDA SILVA**COAUTORES:** SOFIA HIOKI SANTOS; RAYANE MARTINS DE OLIVEIRA; GILBERTO PINTO JANSEN PEREIRA FILHO; LEODEMILA MARÍLIA BAPTISTA OCTÁVIO; LUIZ RICARDO DE ANDRADE; RENAN GOMES VIANA NIERO; OSMAR CLAYTON PERSON**INSTITUIÇÃO:** UNISA UNIVERSIDADE SANTO AMARO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Apresentação do caso**

Paciente B.A.S, 27 anos, sexo feminino, apresenta queixa de zumbido bilateral, pior à direita, há cerca de 6 meses, tipo “apito”, pior no silêncio que interfere no início do sono, intensidade 6/10 e incômodo 7/10 na Escala Visual Analógica (EVA). O zumbido é perceptível também durante o dia, sem fatores de melhora. Paciente relata que o zumbido se intensifica após situações de estresse e tensão muscular. Apresenta também dor muscular em músculo trapézio, realizando diversas terapias alternativas como liberação miofascial e acupuntura, com melhora momentânea, mas retorno dos sintomas em poucas semanas. Apresenta hábitos de vida saudáveis. Nega tontura, plenitude aural, hipoacusia ou otalgia. Ocasionalmente apresenta apertamento dos dentes. Nega comorbidades ou vícios.

Otoscopia e demais exame físico otorrinolaringológico sem alterações. Solicitados exames laboratoriais, também sem alterações, além de audiometria tonal e vocal, vista abaixo.

Durante a investigação foi realizada palpação de pontos gatilho em região de músculos masseter, esternocleidomastóideo e temporal bilateralmente, evidenciando dor à palpação em alguns deles. Além da dor, paciente refere aumento na intensidade do zumbido do mesmo lado, mas sem mudança no padrão do som.

A partir da história e exame físico, a hipótese diagnóstica foi de zumbido somatossensorial. Realizado logo em seguida, o agulhamento a seco dos pontos gatilho.

Paciente refere melhora 8 em 10 da intensidade do zumbido na EVA após o procedimento, além de melhora parcial da dor crônica em região cervical.

Realizada nova audiometria tonal e vocal após o procedimento, a seguir, evidenciando melhora completa do rebaixamento em 500 e 100 Hz visualizado no primeiro exame.

Optado por manter o seguimento da paciente com novas sessões a fim de reduzir por completo os sintomas.

**Discussão**

O zumbido é um fenômeno de sensação de som na ausência de estímulo acústico. Tipicamente está relacionado com a perda da audição ou trauma acústico. Em ambos os casos anormalidades na cóclea são a fonte inicial e mudanças neurais do sistema auditivo central mantém o zumbido. Entretanto, Levine, em 1999, descreveu um subtipo de zumbido no qual o sistema somatossensorial (cervical ou temporomandibulares) modula as fibras aferentes cerebrais alterando a sensação de zumbido (intensidade ou frequência) do paciente.

O zumbido somatossensorial vem associado a sintomas como mudança na intensidade, frequência ou localização do zumbido durante estimulação da cabeça, região temporomandibular ou pescoço em pontos específicos. Está relacionado a existência de pontos de gatilhos miofasciais e na musculatura da cabeça com pontos no pescoço, junção temporomandibular e cervical. Os pontos gatilhos miofasciais são pontos de tensão na musculatura esquelética, quando estão ativos podem causar dor, limitação de movimento e zumbido.

O tratamento do zumbido é multifatorial e engloba aconselhamento sobre pensamentos e emoções, concentração e terapia sonora além de tratamentos medicamentosos. Entretanto, o zumbido neurosensorial pode ser abordado com a terapia de agulhamento a seco que consiste na abordagem dos pontos gatilhos usando agulhas com o objetivo de tratar os pontos gatilhos com estímulo mecânico e físico. Essa terapia tem demonstrado melhora no desconforto do zumbido e em alguns casos, até a cura.

**Comentários finais**

Estudos evidenciam que o zumbido do tipo somatossensorial soma 43% entre pacientes atendidos com zumbido não pulsátil. A terapia de agulhamento a seco é uma excelente alternativa para o tratamento do zumbido somatossensorial, de fácil realização e baixo custo, entretanto, ainda é pouco conhecida pelos médicos otorrinolaringologistas, os primeiros a serem procurados pelos pacientes com essa queixa. Essa prática deveria ser abordada e praticada pelos médicos otorrinolaringologistas desde sua formação na residência médica, e não apenas na subespecialização, como terapia não medicamentosa no tratamento do zumbido.

Palavras-chave: zumbido;agulhamento seco;tratamento.



PO014

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

**MASTOIDITE ESCAMOZIGOMÁTICA EM CRIANÇA COM OTITE MÉDIA AGUDA**

**AUTOR PRINCIPAL:** KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS

**COAUTORES:** INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO; LORENZO SILVESTREIN SARTORELLI; LUCAS CHOI MARCHESANO; PRISCILA CAVALIERI MASSON; TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA; INGRA PEREIRA MONTI MARTINS; PAULA ANGELICA LORENZON SILVEIRA

**INSTITUIÇÃO:** IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** T.M.D, masculino, 6 anos, portador de traço falciforme, com história de vômitos, febre e otalgia esquerda há 4 dias. Paciente evoluiu com abaulamento doloroso em região zigomática esquerda. Histórico de 2 otites médias agudas à esquerda em 2 meses, com uso de antibióticos por 10 dias e intervalo de 1 mês entre eles. À otoscopia, meato acústico externo sem secreções, abaulamento e hiperemia da membrana timpânica, com secreção purulenta retrotimpânica bilateralmente. À inspeção, notava-se abaulamento zigomático esquerdo de 2x1cm, doloroso. Tomografia computadorizada com contraste evidenciou preenchimento com conteúdo de partes moles em ambas as orelhas médias e mastóides, com coleção delimitada em região escamozigomática esquerda com realce periférico, de 1cm com edema de partes moles adjacentes. Exames evidenciaram hemoglobina de 10,9g/dl, 23090 leucócitos/mm<sup>3</sup> (28% de bastões e 59% de segmentados), PCR 32,18mg/dl e VHS 67mm/h. Audiometria com perda condutiva pior em graves, de grau leve à direita e moderado à esquerda e timpanometria tipo B bilateral. Realizada internação hospitalar e uso de ceftriaxona e clindamicina endovenosos. Paciente foi submetido à miringotomia, coleta de secreção, alocação de tubo de ventilação tipo Shepard bilateral e punção de 0,5ml de coleção subperiosteal em região escamozigomática à esquerda, guiada por ultrassonografia, cujas culturas resultaram negativas. Recebeu alta hospitalar no 10º dia de antibioticoterapia, com melhora da dor, do abaulamento de região zigomática e laboratorial, com prescrição de amoxicilina-clavulanato por mais 10 dias. Mantém-se em acompanhamento, com extrusão de tubo de ventilação à direita após 7 meses e manutenção à esquerda, sem novos episódios de otite média ou complicações.

**Discussão:** A mastoidite aguda é uma infecção das células mastóideas do osso temporal como complicação da otite média aguda. Geralmente ocorre como edema retroauricular e anteriorização do pavilhão auditivo e pode progredir para destruição das estruturas ósseas adjacentes e desenvolver com maior frequência, os abscessos subperiosteais ou ainda evoluir para complicações intracranianas. Há casos em que a inflamação das células mastóideas propaga-se para as células da raiz do arco zigomático e tecidos moles adjacentes, sendo denominada de mastoidite escamozigomática. Mastoidite aguda atualmente apresenta-se em menor incidência, pois a evolução dos antibióticos revolucionou o tratamento da otite média e suas complicações. Houve diminuição da morbidade e mortalidade associadas à doença, além de menor necessidade de intervenção cirúrgica. A suspeita diagnóstica é feita através de história detalhada e exame físico e confirmada por tomografia computadorizada de ossos temporais. Os germes isolados em crianças normalmente são *Streptococcus pneumoniae*, *S. pyogenes* e *S. aureus*. Alguns estudos comparativos entre tratamento conservador com punção ou incisão retroauricular do abscesso e antibióticos, além da miringotomia com ou sem colocação do tubo de ventilação, obtiveram os mesmos resultados observados em pacientes tratados com cirurgia de mastoidectomia e antibióticos. A mastoidite escamozigomática e outras manifestações atípicas, por serem raras, podem ser diagnosticadas tardiamente e não tratadas adequadamente, podendo levar a complicações extracranianas e intracranianas, algumas vezes até fatais.

**Comentários Finais:** O propósito deste relato é descrever e ilustrar um caso com boa evolução de mastoidite escamozigomática (complicação atípica de otite média aguda), que é pouco frequente, apresenta menos complicações com os avanços em antibioticoterapia e necessitam de tratamento clínico e intervenções adequados conforme a revisão apresentada.

**Palavras-chave:** Mastoidite escamozigomática; Otite média aguda; Pediatria.

PO021

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

**ATRESIA COANAL: UM DESAFIO AO ADEQUADO ALEITAMENTO MATERNO**

**AUTOR PRINCIPAL:** KARINA ROLIM BARRETO CAVALCANTE

**COAUTORES:** VANESSA ROLIM BARRETO; LAURA CABRAL ROLIM

**INSTITUIÇÃO:** 1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAJAZEIRAS - PB - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, com 5 meses de idade, consultou-se devido à queixa materna de obstrução nasal, que dificultou o aleitamento materno, desde o nascimento. A mãe informou que sua alta pós-parto foi postergada por oito dias na maternidade, em virtude desta dificuldade na amamentação, visto que o bebê só conseguia mamar pela mama direita. Quando a mãe oferecia a mama esquerda, o bebê começava a chorar e não mamava. A criança apresentava dificuldade para respirar, mesmo após irrigações nasais salinas. A mãe afirmou que, quando ela lavava o nariz da criança, o soro não saía pela outra narina, mas saía pela boca ou o líquido não entrava adequadamente. Os profissionais de saúde da maternidade, dos postos de saúde e dos consultórios privados consultados atribuíram a dificuldade na amamentação à incompetência materna, visto que não identificaram alterações no infante. Na consulta otorrinolaringológica, a testagem de fluxo nasal com algodão foi realizada e se observou que o paciente realmente não apresentava fluxo aéreo que mobilizasse o algodão pela narina direita, ao passo que mobilizava pela narina esquerda. A seguir, tentou-se realizar uma nasofibroscopia, contudo a presença de secreção impediu a visualização adequada da fossa nasal direita. Deste modo, foi feita lavagem nasal de alto volume e média pressão, em que se confirmou a afirmação da mãe de que o soro colocado através da narina direita não saía pela outra narina. Outrossim, mesmo após à irrigação, ainda havia muita secreção, que continuava impedindo a visualização adequada da fossa nasal direita pela nasofibroscopia. Desse modo, foi realizada aspiração da secreção com uma sonda. Neste momento, identificou-se que a sonda não progrediu até a faringe quando introduzida pela fossa nasal direita, concluindo-se que algo impedia a passagem do ar e do aparelho. Após a aspiração, foi novamente realizada a nasofibroscopia e, dessa vez, identificou-se que a fossa nasal direita possuía fundo cego, chegando-se ao diagnóstico de imperfuração ou atresia de coana do lado direito. O diagnóstico foi ratificado com uma tomografia nasal.

**DISCUSSÃO:** Devido à atresia de coana, quando o paciente mamava na mama direita materna e ficava com a narina direita voltada para cima, havia maior dificuldade respiratória, que causava desconforto e choro. Todavia, quando mamava na mama esquerda, o fluxo nasal era favorecido. O reflexo nasopulmonar explica a queixa de amamentação unilateral. Existem muitas condições que podem afetar a capacidade do bebê de se alimentar, como distúrbios neurológicos e mal formações congênitas, incluindo a atresia coanal.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Conclui-se que casos de imperfuração coanal, que deveriam ser prontamente diagnosticados na sala de parto, ainda passam despercebidos sem diagnóstico por não especialistas em Otorrinolaringologia, assim como alterações da anatomia nasal não são aventadas perante queixas maternas relacionadas à amamentação de neonatos

**Palavras-chave:** Atresia coanal; ALEITAMENTO MATERNO; Imperfuração coanal.

PO101

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR PARODITES VIRAIS EM CRIANÇAS NO NORDESTE DO BRASIL

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA FERNANDA CARVALHO MARTINS MOREIRA

**COAUTORES:** LUANA COUTO AMPARO; EMERSON PELLIN; SARAH CATHERINE CRUZ ANDRADE

**INSTITUIÇÃO:** 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL2. UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, JOAÇABA - SC - BRASIL3. CERTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivo:** Analisar o total de internações por parotidite virais em crianças na região Nordeste entre o período de 2017 e 2022.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico, observacional do tipo transversal, de abordagem quantitativa e descritiva, com dados coletados entre janeiro de 2017 e dezembro de 2022. A análise se deu pelo total de internações por local de residência devido a caxumba (parotidite epidêmica) notificadas no nordeste brasileiro. A coleta de dados foi realizada através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), obtido da plataforma DATASUS. Foram selecionadas as variáveis sexo, ano de processamento, unidade de federação e faixa etária (menos de 1 ano até 14 anos).

**Resultados:** Foram internadas 564 crianças por parotidite epidêmica no Nordeste entre 2017 e 2022. Deste resultado, percebe-se que 372 (65,9%) são do sexo masculino. O ano de 2022 conta com o maior número de internações por esta patologia, com 111 (19,6%) casos. Já 2017 apresentou o menor quantitativo de internações, com 87 (15,4%) casos. Dos estados analisados, a Bahia apresentou o maior nível de internações, com 178 (31,5%) registros, enquanto que o Rio Grande do Norte, o menor, com 5 (0,88%). Ao analisar a faixa etária, constatou-se que a idade com o maior número de hospitalizações foi entre 1 a 4 anos, com o total de 275 (48,7%) e o período de vida com o menor quantitativo foi o de 10 a 14 anos, com 46 (8,1%) ocorrências.

**Discussão:** A caxumba é uma doença infecciosa infantil causada pelo vírus Paramyxoviridae. O quadro clínico clássico é caracterizado por parotidite. Embora seja uma doença benigna, complicações como convulsões, paralisia de nervos cranianos, hidrocefalia e surdez podem ocorrer. No que diz respeito a vacinação, no Brasil, o Programa Nacional de Imunizações é considerado referência internacional, sendo que a vacina tetraviral, contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela, está disponível gratuitamente no país. Entretanto, na região Nordeste foi identificado redução no número de doses aplicadas dessa vacina, que pode ser atribuída às diferenças nos investimentos no setor de saúde dessa região, tornando-a uma região epidêmica da caxumba.

**Conclusão:** Os dados demonstram um aumento do número de internações entre 2017 a 2022, acometendo principalmente crianças com idade de 1 a 4 anos. A subnotificação das informações devido ao uso de dados secundários é uma limitação deste estudo. Assim, precisa-se de estudos que busquem compreender o aumento de hospitalizações do público infantil, a diminuição do nível de vacinação dessa população e políticas que ofereçam a promoção em saúde da população brasileira a fim de prevenir infecções por parotidite viral em crianças e, consequentemente, diminuir o quantitativo de internações.

**Palavras-chave:** Caxumba;Epidemiologia;Nordeste.

PO132

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

## GRANULOMA COMO CAUSA DE ESTRIDOR E OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA APÓS EXTUBAÇÃO

**AUTOR PRINCIPAL:** DÉBORA CAROLINA ESTEVES REIS

**COAUTORES:** IGOR GOUVEIA SOARES; CLARA ROSENBERG SCHNEIDER; DANIELLE LUIZE FAVARO FUZATO; NINA DE JESUS SOUSA PIRES DE MOURA; DÉBORA BRESSAN PAZINATTO; CARINA YURI FUSSUMA; JOSE ELI BAPTISTELLA

**INSTITUIÇÃO:** CHOV, CAMPINAS - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 8 meses e 16 dias, atendido em ambulatório de otorrinolaringologia em 14/07/23, acompanhado de mãe, encaminhado por equipe de pediatria, devido a quadro de estridor cervical apresentado no dia anterior. Internação em 28/05/23 com insuficiência respiratória aguda, devido a quadro de bronqueolite viral, com necessidade de intubação orotraqueal (IOT). Permaneceu em parâmetros ventilatórios moderados/altos com desmame a partir de 31/05/23, extubado em 06/06 e acoplado a VNI. Apresentou episódios de estridor pós extubação com melhora sem necessidade de resgate com adrenalina. Desmame gradual de oxigênio suplementar na enfermaria com alta hospitalar em 16/06/23. Retorno ao pronto socorro em 13/07/23, apresentando quadro de estridor após agitação, que se resolveu com medidas de resgate, sem necessidade de internação. Pais negavam pausas ou prejuízo nas mamadas, cianose, ou outros episódios semelhantes e sinais de alarme. Sem relato de quadro de estridor ou intubação orotraqueal prévias. Ao exame físico otorrinolaringológico, ausculta cervical com estridor inspiratório apenas na agitação, sem desconforto respiratório. Ao exame de nasofibrolaringoscopia visualizadas pregas vocais moveis e simétricas, presença de lesão em subglote a direita, interrogadas hipóteses de granuloma ou estenose subglótica. Indicado então procedimento de laringotraqueoscopia diagnostica e terapêutica eletiva, procedimento realizado em 21/07/23. Em procedimento visualizado granuloma em subglote, em porção latero-posterior a direita, causando obstrução parcial da luz, sem outras alterações de supraglote, glote e traqueia; Retirado granuloma e realizado infiltração em região de base de granuloma com metilprednisolona, procedimento sem intercorrências. Paciente permaneceu em observação em leito de UTI após procedimento por 24 horas, sem intercorrências, com melhora de sintomas, teve alta para casa com uso de corticoide inalatório. Anatomopatológico da lesão retirada evidenciou material medindo 0,3 x 0,3 x 0,2 cm, correspondendo a Granuloma piogênico. Paciente retornou após 1 semana de pós-operatório, sem novas queixas, com melhora de estridor. Ao exame de nasolaringofibrosocopia em 28/07/23, ausência de lesões laríngeas.

**DISCUSSÃO:** O surgimento de alterações de subglote após uma intubação prolongada em crianças é um desafio clínico significativo que merece atenção especial. A formação de um granuloma pode ser resultado da irritação crônica das vias aéreas causada pelo tubo endotraqueal, levando à formação de tecido de granulação na área subglótica. Essa condição pode se manifestar com sintomas como estridor inspiratório, dispneia e dificuldade respiratória, o que pode ser, grave e extremamente angustiante para a criança e seus cuidadores. O diagnóstico precoce e o manejo adequado são cruciais para evitar complicações graves, como obstrução das vias aéreas e a necessidade de intervenções cirúrgicas de urgência. Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde estejam cientes dessa complicação potencial após intubações prolongadas em crianças, a fim de garantir um tratamento precoce sem complicações.

**COMENTÁRIOS:** Este relato de caso destaca a importância da vigilância atenta e do manejo adequado de crianças que enfrentam complicações respiratórias após intubações prolongadas. O diagnóstico e tratamento precoces, desempenham um papel crucial na recuperação desses pacientes e na prevenção de complicações graves. Além disso, a educação dos pais sobre os sintomas a serem observados e a importância de relatar qualquer alteração é fundamental para o sucesso do tratamento. O trabalho em equipe entre as especialidades médicas, neste caso, a pediatria e a otorrinolaringologia, é essencial para garantir o melhor atendimento possível e a qualidade de vida das crianças afetadas por essas condições.

**Palavras-chave:** Granuloma de Subglote;Laringotraqueoscopia;Laringotraqueoscopia.

**PO137****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

História e Evolução da Triagem Auditiva Neonatal no Brasil

**AUTOR PRINCIPAL:** HELOUYZE CHRYSTHYNNAH ALBANO ASSIS DOS SANTOS**COAUTORES:** ANA BEATRIZ SILVESTRI RIBEIRO; FERNANDO CEZAR CARDOSO MAIA FILHO**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR, UMUARAMA - PR - BRASIL**Objetivos:** O resumo pretende realizar uma revisão bibliográfica sobre a história e a evolução da triagem auditiva neonatal no Brasil.**Métodos:** Revisão de literatura pautada em base de dados como UpToDate e SciELO, usando como descritores em ciência da saúde “Protocolo de Triagem Auditiva Neonatal”, além de diretrizes do Ministério da Saúde e atualizações na área de Saúde Auditiva.**Resultados:** De acordo com o Relatório Mundial Sobre Audição da Organização Mundial Saúde, em 2021, 2,5 bilhões de pessoas em todo o mundo (1 a cada 4) viverão algum grau de perda auditiva até 2050. O número de pessoas que vivem com certo grau de deficiência auditiva atualmente na América é de 217 milhões, e no Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, são 2,2 milhões que convivem com certo grau de deficiência.

A audição é considerada um dos sentidos mais importantes relacionados ao desenvolvimento, com impacto linguístico e psicossocial. É nos primeiros anos de vida que ocorre o Período Crítico do desenvolvimento da audição e, consequentemente, da linguagem. Por este motivo, o período neonatal é considerado o melhor momento para realização da triagem auditiva.

A perda auditiva em neonatos de acordo com Vohr (2023), é classificada em perda condutiva, onde há limitação da quantidade de som externo a chegar no ouvido interno, e função coclear normal; neurosensorial, quando há um mal funcionamento das estruturas do ouvido interno; neuropatia auditiva, quando o processamento neural dos estímulos auditivos é afetado, envolvendo o oitavo par craniano, tronco cerebral auditivo e o córtex cerebral; e a mista, quando há um comprometimento do ouvido médio e interno.

As causas da perda auditiva podem ocorrer em diferentes momentos da vida do indivíduo. Visando a importância de detectar cada vez mais precocemente esta condição, desde agosto de 2010 a Lei Federal nº 12.303 tornou obrigatória a realização gratuita do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) em todos os hospitais e maternidades; e em 2012 foi divulgado pelo Ministério da Saúde (MS) as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal (TAN).

O TAN deve ser realizado, preferencialmente, entre 24 e 48 horas do nascimento, ainda na maternidade ou no máximo no primeiro mês de vida. Para os neonatos e lactentes sem indicador de risco, utiliza-se o exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) e para os mesmos mas com indicador de risco, utiliza-se o teste de Peate-Automático ou em modo triagem.

Em 2020, na atualização Triagem Auditiva Neonatal Universal em Tempos de Pandemia do Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA) foi apresentado a meta de realização do TAN no primeiro mês de vida, a confirmação do diagnóstico até o terceiro mês e a intervenção clínico-terapêutica até o sexto mês de vida. Ainda de acordo com o COMUSA, as crianças com indicadores de risco que passarem na triagem, devem ser monitoradas e reavaliadas entre três e seis meses de vida, e anualmente até os três anos de idade, ou sempre que houver suspeita dos pais.

**Discussão:** Visando mudar o prognóstico da perda auditiva, a TAN utilizando o EOAE ou PEATE objetiva ser uma estratégia eficiente no processo de avaliar a perda auditiva na criança, permitindo que através dessa triagem, inclusive dos que não apresentam indicadores de risco, a detecção precoce de possíveis alterações na perda auditiva condutiva, neurosensorial, neuropática e mista seja identificada e intervinda. Porém os desfechos mostram-se desfavoráveis quanto a utilização de tal protocolo, uma vez que, ainda não se tem o controle de seguimento para aqueles que precisam ser retestados ou diagnosticados, além de carência profissional especializada.

**Conclusão:** Atualmente a realização no TAN e o seguimento da triagem no sistema único de saúde tem se tornado cada vez mais difícil e demorado, seja pela defasagem profissional de especialista Otorrinolaringologista e Fonoaudiólogos, quanto pelos impactos da pandemia do Covid-19 nessa área. Sendo assim um tema que requer destaque.

**Palavras-chave:** Triagem Auditiva; Neonatal; Perda Auditiva.

PO143

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Lesões de Base de Língua congênitas – um Relato de Caso: Diagnóstico desafiador para tratamento desafiador

**AUTOR PRINCIPAL:** LEONARDO DE MOURA VOLPI

**COAUTORES:** BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO; BRUNA SOUZA MAGALHÃES; MARCELO MESSIAS GATTI; HUMBERTO SALGADO FILHO; FERNANDA MARTINHO DOBRIANSKY

**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**RELATO:** K.V.S, 10 meses, foi trazida por genitora a serviço terciário de otorrinolaringologia devido a quadro de engasgos a alimentos sólidos e atraso no ganho ponderal desde os 2 meses de vida. Trazia relato de colega pediatra de lesão em língua de etiologia a esclarecer. Paciente não apresentava antecedentes neonatais ou patológicos relevantes e demonstrava desenvolvimento neuropsicomotor adequado. À oroscopia e nasofibroscopia evidenciava-se nódulo de aproximadamente 3 centímetros, pediculado e róseo em linha média de base de língua. Sem demais alterações ao exame físico. Com o intuito de descartar tireoide lingual, foram solicitados exame de função tireoideana – sem alterações – e tomografia de pescoço e face, que evidenciou heterogeneidade nodular da musculatura intrínseca da língua. Optado por realizar exérese da lesão por tração e visualização direta, com sutura hemostática. O anatomopatológico posteriormente evidenciou pólipos fibroepiteliais. A paciente foi acompanhada ambulatorialmente até cicatrização da incisão e melhora dos sintomas, sem recidiva da lesão.

**DISCUSSÃO:** Apesar da familiaridade do estomatologista com o manejo de patologias orais, lesões de base de língua costumam ser desafiadoras mesmo aos mais habilitados. Por um lado, o tratamento de doenças de base de língua são dificultados pelo acesso restrito e pela gravidade em potencial dos sintomas obstrutivos. Quando presentes na infância, o crescimento progressivo pode ocasionar disfonia, disfagia ou restrição da alimentação até desconforto respiratório e sufocamento, especialmente em neonatos e lactentes. Por outro lado, patologias oral originam-se de inúmeras etiologias, uma vez que a região é suscetível a influências internas ou externas e apresenta variadas estruturas em uma região diminuta. Dentre as lesões de linha média de base de língua, classicamente destacam-se cistos do ducto tireoglossos e tireoide lingual devido à ocorrência próximo à área do forame cécum. Outras lesões de base de língua incluem hamartoma, leiomioma e mesenquioma benigno. Lesões não exclusivas à base da língua incluem: cistos (vagueculares, submucosos), neoplasias (rabortomioma, leiomioma e suas variantes malignas), lesões vasculolinfáticas (linfngioma, hemangioma, granuloma piogênico), mucocelos e lesões traumáticas (fibroma, neuroma). O pólipo fibroepitelial é considerado por alguns autores como uma variante do fibroma. Trata-se de uma massa oral benigna, séssil ou pediculada, de coloração rósea e consistência fibro-elástica. Devido à natureza traumática, a lesão é mais comum em adultos de idade avançada. O achado em lactentes é raro. O diagnóstico é exclusivo anatomopatológico e, por isso, ressecção cirúrgica costuma ser o tratamento de escolha. A histologia demonstra tecido conjuntivo denso envolvido por epitélio escamoso, que pode apresentar hiperqueratose devido à fricção local. Uma das maiores dificuldades quando à abordagem de lesões de base de língua decorre da difícil exposição. A abordagem aberta para lesões volumosas ou invasivas requer osteotomia da maxila ou faringotomia transcervical, promovendo importante morbidade a pacientes pediátricos. Recentemente, a cirurgia robótica tem se tornado opção terapêutica viável para base de língua. Felizmente, no caso em questão, a inserção pediculada permitiu acesso adequada e exérese completa da lesão.

**CONCLUSÃO:** Lesões de base de língua podem ser de diagnóstico e abordagem desafiadoras, especialmente na população pediátrica. É importante que o estomatologista tenha em mente diagnóstico diferenciais e os riscos e benefícios da abordagem cirúrgica.

**Palavras-chave:** Base de língua;Pólipo fibroepitelial;Pediatria.

**PO197****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****RELATO DE CASO: LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO DESENCADEADO NO PÓS-OPERATÓRIO DE ADENOAMIGDALECTOMIA****AUTOR PRINCIPAL:** CÁRITA LOPES MACÊDO**COAUTORES:** ALDA LINHARES DE FREITAS BORGES; LUCAS DA SILVA BRAZ; JORDANNA FERREIRA LOUSEK; ISABELA GOMES MALDI; JÚLIA RAMOS DE MELO; PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE; CLAUDINEY CANDIDO COSTA**INSTITUIÇÃO:** CRER, GOIANIA - GO - BRASIL

**Apresentação do Caso:** A.C.A.B, 8 anos, foi submetida a adenoamigdalectomia devido respiração oral e roncos sem melhora com o tratamento clínico. No sexto dia de pós operatório iniciou quadro de febre diária, odinofagia importante e linfonodomegalia cervical. A partir do décimo sexto dia após a cirurgia evoluiu com rash e edema facial importante. Inicialmente foram aventadas as hipóteses de mononucleose e farmacodermia pela equipe assistente conjuntamente com a equipe de infectologia, porém as sorologias vieram negativas e não houve melhora do quadro clínico com o tratamento proposto. Paciente foi então transferida para hospital com serviço de especialidades pediátricas no qual foi feito diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico devido exame FAN positivo, associado ao quadro clínico. Iniciou-se tratamento com prednisona e hidroxicloroquina com melhora do quadro.

**Discussão:** Lúpus na infância é uma doença autoimune rara, caracterizada pela hiperatividade do sistema imunológico, que ataca os próprios tecidos e órgãos do corpo. Os sintomas variam amplamente, mas podem incluir rash cutâneo em forma de “borboleta” no rosto, dores articulares, fadiga, febre, inflamação renal e, em casos graves, problemas cardíacos ou neurológicos.

O diagnóstico do lúpus infantil é desafiador, pois os sintomas podem ser semelhantes a outras doenças. Envolve uma avaliação clínica minuciosa, exames de sangue para detectar marcadores como anticorpos antinucleares (FAN), exames de imagem e, em casos graves, biópsias de pele ou rins. É importante considerar histórico familiar e a gravidade dos sintomas.

O tratamento do lúpus infantil visa controlar os sintomas e prevenir danos aos órgãos afetados. Geralmente, inclui medicamentos anti-inflamatórios, como corticosteroides, para alívio da dor e inflamação. Em casos mais graves, são utilizados imunossupressores, como hidroxicloroquina ou metotrexato, para modular a resposta imunológica. Se órgãos internos, como rins, forem afetados, tratamentos específicos podem ser necessários.

O acompanhamento médico regular é crucial para monitorar a progressão da doença e ajustar o tratamento conforme necessário. Além disso, a educação e o apoio emocional para a criança e a família são fundamentais, pois o lúpus infantil pode impactar significativamente a qualidade de vida. A prevenção da exposição ao sol excessiva também é importante, já que a luz UV pode desencadear sintomas cutâneos.

**Considerações Finais:** A relação entre lúpus eritematoso sistêmico (LES) e cirurgia é complexa. A cirurgia não é uma causa direta do LES, mas pode ser um evento desencadeante em pessoas com predisposição genética. O estresse físico e emocional da cirurgia pode desencadear uma resposta imunológica anormal em indivíduos predispostos, levando ao desenvolvimento do LES em casos raros.

**Palavras-chave:** Adenoamigdalectomia;Lupus Eritematoso Sistêmico;Otorrinolarigologia Pediátrica.



PO215

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Diagnóstico incidental de membrana laríngea em criança com disfonia, um relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** LÍVIA MACHADO RIGOLON

**COAUTORES:** RAFAELA FURTADO DE MENDONÇA PICININ MARTINS; ANNA KAROLYNA RODRIGUES CUNHA; MATHEUS MATOS MOHALLEM; ISABELA CAROLINE DA SILVA RODRIGUES; HÍVINA MOREIRA TARABAL; CAMILLA MAGALHAES DE ALMEIDA GANEM; MIRIAN CABRAL MOREIRA DE CASTRO

**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino, 3 anos, internada para tratamento cirúrgico de tumor de Wilms. Quadro de disfonia e estridor inspiratório ao esforço, com diagnóstico prévio de laringomalácea. Sem história de intubação pregressa, apgar de 1 no primeiro minuto de vida, lesão de plexo braquial direito por parto traumático e necessidade de internação em UTI neonatal ao nascimento. Solicitada por equipe de anestesiologia, parecer pré-operatório otorrinolaringológico devido ao quadro, visando maior segurança durante intubação orotraqueal para procedimento cirúrgico. Ao exame físico, eupneica, sem sinais de esforço respiratório ou estridor em repouso, disfonia, com voz aguda. Videonasolaringoscopia: membrana laríngea espessa, ocupando os dois terços anteriores das pregas vocais, sem outras alterações. Tomografia computadorizada (TC) de pescoço: estreitamento em região glótica com extensão para região subglótica. Ecocardiograma sem alterações. Prevendo dificuldade de intubação orotraqueal para cirurgia oncológica, optado por traqueostomia e acompanhamento conjunto com equipe de cirurgia pediátrica.

**Discussão:** A membrana laríngea representa uma falha de recanalização da via aérea glótica, que deveria ocorrer entre a 8ª e 10ª semanas de embriogênese. Compreende apenas 5% das anomalias congênitas da laringe. Ocorre isoladamente ou associada a síndromes, como deleção 22q11.2, em que o paciente pode ser acometido também por tumor de Wilms e malformação cardíaca. Tradicionalmente, as membranas laríngeas são classificadas em quatro subtipos propostos por Cohen. As membranas laríngeas do tipo 1 são finas, membranosas, e envolvem menos de 35% da glote. Tipo 2 têm 35% a 50% de envolvimento glótico. Tipo 3 abrange 50% a 75% da glote e frequentemente estende-se até a cartilagem cricoide, na subglote. O tipo 4 envolve até 99% da glote. A estenose laríngea completa, se congênita, é conhecida como síndrome de obstrução congênita das vias aéreas superiores. As manifestações clínicas variam conforme a extensão do envolvimento glótico e obstrução, podendo variar de um achado incidental- como no caso da paciente avaliada-, disfonia leve, choro fraco, estridor, dispneia, afonia e dificuldade respiratória grave ao nascimento com potencial de morte devido à obstrução das vias aéreas. Como propedêutica, deve ser realizado exame endoscópico da via aérea, bem com TC cervical, para estabelecer sua extensão craniocaudal. A indicação da abordagem cirúrgica, que pode ser realizada por via aberta ou endoscópica, dependerá de avaliação meticulosa da função glótica, componentes subglóticos da membrana e presença de lesões concomitantes, visando evitar cicatrizes persistentes e má qualidade de voz no futuro. Tipos III e IV tendem a necessitar de traqueostomia como meio de assegurar a via aérea nos primeiros meses de vida. Entretanto, definir a melhor abordagem ainda é um desafio na maioria dos casos.

**Comentários finais:** Tendo em vista que crianças com anomalias congênitas da laringe estão em risco de apresentar uma via aérea instável ou de difícil manuseio, é essencial que a equipe assistente tenha um bom conhecimento dos aspectos relevantes e alta suspeição em caso de sintomas que apontem para tal acometimento, como disfonia neonatal e recorrência ou início precoce de laringites. Nessas situações, é mandatória uma avaliação endoscópica adequada. No caso de crianças que tenham preditores para intubação difícil, pode ser indicada uma traqueostomia, preferencialmente de forma eletiva, como realizado para a paciente.

**Palavras-chave:** membrana laríngea;disfonia;tumor de Wilms.

PO218

## E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Complicação de otite média colesteatomatosa em criança com fissura labiopalatal

**AUTOR PRINCIPAL:** FÁBIO MONTI JULIANI

**COAUTORES:** FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO; MAYSA VARGAS DUZANSKI; VINICIUS SIMON TOMAZINI; VITOR TAKASHIBA; MAYARA ROSANELLI; JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO; RICARDO BORGES

**INSTITUIÇÃO:** UEL, LONDRINA - PR - BRASIL

### Apresentação do caso

Paciente K.H.T.S., 6 anos, sexo masculino, escolar, com história de fissura labiopalatina corrigida antes de 1 ano de idade, com relato de supuração recorrente em ouvido esquerdo há 1 ano, até então com resposta a antibioticoterapia tópica e oral foi admitido em pronto socorro pediátrico devido a queixa de piora de otalgia e otorreia à esquerda há 1 dia, associado a cefaleia, restrição da movimentação cervical, sem náuseas, vômitos ou febre, após quadro de IVAS 10 dias antes. Havia sido submetido a inserção de tubo de ventilação de curta duração em ouvido direito 4 meses antes por quadro de otite média serosa, sem abordagem a esquerda devido a aspecto inflamatório, aguardando mastoidectomia eletiva.

Ao exame físico, apresentava regular estado geral, hipoativo, rigidez de nuca, otoscopia à direita com tubo de ventilação visualizado adequadamente, à esquerda, presença de grande quantidade de secreção purulenta impedindo visualização de membrana timpânica, sem déficits neurológicos ou sinais de paralisia facial periférica.

Realizada tomografia de crânio, pescoço e mastoide, com evidência de osteomielite e trombose de seio sigmoide esquerdo, confirmado por angioressonância, além de líquido sugestivo de infecção bacteriana. Foi iniciada antibioticoterapia endovenosa empírica com ceftriaxona e clindamicina e indicada timpanomastoidectomia radical à esquerda, não sendo iniciada anticoagulação plena conforme orientação da equipe de neuropediatria. Achados intraoperatórios e anatomopatológico compatíveis com colesteatoma. Escalonado esquema antimicrobiano para cefepime após resultado de cultura de secreção da orelha com *P. aeruginosa*, recebeu alta após término de 21 dias de tratamento, com resultado de líquido confirmando melhora da infecção.

Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, mantendo acuidade auditiva prévia e episódios de otorreia intermitentes, sem sequelas neurológicas.

### Discussão

A trombose do seio sigmoide pode ocorrer como complicação severa da OMA devido à disseminação por contiguidade da infecção para as estruturas ósseas da mastoide. Trata-se de uma complicação intracraniana rara e com incidência em queda devido ao amplo uso de antibióticos. Porém algumas condições estruturais aumentam o risco de desenvolver a complicação, principalmente nos casos de OMCc em que há erosão óssea e facilitação da disseminação bacteriana.

Os pacientes com fissura labiopalatina têm maior incidência de OMC devido a disfunção tubária pela inserção anormal dos músculos tensor e elevador do véu palatino, o que leva a pressão negativa na orelha média, com consequente otite média com efusão, perda auditiva condutiva, perfuração da membrana timpânica e bolsões de retração com possível evolução para formação de colesteatoma.

O diagnóstico é com base nas características clínicas e de imagem, através da visualização do “delta sign” ou “triângulo vazio” na tomografia com contraste. Os sintomas clínicos se assemelham ao quadro de meningite, que muitas vezes encontrando-se quadros associados.

Os agentes etiológicos mais comumente envolvidos são *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *P. aeruginosa* e alguns anaeróbios. O tratamento proposto não é consenso entre as diretrizes e sociedades de otorrinolaringologia, sendo mais comum a indicação de mastoidectomia e esvaziamento das células ósseas com conteúdo purulento/exsudativo. Alguns propõem tratamento conservador, com antibioticoterapia e anticoagulação, enquanto abordagens mais agressivas, como drenagem do seio venoso e retirada mecânica do trombo não são atualmente recomendadas.

### Comentários finais

A experiência do caso citado e a conduta do serviço, com relação à abordagem cirúrgica agrega à experiência terapêutica sobre o diagnóstico apresentado. Há necessidade de agir em tempo oportuno, reconhecendo os sinais de otite média crônica na criança e das complicações precocemente. A indicação da abordagem cirúrgica pode e deve ser considerada como opção terapêutica, especialmente levando em consideração a individualização do caso e a experiência do serviço na condução do quadro.

**Palavras-chave:** Trombose de seio sigmoide; Otite média crônica colesteatomatosa; Fissura labiopalatal.

PO224

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

## ALTERAÇÃO FENOTÍPICA DAS TONSILAS FARÍNGEAS E PALATINAS: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** MATEUS HENRIQUE NEVES BRACCO

**COAUTORES:** RENATA JANEIRO MARQUES; THAYS ALMEIDA CLEMENT OLIVEIRA; CAUÊ DUARTE; MARINA CANÇADO PASSARELLI SCOTT; FELIPE GABRIEL GARCIA

**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL

### APRESENTAÇÃO DE CASO

Paciente de 15 anos iniciou acompanhamento no serviço de Otorrinolaringologia da Irmandade Santa Casa Misericórdia de Santos em 2022 por hipertrofia adenotonsilar e amigdalite recorrente. Na história pessoal ela, seu irmão e seu pai apresentavam Síndrome de Cowden, juntamente com alterações fenotípicas das tonsilas palatina e faríngea. Foi realizada nasofibrolaringoscopia, sendo visualizadas tonsilas faríngeas e palatinas hipertróficas com aspecto papilomatoso. Foi então indicada adenotonsilectomia. Durante o intraoperatório, com auxílio de ótica de 0° e vídeo por acesso endonasal, foi visualizada hipertrofia e aspecto papilomatoso tanto da tonsila faríngea quanto da palatina. A adenotonsilectomia foi realizada sem intercorrências, e o material foi enviado para análise anatomopatológica e imuno-histoquímica. O exame anatomopatológico evidenciou hiperplasia linfóide folicular e marcadores positivos CD10, CD20, CD23, CD3 e Ki-67 em centros germinativos na análise imuno-histoquímica. Em consulta de acompanhamento 3 meses após o procedimento cirúrgico, a paciente se manteve assintomática e nega demais alterações de aspecto papilomatoso em vias aéreas superiores. O irmão da paciente foi submetido à nasofibrolaringoscopia, apresentando também hipertrofia de tonsilas palatinas, com aspecto papilomatoso. Segue em acompanhamento para programação cirúrgica.

### DISCUSSÃO

A síndrome de Cowden, doença genética autossômica dominante, causa alterações mucocutâneas como lesões papilomatosas e verrucóides na mucosa bucal, orofaringe e laringe, representativas da doença. Apesar disso, anormalidades do trato respiratório são raramente relatadas na literatura. Embora essas alterações sejam representativas da doença, há poucas descrições e correlações clínicas na literatura, bem como estudos imunobiológicos correlacionando-as com genes específicos. A evolução do paciente acaba sendo a mesma em toda a literatura, a adenotonsilectomia, sem outras repercussões clínicas. O acompanhamento ambulatorial de outras alterações mucocutâneas é de extrema importância para prevenir a progressão de lesões futuras.

### COMENTÁRIOS FINAIS

A associação da Síndrome de Cowden com anormalidades do trato respiratório é raro. Porém, devem ser prontamente abordadas para evitar avanço de demais alterações e analisar laboratorialmente as características das lesões. O seguimento pós-operatório dos pacientes com nasofibrolaringoscopia anual deve ser realizado como medida de controle de sítio cirúrgico e análise de mucosa da rinofaringe, orofaringe e laringofaringe.

Palavras-chave: SÍNDROME DE COWDEN;AMÍGDALA;ADENOIDE.

PO234

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****ABSCCESSO INTRATONSILAR BILATERAL COM OBLITERAÇÃO DE VIA AÉREA ASSOCIADO A SEPSE: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** FÁBIO LUIGI CRISIGIOVANNI**COAUTORES:** LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI; ELISE ZIMMERMANN MATHIAS; JOANA LUÍZA ZIMMER; LUCAS CORREIA PORTES; FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI; BRUNO CERON HARTMANN; DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH**INSTITUIÇÃO:** COMPLEXO PEQUENO PRÍNCIPE, CURITIBA - PR - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO** Paciente masculino, 1 ano de idade, pesando 11,2 kg chegou a hospital pediátrico de Curitiba/PR sem contato prévio e por meios próprios onde teve diagnóstico de insuficiência respiratória aguda por abscesso retrofaríngeo, associado a choque séptico. No dia 25 de abril de 2023 foi abordado, pelo serviço de otorrinolaringologia, com raspagem de lesões na mucosa de cavidade da orofaringe. Tais lesões foram visualizadas, principalmente em tecido linfóide, por nasofibroscoopia. O material – placas de aspecto necrótico com coloração amarelo acinzentada – foi coletado e enviado pela cultura. Devido à apresentação da lesão, sugeriu-se investigação de doença autoimune e difteria, além de parecer pela hematologia e imunologia e encaminhado à unidade de terapia intensiva com prescrição de ceftriaxona e clindamicina por 10 dias. No dia 30/05 a foi avaliado pela imunologia, cuja avaliação de sistema complemento e dosagem de imunoglobulinas se apresentavam em níveis adequados, além de prescrever sulfametoxazol + trimetoprima (200+40mg/5mL) para uso diário até melhor esclarecimento diagnóstico. A hematologia avaliou o paciente em 02/06 e constatou não haver sinais clínicos ou laboratoriais de doenças linfoproliferativas. Foram solicitados PCR para EBV e herpes. No dia 05/06 fez exame de nasofibrolaringoscopia que mostrou adenoide não obstrutiva e óstios tubários livres. Em parede posterior da faringe foi observada placa de aspecto esbranquiçado, porém epiglote e aritenóide sem anormalidades. Foi visto tecido de aspecto edemaciado em região de ventrículo laringe, acima das pregas vocais, que ficaram em abdução durante a anestesia geral e sem a presença de lesões.

**DISCUSSÃO** O abscesso intratonsilar é uma complicação incomum de faringotonsilites na qual o conteúdo purulento se acumula dentro do parênquima da tonsila. É um quadro que pode ocorrer tanto em crianças como em adultos, mas a incidência ainda não é bem definida. Em estudos recentes, dentre todos os casos de abscessos tonsilares, apenas 7 a 9% dos casos foram classificados como sendo abscessos intratonsilares. A apresentação é típica com odinofagia e febre que duram, em média, 4 a 7 dias. Apesar de serem entidades similares, os pacientes com abscesso intratonsilar apresentam, de forma geral, menos otalgia, trismo e alterações vocais, se comparados àqueles com abscesso peritonsilar. A aspiração da secreção intratonsilar tem menos taxa de sucesso, em comparação com os abscessos peritonsilares. No entanto, a recorrência após uso de antibióticos é menos comum naquela. Não existe consenso sobre qual é a melhor conduta entre adotar uma postura mais conservadora ou tentar drenar. O principal diagnóstico diferencial é o abscesso peritonsilar. O diagnóstico precoce e o manejo das infecções tonsilares é fator crítico para se evitar as complicações, apesar de serem raras. As principais complicações são: obstrução de via aérea, pneumonia por aspiração do conteúdo purulento em uma eventual ruptura do abscesso, septicemia, trombose da veia jugular interna ou tromboflebite da jugular, ruptura da artéria carótida, pseudoaneurisma, mediastinite e fascite necrosante.

**COMENTÁRIOS FINAIS** Como conclusão, foi sugerido protocolo de laringite aguda, além de acionar a otorrinolaringologia se persistência de disфонia e por período maior de 2 semanas. No dia 06/06 o PCR foi negativo para EBV e o resultado do PCR para herpes estava, ainda, sendo aguardado. No dia 08/06 paciente teve melhora significativa do quadro, apresentava-se afebril e sem demais intercorrências e recebeu alta com programação de retorno. Nesse caso, o diagnóstico correto e precoce ajudou na definição da conduta, que teve abordagem em tempo oportuno que mudou o prognóstico final.

**Palavras-chave:** Otorrinolaringologia pediátrica; Insuficiência respiratória aguda; Faringotonsilite.

**PO236****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****CIRURGIA ENDOSCÓPICA DE LARINGE EM CRIANÇA DE 8 MESES COM FALHA DE EXTUBAÇÃO: RELATO DE CASO BEM-SUCEDIDO.****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS BATISTA VIANA**COAUTORES:** RAYKA DANTAS RODRIGUES ALVES; JORDAO LEITE FERNANDES; RODRIGO AMORIM QUESADO; ALICE MARIA SILVA CAVALCANTE; STEPHANY BARBOSA DE SOUZA; TAMILA AGNES MAGALHAES PEREIRA**INSTITUIÇÃO:** ESTÁCIO FMJ, JUAZEIRO DO NORTE - CE - BRASIL

Cirurgia Endoscópica de Laringe em Criança de 8 meses com falha de extubação: Relato de caso bem-sucedido.

Lucas Batista Viana, Rayka Dantas Rodrigues Alves, Jordão Leite Fernandes, Rodrigo Amorim Quesado, Stephany Barbosa de Souza, Alice Maria Silva Cavalcante, Tamila Agnes Magalhaes Pereira

**APRESENTAÇÃO**

Paciente, 8 meses de idade, sexo feminino, encaminhada ao Hospital com tumor cerebral que foi diagnosticado aos 5 meses de vida, sendo realizado duas cirurgias prévias, sem intercorrências. Paciente evoluindo com falha de extubação após esses procedimentos. A partir disso, a equipe de otorrinolaringologia é convocada, e diante dos fatos é decidido a realização da laringoscopia e traqueoscopia em centro cirúrgico sob sedação, tendo a partir desta, evidência e diagnóstico de laringite aguda com formação de granulomas pós extubação. Diante dos fatos, a equipe optou por tentar a microcirurgia de laringe e o curativo laríngeo, previamente a indicação de traqueostomia, foi realizada a microcirurgia de laringe a 4 mãos utilizando endoscópio de nariz, sem o uso de laringoscopia rígida. Ato cirúrgico este que ocorreu sem intercorrências, a paciente foi submetida posteriormente ao curativo laríngeo e 72 horas após foi feita a tentativa de extubação, obtendo sucesso.

**DISCUSSÃO**

A Laringite pós intubação é uma complicação frequente nas UTIS pediátricas, advém de uma resposta inflamatória progressiva decorrente dos movimentos e manobras de intubação, que podem comprometer a região subglótica, é uma complicação que apresenta uma incidência variável nos estudos realizados, tendo uma variação de 2,4% até 37% possibilidade de ocorrência, sendo mais comumente apresentado em crianças e jovens, tendo alguns fatores de risco que aumentam as chances de ocorrência de lesões em vias aéreas como dificuldade ao intubar, tamanho do tubo inadequado, baixo peso ao nascer, entre outros. Muitas vezes é feito o uso de corticosteroides profiláticos a fim de manter um controle no processo inflamatório.

O procedimento cirúrgico realizado nessa paciente foi uma técnica moderna, onde foi sempre buscado preservar a melhor recuperação e bem-estar da paciente, sendo uma cirurgia endoscópica de laringe, sem auxílio de laringoscopia de suspensão, realizada por 2 cirurgiões no manejo do laringoscópio, endoscópio e pinças de laringe. Tendo total sucesso na realização do procedimento.

Complicações pós traqueostomia (TQT) são mais comuns em crianças do que em adultos, principalmente naquelas crianças com idade inferior a dois anos, fato este muito ligado ao menor diâmetro das vias aéreas e maior facilidade de oclusão, podendo trazer diversos tipos de prejuízos e complicações, podendo estas serem precoces como enfisema cutâneo, pneumotórax e pneumomediastino, como também complicações tardias, estenose traqueal, granulações, hemorragias e fístulas.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Diante do exposto até o momento podemos perceber a gravidade e peculiaridade do caso apresentado, sendo está uma criança de apenas 8 meses de vida, que veio a nascer com uma condição já rara no nosso meio que foi o seu tumor cerebral, sendo este um caso de delicada conduta, onde a partir de uma técnica cirúrgica moderna que é a microcirurgia de laringe a 4 mãos, processo esse completamente endoscópico, minimamente invasivo, que nos possibilitou evitar o uso de laringoscopia rígida e de uma possível traqueostomia que a paciente teria que ser submetida. Após todos os esforços de toda equipe cirúrgica multidisciplinar a paciente foi reavaliada após 15 dias do procedimento, obtendo melhora praticamente total do seu quadro inicial.

Palavras-chave: Via aérea Pediátrica;Granulomas de Laringe;Falha de Extubação.

PO245

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**  
**MASTOIDITE ASSOCIADA A COVID-19 – RELATO DE CASO**

**AUTOR PRINCIPAL:** LUIS EDUARDO GLOSS DE MORAIS MARQUARDT

**COAUTORES:** RODRIGO GUIMARAES PEREIRA; TRISSIA MARIA FARAH VAZZOLER; JOANA LUÍZA ZIMMER; MILENA SAYURI OTSUKI; ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA; PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA; GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE, CURITIBA - PR - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente masculino, 01 ano de idade, histórico prévio de alergia à proteína do leite, com dessensibilização realizada sem intercorrências, traqueobronquiolite aos 08 meses de idade e otite média aguda aos 10 meses, tendo melhora após tratamento com Amoxicilina-Clavulanato. Proveniente de Curitiba – PR, atendido no Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba, trazido pela mãe por queixa de obstrução nasal com início 03 dias antes, febre recorrente de 04 em 04 horas, mesmo após o uso de medicação. Evoluiu com hiperemia retroauricular esquerda e edema local progressivo, assim trazido ao pronto atendimento.

Ao exame físico, paciente ativo e reativo, corado, em otoscopia presença de hiperemia e opacidade em ouvido direito, enquanto no ouvido esquerdo membrana timpânica hiperemiada associada a eritema e edema retroauricular. Realizados exames laboratoriais, com presença de leucocitose e bastonetose (15.230 leucócitos e 8% de bastões), sendo reagente para o vírus Sars-Cov-2, fechando assim o diagnóstico de Covid-19. Ao exame de imagem, TC de mastoides com sinais de otite média e mastoidite coalescente bilateral, aumento de volume de partes moles extracranianas à esquerda e possível coleção associada. De tal maneira, confirmado quadro clínico de mastoidite associada a Covid-19.

De tal maneira, feito o internamento do paciente, submetendo-o a tratamento clínico-cirúrgico multidisciplinar, com uso de Ciprofloxacino, Hidrocortisona e sintomáticos. Nesse caso, foi necessária abordagem invasiva, sendo realizada mastoidectomia à esquerda sem intercorrências. Após 06 dias da internação e início do tratamento, e melhora clínica considerável, paciente recebe alta do serviço.

**DISCUSSÃO:**

A mastoidite é uma infecção bacteriana que afeta as células aéreas da mastoide, projeção óssea do osso temporal, localizada atrás da orelha. Ela geralmente ocorre como uma complicação de uma infecção no ouvido, como otite média aguda, tendo entre os principais sintomas, dor intensa local, febre, hiperemia e rubor retroauricular e diminuição da audição. O diagnóstico é principalmente baseado nos sintomas clínicos, podendo ter os exames de imagem como adjuvante para confirmar o acometimento da mastoide e extensão das lesões e/ou presença de abscessos. Com relação ao tratamento, utiliza-se a antibioticoterapia como primeira escolha, a corticoterapia para minimizar os sintomas e a mastoidectomia nos casos mais severos ou com a presença de abscessos locais.

Com relação ao Covid-19, afecção causada pelo vírus Sars-Cov-2, é uma síndrome respiratória aguda grave que tem como fonte de transmissão a presença do coronavírus nas gotículas liberadas pela via aérea. Entre os sintomas estão, febre, tosse seca, dispneia, fadiga, odinofagia e, em menores proporções, anosmia e zumbido. Doença pandêmica, de fácil propagação, cujo tratamento é de difícil manejo nos casos severos, havendo somente medidas para minimizar os sintomas causados.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

Este caso destaca a importância da vigilância contínua e do tratamento adequado de infecções do trato respiratório em crianças, especialmente aquelas com fatores de risco. A associação com o Covid-19 pode ter sido um fator predisponente em um paciente já de alto risco para mastoidite, uma vez que predominantemente acomete crianças pequenas e com histórico de otite média aguda prévia. A mastoidite, embora rara, pode surgir como uma complicação grave da otite média aguda, necessitando diagnóstico precoce e intervenção imediata. A combinação de antibióticos intravenosos e, quando necessário, drenagem cirúrgica, demonstrou ser a forma mais eficaz na melhora dos sintomas e na resolução da infecção.

Palavras-chave: Mastoidite;Covid 19;Mastoidectomia.

PO247

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Síndrome de Larsen com estenose congênita subglótica

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA ALVES MARRONI

**COAUTORES:** RAFAELA SILVA WALTRICK; ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ; ANDRE RICARDO MERKLE; LUISI MARIA MEZZOMO; ROGÉRIO DE AZEVEDO HAMERSCHMIDT; LETÍCIA RAYSA SCHIAVON KINASZ; VINICIUS MONTEIRO DE OLIVEIRA

**INSTITUIÇÃO:** 1. HC UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL2. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, 7 anos, caucasiano, portador da Síndrome de Larsen, em acompanhamento em hospital terciário por quadro de crises repetitivas e persistentes de tosse desde os 9 meses de idade, com associação de estridor e retração de fúrcula esternal. Encaminhado da pediatria para investigação ambulatorial e para realização de laringoscopia rígida diagnóstica, onde se observou estenose congênita subglótica com cerca de 50% de obstrução. Optado em discussão pela mãe junto da equipe médica do paciente em manter apenas o seguimento clínico, com otimização do tratamento e acompanhamento ambulatorial, dado que o paciente apresenta evolução clínica satisfatória e sem sinais de gravidade ao seguimento do quadro.

**Discussão:** A estenose laríngea é um estreitamento cicatricial parcial ou completo da endolaringe, podendo ser congênito ou adquirido (90%), sendo estas muitas vezes secundária a intubação orotraqueal (IOT) prolongada, especialmente quando associada a alguma hipóxia tecidual (choque, parada cardiorrespiratória) ou infecção grave da via aérea. As estenoses laríngeas congênitas são decorrentes de uma inadequada recanalização do lúmen laríngeo após completar a fusão epitelial ao final do terceiro mês de gestação (10a semana). A estenose subglótica congênita é definida como diâmetro subglótico inferior a 4mm no recém-nascido a termo, geralmente por alguma mal formação da cartilagem cricoide, abaixo da corda vocal. Constitui-se, atualmente, na terceira causa mais freqüente de anomalias congênitas da laringe. A principal manifestação clínica é o estridor inspiratório, podendo também estar presentes dispneias, retrações esternais e intercostais, com batimento das asas do nariz.

**Comentários finais:** A Síndrome de Larsen, trata-se de uma rara desordem de caráter predominante autossômico dominante, embora às vezes possa se apresentar de maneira recessiva, caracterizada pelas luxações de grandes articulações e anomalias faciais em seus pacientes. Dentre seu enorme espectro de acometimento, pode levar ao quadro clínico de fragilidade das vias aéreas, bem como a estreitamentos, sendo importante avaliar relevância das queixas respiratórias relatadas pelo paciente. Pode-se lançar mão de exames de imagem como raio x e tomografia para auxílio, mas a opção definitiva para avaliação é definida pela endoscopia respiratória. Ainda que não seja comum dentre o espectro das manifestações dos portadores, a estenose subglótica congênita deve ser aventada nos pacientes portadores e com alterações respiratórias.

**Palavras-chave:** Estenose congênita; Síndrome de Larsen; Estridor.



PO248

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****TUMOR EDEMACIADO DE POTT ASSOCIADO À FÍSTULA SINO-CUTÂNEA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** EMILLI FRAGA FERREIRA**COAUTORES:** LAURA CARMINATI CIMOLIN; HENRIQUE CARVALHO; BRUNO RAFAEL SABEL; LARISSA LENZ KNIPHOFF DA CRUZ; PAULA NIKOLAY; ROSANA CRISTINE OTERO CUNHA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS / HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL

VSV, 11 anos, feminina. Paciente apresenta-se com tosse e rinorreia, evoluindo para cefaleia em pressão frontal, febre por 72h e náuseas. Diante disso, iniciou uso de amoxicilina 500mg + clavulanato 125mg 8/8h por 10 dias. No segundo dia do início do tratamento, apresentou hiperemia e abaulamento progressivo em região frontal, com flutuação e saída de secreção purulenta após um mês de evolução. Nega alterações de nível de consciência ou meningismo. A mãe refere que não procurou novamente atendimento e que fez a drenagem em casa, resolvendo totalmente o quadro.

Procura atendimento cerca de 3 meses após o quadro, com depressão pequena palpável em região frontal, sem abaulamentos ou sinais flogísticos, sem febre ou sinais de infecção de vias aéreas em atividade, sendo solicitada tomografia de seios da face.

Tomografia de seios da face 23/08/23: Espessamento da calota óssea frontal, apresentando áreas de descontinuidade na tábua óssea externa e interna comunicando com o seio frontal à esquerda. Velamento parcial do seio frontal esquerdo associado a pequenos fragmentos ósseos no seu interior.

Solicitado parecer à neurocirurgia, que confirmou tratamento conservador, por paciente estar fora de quadro agudo, sem sinais de complicações, além de possivelmente haver a diminuição da falha óssea com o crescimento.

Com isso, mãe orientada sobre sinais de alarme e paciente liberada para acompanhamento ambulatorial.

Complicações ósseas se desenvolvem em 3-10% dos casos complicados de rinossinusite aguda bacteriana. Entre elas, a fístula sino-cutânea é uma complicação rara. O seio frontal é o mais acometido e a apresentação pode variar de um tumor edemaciado de Pott, como no caso, até sinais de meningismo. O tumor de Pott é causada por um abscesso subperiosteal. Os sintomas e sinais geralmente são cefaleia, rinorreia purulenta, febre e tumefação frontal com flutuação e, às vezes, celulite periorbitária. Para diagnóstico, a tomografia de seios da face é o padrão-ouro. Os agentes bacterianos mais envolvidos são o *S. aureus*, *Streptococcus sp* e anaeróbios.

É fundamental diagnóstico e tratamento rápidos (incluindo antibióticos intravenosos e/ou drenagem cirúrgica) para evitar o aumento da morbimortalidade, incluindo avaliação multidisciplinar (otorrinolaringologia, neurocirurgia e oftalmologia, em alguns casos).

As complicações de rinossinusite aguda bacteriana são raras. No entanto, é necessária atenção à evolução do quadro clínico para detecção precoce e tratamento adequado.

Palavras-chave: rinossinusite; Tumor; fístula.

PO265

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

FARINGOAMIGDALITE DO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO AO MANEJO E EVOLUÇÃO, UM RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA

**COAUTORES:** RAFAELA MABILE FERREIRA DOS SANTOS SOBREIRO; RUBIANNE LIGORIO DE LIMA; BRUNO CERON HARTMANN; BRUNA PUPO; PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA; LUCAS CORREIA PORTES; ELIZABETH AMANN SIMÕES

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE, CURITIBA - PR - BRASIL2. HOSPITAL CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, CURITIBA - PR - BRASIL3. UNIVERSIDADE POSITIVO, CURITIBA - PR - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 5 anos. Com quadro de odinofagia, dor abdominal e febre com 7 dias de evolução. Veio a consulta, relatando uso no 5º dia de evolução de amoxicilina e clavulanato, descontinuado por intolerância, e aplicação no 6º dia de penicilina benzatina. Referia manutenção dos sintomas, hiporexia, oligúria, coriza, tosse secretiva, prostração e queda do estado geral.

Ao exame físico, regular estado geral, febril, desidratado e hipocorado. Oroscopia: amígdalas grau IV na classificação de Brodsky, com placas e hiperemia de orofaringe. Pescoço: linfonodomegalia de 2,5 cm em região cervical à esquerda. Abdome: esplenomegalia.

Optou-se por internar, fazer expansão volêmica e iniciar antibioticoterapia com ceftriaxona e clindamicina para o paciente. Foram realizados exames com os seguintes resultados: PCR elevada, leucocitose, neutrofilia, bastonetose, aumento de segmentados, monócitos e linfócitos reativos. Sorologias negativas para CMV, EBV e Herpes e cultura de secreção de amígdalas negativa. USG cervical: linfonodos aumentados em número e dimensões em diversos compartimentos cervicais, com aumento de fluxo ao Doppler colorido, o maior nível IIA esquerdo, medindo 23x13 mm. Presença de linfonodos profundos de aspecto arredondado à direita, medindo 17x15mm. TC de pescoço, crânio e face: presença de linfonodomegalias reacionais cervicais bilaterais, sinais de tonsilite palatina com impressão de pequenas coleções associadas. O paciente teve boa evolução e alta após 9 dias.

**DISCUSSÃO:** Frente a quadros de faringoamigdalite (FA) na infância, faz-se necessário buscar uma abordagem diagnóstica completa a fim de escolher o melhor tratamento. Nas crianças há prevalência de infecções virais se comparada a outras etiologias. Destaca-se também a mononucleose e as mono-likes, que abrangem diversos agentes.

Na FA viral, a clínica tem sintomas constitucionais, curso benigno e autolimitado, sendo rara a presença de exsudato ou adenopatia. Considerando mononucleose, a clínica possui: pródromo, sintomas gastrointestinais e febre. Além disso, observa-se presença de linfadenomegalia, esplenomegalia e exsudato; no exame de sangue, tem-se linfocitose atípica como uma importante alteração.

Tratando-se de etiologias bacterianas, o principal agente é o streptococcus pyogenes, seu diagnóstico pode ser presumido pelos critérios de Centor e McIsaac.

No paciente estudado, inicialmente a clínica fez com que a primeira hipótese estabelecida, fosse mononucleose, porém, como o paciente estava rebaixado, optou-se pela investigação completa e início de antibiótico. Com o resultado das sorologias concluiu-se que o paciente não tinha infecção ativa por EBV ou CMV.

Apesar da primeira hipótese, o paciente obteve 4 pontos no escore de Centor modificado, preenchendo os seguintes critérios: febre > 38 °C, adenopatia cervical anterior > 1 cm, exsudato amigdaliano e idade 3-14 anos. Predizendo uma probabilidade de Streptococcus pyogenes de 50-60%. Ademais, a escolha empírica de antibioticoterapia para o caso levou em conta a impossibilidade de medicação via oral, padrão comunitário, estado de admissão e alterações nos exames.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A diferenciação etiológica em quadros de amigdalite é um desafio aos médicos, devendo ser baseada em critérios clínicos. Exames complementares são importantes para precisar a acurácia em casos difíceis, desta forma, a identificação de um padrão de doença somada a resposta ao tratamento instituído podem elucidar a causa. É de suma importância, estabelecer protocolos de investigação e tratamento, pois nem sempre é possível precisar o agente, porém, deve-se saber manejar o paciente a fim de evitar complicações.

**Palavras-chave:** Faringoamigdalite;Linfonodomegalia;Mononucleose.

PO273

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

## COMPRESSÃO EXTRÍNSECA VASCULAR COMO CAUSA DE ESTRIDOR EM NEONATOS - RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA RECH

**COAUTORES:** LUCIANA PIMENTEL OPPERMANN; VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ; CAROLINA SARCINELLI SPINELLI

**INSTITUIÇÃO:** GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do caso:** P.A.C.C., 9 meses de idade, compareceu junto da mãe ao ambulatório de otorrinolaringologia da instituição para investigação de estridor presente desde o nascimento, com queixa de desconforto respiratório ao choro e associado a baixa aceitação de dieta via oral e baixo ganho de peso. O exame físico, paciente apresentando à inspeção micrognatia, baixa implantação de orelhas, hipertelorismo, além de sustento cefálico por vezes débil. Apresentava mínima cianose perioral e tiragem subcostal apenas ao choro. Ausência de tiragem furcular. Presença de estridor expiratório contínuo ao repouso, com piora à agitação. Optou-se por realização de nasofibrolaringoscopia sob anestesia geral em bloco cirúrgico para investigação de quadro, sendo verificada em exame a presença de colapso traqueal distal em região proximal de brônquio-fonte esquerdo, com pulsatilidade visível. Devido a tal achado, procedeu-se à solicitação de angiotomografia de tórax, que demonstrou importante redução de calibre da veia pulmonar superior direita em seu trajeto próximo ao átrio esquerdo, com redução volumétrica do pulmão direito e desvio ipsilateral das estruturas mediastinais, fazendo com que o arco aórtico exerça compressão extrínseca sobre a luz da traqueia distal. O caso foi discutido com equipe da cardiologia pediátrica do hospital, sendo então realizado ecocardiograma, que revelou estenose de veia pulmonar superior direita e desproporção entre ramos da artéria pulmonar, sendo a esquerda maior. Conforme discutido com equipe cardiológica, paciente com indicação de cateterismo cardíaco, sendo encaminhado para proceder à realização do mesmo em hospital de referência. Paciente segue em acompanhamento e investigação.

**Discussão:** Estridor é um sinal de obstrução de via aérea prevalente na faixa etária pediátrica, resultante da passagem dificultosa do ar durante as incursões respiratórias. Em geral, sons ouvidos durante a inspiração sugerem obstrução acima da glote, enquanto sons expiratórios, abaixo. Possui causas congênitas e adquiridas. Quando causado por malformações congênitas, pode estar presente desde o momento do nascimento ou desenvolver-se após. Embora a causa mais prevalente de estridor em neonatos seja a laringomalácia, é necessário um olhar atento aos possíveis diagnósticos diferenciais, devido à gravidade de tais patologias se não diagnosticadas com brevidade. A compressão das vias aéreas por malformações cardiovasculares (que podem ser devido a alterações congênitas de grandes vasos, aumento de seu calibre ou após cirurgias) ocorre em cerca de 1-2% das crianças portadoras das mesmas. A suspeição deve surgir quando presença de estridor não explicado por outras causas, e o diagnóstico passa por exames de imagem, como a angiotomografia, podendo haver necessidade de procedimentos mais invasivos como o cateterismo cardíaco. Dependendo das repercussões sistêmicas, a indicação cirúrgica por via transtorácica pode ocorrer como opção de tratamento.

**Comentários finais:** A morbidade e mortalidade em crianças com histórico de compressão crônica de vias aéreas pode ser significativa, e devido a isso, seu diagnóstico e tratamento devem ser o mais precoces possível. Embora algumas causas possuam maior prevalência ao tratar-se de estridor, diagnósticos diferenciais de menor incidência, como as malformações vasculares, devem ser considerados devido à sua possível gravidade e consequências ao paciente.

**Palavras-chave:** Estridor; Compressão extrínseca; Neonatos.

PO284

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****NEUROBLASTOMA CERVICAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ANNA KAROLYNA RODRIGUES CUNHA**COAUTORES:** RAFAELA FURTADO DE MENDONÇA PICININ MARTINS; LÍVIA MACHADO RIGOLON; LAYS MYLENA SILVA; CAROLINA PONTES OLIVEIRA NUNES; VINICIUS ANTUNES FREITAS; CAMILLA MAGALHAES DE ALMEIDA GANEM; MIRIAN CABRAL MOREIRA DE CASTRO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL**Apresentação do caso**

Paciente, sexo feminino, evoluiu, nos primeiros dias de vida, com esforço respiratório, estridor inspiratório audível sem estetoscópio, disfagia e engasgos frequentes, com via oral contraindicada e dieta por sonda nasoentérica. Aos 6 dias de vida, foi submetida à fibronasolaringoscopia, que evidenciou abaulamento em parede póstero-lateral direita da hipofaringe, comprimindo as estruturas supraglóticas e dificultando a visualização da região glótica, com redução do calibre aéreo<sup>1</sup>. Ao exame físico, foi identificada massa em nível cervical II direito, de limites definidos, consistência endurecida e aderida a planos profundos, medindo aproximadamente 3 x 2 cm. Foi solicitada tomografia computadorizada de pescoço, mostrando uma lesão expansiva ovalada e heterogênea no nível cervical II direito, de contornos regulares e com focos de calcificações de permeio, medindo aproximadamente 3,3 x 2,4 cm e abaulando a parede lateral da orofaringe, com redução do calibre aéreo em cerca de 50%<sup>2</sup>. O paciente, aos 29 dias de vida, foi submetido à ressecção cirúrgica completa da lesão através de cervicotomia transversa direita, sendo identificada uma massa cervical estreitamente aderida ao nervo vago. No pós-operatório, iniciou com ptose palpebral ipsilateral à lesão. Os exames anatomopatológico e imuno-histoquímico evidenciaram tratar-se de neuroblastoma pouco diferenciado, com os cortes histológicos mostrando neoplasia constituída por células pequenas com núcleos arredondados, hipercoradas e escasso citoplasma formando pseudorosetas em meio a estroma fibrilar. O estadiamento foi realizado pela oncologia pediátrica, com ultrassonografia abdominal normal e cintilografia óssea não sugestiva de acometimento ósseo secundário.

1. Fibronasolaringoscopia com compressão laríngea extrínseca
2. TC de pescoço com lesão expansiva cervical

**Discussão**

Várias causas de estridor em recém-nascidos são descritas na literatura, como laringomalácia, estenose subglótica congênita, membranas e atresias laríngeas, paralisia de cordas vocais, hemangiomas e cistos. A avaliação do recém-nascido com estridor se inicia com a fibronasolaringoscopia, a qual pode revelar diagnósticos distintos, incluindo a suspeição de tumores. O neuroblastoma é o tumor sólido extracraniano mais comum em crianças. É um tumor neuroendócrino embrionário, originado de células progenitoras da crista neural. A maioria surge nas glândulas suprarrenais, mas pode ocorrer em qualquer sítio do sistema nervoso simpático, como no pescoço, tórax, abdome ou pelve. A idade média de diagnóstico é aos 17 meses. Os sintomas se devem principalmente ao efeito de massa da lesão. Com o envolvimento dos gânglios cervicais superiores, pode-se observar a síndrome de Horner, caracterizada por ptose, miose e anidrose. O comportamento do tumor pode variar de regressão espontânea à disseminação generalizada. Mediante suspeita, a ressonância magnética auxilia na definição da lesão e no planejamento cirúrgico. A confirmação histológica é necessária para estabelecer o diagnóstico do neuroblastoma. Mais da metade dos pacientes apresentam disseminação hematogênica no momento do diagnóstico, com acometimento da medula óssea, osso ou linfonodos. A extensão das metástases deve ser delineada através da cintilografia óssea com MIBG (metaiodobenzilguanidina), biópsias de medula óssea, tomografia computadorizada de abdome e tórax. Dada a heterogeneidade na localização, grau e estágio do tumor ao diagnóstico, as modalidades terapêuticas incluem observação, ressecção cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, transplante de células-tronco e imunoterapia.

**Comentários finais**

Diante de recém-nascidos com estridor, a avaliação inicial deve ser feita com fibronasolaringoscopia, a qual possui papel primordial na elucidação diagnóstica. Apesar de ser o indício de doenças da via aérea, o estridor pode ser o sintoma inicial de lesões em estruturas cervicais adjacentes à via aérea, como tumores. O neuroblastoma cervical é raro e o seu diagnóstico precoce é importante, com impacto no prognóstico, especialmente para o início do tratamento antes que ocorra disseminação metastática.

Palavras-chave: Neuroblastoma; Estridor; Fibronasolaringoscopia.

**PO286****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****RELATO DE CASO: HERPES ZÓSTER ACOMETENDO RAMO MANDIBULAR DE NERVO TRIGÊMEO EM PACIENTE PEDIÁTRICO IMUNOCOMPETENTE****AUTOR PRINCIPAL:** LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI**COAUTORES:** PAULA ANGELICA LORENZON SILVEIRA; KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS; INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO; LUCAS CHOI MARCHESANO; PEDRO MONTEBELLER; TAMARA SACUCHI CAMOES; INGRA PEREIRA MONTI MARTINS**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO:**

Paciente do sexo masculino, 9 anos, com antecedente de dermatite atópica, deu entrada no pronto socorro infantil devido a aparecimento de lesões em hemiface esquerda e mucosa oral, otalgia ipsilateral progressiva, com 4 dias de evolução. Referiu também odinofagia, ardência em língua e quadro gripal antecedendo sintomas relatados. Fez uso de nistatina tópica em domicílio, sem melhora do quadro. Negava febre ou queixas auditivas. Calendário vacinal atualizado.

Ao exame físico de admissão, otoscopia à direita sem alterações, à esquerda, edema de conduto com crosta melicérica em região superoposterior, membrana íntegra sem alterações, associado a vesicopústulas com base eritematosa em peripavilhão ipsilateral, poupando concha, e em região mental esquerda até lábio inferior, respeitando a linha média. Apresentava acúmetria normal e Weber sem laterização. À oroscopia, presença de múltiplas úlceras coalescentes em língua à esquerda respeitando linha média. Mímica facial sem alterações. Realizada hipótese de herpes zoster em ramo mandibular do trigêmeo à esquerda e impetiginização secundária.

Devido à sintomas álgicos importantes e dificuldade para alimentação oral, optado por internação hospitalar, com prescrição de aciclovir em dose para Herpes Zoster (10 mg/kg 8/8h endovenosa), antibiótico tópico via otológica, cefalexina 50 mg/kg/dia por 7 dias além de isolamento de contato e aerossóis. Durante a internação, solicitadas sorologias, todas negativas, além exames imunoalérgicos, sem alterações. Paciente evoluiu de forma satisfatória, com resolução de sintomas.

**DISCUSSÃO:**

Herpes Zoster é uma afecção rara na infância. Estima-se uma incidência que varia de 0,2 a 0,74 casos por 1.000 pessoas/ano em crianças menores de dez anos, em comparação com 4,5 casos por 1.000 pessoas/ano em adultos com mais de 75 anos. Entretanto, a incidência é maior em crianças imunocomprometidas, tais como as transplantadas, portadoras de doenças autoimunes, HIV.

A transmissão ocorre pelo contato de secreções da orofaringe e com o fluido de lesões cutâneas de indivíduos infectados, seja por contato direto ou por disseminação aérea. O período de incubação varia entre 10 a 21 dias. A doença clínica primária pode ser prevenida através da imunização com a vacina do vírus vivo atenuado. Clinicamente, caracteriza-se por erupção cutânea vesicular unilateral, envolvendo um a três dermatômos correspondentes à raiz ganglionar dorsal infectada. O início da doença é precedido por dor, associada ou não a eritema. O exantema vesicular, que pode ser doloroso ou pruriginoso, posteriormente torna-se pustular e ulcerativo. Geralmente, o diagnóstico é clínico, como no caso em questão. Nos casos duvidosos, o diagnóstico laboratorial é feito por cultura viral, imunofluorescência ou por técnica de PCR.

São diagnósticos diferenciais do herpes Zoster todas as lesões vesiculares que assumem o padrão de um dermatomo de forma unilateral, a exemplo de infecção pelo vírus herpes simples e pelo Coxsackie. A sobreinfecção cutânea é a complicação mais frequente, manifestando-se geralmente sob a forma de impetigo causado por *S. pyogenes* ou *S. aureus*. O início precoce do tratamento contribui para a diminuição na formação de vesículas, resolução mais rápida das lesões e melhora dos sintomas. O aciclovir geralmente é o fármaco de eleição na idade pediátrica pelo seu melhor custo-benefício, sendo o aciclovir venoso reservado para pacientes com risco elevado de adquirir a forma disseminada da doença, imunocomprometidos hospitalizados e na presença de complicações associadas.

**COMENTÁRIOS:** O paciente em questão havia passado por um atendimento prévio em que não houve a suspeita clínica, o que favoreceu o retardo do início do tratamento adequado, com disseminação das lesões. Na ocasião havia sido prescrita nistatina, utilizada pelo paciente. Dada a importância do reconhecimento diagnóstico e instituição precoces do tratamento diante de lesões otorrinolaringológicas em pediatria, o caso traz um tema de grande valor em uma faixa etária em geral pouco acometida e sem fatores de risco associados.

Palavras-chave: herpes zoster;nervo trigêmeo;mandibular.

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**  
**EPIGNATHUS GIGANTE: UM DESAFIO MULTIDISCIPLINAR****AUTOR PRINCIPAL:** GIOVANA LOIACONO GAVAZZONI**COAUTORES:** FABIANO BLEGGI GAVAZZONI; DEBORAH KORTZBEIN; LAURA SCOTT BIGATÁ SCUCATO DOS SANTOS; ELLEN PAULA SCHETZ ZAWIERUCHA; CAROLINE MARY MATSUMOTO; GABRIELLE GONÇALVES**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE POSITIVO, CURITIBA - PR - BRASIL. 2. HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE, CURITIBA - PR - BRASIL

Recém-nascida do sexo feminino, diagnosticada com teratoma epignathus em ultrassom com 19 semanas. Realizado parto EXIT agendado com 32 semanas de gestação devido a polidrâmnio, com traqueostomia e exérese parcial do tumor (445g), sem intercorrências. Nesse momento, neonato com 1,6kg. Encaminhada para a unidade de terapia intensiva (UTI) por 7 dias com ventilação mecânica e sonda nasogástrica por persistência do tumor na cavidade oral. Durante reabordagem cirúrgica para retirada da massa tumoral remanescente, foi detectada fenda palatina pós forame completa. Após, permaneceu em UTI com ventilação mecânica e sonda orogástrica, com impossibilidade de fechar totalmente a boca por alterações na mandíbula. Recebeu alta da UTI, após 104 dias, com serviço de homecare. Nesse momento, com boa evolução na mobilidade da boca, persistência de disfagia - alimentando-se por gastrostomia - queixas de tosse, vômitos e secreção na traqueostomia, com necessidade média de 20 aspirações por dia. Seguiu com ganho de peso, fonoterapia 5 vezes na semana e fisioterapia motora e respiratória diariamente. Atualmente com 8 meses do nascimento. Foi avaliada a fenda pelo serviço de cirurgia bucomaxilofacial do Centro de Atendimento Integral ao Fissurado que prevê correção ao redor de 1 ano. Também realizada avaliação da via aérea pela equipe da otorrinolaringologia pediátrica do Hospital Pequeno Príncipe, que mostrou laringe anatomicamente preservada, com mobilidade presente das pregas vocais, sinais de alteração da sensibilidade faringolaríngea e fratura do anel supra-estomal traqueal. Segue em fonoterapia para deglutição e aguarda fechamento da fenda para posterior traqueoplastia e retirada da traqueostomia.

O teratoma congênito da orofaringe, ou epignathus, é uma malformação rara que atinge apenas 2% dos casos de teratomas fetais. O tumor se origina na base do crânio e, a depender do seu tamanho, pode obstruir completamente as vias aéreas, com risco de asfixia e morte neonatal. Durante o pré-natal, geralmente é detectada, através do ultrassom, uma massa em região de cabeça e pescoço, associada com frequência a polidrâmnio. Em casos de obstrução de via aérea, como o apresentado, o procedimento EXIT, ou Ex Utero Intrapartum Therapy, é mandatório para garantir a respiração após o nascimento. Na cesárea, a equipe retira do útero somente a cabeça e os ombros do feto, sem que o cordão umbilical seja pinçado, para que ocorra a liberação do trato respiratório ainda com suprimento de oxigênio placentário. Para a garantia da via aérea, uma traqueostomia é realizada para, então, o parto ser concluído. A partir do nascimento e da finalização da exérese do tumor, inicia-se a fase de investigação das possíveis alterações decorrentes do tumor ou associadas a ele, como anomalias do palato, maxila, mandíbula, sequência de Pierre Robin, cistos branquiais e doenças cardíacas congênitas. A fenda palatina, presente no caso relatado, é a malformação associada mais comum e tem influência na deglutição, fonação e audição. Seu tratamento é geralmente realizado mais tarde, o que pode implicar no uso de gastrostomia, devido à dificuldade na alimentação, e na necessidade de fonoterapia intensa. Além disso, a realização da traqueostomia no período neonatal pode favorecer complicações, como a fratura do anel traqueal, apresentada no caso, que exige traqueoplastia para a retirada definitiva da cânula.

O presente relato evidencia a importância da liberação de vias aéreas por meio da traqueostomia para a sobrevivência do recém-nascido acometido por epignathus gigante. O diagnóstico precoce do tumor, através de ultrassom, permite o planejamento da cirurgia EXIT com equipe especializada, e, com o paciente traqueostomizado, é possível trabalhar de forma multidisciplinar para a minimização das sequelas associadas. O acompanhamento com fonoaudiólogos, fisioterapeutas, otorrinolaringologistas, cirurgiões craniofaciais, entre outros, permite o melhor manejo das comorbidades e a posterior retirada da traqueostomia, reestabelecendo a respiração pela via natural e garantindo vida normal, ou próxima do normal, ao paciente.

Palavras-chave: EPIGNATHUS;TRAQUEOSTOMIA;PARTO EXIT.



**PO294****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****FIBROMA DESMOIDE DE SEIO MAXILAR: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO DE LESÕES NASOSSINUSAIS NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA****AUTOR PRINCIPAL:** HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA**COAUTORES:** LORENZO MORAES MELOTTI; TIAGO CARDOSO MARTINELLI; CARINA YURI FUSSUMA; DÉBORA BRESSAN PAZINATTO; REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DOS CASOS:**

Caso 1: Lactente, 18 meses, sexo masculino, apresentou massa sólida, indolor, com abaulamento em região maxilar esquerda com evolução de 30 dias, associado a obstrução nasal ipsilateral. Realizada exérese completa da lesão com acesso cirúrgico do tipo vestibular superior, anatomopatológico confirmou fibromatose do tipo desmoide (Figura 1).

Caso 2: Paciente de 1 ano, sexo feminino, hígida, apresentou tumoração em região malar esquerda, com 3 meses de evolução, endurecida, crescimento lento e progressivo após trauma em face, indolor, associado a obstrução nasal e roncos. Realizada ressecção completa do tumor por meio de acesso vestibular maxilar esquerdo. Estudo histopatológico e imuno-histoquímico compatível com fibromatose desmoide (Figuras 2 e 3).

**DISCUSSÃO:**

Os fibromas desmoides são tumores benignos raros, miofibroblásticos, oriundos de tecidos moles, com características infiltrativas e tendência a recidivas locais, raramente metastáticos. Representa cerca de 0,03% de todas as neoplasias 3% de todos os tumores de partes moles. Em cabeça e pescoço representam 12 a 15% dos casos de fibromatose agressiva, região em que tendem a crescer mais rapidamente. Incidência anual de 2 a 5 casos por milhão de habitantes, e distribuição bimodal, com o primeiro pico na infância (0 – 10 anos) e um segundo pico de incidência na adolescência (15 – 35 anos). Cavidade nasal e seios paranasais são de acometimento raro. Os sintomas são obstrução nasal, epistaxes, dor e deformidade em face. A etiologia é desconhecida, porém trauma locais podem predispor a doença. O diagnóstico é histopatológico e imuno-histoquímico. O tratamento de escolha é a exérese com margens amplas, podendo recorrer em até 30% dos casos. Diagnóstico diferencial inclui hemangiomas, displasia fibrosa, cisto dermoide, histiocitose de células de langerhans, rabdomiossarcoma e osteossarcoma. Radioterapia adjuvante, em casos com margens cirúrgicas comprometidas, é controversa, sendo o acompanhamento rigoroso com exames de imagem uma alternativa nestas situações.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

A fibromatose desmoide é um tumor benigno de rara apresentação na população infantil, especialmente em topografia de seios paranasais. Diante de uma evolução agressiva e rápida, como nos casos apresentados, o diagnóstico e intervenção cirúrgica precoce é de extrema importância para evitar deformidades e sequelas funcionais aos pacientes. Um seguimento pós-operatório rigoroso, especialmente no primeiro ano, é mandatório para detectar recorrência do quadro.

Palavras-chave: fibroma desmoplásico; neoplasia dos seios paranasais; tratamento.



**PO300****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****USO DA RADIOFREQUÊNCIA NO TRATAMENTO DOS TERATOMAS CONGÊNITOS DE OROFARINGE ASSOCIADO A FENDA PALATINA: SÉRIE DE CASOS****AUTOR PRINCIPAL:** HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA**COAUTORES:** ARTHUR JOSE ROQUE CRUZ; TIAGO CARDOSO MARTINELLI; CARINA YURI FUSSUMA; DÉBORA BRESSAN PAZINATTO; REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DOS CASOS:**

Caso 1: L. F. N., sexo feminino, 2 anos, necessitou de traqueostomia ao nascimento por tumoração volumosa em cavidade oral. Apresentava bridas gengivais, fenda palatina pós-forame do incisivo completa e teratoma oral, língua bífida, retrognatia, agenesia do corpo caloso, hidrocefalia, hemangioma em glabella. Realizada exérese de teratoma em palato com radiofrequência por plasma aos 30 dias de vida. Controle de alfa feto proteína de 246,30 ng/ml, com resultado anterior à cirurgia de 20.041,00 ng/ml

Caso 2: L. F. S., sexo feminino, 1 ano, com insuficiência respiratória aguda obstrutiva ao nascimento, sendo identificada fenda palatina pós-forame do incisivo completa e tumoração em orofaringe. Tomografia de crânio e face evidenciou lesão expansiva em rinofaringe e orofaringe com aspecto ósseo, gorduroso e de partes moles. Realizada exérese total da tumoração com 1 mês de vida. O resultado anatomopatológico evidenciou presença de tecido ósseo, cartilaginoso e adiposo, sem alterações de malignidade. Controle de alfa feto proteína de 446 ng/ml, com o resultado anterior à cirurgia de 35.480 ng/ml.

Caso 3: H. V. C., sexo feminino, 1 ano, com diagnóstico de fenda palatina pós-forame do incisivo completa e massa tumoral em orofaringe ao nascimento, submetida a intubação orotraqueal. Apresentava língua bífida, retrognatia, glossoptose e falha de fusão de vértebras cervicais. Tomografia de crânio e cervical evidenciou falha de fusão em palato duro e conteúdo em palato sugestivo de componentes ósseo, adiposo e de partes moles. Realizada exérese cirúrgica aos 8 meses de vida. Em coleta de controle após cirurgia, alfa feto proteína com redução progressiva e último resultado de 8,34 ng/ml.

**DISCUSSÃO:**

O teratoma é um tumor benigno composto pelos três folhetos germinativos que pode acometer diversas regiões do organismo, com tendência à formação em regiões sacrais e com maior incidência no sexo feminino. Acometimento da cavidade orofaríngea é extremamente rara, 2% de todos os teratomas, presentes como grandes massas projetando-se da área orofaríngea, podendo causar obstrução de via aérea logo ao nascimento. A AFP sérica (SAFP) é elevada na maioria dos tumores endodérmicos do saco vitelino e tumores de células germinativas. A diminuição dos níveis de AFP indica uma redução da massa neoplásica e possivelmente, dos riscos de metástases, enquanto níveis aumentados sugerem a recidiva, que pode ser precoce. Diagnóstico precoce permite intervenções mais rápidas e efetivas ao nascimento. Todos os pacientes foram submetidos a ressecção completa do teratoma com radiofrequência bipolar por plasma e não apresentaram complicações imediatas ou tardias da cirurgia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

O diagnóstico precoce do teratoma oral possibilita melhor manejo de obstrução de via aérea e planejamento cirúrgico, evitando riscos para a criança. O monitoramento da alfa feto proteína auxilia no diagnóstico de tumor germinativo e no controle de seguimento pós-operatório. O tratamento cirúrgico com radiofrequência bipolar por plasma mostrou-se eficaz nos casos clínicos, com bom acesso à cavidade e controle dos limites da lesão, particularmente associado ao uso de lupa cirúrgica e fibra ótica.

Palavras-chave: teratoma oral; fenda palatina; radiofrequência por plasma.

PO323

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

**PARALISIA FACIAL CONGÊNITA NEONATAL: um relato de caso**

**AUTOR PRINCIPAL:** KARINA ROSSATTO STEFANELLO

**COAUTORES:** INGRID WENDLAND SANTANNA; JULIA REBELLATO; VITÓRIA KANITZ LÜDKE; YASMIN LAMBERT MILDNER; BRENDA MARION MANZKE; ISADORA BRAGÉ POLETO; JOHANNA MATIELE ASSMANN OSAIDA

**INSTITUIÇÃO:** UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Recém nascido (RN), sexo masculino, branco, nascido por parto cesáreo. A história gestacional não apresenta nenhuma alteração ecográfica, sendo realizado o pré-natal completo. A mãe não possuía nenhuma comorbidade. Ao nascer, o RN apresentou assimetria dos músculos da face com desvio da comissura labial à direita, hipotonia da hemiface e fechamento palpebral incompleto, configurando paralisia facial à esquerda, sem demais alterações neurológicas ao exame. Exames de rotina foram realizados, ecocardiograma estava normal, apresentando forame oval patente, integridade coclear preservada e a imitanciometria estava em valores normais. Foi realizado também o teste de Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico (PEATE) e o teste de otoemissões acústicas transientes e por produto de distorção, os quais não apresentaram alterações, em valores normais. O paciente conseguia se alimentar por leite materno, apesar do desvio da comissura labial à direita. As sorologias para infecções congênicas foram solicitadas, como toxoplasmose e citomegalovírus, apresentando resultado negativo. Foi realizada uma ressonância nuclear magnética do crânio, onde evidenciou que ambos os nervos faciais estavam visibilizados e apresentando aspecto simétrico, o padrão de mielinização estaria dentro do esperado para a faixa etária. Não observou-se outras lesões, hemorragia intracraniana ou desvio de estruturas. Sistema ventricular com forma e dimensões normais. O que conclui que, a ressonância magnética do crânio sem anormalidades, excluindo má formação congênita e tumores vasculares, sem demonstrar compressão de nervos faciais. A terapêutica instituída nesse caso foi a fisioterapia, para estimular e fortalecer a musculatura facial.

**DISCUSSÃO:** O relato descreve um recém-nascido do sexo masculino que, logo ao nascer, apresentou sinais de paralisia facial à esquerda. Esse tipo de apresentação é incomum em neonatos e, como tal, levanta uma série de preocupações diagnósticas e terapêuticas. Uma das primeiras questões é determinar a causa da paralisia. Nota-se que, apesar da investigação minuciosa da equipe médica, a causa da paralisia permaneceu indefinida. Em muitos casos de paralisia facial periférica congênita, a causa pode, de fato, permanecer idiopática, o que torna o diagnóstico e o tratamento um desafio. O fato de o bebê ainda ser capaz de se alimentar com leite materno, é um sinal positivo, pois sugere que a funcionalidade não está gravemente comprometida. No entanto, sem intervenção, pode haver complicações a longo prazo. Por isso, a fisioterapia foi introduzida como a principal modalidade de tratamento, visando melhorar a função muscular facial e prevenir futuras complicações. É importante destacar a necessidade do acompanhamento contínuo para monitorar a evolução da paralisia e ajustar as intervenções conforme necessário. A colaboração entre especialistas em neurologia pediátrica e otorrinolaringologia também será valiosa, proporcionando abordagens terapêuticas complementares.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Este caso ilustra a complexidade da medicina neonatal, onde a causa de uma condição pode ser difícil de determinar, destacando a importância do diagnóstico precoce, da investigação cuidadosa e da intervenção apropriada em pediatria.

**Palavras-chave:** Paralisia Facial; Recém-nascido; Paralisia Facial Unilateral.

PO329

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

Efeitos das Infecções Recorrentes do Ouvido Médio no Desenvolvimento Linguístico: uma revisão integrativa

**AUTOR PRINCIPAL:** KARINA ROSSATTO STEFANELLO

**COAUTORES:** INGRID WENDLAND SANTANNA; JULIA REBELLATO; VITÓRIA KANITZ LÜDKE; YASMIN LAMBERT MILDNER; BRENDA MARION MANZKE; CAIO PEIXOTO QUEIROZ DE BUSTAMANTE; VICENTE SALZANO ROCHA

**INSTITUIÇÃO:** UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL

**OBJETIVOS:** Realizar uma revisão acerca das repercussões da Otite Média (OM) no desenvolvimento linguístico.

**MÉTODOS:** Conduziu-se uma busca nas bases de dados PubMed e Scielo, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde “Otitis Media” e “Language Development”. Na busca, encontraram-se 40 trabalhos, dos quais sete estudos foram selecionados, considerando como critério de seleção artigos publicados no período de 2018 a 2023. Foram selecionados trabalhos em língua inglesa, espanhola e portuguesa, sendo excluídos os duplicados e que não abordavam o tema.

**RESULTADOS:** Pacientes acometidos pela OM podem apresentar sintomas como dor e distúrbios do sono, além de possíveis complicações, como a hipoacusia. Essa afecção é capaz de limitar o desenvolvimento da linguagem e da cognição, o que acaba impactando na interação social, na saúde mental, na vida escolar e profissional. A fim de avaliar essa possibilidade, testes de avaliação formal podem ser aplicados. Em alguns dos artigos analisados, o impacto no desenvolvimento da linguagem, principalmente devido a hipoacusia causada pela Otite Média Aguda (OMA), foi considerado lógico, no entanto, em outros, foi verificado que crianças com maior carga de OMA não possuíam um vocabulário menor em comparação às com menor carga. Além disso, analisando o vocabulário de acordo com a idade das crianças frequentemente acometidas pela OMA, verificou-se um importante avanço desde os 6 a 24 meses, conforme relatado pelos pais. Outros fatores também estão ligados ao desenvolvimento da linguagem, de modo que o sexo masculino, as piores condições socioeconômicas, a menor escolaridade materna, a história familiar de distúrbio do desenvolvimento da comunicação e otite média crônica supurativa, estão relacionados a vocabulários menos expressivos.

**DISCUSSÃO:** O surgimento de problemas no aprendizado da linguagem e desenvolvimento da fala estão, principalmente, envolvidos naquelas crianças que, durante a primeira infância, desenvolveram episódios recorrentes de Otite Média e tiveram como complicação principal a hipoacusia. O cuidado materno com relação à amamentação deve ser feito de maneira rigorosa, pois pode contribuir para uma menor incidência de OMA nos recém-nascidos, uma vez que, devido à anatomia, estes são mais propensos a adquirirem tal patologia. Quando o lactente sofre de um déficit no processamento da audição, ela não possui habilidades para desenvolver de maneira efetiva sua própria fala (vocabulário pequeno, má pronúncia de palavras), mas é capaz de compreender a linguagem/aquilo que está sendo dito. Aliado a essa questão relevante, tem-se fatores alheios interferindo no processo de desenvolvimento da linguagem e da cognição, sendo estes presentes no cotidiano. Posto isso, entender as condições familiares, tanto em relação ao histórico escolar, como na questão da história médica pregressa, se tornam fundamentais para a não evolução neste quesito de formação.

**CONCLUSÃO:** Concluiu-se que é essencial que uma abordagem holística seja adotada ao avaliar e tratar crianças com episódios recorrentes de OM, a partir dos 6 meses, considerando os múltiplos determinantes do desenvolvimento linguístico e cognitivo. A prevenção, por meio de cuidados como a amamentação, e a compreensão ampla das condições e históricos familiares, são cruciais para garantir uma evolução saudável e adequada no desenvolvimento das habilidades linguísticas na infância.

**Palavras-chave:** Otite Média;Desenvolvimento da Linguagem;Linguagem Infantil.

PO353

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Termografia infravermelha da face: comparação entre crianças respiradoras orais e nasais

**AUTOR PRINCIPAL:** AMANDA FREITAS VALENTIM

**COAUTORES:** ANDRÉA RODRIGUES MOTTA; ANDRÉIA ROBERTA SILVA E SOUZA; MARIANA DE CASTRO MACHADO; LETICIA PAIVA FRANCO; GIANCARLO BONOTTO CHEROBIN; FLAVIO BARBOSA NUNES; ANA CRISTINA CÔRTEZ GAMA

**INSTITUIÇÃO:** HC-UFGM, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Termografia infravermelha da face: comparação entre crianças respiradoras orais e nasais

**AUTORES:** Amanda Freitas Valentim<sup>1</sup>, Andréa Rodrigues Motta<sup>2</sup>, Letícia Paiva Franco<sup>3</sup>, Giancarlo Bonotto Cherobin<sup>3</sup>, Flávio Barbosa Nunes<sup>3</sup>, Andréia Roberta Silva e Souza<sup>4</sup>, Mariana de Castro Machado<sup>4</sup>, Ana Cristina Côrtes Gama<sup>2</sup> / Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade Federal de Minas Gerais<sup>1</sup>, Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade Federal de Minas Gerais<sup>2</sup>, Departamento de Medicina da Faculdade Federal de Minas Gerais<sup>3</sup>, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais<sup>4</sup>

**Objetivo:** Comparar a temperatura dos pontos termooanatómicos da face, obtidos por meio da termografia infravermelha, entre crianças respiradoras orais e nasais.

**Métodos:** Estudo observacional transversal realizado com 30 crianças respiradoras nasais e 30 orais de quatro a 11 anos. A termografia infravermelha da face foi realizada em sala com temperatura controlada em  $21 \pm 1^\circ \text{C}$ , onde os pacientes permaneceram por 15 minutos para aclimação antes de realizar o exame. As crianças foram orientadas a permanecer quietas e em silêncio, com os lábios vedados sem tensão, para obtenção de termogramas frontal e perfil direito e esquerdo, utilizando-se a câmera FLIR A315. Além disso, foi medida a temperatura timpânica de cada criança. Foram marcados 14 pontos termooanatómicos no termograma frontal e 6 pontos termooanatómicos em cada termograma de perfil. Foi utilizada a temperatura média normalizada, que pode ser obtida por meio da fórmula (temperatura obtida – temperatura ambiente) / (temperatura timpânica – temperatura ambiente). Para comparação entre os grupos foram utilizados os testes T e Mann Whitney.

**Resultados:** Verificou-se que os pontos termooanatómicos mais próximos ao lábio (Nasolabial, Comissura Labial e Labial Inferior), e meato acústico externo apresentaram temperatura significativamente menor nos respiradores orais do que nos nasais, o que não aconteceu para a maioria dos outros pontos.

**Discussão:** A temperatura normalizada ou adimensional permite eliminar os efeitos da temperatura ambiente e das diferenças de temperatura corporal entre os sujeitos. Ao comparar a temperatura normalizada dos respiradores orais com os nasais, observou-se que as crianças respiradoras orais apresentaram temperatura menor na região dos lábios do que as respiradoras nasais. Os respiradores orais apresentam posição habitual de lábios abertos ou entreabertos, geralmente hipotensos e vedamento labial incompetente. Acredita-se que devido a essas características, tenham menor ativação da musculatura dos lábios, e por isso um menor fluxo sanguíneo na região, que reflete em menor temperatura. A termografia foi capaz de perceber diferenças sutis provocadas pela hipofunção da musculatura dos lábios nos respiradores orais.

Verificou-se também diferença no ponto Meato Acústico Externo, sendo a temperatura menor nos respiradores orais. Sabe-se que essas crianças apresentam maior tendência a alterações na orelha média, devido à obstrução nasal provocar obstrução da tuba auditiva, o que gera pressão negativa e favorece o acúmulo de secreção na orelha média. Entretanto, a maior parte dos respiradores orais apresenta limiares auditivos e timpanometria normais, portanto essa diferença não era esperada.

Na prática clínica, esses resultados são inovadores e podem ser mais uma ferramenta para auxiliar no diagnóstico da respiração oral e principalmente no controle de evolução terapêutica. Muitas vezes, os respiradores orais que estão em terapia e já foram conscientizados sobre a importância da respiração nasal e de manter o vedamento labial, conseguem se monitorar e ficar de lábios fechados na frente dos terapeutas, mas essa não é a posição que assumem na maior parte do tempo. Sendo assim, acredita-se que a termografia infravermelha possa ajudar a certificar quando o paciente de fato está realizando o vedamento labial no seu cotidiano.

**Palavras-chave:** termografia;respiração bucal;criança.

PO365

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

## SÍNDROME DE GRADENIGO EM PRÉ-ESCOLAR COM ALTERAÇÕES GENÉTICAS: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** VITÓRIA FARIAS PAIVA

**COAUTORES:** RICHARD RAFAEL CRUZ DE ANDRADE; LYSA SOUZA FREITAS; BRENO HENRIQUE VIEIRA ARAUJO; MARCELA REZENDE PEREIRA LIMA

**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS), RECIFE - PE - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE), RECIFE - PE - BRASIL3. INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP), RECIFE - PE - BRASIL

### Apresentação do caso:

Paciente, pré-escolar, masculino, 2 anos, chega à urgência otorrinolaringológica apresentando quadro de febre associado a otorreia purulenta em ouvido direito há 4 dias. Na admissão, genitora referia história de IVAS prévia, que evoluiu para um quadro de otite média aguda, abaulamento em região mastoidea direita e edema periorbitário ipsilateral. Ao exame físico paciente apresentava, além do quadro agudo, presença de macrocrania, fáceis síndromicas e atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, sem investigação prévia. Ainda na emergência, foi iniciado tratamento com amoxicilina 50mg/kg/dia e tratamento hospitalar em enfermaria. Após 4 dias, não houve melhora do quadro, sendo optado pela troca do esquema antimicrobiano para ceftriaxona 100mg/kg/dia associado a oxacilina 200mg/kg/dia. Após 96 horas de antibioticoterapia, paciente persistia com febre diária e otorreia purulenta, sendo orientado por otorrinolaringologia do serviço iniciar Clindamicina 30mg/kg/dia e realização cirúrgica de drenagem de abscesso retroauricular a direita, além de timpanomastoidectomia ipsilateral. Na tomografia computadorizada dos ossos temporais, órbita e crânio foram vistas opacificação das mastóides e fendas timpânicas compatíveis com otomastoidite, notando-se uma erosão da parede lateral da mastóide direita, acompanhada de uma coleção nas partes moles da região retroauricular, provável abscesso. Além de redução volumétrica encefálica não usual para a faixa etária. Ainda durante o internamento, foi observada a diminuição de mobilidade do nervo abducente à direita e possibilidade de processo infeccioso intraocular, sendo aventada a hipótese de Síndrome de Gradenigo pela presença da tríade clássica de otite média complicada com otorreia purulenta, dor na área de inervação segundo ramo do nervo trigêmeo e paralisia do nervo abducente. Na avaliação oftalmológica não foram evidenciados sinais de neurite óptica e fundoscopia inocente. Após mudança de antibiótico e realização de procedimento cirúrgico, o paciente evoluiu sem febre, com melhora do edema periorbitário e da otorreia. Indicou-se ainda a investigação do quadro de macrocrania, fáceis síndromicas e atraso no neurodesenvolvimento, tais alterações, associadas a passado de obstrução intestinal congênita, reforçaram a possibilidade de síndrome genética não esclarecida. Como paciente estável clinicamente e superado quadro inicial, foi dada alta hospitalar e orientado acompanhamento ambulatorial com otorrinolaringologia, fonoaudiologia, puericultura e genética no serviço, havendo evolução sem complicações ou recidivas.

### Discussão:

A síndrome de Gradenigo, uma complicação rara de otite média, é caracterizada por otorreia purulenta, paralisia de nervo abducente e dor na área de inervação do nervo trigêmeo. O paciente deste caso apresentava sinais e sintomas clássicos da Síndrome de Gradenigo cuja etiopatogenia pode ser entendida pela descrição da anatomia da porção petrosa do osso temporal. Tal patologia ocorre devido à disseminação por contiguidade da infecção do ouvido médio através das células ósseas aeradas até o ápice da parte petrosa do osso temporal. No passado, na ausência de antibioticoterapia adequada, a disseminação da infecção do ouvido médio para a mastóide e ápice petroso frequentemente resultava em complicações intracranianas sérias, como trombose de seio cavernoso, meningite e morte. Com o advento de novas técnicas diagnósticas e potentes antibióticos, estas complicações se tornaram cada vez mais raras, já que passaram a ser interrompidas em suas fases iniciais.

### Comentários finais:

A síndrome de Gradenigo, apesar da ocorrência rara após o surgimento dos antibióticos, deve ser considerada quando houver dor facial e paralisia de nervo abducente num quadro de otite média. O quadro clínico nem sempre é de fácil tratamento e a doença pode evoluir para quadros mais graves e, muitas vezes, irreversíveis e por isso merece atenção. Além disso, os sintomas associados a essa síndrome necessitam de cuidado em pacientes com alguma outra comorbidade associada pelo risco de gravidade.

**Palavras-chave:** Síndrome de Gradenigo;Complicação;Antibiótico.

**PO389****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****A ANQUILOGLOSSIA E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE****AUTOR PRINCIPAL:** DAVI RAMOS DO NASCIMENTO**COAUTORES:** JULIA TRANCOSO DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE SANTO AGOSTINHO, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL2. FTC FACULDADE ZARNS, SALVADOR - BA - BRASIL**OBJETIVO**

O Objetivo do presente estudo é demonstrar possíveis complicações geradas pela anquiloglossia no lactente e a importância que o seu reconhecimento precoce traz a nível individual e de saúde pública

**MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de revisão assistemática de literatura, em que foram revisados artigos na base de dados PubMed, utilizando-se os descritores “ankyloglossia”, “complications”, “reflux” e “tongue screening test”. Os trabalhos que não atendiam ao objetivo central do estudo, bem como os duplicados foram excluídos, incluindo apenas aqueles publicados entre 2013 e 2023, utilizando-se o filtro “free full text”, estando disponíveis nas línguas inglesa e portuguesa.

**RESULTADO**

Após a utilização combinada dos descritores e a aplicação dos filtros, somaram-se 48 artigos, dos quais foram selecionados 16 trabalhos para serem analisados de forma mais detalhada, com base nas informações contidas no abstract. Dessa forma, 5 artigos foram escolhidos ao final, baseando-se principalmente na sua qualidade metodológica.

**DISCUSSÃO**

Trata-se de uma afecção congênita, caracterizada pela persistência da membrana denominada frênulo lingual, gerando uma limitação na motilidade da língua e consequências em todo o processo de sucção, deglutição e respiração. Estudos demonstram que a anquiloglossia está relacionada a diversos problemas no desenvolvimento do recém nascido (RN), dentre os quais, o prejuízo na amamentação em decorrência da má pega, leva a uma alimentação ineficaz e traz como consequência um baixo ganho de peso. Além disso, exerce efeito negativo sobre desenvolvimento da fala, o que pode resultar em problemas psicológicos, especialmente em idade escolar, em decorrência do medo de se expor e do julgamento de outras crianças. Foi demonstrado também a relação entre a anquiloglossia e a prevalência de respiração oral e alterações no crescimento craniofacial, o que acarreta risco de estenose de vias aéreas superiores, causando limitação no fluxo de ar, especialmente durante o sono, facilitando a ocorrência de fenômenos obstrutivos, como Apneia Obstrutiva do Sono (AOS). Ademais, as pesquisas mostraram correlação com refluxo gastroesofágico (RGE) persistente, podendo ser explicado devido a uma mecânica inadequada da sucção e deglutição, resultando em aerofagia e piorando os sintomas de RGE

**CONCLUSÃO**

A restrição do frênulo lingual pode comprometer as funções de sucção em bebês, dificultando a amamentação e o desenvolvimento da fala e da deglutição, e com grande potencial para outras complicações como AOS. Portanto, é necessário a sistematização do reconhecimento a intervenção precoce de tal acometimento, capacitando profissionais de saúde para prevenir possíveis complicações geradas pela anquiloglossia.

Palavras-chave: ANQUILOGLOSSIA;DESENVOLVIMENTO;COMPLICAÇÕES.

PO406

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

## RISCOS E BENEFÍCIOS DA ADENOTONSILECTOMIA NO TRATAMENTO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA CLARA MEDEIROS ARAÚJO

**COAUTORES:** LUCCA FERDINANDO QUEIROZ FERNANDES; FELIPE FERREIRA WANDERLEY; PAULO ROBERTO DA NÓBREGA COSTA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CAICÓ - RN - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAICÓ - RN - BRASIL. 3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, NATAL - RN - BRASIL

**Objetivo:** Elencar, a partir de uma revisão integrativa da literatura, os riscos e benefícios da adenotonsilectomia no tratamento da apneia obstrutiva do sono (AOS) na população pediátrica e avaliar sua escolha no manejo terapêutico.

**Métodos:** Foram selecionados em agosto de 2023 artigos das plataformas Pubmed, Scielo e Medline através da associação entre os descritores "Sleep Apnea, Obstructive", "Adenoidectomy", "Tonsillectomy" e "Pediatrics" propostos pelo Decs/Mesh. Os critérios de inclusão foram artigos elaborados em português e inglês, disponíveis em formato completo e datados a partir de 2018. Foram excluídos artigos repetidos e que não atendessem ao objetivo do presente estudo. A partir disso, foi realizada uma revisão integrativa da literatura.

**Resultados:** Foram encontrados 84 artigos a partir da pesquisa nas bases de dados e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 23 artigos foram selecionados. Os estudos levaram em consideração o sucesso do procedimento cirúrgico sob aspectos polissonográficos e clínicos. Os resultados de polissonografia (PSG) após adenotonsilectomia para crianças com AOS variam consideravelmente, com taxas de sucesso de 27 a 80%, dependendo do desenho do estudo e dos critérios de PSG. Do ponto de vista sintomático, evidências apontam à melhoria da qualidade de vida de crianças com AOS após a adenotonsilectomia. Em relação aos riscos de complicações cirúrgicas, chama-se a atenção ao laringoespasmo, dessaturação de oxigênio, hemorragia secundária ou doença persistente após o procedimento. Entre as contra-indicações relativas ao procedimento, estão incluídas: crianças abaixo de 3 anos de idade, pouco ou nenhum tecido adenotonsilar, fenda palatina submucosa, distúrbios hemorrágicos que não possam ser adequadamente controlados para cirurgia ou outros distúrbios que tornem o paciente clinicamente instável.

**Discussão:** A AOS é uma afecção comum na população pediátrica e em grande parte dos pacientes está associada ao tecido hipertrófico das adenóides e/ou amígdalas. Se não tratada, a AOS tem sido associada a uma ampla série de morbidades como problemas comportamentais e de aprendizagem, comprometimento do crescimento (incluindo retardo de crescimento) e complicações cardiovasculares. Nessa perspectiva, a remoção cirúrgica das amígdalas e adenóides é amplamente reconhecida como tratamento de escolha para crianças com AOS. No entanto, o risco de complicações exige uma avaliação cuidadosa da relação risco-benefício da intervenção cirúrgica para cada paciente. Além disso, a disponibilidade de outras opções terapêuticas menos invasivas como a espera vigilante, terapia com pressão positiva nas vias aéreas, perda ponderal, expansão rápida da maxila, corticosteróides/terapia antiinflamatória e terapia posicional deve ser levada em consideração no plano terapêutico de cada paciente.

**Conclusão:** A decisão acerca da escolha terapêutica na AOS deve levar em consideração fatores como a idade da criança, sintomas clínicos, presença de comorbidades, fatores de risco para complicações cirúrgicas e preferência dos pais, sobretudo na perspectiva de individualização do cuidado. Pode-se concluir, portanto, a adenotonsilectomia como uma opção terapêutica válida na AOS em crianças saudáveis acima de três anos de idade com hipertrofia adenotonsilar.

**Palavras-chave:** Apneia Obstrutiva do Sono; Adenoidectomy; Tonsilectomia.



**PO408**

## **E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA** **IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA (DEFICIÊNCIA DE IGA)**

**AUTOR PRINCIPAL:** DIAGO RAFAEL MOTA FASANARO

**COAUTORES:** YASMIN DE REZENDE BEIRIZ; MAÍRA SOUZA DE ANDRADE CHOI; MILA MACÊDO ALMEIDA CELI SERAFIM; MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ; MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO; BRANDA CAVALCANTE DOURADO; RENATA ISIS DE OLIVEIRA CABRAL

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL OTORRINOS DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. UNIFTC SALVADOR, SALVADOR - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** L.S.S, Feminino, 7 anos, encaminhada ao serviço ambulatorial de otorrinolaringologia de um hospital municipal de Feira de Santana devido a um quadro de rinorreia purulenta, febre e dor facial. A paciente negou comorbidades ou alergias medicamentosas, apresentou um episódio de pneumonia associada a derrame pleural com internação hospitalar meses antes do quadro. A videonasofibroscopia evidenciou secreção purulenta bilateral em meato médio. Foi realizado tratamento para rinossinusite aguda (RSA) com antibiótico oral, lavagem nasal de alto volume e corticoide oral com boa remissão do quadro. Em Consultas posteriores, a paciente apresentou mais 3 episódios de RSA, um evoluindo com complicação orbitária pré-septal, com boa resposta após tratamento com antibioticoterapia. Devido ao quadro constante de infecções de vias aéreas superiores e uso de antibióticos desde o nascimento, suspeitou-se de imunodeficiência primária, sendo solicitado dosagem sérica de imunoglobulinas evidenciando IgG e IgM dentro da normalidade e IgA < 7 mg/dl (Deficiência de IgA). A Paciente continuou o seguimento no serviço ambulatorial de alergia e imunologia\otorrinolaringologia, mantendo tratamento contínuo com lavagem nasal, e corticoide tópico associado a anti-histamínico durante as crises de rinite. Realizou vacinação com a pneumocócica polissacarídica 23-valente e a conjugada 13-valente. Devido a recorrência dos quadros de RSA iniciou tratamento profilático com macrolídeo oral.

**Discussão:** As Imunodeficiências primárias (IDP) ocorrem devido a alterações genéticas do sistema imune resultando em um aumento na incidência de infecções. A deficiência da imunoglobulina A é a deficiência primária mais prevalente. Sua prevalência é em torno de 1: 700 nascidos vivos, predominando no sexo masculino. 60% dos pacientes apresentam-se assintomáticos, o restante pode apresentar quadros de infecções de repetição graves, principalmente em vias aéreas e aparelho gastrointestinal. Sua frequência é maior em quadros alérgicos graves, artrite reumatóide juvenil e na doença celíaca. Na presença dos sinais de alerta para IDP em crianças, realiza-se o diagnóstico definitivo através da dosagem sérica de imunoglobulinas. Em indivíduos maiores de 4 anos de idade, níveis séricos de IgA < 7 mg/ dL, presença de concentrações séricas de imunoglobulina G e M normais, função de células T4 normal e exclusão de outras causas de hipogamaglobulinemia confirmam o diagnóstico. O tratamento específico com reposição de IgA não é recomendado. A antibioticoterapia profilática pode ser necessária em alguns pacientes com persistência de processos infecciosos do trato respiratório.

**Considerações finais:** É fundamental a atenção do otorrinolaringologista diante dos sinais de alerta para imunodeficiência primária em crianças. Apesar de apresentar uma evolução geralmente benigna, os pacientes com deficiência de IgA devem ser acompanhados regularmente pois podem apresentar infecções de repetição e quadros alérgicos graves.

**Palavras-chave:** IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA;DEFICIÊNCIA DE IGA;OTORRINOLARINGOLOGIA.

**PO419****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****PANSSINUSOPATIA COMPLICADA COM AMAUROSE: UM RELATO DE CASO.****AUTOR PRINCIPAL:** CAROLINA LUZ SILVA**COAUTORES:** ANNA BEATRIZ VILAS BOAS MOREIRA; DANIEL NASCIMENTO MACHADO; MARIA CLARA MONTEIRO DE SOUZA LIMA; HELISSANDRO ANDRADE COELHO; PIERANGELI OLIVEIRA LUZ**INSTITUIÇÃO:** 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL. 2. HOSPITAL JORGE VALENTE, SALVADOR - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, 15 anos, procurou emergência de hospital privado de Salvador- BA apresentando edema e hiperemia importantes em pálpebra esquerda, associados a dor local e sem conseguir abrir o olho acometido. Genitor relata que o paciente apresentou quadro de obstrução nasal e secreção ocular, há mais de 7 dias. Ao exame, encontrava-se em bom estado geral, chamando a atenção o edema periorbital esquerdo importante, além de dor à palpação e hiperemia locais, sem conseguir abrir o olho esquerdo e sem outras lesões de pele nesta região. A tomografia computadorizada (TC) de órbitas evidenciou, além dos achados compatíveis com pansinusopatia aguda dos seios maxilar e frontal esquerdos, proptose esquerda, com aumento das partes moles na região periorbitária ipsilateral, principalmente na pálpebra superior e com extensão à região pós-septal, onde foi observada coleção hipodensa de volume estimado em 4ml, indicando presença de abscesso orbitário. O paciente foi internado e iniciada antibioticoterapia com Oxacilina e Ceftriaxona. Após 1 semana de tratamento hospitalar, o paciente apresentou melhora da celulite orbitária, evidenciada em nova TC de órbitas e redução da proptose, mas o conteúdo hipodenso na gordura extra-conal superior ainda permanecia. No 9º dia de internação, paciente volta a piorar, com retorno da proptose, edema orbitário e amaurose à esquerda. Solicitação de nova TC de órbitas pela equipe de otorrinolaringologia evidenciou espessamento periorbitário esquerdo, pequena coleção pré-septal, com sinais de disseminação pós-septal, obliteração dos seios frontais, etmoidais e parte do maxilar esquerdos e coleção axial na convexidade frontal esquerda. Diante dos resultados, foi indicada drenagem cirúrgica. Logo, o paciente foi submetido a cirurgia endoscópica nasal para drenagem dos seios da face e descompressão de órbita à esquerda. Sob anestesia geral, foi realizada abertura dos seios maxilar e frontal esquerdos, com drenagem de secreção mucopurulenta, assim como bulectomia e incisão na pálpebra superior esquerda, com drenagem de secreção e colocação de dreno Penrose no 1, sem intercorrências durante e após o procedimento. Foi feito acompanhamento conjunto com a Oftalmologia, Infectologia e Neurocirurgia. O paciente recebeu alta após 20 dias de internação, sem intercorrências e com recuperação parcial da visão.

**Discussão:** A rinossinusite é um processo inflamatório da mucosa do nariz e dos seios paranasais, considerada aguda quando os sintomas têm duração de até 12 semanas (1). Apesar do avanço da antibioticoterapia ter proporcionado um melhor prognóstico para o paciente, há literaturas que demonstram que o uso de antibióticos não traz vantagens na prevenção de complicações dessa patologia (2), enquanto outras defendem o uso de Clindamicina ou Vancomicina, pois as espécies de *Streptococcus* e *Staphylococcus* são as principais causadoras da patologia e estão associadas a maior risco de complicação (3). As complicações da rinossinusite aguda (RSA) bacteriana, quando ocorrem, são mais frequentes na população infantil, devido à sua anatomia, e no sexo masculino (4). Apesar de as complicações orbitárias apresentarem elevada prevalência em pacientes com RSA, a taxa de complicações com amaurose é cerca de 11% (1). Os sinais e sintomas de alerta apresentados por pacientes com complicações orbitárias incluem: edema difuso do conteúdo orbital, proptose, quemose, dor que aumenta com a pressão ou movimentação do olho e limitação da movimentação ocular.

**Comentários finais:** O presente estudo relata o caso de um paciente do sexo masculino, 15 anos, que cursou com quadro de pansinusopatia aguda, patologia de elevada prevalência. A partir da realização da TC da órbita, foi possível identificar a presença de abscesso orbitário. Foi tratado com antibioticoterapia combinada, mas não apresentou bom prognóstico e evoluiu com amaurose, complicação de baixa prevalência, sendo necessária drenagem cirúrgica. Não houve intercorrências entre o pós-operatório imediato e a alta hospitalar.

**Palavras-chave:** otorrinolaringologia; sinusite; abscesso.

PO437

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****ABSTINÊNCIA POR DROGAS SEDOANALGÉSICAS PÓS ADENOAMIGDALECTOMIA****AUTOR PRINCIPAL:** PRISCILA CAVALIERI MASSON**COAUTORES:** INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO; KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS; TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA; LUCAS CHOI MARCHESANO; LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI; PAULA ANGELICA LORENZON SILVEIRA; INGRA PEREIRA MONTI MARTINS**INSTITUIÇÃO:** IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

KLCR, 3 anos, sexo masculino, internado eletivamente para realização de adenoamigdalectomia, que foi realizada sem ressalvas, evoluiu com estridor e desconforto respiratório após extubação devido a migração do cuff para nível de pregas vocais no intraoperatório. A equipe de pediatria iniciou as medidas através do uso de dexametasona EV 2 mg e inalação com adrenalina 5 ampolas. Entretanto, o paciente se mostrou refratário a abordagem e ainda apresentou, associado aos sintomas, um quadro de agitação, optando pela transferência para a unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica e a reintubação (IOT) com uso de ventilação mecânica (VM) e sedoanalgesia. Exames laboratoriais sem alterações e culturas negativas. Após 4 dias em IOT+VM foi realizada a extubação acidental após 1 episódio de vômito, sem desconforto respiratório, cancelado a indicação de laringoscopia exploradora para extubação. Posteriormente, acordado e contactante, o paciente evolui com sonolência, choro, tremores, movimentos repetitivos frente à face e baixa aceitação de dieta. Com a hipótese diagnóstica de laringoespasma após extubação associado a abstinência por uso de sedoanalgésicos, a conduta conjunta com a pediatria foi de iniciar o protocolo de desmame gradual das medicações vigentes e associação com lorazepam, metadona e morfina. Cerca de 9 dias após extubação, paciente apresentava-se ativo, estável hemodinamicamente, sem queixas respiratórias, com boa aceitação da dieta e afebril. Não apresentou mais nenhum episódio de movimentação de membros, mantendo fala normal, brincando em leito e disposto. Recebeu alta hospitalar no 12 pós operatório sem queixas relacionadas à cirurgia.

**DISCUSSÃO**

O uso de sedativos e analgésicos para a realização de procedimentos cirúrgicos é necessário, permitindo a intubação orotraqueal do paciente, além de ser frequentemente usada em crianças internadas, principalmente aquelas em ventilação mecânica e em pós-operatório. Os sedativos visam aliviar a ansiedade e a dor, controlando a agitação, além de atenuar a resposta ao estresse e adaptar o paciente a ventilação mecânica. Já os analgésicos têm como finalidade minimizar ou eliminar a dor ocasionada pela própria doença e/ou pela realização de procedimentos. Dentre as medicações mais utilizadas estão os opióides e benzodiazepínicos, mas o uso prolongado ou dose elevada podem desencadear efeitos colaterais indesejados, como a síndrome de abstinência. A síndrome de abstinência é o conjunto de sinais e sintomas decorrente da interrupção ou diminuição de determinado medicamento ou substância, cessando quando há o retorno da sua administração ou o uso de drogas apropriadas. A incidência desse quadro não é elevada, entretanto, o desencadeante é extremamente comum, sendo nesse caso, proveniente da sedoanalgesia para realização de uma adenoamigdalectomia. A cirurgia de adenoamigdalectomia é a mais realizada na faixa etária pediátrica no mundo, constituindo um procedimento cirúrgico de fácil execução técnica, porém, com possibilidade de variadas complicações. Em sua maioria, as complicações, não são tão críticas, todavia, o decorrer de uma evolução com edema de laringe pós-intubação pode gerar desfechos fatais.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A adenoamigdalectomia possui elevada prevalência na faixa etária pediátrica. As complicações de vias aéreas podem ser esperadas em tal procedimento. A síndrome de abstinência é relativamente rara e com poucos relatos na literatura. Entretanto, os fatores desencadeantes do quadro são corriqueiros na especialidade cirúrgica e podem ocorrer no pós operatório de cirurgia otorrinolaringológica. O diagnóstico desta síndrome é necessário para uma abordagem adequada, efetiva e precoce.

Palavras-chave: adenoamigdalectomia; abstinência; complicações.

PO452

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

ESTENOSE SUBGLÓTICA PÓS INTUBAÇÃO EM LACTENTES EM HOSPITAL TERCIÁRIO  
- SÉRIE DE CASOS

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA RECH

**COAUTORES:** LUCIANA PIMENTEL OPPERMAN; VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ; CAROLINA SARCINELLI SPINELLI

**INSTITUIÇÃO:** GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Objetivos:** Realizar uma análise das características de 7 casos de estenose subglótica pós-intubação ocorridas entre abril e setembro de 2023 no Hospital da Criança Conceição, em Porto Alegre, destacando os fatores observados antes de sua ocorrência, a apresentação clínica e as intervenções cirúrgicas realizadas.

**Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo descritivo com base na consulta de prontuários de 7 pacientes do sexo masculino, com idade entre 2 meses e 2 anos de idade, que apresentaram quadro de estenose subglótica pós intubação e necessitaram de intervenção cirúrgica.

**Resultados:** Todos os pacientes selecionados são do sexo masculino e foram avaliados pela equipe de otorrinolaringologia do Hospital da Criança Conceição. Quanto ao painel viral inicial, três dos sete pacientes apresentavam infecção por vírus sincicial respiratório, um por COVID e outro por Influenza B. Duas crianças tiveram painel viral negativo em primeiro momento. O tempo de intubação variou de 2 dias a 26 dias, sendo que duas crianças apresentaram falha de extubação duas vezes durante o processo. Todos foram intubados com tubo orotraqueal com balonete. Em 3 dos casos, a intubação foi realizada em UTI pediátrica, enquanto nos outros 4, em emergência hospitalar. Dos sete pacientes, cinco apresentavam estenose subglótica grau III na primeira avaliação realizada por nasofibrolaringoscopia e laringoscopia direta, enquanto dois apresentavam grau II. Para a intervenção cirúrgica, foi utilizado cateter de angioplastia em dois casos, velas de Hegar em outros dois e alternado entre os dois métodos nos outros três. Uma das crianças necessitou de cricostomia ampliada realizada por equipe da cirurgia pediátrica após cinco tentativas de dilatação com cateter de angioplastia. Uma criança necessitou apenas de uma dilatação e segue sem recorrência. Cinco dos sete pacientes seguem em acompanhamento e realizando novas dilatações.

**Discussão:** Estenose subglótica é um estreitamento da luz da laringe na altura da cartilagem cricoide, podendo estender-se para a região glótica ou para a traqueia. Pode ser congênita ou adquirida, sendo que cerca de 90% dos casos adquiridos são decorrentes de lesão após intubação. Alguns fatores de risco estão associados à sua ocorrência, entre eles a idade do paciente, tamanho e forma da laringe, presença de doenças como refluxo gastroesofágico associadas, tubo com tamanho acima do correto, intubação traumática, de urgência, necessidade de reintubação, sedação deficiente e a pressão insuflada em balonete. É dividida em graus conforme a classificação de Cotton-Myer, que leva em consideração o estreitamento da via aérea, sendo grau I quando apresenta obstrução de 0-50%; grau II de 51-70%; grau III de 71-99% e grau IV quando não há lúmen detectável. Os sintomas mais observados são estridor bifásico ou inspiratório inicialmente, podendo evoluir para desconforto respiratório com tiragem subcostal e furcular quando em quadros graves. O tratamento pode ser realizado de diversas formas, entre elas a dilatação com balão e com velas de Hegar. Em casos refratários, cirurgias abertas podem ser consideradas.

**Conclusão:** A estenose subglótica é uma condição que, quando grave, pode comprometer o desenvolvimento e gerar repercussões clínicas importantes para crianças que passaram por uma intubação. O limiar de suspeição clínica deve ser baixo, pois o desfecho pode ser letal. É necessário estar atento aos fatores de risco e aos sinais e sintomas, a fim de realizar uma intervenção precoce e reduzir os danos ao paciente

**Palavras-chave:** Estenose subglótica; Pós intubação; Lactentes.

PO479

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Estudo dos efeitos da utilização de anestesia local associada à anestesia geral em adenoamigdalectomias

**AUTOR PRINCIPAL:** LUISI MARIA MEZZOMO

**COAUTORES:** LOUISE FERREIRA IUNKLAUS; YASSER JEBABI; LUCAS RESENDE LUCINDA MANGIA; YASMIN BISCOLA DA CRUZ; GIOVANA SPILERE PERUCHI; ROGÉRIO DE AZEVEDO HAMERSCHMIDT

**INSTITUIÇÃO:** UFPR, UFPR - PR - BRASIL

**Objetivo:** Avaliar a eficácia da infiltração de lidocaína em loja amigdaliana durante o procedimento de adenoamigdalectomia.

**Método:** Realizou-se adenoamigdalectomia a frio por curetagem e dissecação em 39 crianças, dividindo-as em dois grupos. No grupo estudo foi infiltrado lidocaína 2% sem vasoconstritor no espaço peritonsilar, logo antes do início da curetagem da adenoide. A dose de lidocaína a ser injetada foi mensurada de acordo com o peso da criança, na dose de 4,0mg/Kg do peso corporal, não excedendo 300 mg no total. No grupo controle não foi feita infiltração de medicações ou outros líquidos. A cada 10 minutos foram registradas a frequência cardíaca e a pressão arterial. Usamos escala visual analógica de dor na internação pós-operatória. Comparou-se a dor pós-operatória e a variação dos parâmetros fisiológicos durante o procedimento.

**Resultados:** Não foram encontradas predominância de sexo, ou diferença significativa quanto ao peso corporal e tamanho das amígdalas entre os grupos, apesar de ter sido entrada uma discrepância significativa em relação à idade. Observou-se uma diferença importante na mediana da frequência cardíaca durante os 20 a 30 minutos de procedimento, sendo os valores maiores encontrados no grupo controle. Além disso, este grupo apresentou uma menor mediana na variação de pressão sistólica e diastólica em alguns momentos. Nos resultados, não foi encontrada nenhuma diferença quanto à avaliação da escala analógica de dor.

**Conclusão:** Ainda não ficou esclarecido se as alterações provocadas pela infiltração com solução salina, com ou sem adrenalina, ou pela infiltração de adrenalina com outros anestésicos tópicos, podem estar implicadas em uma redução da dor, assim como estão associadas a redução do sangramento e duração do procedimento. O presente estudo pode auxiliar futuros estudos a demonstrarem que a lidocaína infiltrada nas cirurgias de adenoamigdaliana pode não ser fator que promova a melhora da dor neste procedimento.

**Palavras-chave:** Adenoamigdalectomia;Anestesia local;Lidocaína.

**PO481****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****ATRESIA DE COANAS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM RECÉM-NASCIDO COM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO****AUTOR PRINCIPAL:** MATHEUS LISATCHOK**COAUTORES:** RAFAEL DE CASTRO DA SILVA; TIAGO CARDOSO MARTINELLI; CARINA YURI FUSSUMA; LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE; DÉBORA BRESSAN PAZINATTO; REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL

**RESUMO CLÍNICO:** Paciente recém-nascido de parto cesárea, a termo (38s+2d), com APGAR 8/9, AIG, evolui em sala de parto com desconforto respiratório e insuficiência respiratória aguda, além de relato de não progressão de sonda nasogástrica de calibre 8 e 6 em ambas as narinas. Procedida à intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

Realizada nasofibroscopia a beira do leito, com grande quantidade de secreção hialina bilateralmente e após a aspiração, verificado atresia bilateral de coanas. Aos 5 dias de vida, tomografia de seios da face evidenciou atresia de coanas bilateralmente, sendo à esquerda de característica óssea, e à direita, mista. Aos 15 dias de vida, realizada a correção cirúrgica pela técnica Cross-Over Flap Technique. Durante o procedimento, foram confeccionados retalhos mucosos de zonas doadoras da cavidade nasal, seguidos pela ressecção da porção posterior do septo, da placa atrésica em si e do pterigoide medial.

Houve boa evolução pós-operatória, que permitiu extubação em 3 dias do procedimento, e re-introdução da alimentação via oral. No 9º dia do pós-operatório, realizada endoscopia revisional em centro cirúrgico para avaliação do posicionamento dos retalhos, que estavam bem locados e vascularizados. Apesar do paciente estar assintomático, tal programação de revisão em centro cirúrgico entre o 7º e 10º dia do pós-operatório faz parte da rotina do serviço para melhor controle do status pós-operatório. Atualmente, paciente extubado, com progressão de dieta via oral, sem sinais de desconforto respiratório e previsão de alta de UTI neonatal conforme desmame adequado de sedação, com possibilidade de acompanhamento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** A atresia de coanas é uma patologia congênita, em que a comunicação entre a cavidade nasal e a nasofaringe está ocupada por tecido ósseo, mucoso ou uma combinação de ambos por uma falha de desenvolvimento embrionário. Em casos bilaterais, o recém-nascido é incapaz de respirar, e promover uma via aérea segura deve ser a prioridade logo após o nascimento.

A atresia de coanas pode estar relacionada a diversas outras anomalias, sendo a síndrome CHARGE a associação síndrome mais prevalente. A investigação de outras malformações associadas, como renal e cardiovasculares, também é mandatória. A suspeita clínica de atresia coanal deve ser confirmada pelo exame endoscópico nasal flexível na beira do leito, após aspiração de cavidade nasal, com visualização da placa atrésica. Adicionalmente, deve-se realizar tomografia computadorizada para auxiliar na programação cirúrgica.

O tratamento da atresia coanal é essencialmente cirúrgico, tendo como principal objetivo restabelecer a patência coanal, sendo o acesso transnasal preferencialmente utilizado. Conforme descrito no caso, a intervenção deve ocorrer de forma precoce. No pós-operatório, além das reavaliações clínicas, os autores preconizam avaliações endoscópicas de controle, com a primeira no centro cirúrgico e as demais com nasofibrolaringoscopia flexível na beira do leito. No serviço, a primeira endoscopia revisional é realizada em centro cirúrgico entre 7 a 10 dias do pós-operatório, com a possibilidade de limpeza mecânica eficaz e controle da viabilidade e posição dos retalhos.

**CONCLUSÃO:** A atresia de coanas congênita representa um dos principais diagnósticos a serem considerados diante de um recém-nascido com desconforto respiratório. O otorrinolaringologista desempenha papel importante na avaliação diagnóstica com a nasofibrolaringoscopia flexível na beira do leito e planejamento cirúrgico. A correção cirúrgica é mandatória nos casos bilaterais, e deve ser programada o mais precoce possível. O uso dos endoscópios permite acesso transnasal com boa visualização da placa atrésica e instrumentais delicados são necessários. Não há consenso em relação ao uso de stents.

Os autores preconizam controles endoscópicos seriados, com o primeiro em centro cirúrgico, e demais com nasofibrolaringoscopias à beira do leito ou ambulatoriais.

Palavras-chave: ATRESIA DE COANAS; DESCONFORTO RESPIRATÓRIO; VIA AÉREA PEDIÁTRICA.

PO507

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Atresia de coanas bilateral no recém-nascido: do diagnóstico ao tratamento

**AUTOR PRINCIPAL:** RAFAEL SIQUEIRA DE CARVALHO

**COAUTORES:** ALEXANDRE HERCULANNO RIBERA MARCIÃO; YANE MELO DA SILVA SANTANA; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; ANA LUIZA PINTO FREIRE; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES; ANA PAULA MELO DE JESUS

**INSTITUIÇÃO:** 1. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL

**Apresentação do caso:** R.F.C.P, recém-nascido a termo, 38 semanas, parto vaginal, nascido no dia 20/02/2023 em Itacoatiara-Amazonas, evoluindo com desconforto respiratório associado a cianose e dessaturação desde o primeiro dia de vida. Paciente foi submetido a colocação de sonda enteral via oral, após falha na tentativa de passagem de sonda nasoenteral, devido resistência em ambas fossas nasais, para manutenção da dieta. Foi solicitado parecer da Otorrinolaringologia e realizou-se Tomografia Computadorizada, onde evidenciou sinais compatíveis com Atresia de Coanas Bilateral, confirmado pelo exame de Nasofibrosopia Flexível. Foi submetido a cirurgia de correção de Atresia de Coanas Bilateral por via endoscópica, no dia 13/05/2023, no Instituto da Saúde da Criança do Amazonas, após 02 meses e 22 dias de vida. Durante o ato cirúrgico, após indução anestésica e aspiração de fossas nasais, foram colocados cotonóides com solução de lidocaína com adrenalina para vasoconstricção, com posterior incisão e abertura da placa atrésica com auxílio de pinça Foice, tesoura Belutti e dissector reto de ambas as fossas nasais. Após o procedimento, colocou-se sonda de aspiração número 10 em formato de U com duas aberturas semi-radiais e fixação da mesma em columela nasal, protegida com gaze, deixando a sonda por 4 semanas. Lactente evoluiu bem hemodinamicamente com melhora do quadro clínico observado durante acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** A atresia de coanas é a anormalidade congênita mais comum do nariz, devido a falha no desenvolvimento da ruptura normal da membrana muconasal que separa as cavidades bucal e buconasal entre o 35º e 38º dia fetal, causando uma obliteração ou bloqueio da abertura nasal posterior. Recém-nascidos com Atresia de Coana Unilateral geralmente apresentam secreção ou obstrução nasal tardiamente. Já a Bilateral, apresenta-se com obstrução das vias aéreas superiores de forma mais precoce, evoluindo com respiração ruidosa e cianose que piora durante a amamentação, como a descrita no caso. Dados epidemiológicos apontam que a Atresia de Coanas ocorre em aproximadamente 1 em cada 7.000 nascidos vivos, sendo mais comum em meninas do que em meninos (2:1), com aproximadamente dois terços dos casos sendo unilaterais. A atresia bilateral é considerada uma emergência médica, visto que a respiração do recém-nascido nas primeiras 3 semanas é exclusivamente nasal. No caso apresentado, foi observado que o paciente se adaptou de maneira atípica a respiração oral, sem necessidade de intubação orotraqueal ou traqueostomia nas primeiras 24 horas de vida. De acordo com dados de janeiro de 2022 a setembro de 2023 no estado do Amazonas, foram registrados 1.733 casos de transtornos respiratórios de origem perinatal, dos quais, somente 01 foi registrado de Atresia de Coanas Bilateral em um recém-nascido do sexo masculino. No entanto, pode haver casos de subnotificações devido as características da região amazônica, devido ao baixo acesso à saúde no interior do Estado.

**Comentários finais:** No presente relato de caso, descrevemos uma situação clínica rara e desafiadora: um recém-nascido do sexo masculino com Atresia de Coanas Bilateral com adaptação a respiração oral nos primeiros dias de vida. Concluímos a importância do diagnóstico precoce da Atresia de Coanas Bilateral e realização do tratamento adequado por uma equipe de profissionais capacitados e com a estrutura adequada para realização dos procedimentos necessários, para que casos raros como este, possam ser reconhecidos e tratados com a mesma eficácia das afecções mais prevalentes na região.

**Palavras-chave:** coana; anomalia congênita; cirurgia endoscópica.



PO513

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

**ATRESIA DE COANA BILATERAL EVOLUINDO COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA:  
RELATO DE CASO**

**AUTOR PRINCIPAL:** VANESSA MACIEL DE MENDONÇA RIBEIRO

**COAUTORES:** MONIQUE SOUTO DE ANDRADE SOUZA; LILAYNE KARLA DE SOUZA ARAUJO; RAVI RODRIGUES DE LIMA; EMANUELA YUMI FUGISAWA DE MELLO ALCÂNTARA; REBECCA GALLARDO FRANCO DE ANDRADE; FABIO TADEU MOURA LORENZETTI

**INSTITUIÇÃO:** PUC SP, SOROCABA - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente com 3 meses e 8 dias de vida, sexo feminino, nascida com 36 semanas e 3/7, parto cesárea eletivo por restrição do crescimento intrauterino, apresentou desconforto respiratório nas primeiras horas de vida evoluindo com necessidade de intubação orotraqueal. Foram realizados exames laboratoriais, incluindo culturas, descartando-se sepse neonatal precoce. Houve falha de progressão de sonda nasotraqueal número 4 em ambas narinas, sendo realizada TC de seios da face evidenciando atresia de coanas. Foram descartadas outras má formações por meio de ecocardiograma, ultrassonografia de abdome total e transfontanela. Acionou-se equipe de otorrinolaringologia, sendo realizado videonasofibroscopia visualizando-se atresia de coana bilateral. Optou-se por correção cirúrgica provisória com técnica endoscópica nasal com stent, visto que paciente mantinha necessidade de ventilação mecânica, não sendo possível postergar o procedimento. No ato cirúrgico foi observada atresia do tipo membranosa. No 1º dia do pós operatório paciente foi extubada, não apresentando mais desconforto respiratório. Programou-se 45 dias de cânula e possível nova abordagem cirúrgica definitiva.

**DISCUSSÃO:** A atresia de coana é uma alteração craniofacial caracterizada por obliteração da abertura nasal posterior, sendo a anomalia congênita mais frequente das fossas nasais. Predomina no sexo feminino, com incidência de aproximadamente 1 a cada 5.000-8.000 neonatos. Podem apresentar componente ósseo, membranoso ou misto, sendo a maioria unilateral e óssea. Existem algumas teorias para explicar a origem dessa má formação, dentre as mais aceitas: persistência da membrana bucofaríngea, falha no rompimento fisiológico da membrana buconasal, aderência de tecido mesodérmico e crescimento do osso palatino. Em 20 a 50% dos casos pode estar associada a outras anomalias, caracterizando a síndrome CHARGE (coloboma, malformação cardíaca, atresia de coanas, déficit mental e retardo do crescimento, anomalias genitais, má formação de orelhas e/ou surdez). Sua apresentação clínica pode variar desde discreto desconforto respiratório, que piora durante as mamadas, até insuficiência respiratória grave. Nos casos unilaterais o diagnóstico é mais tardio e os pacientes comumente apresentam obstrução nasal e rinorreia. Quando os dois lados são afetados, podem apresentar desconforto respiratório logo ao nascimento e evoluir com insuficiência respiratória grave, devido a respiração nasal exclusiva nas 3 primeiras semanas de vida. Diante da suspeita clínica, afastando-se outras causas de desconforto respiratório, algumas manobras podem ser realizadas tais como passagem de sonda pelas fossas nasais e observação da condensação do ar sobre um espelho colocado abaixo das narinas. A tomografia computadorizada dos seios da face e a nasofibroscopia, além da confirmação diagnóstica, são de grande auxílio para o planejamento terapêutico. A abordagem inicial consiste em garantir uma via aérea oral, com intubação orotraqueal se necessária, até o tratamento definitivo. Atualmente, as técnicas cirúrgicas disponíveis são: transnasal endoscópica e microscópica, transpalatal, transseptal e transantral. As técnicas endonasais estão associadas a menor tempo cirúrgico e menor risco de sangramento, mas podem complicar com fístula liquórica e meningite por fratura da lâmina crivosa), reestenose e ressecções incompletas. A colocação de stents é comumente realizada, mas faltam dados na literatura quanto ao tempo de uso e ao tipo de material utilizado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A atresia de coana, apesar de rara, deve ser considerada em todo paciente com queixa respiratória de obstrução, levando em conta os diagnósticos diferenciais. Nos casos bilaterais, o diagnóstico é realizado mais precocemente devido a sintomatologia exuberante, devendo ser na maioria dos casos corrigida já nas primeiras semanas de vida. A técnica cirúrgica mais utilizada atualmente é a transnasal endoscópica, não havendo ainda um consenso na literatura quanto ao uso de stents

**Palavras-chave:** INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA; atresia de coanas; alteração craniofacial.

PO516

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**  
**RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO ORBITAL: RELATO DE CASO**

**AUTOR PRINCIPAL:** LUÍS ANDRÉ NEVES BAPTISTA

**COAUTORES:** CATARINA MORAIS; TIAGO COLAÇO; BEATRIZ LANÇA; PEDRO ESCADA

**INSTITUIÇÃO:** CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, LISBOA - PORTUGAL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 3 anos, relato em abril de 2022 de um pequeno edema em pálpebras inferior e superior à direita, sendo diagnosticado e tratado como celulite, porém com rápida progressão da lesão apesar do tratamento. Relato também de manchas na pele em investigação, que receberam o diagnóstico de neurofibromatose tipo 1. Tomografia computadorizada de seios da face evidenciou lesão expansiva pós-septal em órbita à direita com densidade de partes moles, deslocando lateralmente a artéria oftálmica e determinando proptose ocular. Paciente foi submetido a cirurgia de ressecção de tumor e descompressão orbital em maio de 2022. A análise anatomopatológica indicou neoplasia maligna sugestiva de rabdomiossarcoma embrionário. Ressonância magnética de julho de 2022 mostra lesão expansiva com componente de partes moles no espaço pós-septal medial da órbita direita e com aparente expansão óssea. Foi realizada a ressecção do tumor residual via endonasal, removendo massa de concha média direita, etmoide e periórbita. Iniciou quimioterapia em novembro com vinorelbina semanal e RM de controle não detectou mais componente expansivo de região pós septal. Após 6 meses de QT realizou tratamento com Bactrim por 3 meses. Paciente acompanha ambulatorialmente realizando RM a cada 6 meses e exames laboratoriais a cada 2 meses.

**DISCUSSÃO:** Rabdomiossarcoma é uma rara neoplasia maligna predominantemente da infância. É o sarcoma de partes moles de cabeça e pescoço mais frequente na criança, corresponde a 4% das neoplasias pediátricas e 10% dos casos ocorrem na órbita. É classificado de acordo com a histopatologia, sendo o embrionário o tipo mais comum. As manifestações clínicas envolvem proptose e deslocamento do globo ocular de rápida progressão. Exames de imagem de TC e RM são essenciais para o diagnóstico, estadiamento e acompanhamento da doença, e são complementares. A biópsia é útil para determinar o diagnóstico e prognóstico da doença. O tratamento indicado é a combinação de cirurgia com quimioterapia e radioterapia, e tem como objetivo de remissão da doença e evitar metástases.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O rabdomiossarcoma orbital é uma patologia geralmente diagnosticada em estágios iniciais devido ao local da lesão e à velocidade de sua progressão, favorecendo a busca por atendimento médico, e deve ser aventada como diagnóstico tendo em vista a sua prevalência em crianças. O tratamento cirúrgico combinado com a quimioterapia é essencial, necessitando de acompanhamento regular.

**Palavras-chave:** Rabdomiossarcoma;Orbital;Neoplasia .

PO530

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

## EMPIEMA SUBDURAL: UMA COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE

**AUTOR PRINCIPAL:** LUANNA EUGÊNIA CAMARGO

**COAUTORES:** IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO; TARCÍSIO REDES XAVIER; RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES; VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA; THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA; FLAVIO CABRAL DE FREITAS AMARAL; MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINO, CUIABÁ - MT - BRASIL

EMPIEMA SUBDURAL: UMA COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE

1Luanna Eugenia Camargo 2 Izabela Bezerra Pinheiro Esposito 3Tarcisio Redes Xavier 4Flávio Cabral de Freitas Amaral

### INTRODUÇÃO

Paciente 5 anos, sexo masculino foi encaminhado ao serviço de referência do SUS em Cuiabá no dia 15/3/2023, para tratamento celulite periorbitária pré-septal bilateral, otite média à esquerda e pansinusopatia refratária ao tratamento clínico. Foi realizada sinusectomia, com crescimento de *Streptococcus haemophilus*, resistente à clindamicina e penicilina. Fez uso de ceftriaxona, clindamicina por 20 dias e corticoterapia sistêmica. Obteve alta no dia 05/4/2023, com prescrição de dexclorfeniramina. Em 11/4/2023, procurou serviço do Hospital Otorrino, com nova piora, apresentava edema em região frontal, órbitas, cefaleia e febre. Iniciado antibioticoterapia com Tazocin. Foi realizado no dia seguinte tomografia de crânio evidenciando pansinutitopatia inflamatória, aumento de partes moles na região frontal à esquerda e hipodensidade mal definida acometendo a substância branca frontal direita. Realizada drenagem cirúrgica em 13/4/2023, com saída de 10 ml de secreção purulenta em região subcutânea. No dia 14/4/2023, realizou ressonância de crânio mostrando coleção subdural extensa e laminar frontoparietal à direita, sugestivo de empiema subdural, sinais de cerebrite frontal anterior à hipossinal com falha de enchimento central na convexidade anterior do seio sagital superior. Foi suspenso o antibioticoterapia tazocin e prescrito meropenem e vancomicina. Paciente foi avaliado pela neurocirurgia, foi prescrito fenitoína e aguarda transferência para serviço de neurocirurgia. Realizou uma ressonância magnética 20/4/2023, com aumento da coleção subdural extensa direita, com componentes parassagital e de quase toda convexidade do lobo frontal correspondente, com realce periférico pelo contraste endovenoso e apresentando esparsas áreas com restrição laminar à difusão (frontal e parafalcina direita na transição frontoparietal), notando-se calibre chega medir no plano coronal 1,2 cm (medida antes até 0,4 cm), com efeito compressivo sobre o parênquima adjacente. Redução das dimensões da área de alteração de sinal parenquimatosa focal do lobo frontal direito (giro frontal superior ao nível da convexidade anterior), com obliteração dos espaços líquóricos, sem evidente restrição à difusão ou realce pelo contraste. No dia 20/4/2023 paciente foi transferido para neurocirurgia e realizado abordagem cirúrgica no dia seguinte. No dia 21/4/2023, foi realizada drenagem de empiema subdural pela neurocirurgia, coletado 15ml de secreção, após procedimento paciente permaneceu hemodinamicamente estável, sem déficits neurológicos. Permaneceu em internação hospitalar por 4 semanas em uso de meropenem e vancomicina. Após 1 mês, teve alta hospitalar e bom estado geral e sem sequelas.

Palavras-chave: rinoossinuite;empiema subdural;complicação de rinoossinuite.

**PO539****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****RINOSSINUSITE COM COMPLICAÇÃO PERIORBITÁRIA - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** THAÍS FERRES RAINIERI**COAUTORES:** VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA; IAN SELONKE; ANA LUIZA CAMARGO; ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA; BRUNO CERON HARTMANN; LUCAS CORREIA PORTES; DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CRUZ VERMELHA PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente, sexo feminino, 9 anos de idade, acompanhada de sua mãe, relata obstrução nasal associada a pressão na face, região frontal e maxilar esquerda, há 2 meses. Procurou atendimento médico, onde foram prescritos medicamentos sintomáticos. Após dois dias, desenvolveu edema periorbital à esquerda, necessitando de internação hospitalar por 10 dias, com administração de rocefim, oxacilina e tobrex. Durante a internação, houve melhora parcial do edema, recebendo alta hospitalar. Entretanto, após 6 dias, o edema periorbital evoluiu com dor intensa, sem alívio ao uso de analgésicos, levando-a a procurar atendimento no serviço de otorrinolaringologia. Negou febre. Negou alterações respiratórias, resfriados, gripes ou trauma local. Ao exame físico, foi observado edema e eritema periorbital à esquerda, com movimentação ocular preservada. A oroscopia e a otoscopia sem alterações. Foi realizada uma ressonância magnética, que evidenciou uma coleção laminar intraorbitária de 4mm, adjacente ao teto da órbita esquerda, além de sinusite frontal esquerda e espessamento mucoso no seio maxilar esquerdo. Diante do quadro clínico e dos achados no exame de imagem, decidiu-se realizar um procedimento cirúrgico para a drenagem da coleção. Durante a cirurgia, foi realizada a descompressão da órbita, porém não foi encontrada a coleção esperada, apesar da persistência do edema na região esquerda. Nesse contexto, foi realizada uma biópsia da glândula lacrimal esquerda, e o material foi encaminhado para análise anatomopatológica. O pós-operatório transcorreu sem complicações.

**DISCUSSÃO**

A rinossinusite é uma condição inflamatória que afeta a mucosa nasal e os seios paranasais. Embora seja raro, podem ocorrer casos mais graves que resultam em complicações orbitárias. O edema periorbital é uma manifestação comum dessa complicação, podendo estar associado a dor intensa, alterações visuais e comprometimento da movimentação ocular. No caso relatado, além dos sintomas, a idade da paciente coincide com a faixa etária mais comumente afetada, o que é justificado pela imaturidade do sistema imunológico, associada à pneumatização do osso etmoidal. O diagnóstico é baseado na história clínica e no exame físico, é necessário estar atento aos sinais de alarme que indicam suspeita de complicações, tais como: edema ou hiperemia periorbitária, proptose, diplopia, oftalmoplegia, diminuição da acuidade visual, cefaleia unilateral ou bilateral intensa, edema na região frontal, sinais meníngeos e/ou diminuição do nível de consciência. É mandatório solicitar exames de imagem para avaliar a extensão e gravidade da doença e suas complicações. Atualmente, a escolha é a tomografia de crânio com contraste. Embora menos utilizada devido ao seu alto custo, a ressonância magnética é bastante eficaz para avaliar as partes moles. O tratamento da complicação periorbitária envolve a internação hospitalar com administração de antibióticos intravenosos, sendo os mais comumente utilizados a oxacilina e a ceftriaxona em pacientes pediátricos. Quando não há resposta ao tratamento endovenoso em 48 horas ou em casos de edema grave, é necessário realizar drenagem palpebral, seja por via externa ou endoscópica. No caso da paciente em questão, houve uma resposta parcial ao antibiótico, o que levou à decisão de realizar a cirurgia. No entanto, a ausência de uma coleção periorbital durante a cirurgia, apesar das indicações da ressonância magnética, suscita questionamentos sobre a resolução espontânea da coleção ou a presença de outros fatores contribuintes para o edema periorbital.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A relevância de um diagnóstico preciso e de um tratamento adequado é claramente evidente nesse cenário, uma vez que a complicação periorbitária pode acarretar danos visuais permanentes. Diante disso, é crucial adotar uma abordagem multidisciplinar, envolvendo a participação de um oftalmologista. Além disso, é fundamental considerar o diagnóstico diferencial, pois outras condições podem mimetizar os sintomas da rinossinusite complicada, como tumores orbitários e infecções oculares.

**Palavras-chave:** RINOSSINUSITE; COMPLICAÇÃO PERIORBITÁRIA; PEDIATRIA.

PO544

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

**HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS COM MANIFESTAÇÕES OTOLÓGICAS: RELATO DE CASO**

**AUTOR PRINCIPAL:** NATASHA BATISTA DOMINGUES DA SILVA

**COAUTORES:** LAURO JOAO LOBO ALCANTARA; FABIANO BLEGGI GAVAZZONI; JOANA LUÍZA ZIMMER; ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA; PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA; LUCAS CORREIA PORTES; GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE POSITIVO, CURITIBA - PR - BRASIL2. HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE, CURITIBA - PR - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

R.B.F.L, masculino, 18 meses. Relato de otorragia, otorreia e otalgia à esquerda com início há 2 meses. Realizado antibioticoterapia oral, endovenosa e tópica sem melhora. Nega febre e outros sintomas. Otoscopia sem alterações à direita e à esquerda apresenta crostas hemáticas em conduto auditivo e membrana timpânica, aparentemente íntegra. A tomografia de ossos temporais evidencia obliteração das células da mastoide e parcial da orelha média à esquerda por imagens hipoatenuantes, promovendo osteólise das células, envolvendo a cortical e com comprometimento de partes moles junto à orelha externa. Foi realizada biópsia incisional sem intercorrências e alta do internamento após 3 dias. Análise imuno-histoquímica descreve quadro condizente com Histiocitose de Células de Langerhans (HCL). Paciente retornará para acompanhamento no ambulatório de oncologia.

**DISCUSSÃO:** A HCL é um distúrbio histiocítico caracterizado pela proliferação de células de Langerhans. É uma doença rara, predominantemente infantil, mas também acomete adultos. Sua prevalência é de 1-8 crianças por milhão, com pico de incidência entre 1-4 anos. É classificada de acordo com a extensão da doença e sistemas envolvidos, podendo ser uni ou multissistêmica, sendo osso e pele frequentemente acometidos, e Diabetes Insipidus a endocrinopatia mais comum na HCL. Manifestações em cabeça e pescoço acontecem em 60-82% dos casos. Na revisão sistemática de Chen, sintomas otológicos ocorreram em 39% dos pacientes, sendo 49% bilaterais, a otorreia o mais comum, e, na maioria dos casos em que houve manifestações otológicas, a doença se apresentou na sua forma multissistêmica. O diagnóstico é realizado através de estudo anatomopatológico, e a TC é o exame de imagem de escolha para sugerir o diagnóstico e acompanhar a evolução da doença. O tratamento de primeira linha é a combinação da quimioterapia com vinblastina e prednisona.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A ocorrência de sintomas otológicos na HCL frequentemente leva ao atraso do diagnóstico desta patologia, pois a biópsia ou TC são realizadas apenas quando o quadro persiste apesar dos tratamentos ou apresenta sinais de gravidade. É de extrema importância o conhecimento do otorrinolaringologista sobre a HCL para suspeitar da doença em quadros otológica arrastados e com achados tomográficos de massas infiltrativas e osteolíticas. O acompanhamento multiprofissional para tratamento e pesquisar possíveis manifestações multissistêmicas também é aconselhado.

**Palavras-chave:** Histiocitose;Células de Langerhans;Neoplasia.

PO560

# E-PÔSTER - OTOLOGIA / BASE DE CRÂNIO MÉDIO E POSTERIOR

## CISTO DERMOIDE COM INVASÃO DE SEPTO - RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** THAÍS FERRES RAINIERI

**COAUTORES:** IAN SELONKE; JULIANA BENTHIEN CAVICHIOLO; JOANA LUÍZA ZIMMER; MILENA SAYURI OTSUKI; ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA; FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI; DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CRUZ VERMELHA PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, sexo feminino, 7 anos e 7 meses de idade, diagnosticada com meningoencefalocoele nasal e cisto dermoide, após achado tomográfico pré realização de derivação ventricular peritoneal, quando a criança tinha dois anos dias de vida. A correção da meningoencefalocoele, juntamente com a retirada do cisto dermoide, foi realizada quando a paciente tinha 1 ano e 7 meses de idade, durante o procedimento houve ruptura da cápsula e extravasamento de conteúdo, no qual foi feito aspiração e ao final não foi visualizado lesão residual do cisto. O pós-operatório transcorreu sem complicações. Há 7 meses, foi realizada uma ressonância magnética (RM) do encéfalo, que evidenciou uma lesão cística com sinal hipersinal em T2 e restrição à difusão na região nasal, medindo até 14 mm na maior eixo axial, associada a uma pequena interrupção da continuidade óssea craniana fronto-basal sobrejacente, possivelmente relacionada à encefalocoele. Com base no exame de imagem e na história médica anterior, foi levantada a hipótese diagnóstica de cisto dermoide recidivado. Optou-se pela reabordagem cirúrgica com exérese do cisto. Durante a cirurgia, não foi visualizado meningoencefalocoele e observou-se apenas a presença de lesão com características de cisto dermoide na região da lâmina cribiforme, sendo o material coletado para análise anatomopatológica a fim de confirmar o diagnóstico. Após a cirurgia, a criança não apresentou sangramento ativo ou coágulos nas regiões nasal e oral, recebendo alta 72 horas após o procedimento, com orientações e prescrição de medicações.

### DISCUSSÃO

O cisto dermoide nasal é uma lesão benigna que é mais comumente encontrada na linha mediana e é considerada rara. Quando o cisto dermoide possui uma extensão intracraniana, há um aumento no potencial de infecção. Esses cistos são classificados em duas categorias: congênitos e adquiridos, e também podem ser classificados de acordo com seu aspecto histológico. Os cistos congênitos são mais comuns em crianças, devido a falhas na formação embrionária. Já os cistos adquiridos são aqueles causados de forma traumática ou iatrogênica. Quanto à classificação histopatológica, existem três tipos de cistos dermóides: teratoma, que contém as três camadas germinativas (ectoderma, mesoderma e endoderma); epidermóide, que possui apenas duas camadas germinativas, sem estruturas anexas; e dermoide, que também possui duas camadas germinativas, mas com anexos dérmicos, como folículos pilosos, glândulas sebáceas e glândulas sudoríparas. No caso relatado, acredita-se que a criança tinha um cisto dermoide congênito e que houve uma recidiva devido ao rompimento da cápsula durante a primeira cirurgia, resultando posteriormente em um cisto adquirido e dermoide, devido à presença de um folículo piloso. O principal sintoma clínico, quando presente, geralmente envolve obstrução nasal. Os exames de imagem são úteis para avaliar a extensão e a localização do tumor. O tratamento para o cisto dermoide nasal é sempre cirúrgico e varia de acordo com a extensão, o tamanho e o envolvimento das estruturas adjacentes. O objetivo do tratamento é aliviar os sintomas obstrutivos e corrigir deformidades estéticas. O prognóstico geralmente é favorável quando o cisto é corrigido o mais cedo possível. O risco de malignização e recidiva é baixo.

### COMENTÁRIOS FINAIS

O cisto dermoide nasal é uma neoplasia benigna e rara, representando apenas 1% dos casos de cistos dermóides. Essa condição pode causar impacto funcional e estético significativo se não for abordada de forma urgente. O tratamento primário para o cisto dermoide nasal é sempre cirúrgico, e a realização de exames de imagem desempenha um papel crucial na localização e no planejamento da intervenção cirúrgica. Dessa forma, fica evidente a importância do conhecimento dessa lesão e da realização de uma abordagem cirúrgica rápida, com remoção completa da cápsula, a fim de se obter uma baixa taxa de recidiva e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente.

**Palavras-chave:** CISTO DERMOIDE; RECIDIVA DE CISTO DERMOIDE; CISTO NASAL.

PO567

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

**TUMORAÇÃO EM RINOFARINGE APÓS ADENOIDECTOMIA: RELATO DE CASO**

**AUTOR PRINCIPAL:** MATEUS RUFINO MELO

**COAUTORES:** LUMA TAVEIRA NUNES; LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE; PAULO DE TARSO MOURA BORGES

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI, TERESINA - PI - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, 9 anos, com sintomas de obstrução de via aérea superior, realizou adenoidectomia via endoscópica por curetagem, com cauterização dos pontos sangrantes utilizando o eletrocautério. Exames pré-operatórios: avaliação cardíaca, radiografia de tórax, hemograma e coagulograma sem alterações. Análise histopatológica: presença de tecido adenoideano e hipertrofia linfóide reacional. Três meses após, paciente retornou referindo roncos e sintomas obstrutivos mais acentuados do que previamente. Exame físico e videoendoscópico: tumoração granulomatosa em rinofaringe até orofaringe. Tomografia computadorizada da faringe: aumento de volume de partes moles da parede posterior da faringe, obliterando a coluna aérea do cavum e obstrução parcial da naso/orofaringe. Realizou-se nova adenoidectomia transoral por curetagem. Após análise histopatológica, a lesão em rinofaringe foi descrita como tecido de granulação. Afastou-se indícios morfológicos de malignidade. Paciente encontra-se em bom estado geral, sem queixas, e segue em acompanhamento com equipe de otorrinolaringologia do Hospital Getúlio Vargas

**Discussão:** A adenoidectomia é uma cirurgia indicada em casos de rinossinusites, otites médias e adenoidites recorrentes ou crônicas, bem como na presença de sintomas obstrutivos, para a retirada do tecido linfóide que na maioria das vezes apresenta-se hiperplásico. O método por curetagem é o mais utilizado pelos cirurgiões, porém a visualização obtida é considerada ruim; além disso, há maiores riscos de sangramento e de traumas desnecessários. Dessa maneira, é possível o uso do endoscópio transnasal para permitir uma melhor visualização, retirada mais completa do tecido adenoideano, melhor homeostase e diminuição do trauma, aumentando, assim, a segurança desse procedimento. Por ser um procedimento cirúrgico, existem possíveis complicações descritas na literatura: hemorragias intra-operatórias e pós-operatórias, edema pulmonar em casos de maior obstrução crônica de vias aéreas resultando em uma transudação de líquidos para o interstício e espaços alveolares, queimaduras e danos em tecidos moles pelo uso de cureta e cauterização, inflamação na faringe no pós-operatório, otalgia secundária à inflamação, e ainda, insuficiência velofaríngea. O paciente do caso relatado apresentou o crescimento de uma tumoração composta por tecido de granulação que se expandia no local da transição entre orofaringe e rinofaringe. Nesta região, foi realizada a curetagem e a eletrocauterização abundante no intra-operatório. Não foram encontradas na literatura casos semelhantes. A avaliação pós-operatória com videoendoscópio esclareceu que não se tratava de uma cicatriz concêntrica, e sim uma massa tumoral que crescia em direção à orofaringe. E o histopatológico confirmou tecido de granulação ao invés de tecido linfóide hipertrófico típico de adenoide.

**Comentários finais:** O excesso de eletrocauterização durante a adenoidectomia, justificado pelo fato de que quando uma corrente elétrica é conduzida através de um tecido há dano tecidual e/ou morte celular, devido à alta temperatura, resulta em dano tecidual. É provável que a eletrocauterização exacerbada tenha sido a responsável pela formação desse tecido de granulação que se desenvolveu na forma de tumoração.

**Palavras-chave:** TUMORAÇÃO;ADENOIDECTOMIA;ELETROCAUTERIZAÇÃO.



PO585

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****INCOMPETÊNCIA VELOFARÍNGEA FUNCIONAL APÓS REMOÇÃO DO DISJUNTOR DE MCNAMARA****AUTOR PRINCIPAL:** IEDA MILLAS**COAUTORES:** NATHALY ANNE GOMES VIEIRA; CLÁUDIO REINGENHEIM; MAYARA FERREIRA CASAGRANDE; SIMONE GIANCRISTOFARO**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL3. ALEM DO SORRISO ODONTOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação:** Caso raro, sem prévia publicação similar, de uma menina saudável e sem antecedentes, de 7 anos de idade, internada por sintomas de grave disfagia e disartria, associados a inflamação aguda de vias aéreas superiores, um dia após a retirada do disjuntor de palato de McNamara, o qual permaneceu fixo por 4 meses. A criança descrita apresenta histórico de transtorno de processamento sensorial (TPS). Na admissão em pronto-atendimento a mãe relatou disfagia importante e que a criança parou de falar. Associadamente referiu quadro de inflamação de vias aéreas superiores em toda a família, caracterizado por coriza, dor de garganta, tosse leve intermitente e adinamia. Para fins de tratamento e investigação diagnóstica, a paciente foi internada na pediatria com hipótese inicial de faringotonsilite aguda, onde iniciaram-se tratamentos específicos e exames complementares para avaliar possíveis complicações associadas. Foram descartados: infecção por Covid-19, Influenza e abscesso faríngeo. Como não houve nenhuma melhora do quadro mesmo após medicações endovenosas, foi solicitada a avaliação especializada. A equipe da neurologia avaliou e descartou alterações em sistema nervoso central ou periférico. Em avaliação fonoaudiológica e otorrinolaringológica foram observados: hipernasalidade vocal, sialostase, sialorréia, disfagia e disartria, com diminuição da mobilidade e da sensibilidade de palato e faringe. A paciente foi submetida a avaliação endoscópica da deglutição, que confirmou a hipótese diagnóstica de incompetência velofaríngea. Foi necessária a adaptação da consistência de dieta via oral e reabilitação fonoaudiológica. Após terapia fonoaudiológica específica a paciente evoluiu com melhora completa dos sintomas.

**Discussão:** O transtorno do processamento sensorial caracteriza-se por déficits no processamento e na utilização de informações sensoriais para a regulação de respostas fisiológicas, motoras, afetivas e/ou de atenção que interferem na organização do comportamento e na participação em atividades da vida diária. A criança desse relato mostrava características de TPS de modulação, como alterações do processamento sensorial, por disfunção ao nível de modulação, hiper e/ou hiporresponsivos a determinado input sensorial, nomeadamente oral. Assim, após os 4 meses do uso constante do disjuntor de McNamara, quando da retirada do mesmo, houve uma descompensação neuro psico sensorial causada por alteração da sensibilidade oral a qual interferiu na propriocepção e consequentemente na motricidade orofaríngea, levando ao quadro descrito, sem mencionar os fatores psicológicos envolvidos que agravaram o quadro. Coincidentemente a criança apresentou quadro de inflamação de vias aéreas superiores no mesmo período, o que dificultou o diagnóstico, além da possibilidade de agravamento da questão sensorial devido à dor na faringe associada.

**Comentários finais:** Destaca-se a importância da identificação de crianças com TPS em relação a procedimentos ortodônticos, ortopédicos funcionais maxilo-mandibulares ou demais manipulações em cavidade oral, com risco eventual de complicações.

**Palavras-chave:** processamento sensorial; transtornos de deglutição; ortodontia.

PO606

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO TRATAMENTO DE ESTENOSE SUBGLÓTICA NEONATAL

**AUTOR PRINCIPAL:** ANNA LUIZA FRAZZON TEIXEIRA

**COAUTORES:** MARIAH GIMENIS; FABRICIO SCAPINI; MARIANA ZAGO DE MORAES; RODRIGO AGNE RITZEL; ÉLISSON KRUG OLIVEIRA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL

**Objetivos:** relatar a experiência do Serviço de otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Santa Maria, Rio Grande do Sul, ao iniciar a realização de procedimentos de dilatação de estenose subglótica em neonato.

**Métodos:** descrição de caso de estenose subglótica pós extubação em paciente com quadro clínico de bronquiolite viral aguda, na qual houve necessidade de avaliação e intervenção otorrinolaringológica.

**Resultados:** indivíduo feminino, 5 meses e 21 dias, nascida a termo e adequada para idade gestacional, sem intercorrências durante o parto. Internou na UTI pediátrica por insuficiência respiratória devido quadro de bronquiolite (vírus sincicial respiratório reagente), traqueíte bacteriana (isolado *Serratia marcescens*) e pneumonia secundária, com necessidade de intubação orotraqueal. Permaneceu em ventilação mecânica por sete dias. Seis dias após a extubação, paciente iniciou com estridor bifásico ao repouso, com piora ao chorar e mamar, associado a desconforto respiratório, retornando à UTI pediátrica. Ao exame nasofibrolaringoscópico, foi possível firmar a hipótese de estenose subglótica com presença de granuloma visível logo abaixo às cordas vocais. Iniciou uso de prednisolona 1mg/kg/dia, omeprazol 1mg/kg/dose 12/12h e nebulização com dexametasona colírio 10 gotas + 3 gotas de cloreto de sódio 0,9% de 8/8h. Seis dias após, paciente mantinha estridor e desconforto respiratório leve, ainda em ar ambiente, com dieta exclusivamente por SNG. Indicada nasofibrolaringotraqueoscopia sob sedação em bloco cirúrgico, mostrando presença se estenose subglótica aguda (grau I). A técnica utilizou o balão "Mustang - PTA Balloon dilatation catheter" que foi introduzido na subglote durante a laringoscopia e visualização direta da laringe. Procedeu-se a dilatação com balão de 6mm X 40mm, sendo realizadas 3 dilatações de cerca de 1min 30s, com pressão de até 10atm. Já durante o intraoperatório foi possível avaliar melhora da estenose e aumento da luz traqueal. Imediatamente após, o estridor já havia reduzido e tolerou permanecer em ar ambiente. Após 03 semanas do procedimento, foi realizada nova avaliação sob nasofibrolaringotraqueoscopia sem evidência de estenose ou granuloma na região subglótica.

**Discussão:** a dilatação com balão em crianças com estenose subglótica vem sendo realizada desde os anos 1990 e descrita na literatura principalmente nos últimos 10 anos. Diferentes opções de tratamento na estenose subglótica incluem traqueostomia, dilatação com balão, cirurgia aberta e cirurgia minimamente invasiva. Contudo, o manejo desses pacientes ainda é um desafio para o otorrinolaringologista. As vantagens da técnica endoscópica com balão incluem a aplicação de força radial à estenose, a ausência de força de cisalhamento, a redução de trauma glótico e, por fim, baixa taxas de complicações. Este procedimento é geralmente realizado em centros de referência em via aérea pediátrica por otorrinolaringologistas especialistas. Este relato de experiência tem como objetivo relatar a experiência de um serviço de otorrinolaringologia no interior do Rio Grande do Sul em introduzir este procedimento em sua rotina, visto a necessidade de abordagem precoce em pacientes da UTI pediátrica com estridor pós-extubação.

**Conclusão:** a dilatação traqueal com balão é um procedimento que trouxe um grande avanço no tratamento nas estenoses subglóticas, por ser opção aos tratamentos cirúrgicos abertos. Até o momento, não foram estabelecidas indicações específicas para o uso da dilatação por balão no tratamento da estenose subglótica adquirida, porém tem sido relatado cada vez mais benefícios e bons resultados com essa técnica.

**Palavras-chave:** ESTENOSE SUBGLÓTICA;ESTRIDOR;DILATAÇÃO.

**PO620****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****Colesteatoma congênito e a importância do diagnóstico precoce: relato de caso****AUTOR PRINCIPAL:** ANA PAULA DE SOUZA LIMA**COAUTORES:** ALONÇO DA CUNHA VIANA JUNIOR; BRUNA FIGUEIRA BRAGA; RODRIGO BARRETO RODRIGUES CONDÉ; JULIANA LAINO RIBEIRO; LUIZA MARIA DIAS; LANA PATRICIA SOUZA MOUTINHO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente de 5 anos, sexo feminino, parda, autista, natural do Rio de Janeiro, apresentando quadros de otalgia, otorreia e perda de audição com implicações no desenvolvimento e na qualidade de vida com investigação desde agosto de 2023 no Hospital Naval Marcílio Dias. A otoscopia revelou pérola na região ântero-superior na membrana timpânica. O colesteatoma congênito da orelha média é de natureza embriológica originado por remanescentes epidérmicos que persistem após o nascimento. É uma doença benigna com crescimento lento e progressivo que compromete estruturas adjacentes.

**Discussão:** O colesteatoma congênito é raro e classicamente, apresenta-se como uma massa branca situada no quadrante ântero-superior da caixa timpânica, atrás de uma membrana timpânica intacta, associada ou não a uma perda auditiva. O diagnóstico precoce é essencial para um prognóstico favorável. O exame físico completo e a realização de uma otoscopia é a chave do diagnóstico correto dos pacientes com colesteatoma. Embora o colesteatoma congênito seja uma doença rara, sua ocorrência não pode ser negligenciada, uma vez que o diagnóstico precoce faz diferença no prognóstico da paciente. O colesteatoma deve ser lembrado no diagnóstico diferencial das doenças da orelha média, abscessos retroauriculares e mastoidites. Embora de comportamento mais benigno que o do colesteatoma adquirido, o diagnóstico feito em fases avançadas da doença leva a cirurgias invasivas e extensas, com comprometimento do resultado funcional. Essa paciente além do colesteatoma congênito apresenta hipertrofia de adenoide e amígdalas, respiração oral e histórico de sete episódios de amigdalites de repetição com duas internações hospitalares no último ano.

**Comentários Finais:** Embora rara, pode-se suspeitar da doença com base nas características clínicas e de imagem e o exame físico e acompanhamento do paciente é essencial para o diagnóstico da doença. Entretanto, esta suposição requer confirmação histológica. O principal objetivo do tratamento é a erradicação total da doença através do manejo cirúrgico, com ressecção completa da lesão, evitando complicações e seguimento pós-operatório periódico. A relevância da avaliação e abordagem metódica evita a necessidade de cirurgias amplas, sequelas irreversíveis e implicações no desenvolvimento da criança. Portanto, é imprescindível o diagnóstico precoce, avaliação dos diagnósticos diferenciais, conhecimento das possíveis implicações da patologia e comorbidades associadas além manejo adequado para garantir maior segurança e evitar que as complicações ocorram objetivando a melhora da qualidade de vida da paciente.

**Palavras-chave:** colesteatoma; perda auditiva; Colesteatoma da Orelha Média.

**PO625****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****DISFAGIA EM NEONATO POR LESÃO EXPANSIVA DE OROFARINGE: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA**COAUTORES:** MARINA MENDONÇA DE MIRANDA; DAMÁCIO SOARES PAIVA; KELVIN LEITE MOURA; RAYANE BEZERRA FREITAS; YASMIM BARROS SILVEIRA; FRANCISCO DAS CHAGAS CABRAL JÚNIOR; ALEXANDRE AUGUSTO FERNANDES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL

**Apresentação do Caso:** M.C.S.S, sexo feminino, pré-termo de 34 semanas, com idade gestacional corrigida de 39 semanas, peso ao nascimento de 1.400kg, apgar 7/9, nascida de parto cesáreo por pré-eclâmpsia grave, retardo do crescimento intrauterino e oligoâmnio. Internada em Unidade Canguru de maternidade de alto risco por baixo peso e dificuldades na amamentação, porém sem repercussões respiratórias. Na passagem de sonda nasointestinal, para complementação do aporte calórico necessário a paciente, foi visualizada uma lesão basculante em região orofaríngea, associada a períodos de choro ou agitação da mesma, sendo portanto encaminhada ao ambulatório de otorrinolaringologia para investigação.

Na avaliação otorrinolaringológica, a criança encontrava-se com 35 dias de vida, 2.078kg, respirando em ar ambiente, apresentando como queixa materna e da equipe assistente a dificuldade para manter a amamentação. Negado desconforto respiratório, estridor ou roncos. Ao exame por nasofibrolaringoscopia apresentava cavidades nasais sem alterações, sendo visualizada lesão pediculada aparentemente com inserção em polo superior do pilar amigdaliano à direita, projetando-se para a laringe a qual ocluiu parcialmente sua luz. A tomografia computadorizada evidenciou lesão polipóide na orofaringe, originando-se por pedículo na porção posterior da tonsila palatina direita obliterando parcialmente o ádito da laringe, com componente gorduroso ovalado, com imagem e densidade de partes moles, medindo cerca de 1,4x0,8x0,8cm, sendo sugestivo de coristoma nasofaríngeo (pólipo fibrovascular/fibroepitelial).

**Discussão:** O coristoma é um remanescente de tecido histológico normal, porém localizado em local ectópico do corpo humano, devido à falha na migração das células durante a embriogênese. Caracterizado como um tumor benigno, raro, principalmente quando localizados na cavidade oral ou nasal. Geralmente está presente desde o nascimento, com pequeno potencial para o crescimento. Podem ser sintomáticos ou assintomáticos, a depender da sua localização e tamanho, e sua composição pode ser variável como osso, cartilagem ou tecido adiposo. Os coristomas constituem aproximadamente 3% de todos os tumores da conjuntiva e da córnea em crianças. Os coristomas são classificados de acordo com o tipo de tecido. Eles às vezes surgem dentro da pele ou da cavidade oral e também podem ocorrer em órgãos internos.

Entre os diagnósticos diferenciais dos coristomas, tem-se o hamartoma, um tumor comumente encontrado em crianças, caracterizado por crescimento benigno geralmente localizados na região da cabeça ou pescoço. Ao contrário do coristoma, ele contém as mesmas estruturas celulares de seus tecidos circundantes, entretanto com proliferação celular desorganizada. O diagnóstico do coristoma é eminentemente histopatológico, e o tratamento consiste na ressecção excisional da lesão. A paciente foi submetida a exérese da lesão, e a equipe aguarda o resultado do anatomopatológico para conclusão diagnóstica e definição do seguimento do caso.

**Comentários Finais:** Neonatos com insuficiência respiratória ou dificuldades na deglutição, torna-se imperativo a avaliação otorrinolaringológica completa, para o diagnóstico de possíveis tumores de nasofaringe ou orofaringe, sendo a ressecção endoscópica transoral, o mais adequado, para que sejam evitadas complicações indesejáveis como insuficiência dos músculos do palato.

**Palavras-chave:** CORISTOMA;DISFAGIA;NEONATO.

PO634

## E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

LATERALIZAÇÃO DE PREGAS VOCAIS EM CRIANÇAS: RELATO DE DOIS CASOS.

**AUTOR PRINCIPAL:** VICTOR ARY CÂMARA

**COAUTORES:** GABRIEL CAETANO DE JESUS; MATHEUS LISATCHOK; HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA; TIAGO CARDOSO MARTINELLI; CARINA YURI FUSSUMA; REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL; DÉBORA BRESSAN PAZINATTO

**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL

### Apresentação do Caso

**Caso 1:** Paciente de 4 anos admitido no serviço ambulatorial portador de traqueostomia desde os 3 meses de vida por paralisia de pregas vocais. Na ocasião, já aos 4 anos apresentava atraso na aquisição de linguagem apesar de formar frases e, não apresentava qualquer queixa relacionada à deglutição, trazia também um RM de crânio sem alterações relacionadas à imobilidade de pregas vocais. A nasofibrolaringoscopia revelou imobilidade de prega vocal direita e discreta mobilidade de prega vocal esquerda, mantendo redução importante de luz glótica. O paciente usava cânula de traqueostomia no 4.5 sem cuff e não tolerava oclusão da mesma. O paciente foi submetido a laringoscopia direta sob anestesia e evidenciado ausência de fixação de articulações cricoaritenóideas. Optado por realização de lateralização de prega vocal direita com fio prolene 3-0 com técnica percutânea e endoscópica. O paciente evoluiu satisfatoriamente e iniciou teste de oclusão da cânula de traqueostomia com sucesso. Nasofibroscopia de controle evidenciou prega vocal direita em posição de abdução e boa luz glótica.

**Caso 2:** Paciente recém nascido a termo, AIG com relato de taquipneia transitória e necessidade de VNI e posterior diagnóstico de atresia de esôfago. Submetido a esofagostomia e gastrostomia. No pós-operatório o paciente apresentou piora do padrão respiratório associado a estridor e nasofibrolaringoscopia realizada a beira leito evidenciou imobilidade bilateral de pregas vocais com lúmen glótico bastante reduzido. Paciente foi submetido a laringoscopia direta, visualizando pregas vocais em adução e optado por lateralização de prega vocal esquerda com ponto subcutâneo em região cervical lateral à esquerda, contralateral à esofagostomia cervical. Paciente teve alta da maternidade com um mês de vida, sem sintomas respiratórios, exceto discreta disфонia, mantendo dieta por gastrostomia. Paciente mantém seguimento ambulatorial desde então, sem queixas respiratórias. Aos 15 meses foi submetido a transposição gástrica, jejunostomia e posteriormente a esofagogastrorrafia. Atualmente com 20 meses de vida está se alimentando gradualmente por via oral, aceitando líquidos e sólidos sem complicações respiratórias.

### Discussão

Paralisia das pregas vocais é a segunda mais comum alteração laríngea em neonatos, ficando atrás de laringomalácia. O paciente terá quadro de estridor, podendo ter desconforto respiratório, insuficiência respiratória, disfagia e disфонia. Na abordagem diagnóstica é realizada laringoscopia flexível, principalmente para descartar outras causas de estridor, como laringomalácia, cistos ou outras lesões. Além disso, deve ser realizado exames de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, no intuito de investigar causas neurológicas ou acometimento de nervos.

A abordagem terapêutica desses pacientes, inicialmente, irá depender da gravidade dos sintomas. Em casos que o paciente tem desconforto respiratório importante pode ser realizada traqueostomia, mas esse procedimento acarreta importante impacto na morbimortalidade e no cotidiano dos cuidadores. O tratamento cirúrgico pode ser realizado com lateralização da prega vocal, cordotomia, aritenoidectomia, aritenoidopexia, laringoplastia e reinervação de nervo laríngeo. A lateralização da prega vocal, consiste na sutura da prega vocal com tração lateral, é um procedimento simples, seguro, reversível em curto prazo e eficaz. Dentre as complicações pode ter rompimento da sutura, granulomas na prega vocal, medialização da prega, alteração da mobilidade da articulação cricoaritenóidea. Ainda, tal procedimento não tem grandes impactos em disfagia e disфонia.

### Comentários Finais

A paralisia idiopática das pregas vocais é uma importante causa de estridor em neonatos. Inicialmente é tomada condutas conservadoras. No entanto, em casos que o paciente tenha sintomas mais severos, as condutas cirúrgicas devem ser tomadas. A lateralização da prega vocal se mostra como uma importante opção terapêutica no intuito de melhora dos sintomas e evitar a realização de traqueostomia.

**Palavras-chave:** Paralisia de pregas vocais; Vias aéreas; Lateralização de prega vocal.

PO638

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Papilomatose Laríngea Recorrente Juvenil em tratamento experimental com bevacizumab: um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE FERREIRA WANDERLEY

**COAUTORES:** RENATA BARBOSA DANTAS FREIRE; PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA; MARINA MENDONÇA DE MIRANDA; DAMÁCIO SOARES PAIVA; RAYANE BEZERRA FREITAS; YASMIM BARROS; ANA CAROLINA FERNANDES DE OLIVEIRA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CAICÓ - RN - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL

## Apresentação do Caso

S.F.G., sexo masculino, 2 anos e 3 meses, diagnosticado inicialmente com uma lesão volumosa na laringe que provocava dispnéia, estridor laríngeo inspiratório e expiratório, além de esforço respiratório. Vem sendo acompanhado desde os quatro meses de idade e, após procedimento cirúrgico de ressecção da lesão e análise por anátomo patológico concluiu tratar-se de Papilomatose Laríngea, com agente etiológico sendo o Papilomavírus Humano (HPV) subtipo 06. Desde então, o ressurgimento de sintomas respiratórios e fonatórios, além da avaliação da via aérea por exames de videolaringoscopia flexíveis, evidenciaram recidivas da lesão exofítica, levando ao diagnóstico de Papilomatose Laríngea Recorrente Juvenil. O paciente foi submetido a um total de cinco cirurgias, visando-se diminuir a disseminação da doença, permitir uma via aérea segura e patente, melhorar a qualidade da voz e aumentar o tempo de intervalo entre os procedimentos. Nas cirurgias por laringoscopia de suspensão utilizou-se do laser de CO<sub>2</sub> e microdebridador para melhorar a acurácia dos procedimentos. Apesar da ressecabilidade total da lesão e do cuidado em cada cirurgia, a recorrência da lesão não pôde ser contida apenas com os procedimentos cirúrgicos, sendo indicado o uso do Bevacizumab. Para isso, o paciente foi encaminhado ao serviço de otorrinolaringologia referência em via aérea pediátrica onde fez novo procedimento cirúrgico, exames de imagem (laringoscopia e broncoscopia) e suporte pelas equipes de Infetopediatria e Otorrinolaringologia, onde vem realizando uso de imunobiológico Bevacizumab sem intercorrências e evidenciando melhora do padrão das lesões, mantendo restrição de fenda possivelmente secundária a sinéquia. Paciente recebeu alta hospitalar e mantém continuidade do tratamento com seguimento ambulatorial.

## Discussão

A Papilomatose Respiratória Recorrente Juvenil é o tumor benigno da laringe mais comum em crianças, sendo normalmente diagnosticada entre as idades de dois e três anos. Acredita-se que seja causada pela aquisição do papilomavírus humano (HPV) durante a passagem pelo canal de parto de uma mãe infectada, sendo as cepas HPV 6 e HPV 11 mais comumente envolvidas. Nesta patologia, os sintomas incluem rouquidão, sopro, dificuldade respiratória ocasional, obstrução respiratória intermitente e afonia. O exame físico normalmente revela múltiplos crescimentos verrucosos e polipóides sobrejacentes às pregas vocais verdadeiras, às falsas pregas vocais, à região subglótica e à traqueia.

Em crianças com evolução menos agressiva, o tratamento geralmente envolve a realização de cirurgias para diminuir o volume das lesões. Contudo, no presente caso, apesar da ressecabilidade total da lesão e do cuidado em cada cirurgia, a recorrência da lesão e a diminuição do intervalo entre as abordagens após cada procedimento levaram a sequelas cirúrgicas (como sinéquias). Assim, com o propósito de minimizar as recidivas, suas complicações, o impacto negativo na qualidade de vida e ainda reduzir ou eliminar a necessidade de futuras cirurgias, evidenciou-se a necessidade de utilizar terapias adjuvantes neste caso. Uma das opções é o uso do Bevacizumab, droga disponível no Brasil, a qual atua como inibidor da angiogênese, dificultando o crescimento da lesão e suas consequências no organismo do paciente. Evidências iniciais mostram que seu uso leva a uma diminuição da taxa e da gravidade da recorrência. Os critérios para uso desta opção são: necessidade de mais de quatro procedimentos cirúrgicos por ano, extensão subglótica das lesões e intervalos de recorrência curtos, ocasionando comprometimento da via aérea.

## Comentários Finais.

O relato evidencia resultados promissores acerca do tratamento experimental com Bevacizumab em um paciente com Papilomatose Laríngea Recorrente Juvenil, tendo em vista que o mesmo vem apresentando resultados promissores na regressão das lesões, com diminuição da necessidade de novos procedimentos cirúrgicos. Desse modo, o presente caso é de grande importância para evidenciar o resultado obtido a partir desta nova via de tratamento

**Palavras-chave:** Papilomatose Laríngea; Terapias em Estudo; Bevacizumab.



PO646

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATINAS EM MATO GROSSO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

**AUTOR PRINCIPAL:** HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG

**COAUTORES:** DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS; GABRIELY LERNER BIANCHI; AMANDA ALMEIDA AGUIAR; VICTOR RANZULLA DE SOUZA

**INSTITUIÇÃO:** UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Objetivo:** Analisar o número de internações através do Sistema Único de Saúde (SUS) por fissuras labiais e palatinas no estado de Mato Grosso, em relação à faixa etária, sexo e cor/raça, no período de 2018 a 2022, comparando com dados nacionais.

**Metodologia:** Estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa das internações por fissuras labiais e palatinas pelo SUS no estado de Mato Grosso, no período de 2018 a 2022. A pesquisa foi realizada através das Informações de Saúde (TABNET), com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), e posteriormente os dados coletados foram tabulados no programa Excel 2013.

**Resultados:** De acordo com o DATASUS, no Brasil, de janeiro de 2018 a dezembro de 2022 foram contabilizados 33.176 internamentos por fissuras labiopalatais. A região Centro-Oeste foi responsável por 1.684 destes (5,07%). Em Mato Grosso, foram registrados 589 internamentos no mesmo período (1,77%), desses, 335 foram indivíduos do sexo masculino (56,87%) e 254 do sexo feminino (43,12%). A faixa etária de maior acometimento foi entre 0-4 anos de idade (64,18%), sendo que o recorte de idade de 1-4 anos responderam pela grande maioria totalizando 247, 41,93% das internações no período em MT. No Brasil, internamentos por fissura labiopalatais costumam ocorrer também em faixas etárias mais precoces (0-4 anos de idade), mantendo o padrão de mais internações de 1-4 anos em relação a < 1 ano de idade (32,37% e 24,9%, respectivamente). Nesse sentido, 75,1% dos casos nacionais e 77,75% em MT são tratados em idade tardia (> 1 ano de idade), o que possivelmente confere prejuízo estético, funcional e maior predisposição a outros processos patológicos.

**Discussão:** A fissura labiopalatina é considerada a malformação craniofacial mais comum, com origem embriológica, que acomete o lábio, rebordo alveolar e/ou palato e, quando não tratada, resulta em comprometimento estético, funcional e psicossocial, além de afetar as interações sociais. No Brasil, a prevalência é de 1 para cada 650 nascimentos. 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 labiopalatinas 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. O processo de reabilitação desta malformação requer abordagem interdisciplinar, visando proporcionar a plena inclusão social desses indivíduos. O presente estudo revela atraso no que se refere ao internamento para tratamento cirúrgico de fissuras labiopalatinas em MT. Sabe-se que as primeiras abordagens cirúrgicas de correção de fenda labial devem ser feitas de forma precoce, assim, a falta de diagnóstico prévio ao nascimento, 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 Mato Grosso, verifica-se a baixa notificação dos casos de fissura labiopalatina, 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:** Fissura Palatina; Fenda Labial; Otorrinolaringologia.



PO658

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****RECÉM-NASCIDO APRESENTANDO HOLOPROSENCEFALIA COM PROBÓSCIDE - UM RELATO DE CASO.****AUTOR PRINCIPAL:** LAISSON RONNAN SILVA DE MELO**COAUTORES:** MARIA CECÍLIA SANTOS CANELA; CRISTIANE GONÇALVES CORDEIRO; LARISSA CARVALHO SILVESTRE; JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO; LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES; DÉBORA GONÇALVES PEREIRA GUIMARÃES; PAULA CORRÊA COTTA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIMONTES, MONTES CLAROS - MG - BRASIL2. HOSPITAL OTORRINO CENTER, MONTES CLAROS - MG - BRASIL3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIAS, MONTES CLAROS - MG - BRASIL

**Apresentação de caso:** O termo Holoprosencefalia é utilizado pra indicar um conjunto de displasias crânio-faciais e encefálicas com falha na separação das vesículas cerebrais, ocasionado pela clivagem incompleta ou ausente do prosencéfalo. Como consequência o feto poderá ter anomalias cerebrais, além de alterações da linha média facial, principalmente dos olhos e da pirâmide nasal. A frequência estimada da holoprosencefalia é de 1:15:000 nascimentos O objetivo desse estudo é relatar um caso de holoprosencefalia com probóscide. Trata-se de recém nascido pré-termo, com 31 semanas, nascido em 02 de Outubro de 2022, sexo feminino, nascido de parto vaginal com uso de forceps, bolsa rota desde do dia 30/09/2023. Mãe com 22 anos, realizou 2 consultas de pré-natal, diabetes melitus tipo 2 não controlada, sorologias para sífilis, HIV e hepatite B não reagentes, porém susceptível para toxoplasmose O recém nascido nasceu deprimido, com necessidade de reanimação e intubação orotraqueal. Ao exame físico apresentava anomalias craniofaciais, com implantação baixa das orelhas, nariz em probóscide, hipoteleorbitismo, e não visualização de globos oculares bilateralmente, além de fissura em região de sulco interglúteo. O exame de imagem com ultrassonografia transfontanela foi sugestivo de holoprosencefalia alobar, e como achado não direcionado no exame, não foi possível visualizar globos oculares. Foi realizado ainda ecocardiograma, que revelou comunicação Interventricular Muscular de tamanho mínimo e forame Oval pérvio. Já a ultrassonografia de abdome total mostrou-se sem alterações significativas. Paciente necessitou de vários dias de internação hospitalar, e veio a óbito no 11º dia de vida.

**Discussão:** A holoprosencefalia apresenta vários graus de severidade, mas independente da classificação, o prognóstico costuma ser reservado. Já os casos com holoprosencefalia alobar costuma ser letal já no nascimento ou nos primeiros meses de vida. Esses casos podem estar associados a anomalias e malformações cromossômicas, mas também já foram associados a fatores externos, como drogas com efeito teratogênico, rubéola, toxoplasmose, e diabetes melitos materna. Para auxiliar no diagnóstico a ultrassonografia de primeiro trimestre é fundamental, e se necessário complementação com estudo fetal auxiliado por ressonância magnética. Já no pós-parto pode-se lançar mão da tomografia computadorizada, ultrassonografia, além do estudo do cariótipo.

**Comentários Finais:** Reconhecendo o grau de severidade da holoprosencefalia, associada a outras mal formações congênitas, esse relato de caso enfatiza a necessita-se de um acompanhamento adequado no pré-natal, e da família assistida, além da preparação da equipe que ira receber esse recém nascido, afim de realizar o diagnóstico precoce e indicar os cuidados adequados para esse recém nascido, que terá uma expectativa de vida limitada.

**Palavras-chave:** HOLOPROSENCEFALIA;PROBÓSCIDE;ANORMALIDADES CONGÊNITAS.

PO670

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Meningoencefalocele como diagnóstico diferencial em lactente com tumoração em rinofaringe- relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** LÍVIA MACHADO RIGOLON

**COAUTORES:** CAROLINA PONTES OLIVEIRA NUNES; LAYS MYLENA SILVA; MATEUS PINTO RIBEIRO; GABRIEL COELHO SOARES MORAES; CAMILLA MAGALHAES DE ALMEIDA GANEM; TIAGO FRAGA VIEIRA; MIRIAN CABRAL MOREIRA DE CASTRO

**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** Lactente de sete meses, evoluiu desde o nascimento com roncos, apneia e esforço respiratório, sendo necessária traqueostomia. Realizadas tomografia computadorizada (TC) de seios da face e ressonância magnética (RM) de pescoço e encéfalo: lesão expansiva de densidade cística em orofaringe e rinofaringe à esquerda, estendendo-se para espaço mastigador, fossa pterigopalatina e forame espinhoso deste lado; amplitude da coluna aérea local reduzida pela lesão; sem alterações em sistema nervoso central visíveis ao método. Videonasolaringoscopia: lesão encapsulada não pulsátil em fossa nasal esquerda que obstrui todo o cavum. Feita abordagem cirúrgica endoscópica nasal e notada tumoração encapsulada em fossa pterigopalatina e rinofaringe, com extensão para base do crânio à esquerda. Drenado de conteúdo translúcido, com retirada de material para biópsia e fechamento da mucosa local. Enviado material para exame anatomopatológico e imunohistoquímico: tecido neural (imunopositivo para GFAP) em meio a tecido fibroconjuntivo, podendo corresponder a encefalocele; ausência de sinais de malignidade. Regressão da lesão observada em exames pós-operatórios, com posterior decanulação.

**Discussão:** As meningoencefalocelos congênitos são raros, ocorrendo em 1 a cada 3.000 a 5.000 nascidos vivos. É um achado incidental em muitos casos, mas pode ter apresentações variadas, como massa nasal com obstrução em cerca de 10% dos casos, roncos, secreção nasal e deformidade facial. Menos frequentemente, pode causar dificuldades respiratórias e alimentares e atraso no crescimento. É crucial exame físico e anamnese detalhados, bem como exames de fibronasolaringoscopia, tomografia computadorizada e ressonância magnética para ajudar a localizar o defeito na base do crânio, decidir a exposição cirúrgica necessária e descartar patologias associadas. Com base na localização, as meningoencefalocelos podem ser classificadas em occipital (correspondem a 75%), frontonasal e basal. Conforme o local de projeção do conteúdo, essas lesões podem ser classificadas em transetmoidais (intranasais), esfenotmoidais (nasofaringe), transesfenoidais (nasofaringe) e esfenomaxilares (fossa pterigopalatina). A abordagem endoscópica, diferentemente das abordagens externas, é um procedimento sem necessidade de retração cerebral, recuperação mais rápida e menores taxas de recorrência. Para reparar o defeito são usados gordura, fâscia lata e cartilagem.

**Comentários finais:** Em casos de massa nasal congênita, embora seja uma afecção rara, é necessário um elevado grau de suspeição para propedêutica adequada e encaminhamento para centro especializado. Em alguns casos, como o do paciente, a tumoração pode gerar obstrução da via aérea, sendo necessária traqueostomia e, por vezes, via alimentar alternativa à via oral. O reparo meticuloso e personalizado proporciona excelentes resultados.

**Palavras-chave:** meningoencefalocele;tumoração nasal;esforço respiratório.

**PO677****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****SINÉQUIAS NASAIS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUÇÃO NASAL CONGÊNITA NO RECÉM NASCIDO****AUTOR PRINCIPAL:** GUILHERME DOEHL KNEBEL**COAUTORES:** LETICIA LEMES GAI; MARIA EDUARDA DEON CECCATO; PEDRO HENRIQUE ZANELLA CATTO; MARIA LUIZA LOPES ILGENFRITZ; LETICIA ROSSETTO DAUDT; DENISE MANICA; CLÁUDIA SCHWEIGER**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do caso:** Feminina, 1 mês e 10 dias de vida, prematura de 36 semanas, síndrome de aspiração meconial associada à asfixia neonatal com necessidade de intubação orotraqueal. Transferida da cidade de origem ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre após 4 falhas de extubação para avaliação por suspeita de atresia de coanas. Realizou tomografia computadorizada (TC) de seios da face ainda no hospital de origem, sem sinais de atresia, mas com evidência de obstrução das fossas nasais por material inespecífico com densidade de partes moles.

À chegada ao HCPA, foi realizada endoscopia nasal em UTI pediátrica pela equipe de otorrinolaringologia, com impossibilidade de progressão do aparelho em ambas as fossas nasais devido à presença de material similar a sinéquias nasais, sem secreção purulenta e com triagem de infecções neonatais negativa. Sem evidências de malformações craniomaxilofaciais e com Ressonância Magnética de seios da face, excluindo defeitos de linha média. Indicada abordagem cirúrgica para definição diagnóstica e manejo.

Ao procedimento, visualizada malformação de cornetos em ambas as fossas nasais, com corneto inferior em continuidade com assoalho nasal e presença de sinéquias entre corneto médio e septo, impossibilitando passagem de ótica de 2,7mm, com mucosa de aspecto granulomatoso, sendo removida a mucosa e enviada para exame anatomopatológico e cultural. Desfeitas sinéquias, com individualização de corneto médio e inferior e colocação de splint bilateralmente. Ao exame anatomopatológico, mucosa compatível com tecido conjuntivo revestido por mínimo epitélio escamoso/metaplásico, apresentando inflamação crônica e aguda, sem outras alterações.

Em cirurgia revisional, 7 dias após primeira intervenção, feita remoção de pequena brida residual entre corneto e septo, com perviedade de todo o trajeto até coanas, progressão adequada da ótica e cavum livre de lesões; extubada no pós-operatório imediato. Por apresentar ainda esforço ventilatório após a primeira revisão cirúrgica, paciente foi submetida a novo procedimento revisional, com 21 dias após a primeira cirurgia endoscópica nasal. Visualizado apenas quantidade de secreção mucoide e pequenos focos de granulação, que foram removidos endoscopicamente. Já no pós-operatório imediato, paciente sem esforço respiratório, e nos dias seguintes evoluiu progressivamente com aumento da dieta via oral e ausência de esforços respiratórios.

**Discussão:** A obstrução nasal no recém-nascido (RN) é um quadro muito grave, potencialmente fatal, levando em conta que o RN possui respiração nasal exclusiva até a terceira semana de vida. As sinéquias nasais em lactentes em geral são secundárias à manipulação, como uso de CPAP em prematuros; contudo, não acreditamos ser o caso da paciente em questão, pois a obstrução alta se manifestou desde os primeiros dias de vida. Portanto, acreditamos que foi uma má-formação congênita dos cornetos nasais.

Clinicamente, quadros de obstrução nasal em RN, no caso de ser bilateral, caracteriza-se como uma emergência médica, podendo cursar com insuficiência respiratória grave e asfixia, com alguma melhora durante o choro, muitas vezes necessitando de abordagem emergencial com intubação orotraqueal. Radiologicamente, estes pacientes devem ser submetidos a estudo anatômico com TC para compreender exatamente quais estruturas estão envolvidas na malformação, podendo ela ser exclusivamente óssea, membranosa ou mista, quando engloba estruturas ósseas e de partes moles.

**Comentários Finais:** As patologias que geram obstrução nasal congênita e que demandam tratamento cirúrgico, especialmente nos lactentes, se apresentam como um desafio ao otorrinolaringologista. Por serem tratamentos realizados principalmente por via transnasal, o próprio tamanho das narinas limita o instrumental cirúrgico e facilita a recorrência de aderência por granulação das áreas cruentas. Nesse sentido, além das malformações congênitas das próprias estruturas internas do nariz serem um diagnóstico a ser considerado na criança com obstrução nasal ao nascimento, deve-se refletir e buscar opções de instrumental para o adequado tratamento.

**Palavras-chave:** OBSTRUÇÃO NASAL CONGÊNITA; SINÉQUIAS NASAIS; OTORRINOPEDIATRIA.

**PO678****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR INFECÇÕES AGUDAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, NAS CINCO REGIÕES BRASILEIRAS, NOS ANOS DE 2019 A 2023.****AUTOR PRINCIPAL:** JENNIFER CRISTIANA VICENTE DE LIMA**COAUTORES:** JOSÉ WAGNER DE LIMA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL**OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico das internações por infecções agudas das vias aéreas superiores, nas cinco regiões do país, durante o período de 2019 a 2023.**METODOLOGIA:** O presente estudo trata-se de uma pesquisa epidemiológica ecológica, de série temporal, com análise do perfil epidemiológico das internações de pacientes que sofrem com infecções de vias aéreas superiores, entre os períodos de janeiro de 2019 a julho de 2023. Esses dados foram coletados do Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS) da plataforma de dados públicos DATASUS. As variáveis de informação foram: número de internações, faixa etária, sexo, cor/raça e região geográfica do país.**RESULTADO:** De janeiro de 2019 a julho de 2023 houve 90.980 internações no Brasil por infecções agudas de vias aéreas superiores. Desse total, 57% (51.864) das internações foram feitas em crianças abaixo de 10 anos, tendo maior contribuição daquelas com idade entre 1 a 4 anos, em que o número absoluto atingiu um total de 27.964 de internações de crianças com essa faixa etária. Em relação aos 90.980 brasileiros internados por essa infecção, os de sexo masculino são os que apresentam maior número, correspondendo a 52,17% (47.461). Além disso, os pardos apresentam a maior taxa de internação em relação às raças, correspondendo a 44,80% (40.757), e os brancos, a segunda maior taxa, com 30,40% (27.648). Por fim, dentre as cinco regiões brasileiras, a região nordeste é a que apresenta maior número de internação, 30,1% (27.368), seguida pela região sudeste com 29% (26.338), contrapondo a menor região, que é o norte do país, a qual apresenta apenas 10,1% (9.888) de internação pela infecção.**DISCUSSÃO:** Rinofaringite aguda, faringoamigdalite aguda e rinossinusite aguda, todas são tipificações da infecção aguda de vias aéreas superiores. Segundo a literatura médica pediátrica, essa enumeração de doenças são as maiores causas de infecção respiratória aguda nas crianças. Isso vai de encontro à análise feita neste trabalho, em que se mostra maior acometimento de pacientes menores de 10 anos, mas principalmente aquelas que possuem entre 1 a 4 anos. Entretanto, essas infecções - seja de origem viral, bacteriana ou fúngica - atingem pessoas de qualquer idade, sexo e raça. A depender da história do paciente, há a chance de evoluir para uma complicação e afetar sistematicamente o paciente - a partir de uma febre reumática, glomerulonefrite pós estreptocócica e abscesso periamigdaliano - e dessa forma, a internação torna-se necessária.**CONCLUSÃO:** Sob análise da coleta de dados, fica claro que no período estudado - janeiro de 2019 a julho de 2023 - as infecções agudas de vias aéreas superiores acometem em maior número às crianças com menos de 10 anos de idade. Além disso, as internações são feitas em maior número em pacientes do sexo masculino e pacientes de cor parda. Entre as regiões brasileiras, a região nordeste é a que apresenta maiores números de internações, seguida pela região sudeste do Brasil.**Palavras-chave:** Infecção de via aérea superior; internação; pediatria.

**PO679****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****SINTOMAS RESPIRATÓRIOS SÚBITOS EM LACTENTE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS LAZARO AVILA DA COSTA**COAUTORES:** MATHEUS LISATCHOK; ARTHUR JOSE ROQUE CRUZ; TIAGO CARDOSO MARTINELLI; CARINA YURI FUSSUMA; DÉBORA BRESSAN PAZINATTO; REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL**INSTITUIÇÃO:** 1. UNITAU, TAUBATÉ - SP - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL

**RESUMO CLÍNICO:** Paciente de 10 meses, masculino, previamente hígido, comparece ao pronto-socorro pediátrico da UNICAMP devido a desconforto respiratório, com estridor laríngeo, após aleitamento e engasgo há 3 dias. Evento de engasgo com cianose, necessitando manobra para desengasgo, com retorno da coloração normal e seguida de um episódio de vômito. Desde então, estridor bifásico e afonia e alimentando-se normalmente.

Ao exame, retração subcostal, estridor bifásico, choro fraco e rouco. Ausculta pulmonar normal. Em exame de nasofibrosopia ainda no pronto atendimento, visualizado corpo estranho metálico, de aproximadamente de 1,5cm, entre as pregas vocais. Indicada laringoscopia de emergência em centro cirúrgico, mesmo fora do tempo de jejum, sem ventilação com pressão positiva de indução anestésica.

Em centro cirúrgico, sob anestesia geral e ventilação espontânea, com suporte de cateter nasal de oxigênio sem ventilação com pressão positiva em máscara facial. Visualizado objeto laminar com ótica de 0 graus e 4 mm tipo sinusoscópio, este foi retirado com pinça tipo jacaré de microcirurgia de laringe com técnica “a quatro mãos”, sem intercorrências. A revisão da via aérea mostrou granulomas em pregas vocais direita e esquerda, ambos em porção de terço anterior, sem limitação da mobilidade das pregas vocais ou obstrução de luz glótica, subglote e traquéia estavam normais. O paciente apresentou boa evolução após o procedimento sem necessidade de suporte respiratório, com melhora completa de sintomas respiratórios e da afonia, além de melhora em exame de nasofibrosopia de lesões secundárias.

**DISCUSSÃO:** A ingestão acidental e a impactação de corpo estranho na via aerodigestiva consiste em uma urgência otorrinolaringológica comum (11% dos atendimentos na área). Pode apresentar um desfecho fatal, com a obstrução total das vias aéreas, necessitando alto índice de suspeição clínica e resolução eficiente. Sua predominância ocorre na faixa pediátrica, principalmente entre 0 e 3 anos (50% dos casos), e com maior predileção pelo sexo masculino (2:1). O predomínio nesta faixa etária pode estar associado à incoordenação da deglutição e mastigação, além da ausência de dentes molares. Ademais, crianças têm o costume de explorar os objetos levando-os à boca, podendo ingerí-los ou aspirá-los inadvertidamente.

As manifestações clínicas variam conforme a consistência do objeto ingerido, local de impactação, tempo de acometimento, idade do paciente, se apresentou testemunhas durante a ingestão e principalmente o grau de obstrução da via aérea. Objetos impactados nas pregas vocais e com características mais ásperas tendem a desencadear mais sintomatologia. Na fase aguda, com impactação laríngea, os sintomas geralmente são rouquidão, afonia, estridor e dispnéia. O índice de complicação é diretamente proporcional ao tempo de permanência do CE no paciente.

A história do aparecimento súbito de sintomas respiratórios é suspeita. A nasofibrolaringoscopia permite a avaliação da via aérea alta e do CE. Os exames de imagem têm aplicação limitada para o diagnóstico (Apenas 20% dos objetos são radiopacos). A radiografia simples e tomografia computadorizada apresentam maior utilidade para detecção de complicações, no entanto, no caso de crianças estáveis com nasofibrolaringoscopia negativa o raio-X simples de tórax e cervical é recomendada. O manejo envolve a disponibilidade de uma equipe treinada para a retirada do corpo estranho, necessária para evitar progressão do corpo estranho e planejar o acesso eficiente à via aérea no caso de intercorrências transoperatórias.

**CONCLUSÃO:** A ingestão ou aspiração de um corpo estranho é uma intercorrência corriqueira do otorrinolaringologista e a evolução catastrófica pode ocorrer em pequena parcela dos casos, sendo necessária a intervenção precoce. O nível de suspeição deve ser alto em crianças com histórico de início abrupto de sintomas respiratórios, particularmente em lactentes. A integração do otorrinolaringologista para realização do exame da via aérea superior no pronto atendimento pediátrico pode ser determinante para o diagnóstico.

**Palavras-chave:** CORPO ESTRANHO;DESCONFORTO RESPIRATÓRIO;VIA AÉREA PEDIÁTRICA.

**PO693****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR PAROTIDITES VIRAIS, NO PERÍODO DE 2019 A 2023, EM SÃO PAULO.****AUTOR PRINCIPAL:** JENNIFER CRISTIANA VICENTE DE LIMA**COAUTORES:** JOSÉ WAGNER DE LIMA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL**OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico de pacientes internados por caxumba, parotidite viral, no estado de São Paulo, nos anos de 2019 a 2023, e compará-los com a região sudeste do Brasil.**METODOLOGIA:** O presente estudo trata-se de uma pesquisa epidemiológica ecológica, de série temporal, com análise quantitativa do perfil epidemiológico das internações por parotidite viral em São Paulo (SP), no período de janeiro de 2019 a julho de 2023. Esses dados foram coletados do Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS) da plataforma de dados públicos DATASUS. As variáveis de informação foram: número de internações, idade, sexo, cor e raça.**RESULTADOS:** O estado de São Paulo obteve, nos quase 5 anos retratados, 352 internações por parotidite viral, o que corresponde a 47,25% do número total de internações da região sudeste, a qual possui 745 internações, em sua totalidade. Pacientes entre 1-4 anos de idade são os mais acometidos, correspondendo a 26,14% (92), vale ressaltar que, pacientes com idade entre 5 a 9 anos possuem também taxas também significativas de internação, sendo de 15,63% (55), em SP. Na região sudeste, esses dois intervalos etários também são os que mais são internados, juntos correspondem a 40% (298) em relação à totalidade das faixas etárias. Já a raça/etnia mais atingida em SP é a branca 53,41% (188), tal estimativa também se expande a região sudeste, a qual possui 40,43% (304) internações em pacientes dessa mesma cor. Por fim, tanto em SP, quanto no sudeste, pacientes do sexo masculino são os que mais sofrem internações por parotidite; em SP, a diferença entre os sexos se dá em 5,18%, já que os homens correspondem a 52,34% (186) e as mulheres a 47,16% (166). Enquanto no sudeste, ocorre uma maior disparidade, com 14,5%, pois os homens apresentam uma taxa de 57,05% (425) e as mulheres 42,55% (320) em número de internações.**DISCUSSÃO:** A caxumba é uma doença infecciosa viral, sua transmissão é por disseminação de gotículas respiratórias. Quando adquirida, provoca sinais inflamatórios, com duração de 1 a 2 semanas, por isso há edema nas glândulas parótidas, febre e dor, que são conduzidos ambulatorialmente com prescrição de analgésicos e antipiréticos. Entretanto, pode haver complicações como epidídimo-orquite, ooforite, meningite asséptica, encefalite, pancreatite, comprometimento miocárdico e artrite. A surdez pode ser, em alguns casos, uma sequela importante do processo inflamatório. A gravidade pode evoluir com necessidade de internação, como analisado quantitativamente neste trabalho. Apesar disso, a doença possui um bom prognóstico, pois a vacina tríplice viral, aplicada em duas doses, a primeira aos 12- 15 meses de vida e a segunda, de 4 a 6 anos, faz com que o índice de gravidade se reduza. Neste caso, em decorrência dessa especificidade etária para se vacinar, o número de pacientes internados acometidos por caxumba é maior em crianças de 1 a 4 anos, momento em que a cobertura vacinal ainda não está completa.**CONCLUSÃO:** Os resultados coletados, dentro do período de janeiro de 2019 a julho de 2023, ao serem analisados, permitiram concluir que tanto o estado de São Paulo, quanto a região sudeste, possuem o mesmo perfil epidemiológico de internação. Ou seja, o número maior de internação por parotidite viral é feito em crianças de 1 a 4 anos, sendo elas de sexo masculino e de cor branca.**Palavras-chave:** Parotidite viral;internação;pediatria.

**PO696****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA ATUAÇÃO DA OTORRINOLARINGOLOGIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO TERCIÁRIO****AUTOR PRINCIPAL:** WILLIAM LOPES DANTAS DA SILVA**COAUTORES:** PEDRO LUNA SINGER; PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA; RAFAELA DESIDERIO SAAD; WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA; RENAN CÉSAR DE FREITAS; PAULO RENATO BARCHI; ATILIO MAXIMINO FERNANDES**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL

**Objetivos:** Buscou-se fornecer informações baseadas na epidemiologia local, comparando com as diversas idades, a fim de subsidiar tratamentos mais precisos e direcionados a faixa etária pediátrica..

**Métodos:** O estudo consiste em um desenho transversal com delineamento epidemiológico dos pareceres respondidos pela equipe de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial, realizado no Hospital da Criança e Maternidade, SP. A coleta de dados foi realizada a partir de todos os pareceres solicitados durante o período entre 1 de janeiro de 2021 a 1 de fevereiro de 2022,

**Resultados:** Dos 619 prontuários analisados no decorrer de 13 meses, foi observado uma média de 47,6 avaliações pediátricas ao mês. das avaliações do estudo, 324 pacientes eram homens enquanto 295 do sexo feminino, dando uma relação de 1,09: 1 de homens e mulheres. Com relação aos grupos etários, dividindo os grupos de acordo com o estatuto da criança e do adolescente (ECA), observa-se que a faixa etária mais afetada foi a de 2 a 5 anos( 32%) , em seguida da faixa etária de 5-12 anos (30%). Em relação as comorbidades apresentadas pelos pacientes avaliados, pode-se notar também prevalência de pacientes sem comorbidades prévias. no entanto, dos que relataram doenças associadas, foi possível identificar a presença de taxas elevadas de cardiopatias (12), doenças neurológicas (12) e doenças hematológicas (10). Quanto a etiologia das avaliações, para melhor entendimento, as solicitações foram divididas em oito categorias distintas: trauma, patologias laríngeas, patologias rinossinusais, patologias bucofaríngeas, patologias otológicas, patologias cervicais, abscessos e patologias de glândulas salivares. dentre os pacientes avaliados neste estudo, destacaram-se patologias otológicas (290) e patologias rinossinusais (137) além disso, para melhor elucidar os casos avaliados, classificamos as avaliações de acordo com os diagnósticos finais definidos após avaliação de cada paciente. Houve alta incidência pediátrica do diagnostico de corpo estranho de conduto auditivo (132) e de corpo estranho nasal (63), seguidos por otites (59) e ainda por otomastoidites (31). Quanto ao tratamento optado por nossa equipe para resolução dos casos avaliados, tem-se alta prevalência de conduta conservadora. no entanto, há de se considerar a grande quantidade de avaliações por queixas ambulatoriais ou não passíveis de conduta cirúrgica, independente do grau de acometimento ou avanço de determinada patologia. sendo assim, foi constatado em nosso estudo apenas 10,5% de conduta cirúrgica para as avaliações observadas;

**Conclusão:** durante esses 13 meses, foi observado que as avaliações otorrinolaringológicas pediátricas ainda apresentam alta prevalência de patologias relacionados ao ouvido (46%), ainda com importante destaque da ocorrência de corpo estranho seja no conduto auditivo ou seja em cavidade nasal. em nosso estudo a prevalência entre os sexos foi semelhante. estudos semelhantes, em outros centros formadores, se faz necessário, afim de compararmos se essa mudança no perfil das avaliações otorrinolaringológicas pediátricas está ocorrendo em âmbito nacional, ou apenas na região do noroeste paulista.

**Palavras-chave:** otorrinolaringologia pediatrica;avaliação otorrinolaringológica;urgências pediátricas.



**PO742****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****RELATO DE CASO DE MALFORMAÇÃO CONGÊNITA: ATRESIA UNILATERAL DE COANA NASAL ASSOCIADO A FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA****AUTOR PRINCIPAL:** JOÃO LINS MAUÉS**COAUTORES:** JOSE FAIBES LUBIANCA NETO; RITA CAROLINA POZZER KRUMENAUER PADOIN; RENATA LOSS DRUMMOND; NEEMIAS SANTOS CARNEIRO; HEMILY IZABEL ALVES NEVES; LUANA VIEIRA SANTOS**INSTITUIÇÃO:** 1. UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL2. ISCMPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, com dois meses de idade, mantido em internação hospitalar desde o parto em decorrência de cardiopatia complexa dependente de canal. Desde o nascimento em leito de UTI e submetido a múltiplos procedimentos cardíacos para colocação de stent coronário e também cerclagem de vasos, mantendo-se então durante todo o período sob ventilação mecânica por tubo orotraqueal. Após a realização dos procedimentos com a cirurgia cardiovascular com resolução supostamente completa da patologia cardíaca, o paciente evolui com diversas falhas de extubação. Equipe clínica solicita avaliação da otorrinolaringologia com vistas a nasofibrolaringoscopia para diagnósticos diferenciais para causa da falha de extubação. Na realização do exame identifica-se, portanto, atresia completa de coana nasal direita, sendo permitida a passagem do aparelho apenas na fossa nasal contralateral e ainda presença de fístula traqueoesofágica, com visualização da sonda nasoentérica através do trajeto fistuloso. Demais estruturas avaliadas no exame sem alterações significativas, com ausência de lesões ou malformações em demais topografias de pregas vocais, supraglote e subglote. Carina sem alterações. Paciente segue após procedimento ainda em ventilação mecânica para correção cirúrgica em dois tempos, iniciando com a correção da fístula traqueoesofágica para novo planejamento de cerclagem arterial e, por fim, correção da atresia de coana nasal, conforme condições clínicas para tal. Caso em evolução no presente, sem desfecho definido, mas chamando atenção pela identificação das alterações distintas e raras descritas acima.

**Discussão:** A atresia de coana é uma malformação congênita e corresponde à falha no desenvolvimento da comunicação entre cavidade nasal posterior e nasofaringe. A apresentação unilateral é a mais frequente. Este achado ainda assim, se caracteriza como uma malformação congênita com baixa incidência. A fístula traqueoesofágica consiste numa comunicação anormal entre o esôfago e a traqueia. Possui etiologias diversas, como por exemplo a congênita, descrita no caso. A principal manifestação clínica desta condição são os engasgos ou afogamento quando a pessoa ingere um alimento ou sua própria saliva, uma vez que o líquido entra pelo esôfago e termina seguindo o caminho correspondente às vias respiratórias. Na literatura não há casos de atresia completa de coana nasal unilateral associado a fístula traqueoesofágica. De qualquer maneira, é sabido que casos congênitos de fístula traqueoesofágica também cursam com outras anomalias, tanto das vias aéreas como do sistema cardiovascular. Portanto, é pertinente sempre priorizar uma investigação global de demais anomalias em paciente que já possui um diagnóstico estabelecido de malformação anatômica. Essa classe de patologias exigem uma avaliação multidisciplinar desde o primeiro momento, tal como descrito no relato, para então estabelecer a correção em diversos tempos conforme ordem de gravidade. No referido caso, após identificada a alteração nas vias aéreas, foi priorizada a correção da fístula antes de prosseguir com demais condutas, pelo fato da via aérea se tratar do componente mais importante para manutenção de funções vitais orgânicas.

**Comentários finais:** Ambas as alterações congênitas identificadas no caso, se referem a patologias que comprometem a via aérea do paciente. A presença de uma delas, já acarreta em desfechos potencialmente fatais. Quando encontradas concomitantemente no mesmo indivíduo, agrega-se o risco de óbito de maneira exponencial. O exame endoscópico da via aérea fez-se vital para avaliação adequada de alterações estruturais encontradas no paciente e, assim, proporcionar diagnósticos diferenciais para as falhas de extubação em um paciente que, inicialmente, era tido como portador de patologia apenas de ordem cardiovascular.

**Palavras-chave:** fístula traqueoesofágica; otorrinopediatria; atresia de coana nasal.

PO746

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

## RELATO DE CASO: AGENESIA DE TRAQUEIA TIPO II

**AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDA CHAVES AMANTÉA

**COAUTORES:** TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO; MARIA LUIZA LOPES ILGENFRITZ; LUIZA CABREIRA BRUST; LEONARDO KUHL; LEONARDO KUHL; LEONARDO KUHL; LEONARDO KUHL

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

Recém Nascido (RN) feminino, IG 30+6s, nascida via Parto Cesáreo após 1h de ruptura de membranas amnióticas. História gestacional de Toxoplasmose na 17ª semana de gestação, tratada com esquema preconizado pelo Ministério da Saúde, e de CIUR. Identificada Polidramnia em US realizada 72h antes do nascimento. Puérpera hígida, de 26 anos, com história de gestação normal prévia, negava tabagismo ou etilismo, exames pré-natais e sorologias na admissão normais.

RN nasceu cianótico e com tônus reduzido. Foi realizado clampeamento imediato do cordão umbilical e levado para berço aquecido, seguido de aspiração da via aérea superior e monitoramento. Após 30s, iniciou-se ventilação com pressão positiva devido FC do RN <100bpm. Mesmo após o aumento da FiO2 até 100% e da PIP até 25, não houve melhora clínica, sendo indicado intubação orotraqueal (IOT).

Foi realizada tentativa de IOT pela equipe da Neonatologia por volta do 2o minuto de vida - diversas tentativas, sem sucesso. Relato de boa visualização da glote, mas impossibilidade de progressão do TOT. Foi chamada a equipe de Cirurgia Pediátrica (CIPED), que tentou realizar traqueostomia de urgência, mediante incisão cervical, sem visualização da traqueia. Inserido TOT e, após, cânula de traqueostomia, com melhora fugaz da saturação. Chamada equipe da Otorrinolaringologia (ORL), que realizou Laringoscopia Direta (LD) com endoscópio rígido 0°, permitindo identificar base da língua e estruturas supraglóticas e glote de aspecto usual. Realizada passagem da ótica rígida pela glote, identificando-se fundo cego (ausência de orifício de progressão para trato respiratório inferior (TRI)). Foi realizada tentativa de intubação esofágica com tubo 3.0 sem balão e 3.0 com balão, para melhor vedação e condução de ventilação à TRI – ambas tentativas com piora do quadro, sendo optado por manter ventilação com máscara laríngea (ML).

A RN foi, então, transferida para o bloco cirúrgico, onde equipe da ORL realizou abordagem via cervical anterior. Identificada cartilagem tireoidea, sem continuidade com traqueia inferiormente. Identificada estrutura esofágica e faringostoma (resultante da tentativa de traqueostomia prévia) à esquerda, permitindo visualização retrógrada da ML. Procedeu-se à exploração cervical inferior sem identificação de via aérea baixa até nível de fúrcula esternal, sem possibilidade de abordagem cirúrgica corretiva. RN veio a óbito após 3 horas. Foi realizado necrópsia, com diagnóstico de Agenesia Traqueal (AT) tipo II, com presença de fístula broncoesofágica.

A AT é a ausência parcial ou total da traqueia abaixo da laringe. Em tais casos, o TRI geralmente está conectado ao trato gastrointestinal por fístula traqueoesofágica ou broncoesofágica distal. Acomete 1:50.000-100.000 nascidos vivos, mais comum no sexo masculino (2:1), associada com prematuridade e polidramnia, combinada com outras anomalias congênitas em 90% dos casos. É classificada pela presença e extensão do remanescente traqueal (Classificação de Floyd):

- 1) Tipo I: presença de traqueia distal, que se comunica com a face anterior do esôfago distal.
- 2) Tipo II: agenesia completa da traqueia. Carena e brônquios principais bifurcados surgem diretamente da superfície anterior do esôfago.
- 3) Tipo III: não há traqueia distal e nem carena. Os brônquios principais surgem separadamente da parede anterior do esôfago distal.

O diagnóstico pré-natal é difícil e raro. Embora possa ser realizado através de Ressonância Magnética ou US, pela identificação de polidramnia e sinais de síndrome congênita de obstrução das vias aérea superiores (pulmões simetricamente aumentados, diafragma achatado e dilatação da árvore traqueobrônquica), é mais comum obter o diagnóstico no pós parto, durante a tentativa de traqueostomia. uma condição de mau prognóstico, com alta mortalidade. A maior sobrevida descrita na literatura até o momento é 6 anos. A AT é uma condição com diversas dificuldades associadas. A inicial, e principal delas, é o diagnóstico precoce, que permite as etapas subsequentes - planejamento da equipe multidisciplinar no parto e período pós-natal, além de acompanhamento do crescimento.

Palavras-chave: agenesia de traqueia;agenesia traqueal;traqueostomia.

PO753

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

**HOSPITALIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE AMIGDALECTOMIA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA NO BRASIL: 2008-2022**

**AUTOR PRINCIPAL:** MARINA RIBEIRO GIL

**INSTITUIÇÃO:** CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VARZEA GRANDE UNIVAG, VARZEA GRANDE - MT - BRASIL

Amígdalas são massas de tecido linfóide localizadas na orofaringe, são conhecidas também como tonsilas palatinas. A prática de amigdalectomia é antiga, sendo relatada desde 300 a.C. e ainda hoje há controvérsias quanto às suas indicações. Atualmente é o principal procedimento realizado por otorrinolaringologistas, correspondendo uma das principais cirurgias de caráter eletivo no contexto da população pediátrica. A cirurgia para sua retirada é chamada de Amigdalectomia e é mais frequente na faixa etária pediátrica. **Objetivo:** Este estudo visa compreender qual o perfil epidemiológico de internação para cirurgia de amigdalectomia no Brasil. Não obstante, busca também compreender as causas que levam ao aumento do tempo internação da população pediátrica, ou seja, permanência em regime hospitalar por mais de 2 dias após o procedimento, durante os anos avaliados (2008-2022), e se houve alguma mudança no perfil epidemiológico desse público ou do tempo de permanência de internação. **Método:** Análise de dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-DATASUS), caracterizado como estudo epidemiológico, observacional de corte transversal. **Resultados:** Foram analisados 410.708 prontuários, em média 75 procedimentos realizados por dia. As variáveis de sexo feminino e masculino e a variável morte não obtiveram apresentação estatística significativa. A faixa etária predominante foi a de 0-5 anos com 44,34% dos casos, seguido, pela predominância da faixa de 6 - 10 anos com 42,79%. A região geográfica de maior incidência foi a região sudeste. O período de maior incidência foi entre 2008 - 2012 com 40,64%. O tempo de permanência foi dentro do esperado, entre 1 a 2 dias, para 86,71% dos dados analisados. **Conclusão:** O perfil das crianças foi de 0-5 anos; moradores da região sudeste do Brasil; caráter de internação foi eletiva; sem necessidade de UTI; boa evolução com alta hospitalar; tempo de permanência dentro do esperado de 1 a 2 dias, às limitações, desta análise o baixo número de estudos relacionados a hospitalização para realização de amigdalectomia. apesar do banco de dados extenso disponível nessa amostra.

**Palavras-chave:** Tonsilectomia;;Hospitalização;Epidemiologia.

**PO758****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****ESTENOSE CONGÊNITA DE ABERTURA PIRIFORME: RELATO DE CASO.****AUTOR PRINCIPAL:** LUÍSA FERRAZ BORBA TORRES**COAUTORES:** PEDRO CARVALHO GUIMARÃES; RAFAELA RODRIGUES DE SOUZA; OTÁVIO ANANIAS DOS SANTOS MANGUALDE**INSTITUIÇÃO:** PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** Y. A. S., feminina, nascida com 38 semanas, por cesárea após pré-natal de alto risco decorrente de diabetes gestacional. Mãe febril e com exantema em intraparto, diagnosticada com arbovirose confirmado após teste sorológico. RN com APGAR 08/08. Evoluiu com padrão de obstrução nasal e estridor desde o nascimento, com necessidade de suporte imediato, posteriormente encaminhada à unidade neonatal. Evolução com intubação orotraqueal, convulsão e obstrução alta. Iniciada respiração em ar ambiente com 27 dias. Durante a internação em unidade intensiva, desenvolveu quadro de sepse neonatal, encefalite, miocardite, refluxo gastroesofágico, disfagia severa e obstrução intestinal, com necessidade de suporte hemodinâmico, ventilatório e uso de gastrostomia. Realizado fibronasolaringoscopia, com um mês, evidenciada estreitamento da cavidades nasais e suspeita de atresia congênita da abertura piriforme. Laringe evidenciou mucosa redundante prolapsada sobre as cartilagens aritenóides e acessórias - grau I de Olney, com penetração e aspiração de alimento ofertado ao exame. Apresentou testes de triagem neonatal normais e cartão vacinal atualizado. Com base em hipotonia, dificuldade de sucção e achados craniofaciais - possibilidade de megaincisivo central, lábio superior fino, testa estreita e leve estrabismo, questionou-se sobre diagnósticos sindrômicos, dentre eles, Prader-Willi. Essa hipótese foi descartada por análise de metilação do gene SNIRPN/SNURF. USG de fontanelas e ressonância magnética de encéfalo não demonstraram alterações. Avaliação abdominal demonstrou agenesia de rim direito. Alta da maternidade com três meses, em atual acompanhamento com equipe multidisciplinar. No momento, em tratamento conservador, com higienização, aspirações nasais, gotas tópicas e gastrostomia. Apresenta bom estado geral, eupneica em ar ambiente, sem estridor e ganho ponderal adequado. Cabe enfatizar a possibilidade de reavaliação da conduta conforme evolução.

**Discussão:** A estenose congênita da abertura piriforme (ECAP) é uma rara patologia que acarreta redução na capacidade respiratória do paciente. Em geral, diagnosticada nos dois primeiros meses de vida, fase do desenvolvimento em que são respiradores nasais preferenciais. Essa alteração é responsável por importante acometimento logo após o nascimento, em que são evidenciados sinais de insuficiência respiratória, como breves períodos de cianose aliviados pelo choro, desconforto respiratório, apneia e dificuldade em passagem de sonda de aspiração nasal. O diagnóstico dessa disfunção pode ser evidenciado tanto no exame de rinoscopia anterior quanto em exames de imagem, preferencialmente em tomografia computadorizada de seios paranasais. Sua etiologia baseia-se na alteração de processos da embriogênese, como formação do palato primário e dos processos da maxila, ainda na terceira semana de desenvolvimento fetal. Ademais, associa-se tal com a holoprosencefalia, uma malformação decorrente da clivagem incorreta do mesencéfalo. Essa exposição é embasada pela frequente associação da ECAP às demais anormalidades, como no caso clínico descrito. As mais comuns são as disfunções neurológicas associadas e a presença do megaincisivo central único na maior parte dos pacientes. No tratamento, podem ser adotadas medidas conservadoras, como uso de vasoconstrictor tópico, sonda de gastrostomia e a necessidade de aspiração nasal, ou a reparação cirúrgica. A adoção do meio de conduta conservador consiste em aguardar o crescimento do paciente, com consequente redução da estenose da abertura piriforme.

**Comentários finais:** A estenose congênita da abertura piriforme, apesar de inabitual, é um desafiador e importante diagnóstico. Enfatiza-se a importância da abordagem multidisciplinar, principalmente quanto ao desenvolvimento infantil, assim como a escolha do tratamento, que deve ser individualizada segundo a apresentação clínica do paciente.

**Figura 1:** Visualização de mucosa redundante prolapsada de laringe em fibronasolaringoscopia.

**Figura 2:** Visualização de radiografia de seios da face, com visualização de estenose de abertura piriforme.

**Palavras-chave:** Estenose de abertura piriforme; Tratamento; Fibronasolaringoscopia.

PO761

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

Síndrome de Waardenburg associado a fissura palatina

**AUTOR PRINCIPAL:** SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO**COAUTORES:** KARENN PARREIRAS PIRES BARCARO; LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES; MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO; EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA**INSTITUIÇÃO:** HRAC - USP, BAURU - SP - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente, feminina, 2 anos, nascida de parto cesário, 39 semanas e 3 dias, apresentando fissura palatina, glossoptose, micrognatia, heterocromia da íris, mecha branca em cabelo na região frontal, forame oval pérvio, ânus imperfurado, com potencial evocado de tronco encefálico mostrando audição normal. Pai apresenta mechas brancas de cabelo na região frontal, com manchas hipocrômicas em tronco e membros. Cariótipo 46XX, inversão do cromossomo 9. Realizado fechamento de fissura palatina pós-forame completa, correção de imperfuração anal e mantendo acompanhamento multidisciplinar, com bom desenvolvimento neuropsicomotor. Realizada orientação aos pais sobre proteção solar necessária para manchas hipopigmentadas.

**Discussão:**

A síndrome de Waardenburg é um grupo de condições genéticas herdadas de forma autossômica dominante. Durante a embriogênese, há uma distribuição anormal de melanócitos, que resulta em áreas irregulares de despigmentação. É uma doença rara, causada pela perda de células pigmentares nos olhos, pele, estria vascular da cóclea e cabelos. Caracteriza-se por uma raiz nasal larga, deslocamento lateral dos cantos mediais com distopia dos pontos lacrimais, anormalidades pigmentares da íris, hipertricrose da parte medial das sobrancelhas, topete branco e surdo-mutismo. O diagnóstico é clínico, sendo necessários dois critérios maiores ou um maior e dois menores. PAX3 é o único gene conhecido associado à síndrome, sendo, entretanto, mais usado no aconselhamento genético. Quanto ao diagnóstico diferencial, podemos citar outras causas de perda auditiva neurossensorial congênita não progressiva, outros tipos de síndrome de Waardenburg, piebaldismo, albinismo, vitiligo e síndrome de Teitz. O diagnóstico precoce da síndrome permite estimulação adequada para a perda auditiva, assim como medidas preventivas em caso de gestantes afetadas no aconselhamento genético. O tratamento da síndrome tem sido dirigido aos sinais e sintomas; o prognóstico geralmente é favorável.

**Conclusão**

Os pacientes com Síndrome de Waardenburg devem manter o acompanhamento multidisciplinar, cuidados primários, nutrição, genética, dermatologia, cirurgia plástica, oftalmologia, fonoaudiologia, odontopediatria, ortodontia e otorrinolaringologistas, para que se obtenha um diagnóstico audiológico precoce, com atuação direta para o melhor desenvolvimento neuropsicomotor, possibilitando o desenvolvimento da criança e incluindo-a nas atividades comuns de sua idade juntamente com a sociedade.

**Palavras-chave:** Síndrome de Waardenburg; despigmentação cutânea; hipocromia.

**PO774****E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****Síndrome de Moebius com paralisia facial bilateral****AUTOR PRINCIPAL:** SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO**COAUTORES:** KARENN PARREIRAS PIRES BARCARO; LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES; MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO; EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA**INSTITUIÇÃO:** HRAC - USP, BAURU - SP - BRASIL**Apresentação de caso:**

Paciente, feminina, 8 anos, encaminhada ao serviço de Cirurgia Craniomaxilofacial do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo devido história de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor associado à falta de expressões faciais, xeroftalmia e refluxo para alimentos sólidos.

Ao exame, observava-se hipomímia facial, em bom estado geral, reagindo com indiferença aos estímulos do meio ambiente. Apresentava estrabismo convergente, mímica facial inexpressiva, epicanto, hipertelorismo ocular, microstomia, mandíbulas hipoplásicas e orelhas de implantação baixa. Na avaliação neurológica, foram presenciados hipotonia universal, hiperreflexia profunda e reflexo cutâneo-plantar em extensão. Verificava-se paralisia bilateral do VI e do VII nervo craniano. O reflexo cócleo-palpebral estava diminuído, podendo sugerir comprometimento do VIII par craniano. A tomografia computadorizada do crânio sem contraste, evidenciava imagens nodulares, isodensas, de tamanhos variados, na região subependimária do ventrículo lateral direito. A ressonância magnética cerebral confirmou tais achados, revelando ainda agenesia do vermis cerebelar e hipoplasia do corpo caloso. Como conduta, foi mantido seguimento feito com auxílio de uma equipe multidisciplinar, incluindo cuidados primários, nutrição, genética, dermatologia, cirurgia plástica, oftalmologia, fonoaudiologia, odontopediatria, ortodontia e otorrinolaringologistas com programas de reabilitação psicossocial, e fisioterapia para melhora motora e deglutição, obtendo boa resposta às medidas terapêuticas.

**Discussão:**

A síndrome de Moebius é um padrão clínico reconhecível caracterizado por paralisias faciais e abducentes bilaterais não progressivas. As características frequentemente associadas incluem paralisia do hipoglosso, faringe ou trigêmeo e anomalias dos membros. Além da típica perda de expressão facial e má mobilidade ocular. A maioria dos pacientes apresenta distúrbios motores orais, induzindo fechamento labial limitado, má oclusão e disartria. Recém-nascidos e bebês com Moebius frequentemente apresentam disfagia, caracterizada por dificuldade de sucção e deglutição e episódios de aspiração que requerem alimentação enteral. A reabilitação precoce pode melhorar a recuperação da função normal, particularmente em áreas vulneráveis de desenvolvimento. É possível que a intervenção precoce que integre informações sensoriais e visuais com dificuldades emocionais possa melhorar o prognóstico da criança com Moebius.

**Conclusão:**

Para melhor diagnóstico e acompanhamento da síndrome de Moebius, precisamos de um centro especializado com equipe multidisciplinar, empenhados no acompanhamento e reabilitação do paciente, para que possa ser integrado à sociedade, de maneira que realize suas atividades, apesar das limitações que a síndrome oferece ao indivíduo.

**Palavras-chave:** Síndrome de Moebius; paralisia facial periférica; expressão facial.

PO775

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

## PAPILOMATOSE LARÍNGEA INFANTIL: UMA REVISÃO NARRATIVA

**AUTOR PRINCIPAL:** MATHEUS CARNEIRO LEAL FREITAS

**COAUTORES:** MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ; ANA ESTER SILVA PRATES CARIGÉ; LETÍCIA FONSECA CAVALCANTI CORREIA; INGRID PAZ DE ANDRADE ARRAIS; VITÓRIA MARQUES DA FONSECA MORAIS; SUÉLEM MARIA SANTANA PINHEIRO FERREIRA

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEMS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Objetivo:** Descrever os principais aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados com a papilomatose laríngea.

**Métodos:** Realizou-se uma revisão de literatura, de artigos publicados nos últimos 5 anos, nas bases de dados PubMed, BVSsalud e UpToDate, com os descritores: Laryngeal papillomatosis, Juvenile laryngeal papillomatosis. Foram incluídos artigos nos idiomas português, inglês, espanhol e alemão. Encontraram-se 96 artigos com os referidos descritores no título e resumo, foram excluídos aqueles que apresentavam duplicidade entre as bases de dados, sendo então selecionados 12 a partir das informações apresentadas no resumo; e desses, foram incluídos 5 na revisão de literatura.

**Resultado:** A papilomatose laríngea (PL) é uma condição respiratória benigna resultante de infecção viral, que afeta adultos e crianças, as quais possivelmente a adquirem por contato com o canal de parto infectado. É a principal causa de neoplasia benigna laríngea em crianças, e a 2ª principal causa de disfonia nessa faixa etária, com incidência de 4,3 casos por 100.000 crianças. Estima-se que cerca de 10 milhões de brasileiros estejam infectados com o papilomavírus humano (HPV) que é o principal causador da PL, sobretudo os subtipos 6 e 11, com risco de transformação maligna em 1-4% dos casos. O subtipo infantil da doença é mais agressivo, com maior recorrência e necessidade de intervenções cirúrgicas, e pode afetar várias porções do trato aerodigestivo, incluindo a laringe e, raramente, os pulmões, causando disfonia, dispnéia e em casos mais graves, insuficiência respiratória aguda. Os fatores de risco incluem parto vaginal, primogenitura e mãe com histórico de verrugas genitais na adolescência (risco 231 vezes maior). A suspeita clínica inclui sintomas como alterações no choro, disfonia, dispnéia e obstrução das vias aéreas (VA). O videonasolaringoscopia é uma ferramenta útil para identificar as lesões, mas a diferenciação com carcinoma escamocelular é difícil. Ademais, o diagnóstico definitivo é estabelecido por biópsia da lesão e tipagem do HPV. O tratamento inclui remoção cirúrgica dos papilomas e terapias investigativas como vitamina A, aciclovir, interferon e terapia fotodinâmica. O prognóstico da PL geralmente é bom, mas as múltiplas intervenções cirúrgicas podem causar complicações, como a propagação da doença para tecidos circundantes e recorrência da lesão. A obstrução das VA pode ser fatal. Portanto, o acompanhamento cuidadoso é essencial.

**Discussão:** Pôde-se perceber que, a PL evidencia-se como uma notável causa de morbidade, sobretudo em crianças, tendo em vista o expressivo número de infectados com HPV e o padrão mais agressivo no grupo, o que pode sugerir um maior número de internações e de abstenção desse grupo etário em atividades educativas e de lazer. Como limitação desse estudo, podemos destacar a subjetividade na inclusão dos artigos, podendo incorrer em potenciais vieses de seleção e de avaliação dos trabalhos.

**Conclusão:** A PL, evidencia-se como uma importante questão de Saúde Pública, em vista da alta prevalência do HPV na população, e por representar a principal causa de neoplasia benigna laríngea em crianças. Por fim, representa a 2ª causa mais frequente de disfonia infantil, e produz nesse grupo manifestação mais agressiva, o que pode demandar mais internações, por maiores períodos e aumento nos gastos públicos em saúde.

**Palavras-chave:** Papilomatose; Papillomavirus Humano; Saúde da Criança.



**PO784**

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

Síndrome de Edwards acompanhado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.

**AUTOR PRINCIPAL:** SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO

**COAUTORES:** KARENN PARREIRAS PIRES BARCARO; LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES; MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO; EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA

**INSTITUIÇÃO:** HRAC - USP, BAURU - SP - BRASIL

**Caso clínico:**

Paciente, feminina, 4 anos, encaminhada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo devido ao atraso do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, sendo iniciada a investigação com solicitação de dois cariótipos confirmatórios por cultura de linfócitos evidenciando 47XX+18. Expressando características fenotípicas de atraso de crescimento, fâcie dismórfica, retardo psicomotor grave, incapacidade cognitiva, inaptidão em se alimentar, ausência de linguagem verbal, perda auditiva neurossensorial, ataxia, hipoplasia cerebelar e genitais com lábios pequenos. Na cavidade oral, observou-se palato em forma de cúpula, macroglossia, ausência de incisivos centrais superiores e primeiros molares superiores e inferiores na boca. Como conduta, foi mantido seguimento com auxílio de uma equipe multidisciplinar, incluindo cuidados primários, nutrição, genética, dermatologia, cirurgia plástica, oftalmologia, fonoaudiologia, odontopediatria, ortodontia e otorrinolaringologistas associados a programas de reabilitação psicossocial, e fisioterapia para reabilitação neuropsicomotora, com orientação e assistência aos pais.

**Discussão:**

A síndrome de Edwards é uma doença caracterizada por um quadro clínico amplo e um prognóstico muito reservado. Existem descrições de mais de 130 anomalias diferentes, que podem envolver praticamente todos os órgãos e sistemas. Suas descobertas são o resultado da presença de três cópias do cromossomo 18. A principal constituição cromossômica observada entre esses pacientes é uma trissomia livre do cromossomo 18, que está associada ao fenômeno de não disjunção, especialmente na gametogênese materna. A maioria dos fetos com síndrome de Edwards morre durante a vida embrionária e fetal. A mediana de sobrevivência entre nascidos vivos geralmente variou entre 2 e 14 dias, estando associada a altas taxas de mortalidade, estimadas em 75%-95% no primeiro ano de vida. Essa baixa sobrevida se deve em grande parte à alta prevalência de anomalias congênitas graves em lactentes com esse diagnóstico. No entanto, as intervenções para reparar ou paliar essas anomalias que ameaçam a vida estão a ser realizadas a uma taxa mais elevada para estas crianças, resultando em maiores taxas de sobrevivência para além do primeiro ano de vida. Embora esteja bem documentado que a trissomia 18 está associada a diversas malformações cardíacas, esses pacientes também apresentam complicações respiratórias, neurológicas, neoplásicas, geniturinárias, abdominais, otorrinolaringológicas e ortopédicas que podem afetar sua qualidade de vida.

**Conclusões:**

O conhecimento sobre o quadro clínico e o prognóstico dos pacientes com síndrome de Edwards é de grande importância em relação ao atendimento neonatal e às decisões sobre tratamentos invasivos. A velocidade para ter um diagnóstico confirmado é importante para tomar decisões sobre procedimentos médicos. Muitas vezes, as intervenções são realizadas sob condições de emergência, sem muitas oportunidades de discussão, e envolvem questões médicas e éticas difíceis.

**Palavras-chave:** Síndrome de Edwards; síndrome genética; trissomia do cromossomo 18.

PO787

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA****TONSILECTOMIA TOTAL VERSUS PARCIAL EM CRIANÇAS COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: UMA REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** CLÓVIS PATRÍCIO DE MACÊDO FILHO**COAUTORES:** RAÍ CHAVES BANDEIRA; RAYSSA GABRIELLY BANDEIRA RIBEIRO; NAYARA TOSCANO DE BRITO PEREIRA; MARIA CLARA SILVA PEDRO; MICHELLE SALES BARROS DE AGUIAR**INSTITUIÇÃO:** CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL**OBJETIVOS:** Comparar os efeitos da tonsilectomia total e tonsilectomia parcial no tratamento da apneia obstrutiva do sono em crianças.

**MÉTODOS:** Foi conduzida uma revisão de literatura abrangendo o período de 2020 a 2023. As pesquisas foram realizadas nas bases de dados PubMed, Cochrane e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), abrangendo artigos publicados nos idiomas português e inglês. Os descritores e operadores utilizados foram “tonsilectomia OR tonsilotomia AND criança” para o idioma português e “tonsillectomy OR tonsillotomy AND children” para o idioma inglês. Não houve restrição quanto ao tipo de estudo, e foram incluídos trabalhos que investigaram o mesmo alvo de tratamento, ou seja, a apneia obstrutiva do sono em crianças. A seleção dos estudos foi realizada mediante análise dos títulos e resumos, seguida pela avaliação completa dos artigos cujos textos completos encontravam-se disponíveis gratuitamente em suas respectivas plataformas de divulgação.

**RESULTADOS:** No primeiro estudo, com 134 pacientes crianças acompanhadas ao longo de 9 meses, divididas nos grupos de quem foi submetido à tonsilectomia total e parcial (tonsilotomia), a diferença apresentada no tempo operatório não foi significativa ( $p > 0,05$ ), ao contrário da perda de sangue, Escala Visual Analógica (VAS) de dor, início da ingestão alimentar e quantidade ingerida ( $p < 0,05$ ), favoráveis à tonsilectomia parcial. Quanto à taxa de efetividade do tratamento, ambos os grupos apresentaram valores acima de 93%, sem diferença significativa ( $p > 0,05$ ). Quanto às complicações pós-operatórias, a diferença entre os valores mostrou-se mais significativa ( $p < 0,05$ ), na qual a tonsilectomia total teve mais ocorrências no que diz respeito à sangramento e infecção no trato respiratório alto, e foi melhor classificada quanto à cicatrização faríngea (todos com  $p < 0,05$ ). O segundo estudo reuniu dados coletados ao longo de diferentes épocas, durações e com amostras de tamanho diferente. Os pacientes submetidos à tonsilectomia parcial voltaram às atividades normais cerca de 4 dias mais cedo, e não apresentaram diferenças consideradas pelo estudo como sendo confiáveis no que diz respeito à perda de sangue, e quantidade de dias até que o uso de analgésicos não fosse mais necessário, embora os valores cursam com inferioridade no caso da tonsilectomia parcial.

**DISCUSSÃO:** Embora os estudos possuam a análise de alguns parâmetros em comum, os critérios utilizados são inerentes a cada estudo, assim como outros fatores, tais como o método cirúrgico empregado, tamanho das amostras, métodos avaliativos, tempo, dentre outros. Ainda assim, nota-se em ambos os estudos uma certa compatibilidade quanto às circunstâncias a favor da tonsilectomia parcial, enquanto apresenta menos complicações no período perioperatório dos pacientes quando comparados com a tonsilectomia total, apesar de que os valores, do ponto de vista da prática clínica, precisam ser avaliados quanto à sua efetividade por não serem distantes entre si. A baixa qualidade e confiança dos dados é destacada no segundo estudo, que não evidencia diferença prática entre as duas abordagens cirúrgicas.

**CONCLUSÃO:** A revisão de literatura sobre os efeitos da tonsilectomia total e tonsilectomia parcial no tratamento da apneia obstrutiva do sono em crianças fornece informações sobre as implicações desses procedimentos cirúrgicos. Os estudos analisados revelaram algumas diferenças entre as duas abordagens, embora seja importante reconhecer as limitações inerentes à heterogeneidade dos estudos, tais como diferenças nos critérios de avaliação, métodos cirúrgicos empregados, tamanhos de amostra e duração dos acompanhamentos. Portanto, o trabalho não é conclusivo quanto à adoção de uma técnica padrão para esses casos, já que o nível de qualidade e confiança dos dados é considerado baixo em ambos os estudos. A padronização da técnica cirúrgica empregada, do tempo de acompanhamento da amostra, bem como seu tamanho, além dos critérios e métodos avaliativos e estatísticos, são imprescindíveis para desenvolver um estudo comparativo de maior certeza e relevância.

**Palavras-chave:** TONSILECTOMIA; CRIANÇA; APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO.

PO811

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Repercussão da Adenotonsilectomia Sobre IGF-1 em crianças respiradoras orais

**AUTOR PRINCIPAL:** JULIA TOLENTINO MELO MORAIS

**COAUTORES:** ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS; JOÃO VITOR LIMA BUENO; YANK SANTA CECILIA MARQUES; LETICIA PAIVA FRANCO; VINICIUS MALAQUIAS RAMOS

**INSTITUIÇÃO:** HCUFG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**OBJETIVO:** Dosar o IGF-1 antes e após seis meses da adenotonsilectomia e comparar a variação de Z escore para IGF-1 entre os pacientes que realizaram a cirurgia durante a pesquisa e aqueles cujo tempo na fila de espera do SUS pela adenotonsilectomia foi superior a seis meses devido à pandemia de COVID-19.

**MÉTODO:** Trata-se de estudo prospectivo controlado do tipo caso-controle. A população de estudo é constituída por crianças e adolescentes entre dois e doze anos de idade com hipertrofia adenotonsilar e indicação de adenoidectomia e/ou tonsilectomia. Foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis no momento pré-operatório e comparado os dados pré-cirúrgico com pós-operatório de dez casos. Vinte pacientes que aguardam a cirurgia na fila de espera do SUS devido à pandemia de COVID19 repetiram e o IGF-1 após seis meses de espera e seus dados foram comparados entre a primeira e a segunda avaliação. Por fim as variações do IGF-1 das dez crianças que operaram (grupo intervenção) foram comparadas com as alterações dos dados das vinte crianças (grupo controle) que aguardam a cirurgia.

**RESULTADO:** O escore Z do IGF-1 por idade teve média entre zero e um nas trinta crianças avaliadas. Ao comparar o escore Z do IGF-1 pré-operatórios com o pós-cirúrgicos das dez crianças foi verificada uma diminuição com  $p=0,03$ . A média do escore Z de IGF-1 pré-operatório foi de  $1,33 (\pm 1,74)$  e o pós-cirúrgico de  $-0,07 (\pm 0,85)$ . No grupo das vinte crianças que aguardam a cirurgia não foi observada modificação com significância estatística, embora tenha havido uma diminuição do escore Z de IGF-1 por idade;  $p=0,09$ . Não houve diferença significativa ao comparar os dois grupos.

**DISCUSSÃO:** No nosso estudo observamos uma média de IGF-1 no pré-operatório de  $160,31 \text{ ng/mL } (\pm 71,65)$ . Já o escore Z de IGF-1 por idade foi de  $0,72 (\pm 1,30)$ . Todos os indivíduos pesquisados que tiveram seus dados analisados apresentaram IGF-1 dentro dos valores de referência para o exame. Ao comparar o escore Z do IGF-1 pré-operatórios com o pós-cirúrgicos das dez crianças foi verificada uma diminuição com significância estatística. A média do escore Z de IGF-1 pré-operatório foi de  $1,33 (\pm 1,74)$  e o pós-cirúrgico de  $-0,07 (\pm 0,85)$ ;  $p=0,03$ . No grupo das vinte crianças que aguardam a cirurgia não foi observada alteração com significância estatística;  $p=0,09$ , embora tenha havido uma diminuição do escore Z de IGF-1 por idade com média inicial de  $0,68 (\pm 1,40)$  e final de  $0,05 (\pm 1,06)$ . Ao comparar os dois grupos, não houve diferença com significado estatístico;  $p=0,73$ .

Após a cirurgia, as condições clínicas pareciam melhoradas, como relatados pelos responsáveis dos pacientes e pelas próprias crianças. Despertares noturnos, sonolência diurna e hiperatividade foram modificadas positivamente com a terapêutica, permitindo melhor qualidade de vida e maior oportunidade para a criança crescer em uma condição mais saudável. Contudo, nosso estudo foi conduzido num momento epidemiológico sem precedentes na história contemporânea da humanidade. As crianças avaliadas permaneceram por quase dois anos sem atividades escolares regulares, sua convivência com os pares foi prejudicada, a exposição à luz solar pode ter sido afetada e passaram a utilizar a tecnologia como principal forma de comunicação como jamais se viu. O rigor com a higiene pessoal, o estresse emocional, as possíveis alterações no sono habitual, alimentação e prática de atividade física gerados pela pandemia de COVID19 podem ter resultado num aumento de cortisol o que fisiologicamente contribui para uma diminuição do GH.

**CONCLUSÃO:** Ao comparar o escore Z do IGF-1 pré-operatórios com o pós-cirúrgicos das dez crianças foi verificada uma diminuição com significância estatística. No grupo das vinte crianças que aguardam a cirurgia não foi observada alteração com significância estatística. Assim, não houve diferença com significado estatístico. Resultado que se opõe a literatura, estando relacionado ao momento epidemiológico em que o estudo foi realizado.

**Palavras-chave:** Síndrome do Respirador Oral; IGF-1; Adenotonsilectomia.

**PO831**

## **E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

**Transtorno Espectro Autista: Aspectos otológicos e gerais na atuação do otorrinolaringologista**

**AUTOR PRINCIPAL:** ADERVAL DOS SANTOS REIS

**COAUTORES:** ANTÔNIO JOSÉ DE CARVALHO NETO; CARLOS ANTÔNIO CARVALHAES FILHO

**INSTITUIÇÃO:** UNIFIMES, MINEIROS - GO - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** O transtorno do espectro autista (TEA) é uma condição alterada do neurodesenvolvimento caracterizado por um conjunto de transtornos limitantes em algum grau, causando comprometimento seja no âmbito social, comportamental, emocional e da comunicação verbal e não verbal. A rede de Monitoramento de deficiências de autismo e desenvolvimento (ADDM) em parceria com Center of Diseases Control and Prevention (CDC) estipula uma prevalência do autismo nos Estados Unidos de 1 em cada 36 pessoas encontram-se no espectro autista. No Brasil, há aproximadamente 2 milhões de autistas, mas a partir dos resultados do censo demográfico de 2022, com base na lei 13.861/2019, que obrigou o IBGE a incluir as especificidades inerentes ao TEA no censo populacional, teremos um panorama oficial do autismo no Brasil, revelando quantas pessoas com diagnóstico de TEA vivem no país.

**OBJETIVO:** Evidenciar a importância na atuação do otorrinolaringologista diante das alterações otológicas e gerais dos portadores de transtorno de espectro autista

**MÉTODOS:** Trata-se de estudo descritivo baseado na análise artigos nas plataformas Pubmed, Scielo e Medline, por meio da associação entre os descritores Autismo, TEA, otológicos e otorrinolaringologia, 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 2013.

**RESULTADOS:** Foram encontrados 462 artigos com a pesquisa dos termos, e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão de trabalhos repetidos, 38 artigos foram avaliados para elegibilidade e corresponderam a todos os objetivos da pesquisa.

### **DISCUSSÃO:**

Considerado a TEA como uma disfunção cerebral orgânica, multifatorial com predisposição genética para esse transtorno. Estudos realizados com tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), indicaram vários pontos de anormalidades anatômicas que incluíam o córtex cerebral, o sistema ventricular, cerebelo, mecanismos de detecção, interpretação e transmissão das informações sonoras. Levando a observação de alterações de linguagem, que levam, muitas vezes, a diagnósticos indefinidos ou imprecisos, comprometendo a definição de condutas adequadas para a intervenção médica e multiprofissional. O otorrinolaringologista desempenha um papel fundamental no alcance dessa população. Diante do fato da perda auditiva ser considerado um dos principais objetivos do estudo dessa patologia e sua interferência no desenvolvimento neuropsicomotor, pois um diagnóstico e tratamento adequados implicam em uma melhora significativa na qualidade de vida desses pacientes, introduzindo condições clínicas mais adequadas e, conseqüentemente, uma melhora na interação social.

**CONCLUSÃO:** A relação do TEA e a otorrinolaringologia é de suma importância, já que muitas crianças com TEA podem apresentar desafios de comunicação, incluindo atrasos na linguagem ou dificuldades de fala. Além disso, sensibilidades sensoriais, como hipersensibilidade a estímulos auditivos, podem afetar a audição e a percepção do ambiente sonoro pelos portadores de TEA, sendo o diagnóstico e o encaminhamento precoce essenciais para a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: AUTISMO ;TEA;OTOLÓGICO .

PO885

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

Rabdomiossarcoma nasal em criança: do diagnóstico ao tratamento precoce

**AUTOR PRINCIPAL:** VINÍCIUS DOMENE**COAUTORES:** REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL; DÉBORA BRESSAN PAZINATTO; LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE; CARINA YURI FUSSUMA; TIAGO CARDOSO MARTINELLI**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL**Apresentação do caso**

Paciente, sexo feminino, 2 anos e nove meses, com histórico de episódios recorrentes de epistaxe necessitando de buscas frequentes ao pronto-socorro, com rápida evolução. Em exame físico, presença de lesão unilateral em rinofaringe. Ao exame de nasofibrosopia flexível, visualizada lesão de aspecto irregular, ocupando toda a fossa nasal esquerda, sem sangramento ativo, de aspecto pedunculado, friável, pouco móvel e de aspecto necrosado em alguns pontos não sendo possível progredir o aparelho.

Em exame de tomografia de seios da face, foi observada lesão com realce heterogêneo de contraste ocupando seio maxilar, células etmoidais, rinofaringe e espaço mastigatório à esquerda, erosão das estruturas adjacentes, notadamente na fossa média à esquerda por onde havia invasão intracraniana e de seio cavernoso adjacente.

Paciente foi submetida a biopsia por via transnasal sob anestesia geral sem necessidade de tamponamento nem apresentando complicações. Paciente foi submetida ao procedimento, sendo o diagnóstico histopatológico de rabdomiossarcoma nasal. Foi encaminhada para Oncologia, onde iniciou quimioterapia (vincristina, doxorubicina, ifosfamida) associada à radioterapia cérvico-facial.

**Discussão**

Os rabdomiossarcomas tem uma incidência de 4,4 a 4,5 por milhão de crianças, sendo o sarcomas de tecidos moles mais comum na população pediátrica. A idade mais acometida gira em torno de 0 a 3 anos, apresenta leve tendência no sexo feminino. Os locais com maior incidência são o seio maxilar e seio etmoidal.

Corresponde de 5 a 8% dos tumores sólidos e 2.9% de todos os cânceres na população pediátrica sendo que 30 a 40% envolvem a região da cabeça e pescoço. Além disso, 40 a 50 % dos rabdomiossarcomas de cabeça e pescoço afetam as regiões parameningeas como: cavidade nasal, orelha média, mastóide, fossa pterigopalatina e fossa infratemporal. Casos nos quais acometem a base do crânio ou possuem invasão intracraniana, tem o prognóstico reservado.

Embora sejam tumores raros, eles correspondem à neoplasia maligna que mais afeta a região nasal, nasofaringe e seios nasais na faixa etária pediátrica. A metástase é um fator prognóstico muito ruim no rabdomiossarcoma, diminuindo a taxa de sobrevivência de 39%–62% para 3%–24% em 2 dos maiores e mais recentes estudos de banco de dados, assim, é de extrema importância diagnosticar e tratar essas lesões o mais precoce possível.

**Comentários finais**

A paciente do presente caso encontra-se na faixa da maior incidência do rabdomiossarcoma (0-3 anos) e apresentou acometimento dos principais sítios de localização do tumor (seio maxilar e etmoidal). Contudo, no caso em tela, devido à extensão intracraniana do tumor, o prognóstico é mais reservado. Assim, diante de massas nasais na população pediátrica, o rabdomiossarcoma sempre deverá estar no rol de diagnósticos diferenciais, visto que o atraso no diagnóstico põe o paciente em maior risco de invasão intracraniana, o que compromete significativamente o prognóstico e ocasiona atraso no encaminhamento ao tratamento definitivo.

Palavras-chave: rabdomiossarcoma; neoplasia pediátrica; tumor intracraniano.

PO891

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

As etiologias mais frequentes em crianças usuárias de implante coclear em um programa da rede pública de saúde

**AUTOR PRINCIPAL:** ALICE LANG SILVA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

A investigação etiológica é extremamente importante pois permite identificar precocemente pacientes com risco de progressão de perda auditiva e de outras comorbidades associadas. Sabemos que pacientes com infecções congênitas, malformações de orelha interna e alterações genéticas também apresentam risco de cursarem com alterações de sistema nervoso central, cardiopatias e outras afecções de saúde que merecem acompanhamento e aconselhamento de outras especialidades. Além disso, as expectativas em relação aos resultados com o implante coclear também podem ser ajustadas conforme estes achados. Infelizmente, muitos casos ainda não podem ser esclarecidos pois precisam de investigação neonatal (como o citomegalovírus congênito) e exames elaborados (como o painel genético) ainda não disponíveis na rede pública. Foram analisados 129 pacientes em acompanhamento regular em um ambulatório de pós-operatório de implante coclear pediátrico. Todos os pacientes foram implantados entre 2010 e 2020 e todos os prontuários revisados para identificar possíveis etiologias ainda não identificadas em exames prévios. As etiologias mais frequentes foram as alterações genéticas não sindrômicas (mutações no gene GJB2) e as doenças perinatais com 10.1% dos casos, cada uma. Meningite foi responsável por 7.8% dos casos seguida por alterações genéticas sindrômicas e malformações de orelha interna, cada uma com 6.2% dos casos. As infecções congênitas e a neuropatia auditiva representaram 3.1% da amostra, cada uma, e o grupo com maior número de pacientes, representando 53.5% dos casos, foi o de etiologia desconhecida. Portanto, As etiologias encontradas em nossa amostra são compatíveis com os achados de estudos prévios em países em desenvolvimento mas ainda existe um número significativo de pacientes sem este diagnóstico. Todos os pacientes foram implantados entre 2010 e 2020 e todos os prontuários revisados para identificar possíveis etiologias ainda não identificadas em exames prévios. As etiologias mais frequentes foram as alterações genéticas não sindrômicas (mutações no gene GJB2) e as doenças perinatais com 10.1% dos casos, cada uma. Meningite foi responsável por 7.8% dos casos seguida por alterações genéticas sindrômicas e malformações de orelha interna, cada uma com 6.2% dos casos. As infecções congênitas e a neuropatia auditiva representaram 3.1% da amostra, cada uma, e o grupo com maior número de pacientes, representando 53.5% dos casos, foi o de etiologia desconhecida. Portanto, As etiologias encontradas em nossa amostra são compatíveis com os achados de estudos prévios em países em desenvolvimento mas ainda existe um número significativo de pacientes sem este diagnóstico.

Palavras-chave: etiologia;perda auditiva;investigação.

PO897

# E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

A importância da triagem auditiva neonatal no diagnóstico de perda auditiva severa a profunda nas diferentes etiologias

AUTOR PRINCIPAL: ALICE LANG SILVA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

Análise retrospectiva de prontuários de 129 pacientes usuários de implante coclear para identificar os principais métodos de triagem utilizados nesta população e os resultados destes testes, cujo objetivo foi o de descrever os achados da triagem auditiva em pacientes com surdez e sua relação com diferentes etiologias. Análise retrospectiva de prontuários de 129 pacientes usuários de implante coclear para identificar os principais métodos de triagem utilizados nesta população e os resultados destes testes. Dos 129 pacientes analisados, 69% realizaram inicialmente o exame de emissões otoscúpticas (EOA) e 81% falhou nas duas orelhas. Em relação ao potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE), 32.5% dos pacientes realizou esse exame, seja como primeira triagem ou em sequência às EOA. Destes, 95% falharam em ambas orelhas. As etiologias dos pacientes que passaram em ambas orelhas nas EOA foram alterações perinatais, meningite, neuropatia auditiva e desconhecidas. Já no PEATE foram: mutação no gene GJB2 e etiologia desconhecida. Estes achados reforçam a importância da triagem auditiva neonatal na identificação da perda auditiva na infância e a relevância de cada exame para identificar as perdas auditivas em determinadas etiologias. Percebemos que, ao realizar apenas EOA, casos de neuropatia auditiva e alterações perinatais podem passar despercebidos. Já na realização do PEATE, possivelmente ficarão sem diagnóstico os casos de perda auditiva progressiva. Estes reforçam ainda mais a importância do acompanhamento regular dos marcos do desenvolvimento auditivo e de linguagem na infância. A triagem auditiva neonatal com os diferentes métodos de exames tem seus critérios bem definidos e nesta amostra revela que as diferentes etiologias não detectadas em cada exame são compatíveis com os achados descritos na literatura para cada modalidade de exame. Estes achados reforçam a importância da triagem auditiva neonatal na identificação da perda auditiva na infância e a relevância de cada exame para identificar as perdas auditivas em determinadas etiologias. Percebemos que, ao realizar apenas EOA, casos de neuropatia auditiva e alterações perinatais podem passar despercebidos. Já na realização do PEATE, possivelmente ficarão sem diagnóstico os casos de perda auditiva progressiva. Estes reforçam ainda mais a importância do acompanhamento regular dos marcos do desenvolvimento auditivo e de linguagem na infância. A triagem auditiva neonatal com os diferentes métodos de exames tem seus critérios bem definidos e nesta amostra revela que as diferentes etiologias não detectadas em cada exame são compatíveis com os achados descritos na literatura para cada modalidade de exame.

Palavras-chave: triagem;diagnóstico;perda auditiva.



PO916

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

Alterações tomográficas em pacientes atendidos em ambulatório de surdez infantil da rede pública de saúde

AUTOR PRINCIPAL: ALICE LANG SILVA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

Análise retrospectiva de prontuários de 311 pacientes atendidos em um ambulatório de surdez infantil entre 2017 e 2021 para identificar as principais alterações nas tomografias de ouvido e crânio realizadas pelos pacientes durante sua investigação etiológica ou preparo pré-operatório. As alterações foram classificadas entre maiores (alterações de labirinto ósseo, cadeia ossicular ou aqueduto vestibular) e menores (velamento de orelha média ou mastóide e proeminência de canal carotídeo ou de bulbo jugular). Objetivo da análise constituiu em descrever os achados tomográficos em pacientes atendidos em ambulatório de surdez infantil de um hospital terciário da rede pública de saúde no sul do Brasil. Dos 311 pacientes analisados, 22% realizaram tomografia de ouvido ou de crânio e puderam ser analisados. Destes, 7.3% apresentaram alterações maiores 14.7% apresentaram alterações menores. Dos pacientes com alterações maiores, 17% apresentou perda auditiva (PA) severa enquanto 73% apresentou PA profunda na avaliação audiológica. Dos pacientes com alterações menores, 23% apresentou PA leve, 2% PA moderada, 8.6% PA severa e 56% PA profunda. As alterações tomográficas são de extrema importância para o estabelecimento etiológico que guia as terapêuticas cirúrgicas e o aconselhamento sobre prognóstico pós operatório nos casos de surdez profunda com indicação de implante coclear. Sabemos que as malformações de orelha interna são muito variadas e com diferentes expectativas em relação aos resultados auditivos. Como vemos, dos pacientes com alterações maiores, 100% apresentaram alterações auditivas significativas, enquanto os pacientes com alterações menores possivelmente não tenham estas alterações como a causa de suas alterações auditivas. A investigação etiológica com exames de imagem é de grande importância nos casos em que outras etiologias não se façam claras com os outros passos da investigação (anamnese, exame físico e exames complementares). Pode ser indicada em casos de perda auditiva severa a profunda sem etiologia conhecida ou para planejamento cirúrgico e auxilia a equipe na tomada de decisões e orientação aos pais quanto a resultados possíveis com a reabilitação auditiva. A investigação etiológica com exames de imagem é de grande importância nos casos em que outras etiologias não se façam claras com os outros passos da investigação (anamnese, exame físico e exames complementares). Pode ser indicada em casos de perda auditiva severa a profunda sem etiologia conhecida ou para planejamento cirúrgico e auxilia a equipe na tomada de decisões e orientação aos pais quanto a resultados possíveis com a reabilitação auditiva.

Palavras-chave: tomografia;perda auditiva;investigação etiológica.

PO943

**E-PÔSTER - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

**RELATO DE CASO: LARINGITE EOSINOFÍLICA**

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA EDUARDA DEON CECCATO

**COAUTORES:** TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO; LUIZA CABREIRA BRUST; LETICIA ROSSETTO DAUDT; SANDRA MARIA GONÇALVES VIEIRA; ELENARA DA FONSECA ANDRADE PROCIANOY; NICOLE ELEN LIRA; CLÁUDIA SCHWEIGER

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do Caso:**

Paciente masculino, de 3 anos, submetido a transplante hepático intervivos em junho de 2021 devido a cirrose hepática, com história prévia de infecção por citomegalovírus associada ao doador em 2021 e por Ebstein-Barr em 2022. Em dezembro de 2022, iniciou quadro de infecções respiratórias de repetição, tendo feito uso de antibióticos de largo espectro. Internou por disfunção respiratória progressiva (esforço ventilatório e estridor), pior à noite, sem sinais infecciosos.

Aventada hipótese de PTLT, sendo indicada adenoamigdalectomia, que foi realizada em janeiro de 2023. Resultados anatomopatológico (AP) e imunohistoquímico (IHQ) foram inconclusivos. Sintomas persistiram e, por isso, foi realizado exame de via aérea (EVA) em fevereiro, onde foi identificado tecido redundante infiltrativo em supraglote. Realizada biópsia, com AP mostrando inflamação crônica em mucosa escamosa com hiperplasia epitelial. Apresentou piora progressiva dos sintomas, mais acentuada no sono, necessitando de CPAP e O<sub>2</sub> à noite. Optado por Supraglotoplastia para tentativa de controle dos sintomas e nova biópsia. Identificado abundante tecido redundante em aritenóides. Realizada fulguração com laser de CO<sub>2</sub>. O AP mostrou inflamação crônica inespecífica, com eosinofilia focal em mucosa escamosa. Foi prescrito corticoide por 5 dias no pós-operatório, com importante melhora clínica e resolução do estridor.

Cerca de 15 dias após o procedimento, os sintomas recidivaram. Foi submetido a nova EVA, sendo identificado aumento da extensão do tecido infiltrativo supraglótico (imagem 1). Foi prescrita prednisolona 1mg/kg por 7 dias, com melhora parcial do quadro. Em exames laboratoriais, foi evidenciada eosinofilia periférica (1692 eosinófilos). Foi revisado prontuário e identificada endoscopia digestiva de abril de 2021 com AP de Esofagite Eosinofílica (EE). Considerando a boa resposta clínica ao tratamento com corticoide, associada ao achado de eosinofilia em biópsia de laringe, eosinofilia periférica e história de EE, foi aventada a hipótese de Laringite Eosinofílica (LE). Foi iniciado tratamento empírico com esomeprazol 20mg 1x/dia, prednisolona 1mg/kg/dia e dieta de exclusão, com boa resposta clínica, sendo aumentada a prednisolona até 2mg/kg/dia. Cerca de 10 dias após início do tratamento, houve resolução do estridor e melhora expressiva dos sintomas. Realizou nova EVA de controle, com redução do infiltrado supraglótico e AP sem eosinófilos.

**Discussão:**

A EE é uma condição atópica diagnosticada pela infiltração eosinofílica no esôfago associada a sintomas de disfunção esofágica. As manifestações clínicas incluem recusa alimentar, vômitos e disfagia. Por definição, a resposta inflamatória na EE está restrita ao esôfago. No entanto, relatos de casos na literatura apontam que sintomas extra-esofágicos podem estar associados, como tosse crônica refratária, crúpe recorrente, rouquidão, estridor, estenose subglótica e aumento de cirurgias otorrinolaringológicas – o que levanta a hipótese da doença não estar restrita ao esôfago. É necessário pensar na LE como diagnóstico diferencial quando estivermos diante de infiltração laríngea, especialmente em pacientes com história de EE e imunossupressos pós-transplante. Dada a natureza imprevisível da patologia das vias aéreas superiores e o potencial de obstrução progressiva, a consciência e a investigação precoce são vitais.

Embora a EE já esteja mais consolidada na literatura, a LE no contexto pós-transplante não foi descrita de forma contundente; desta forma, ainda que existam diretrizes de manejo da EE (corticosteroides e exclusão dietética), o manejo da LE é menos claro. Ainda não há na literatura dados suficientes para afirmar se o tratamento preconizado para a EE pode ser extrapolado para a LE.

**Comentários finais:**

É necessário manter um alto índice de suspeita para o diagnóstico apropriado de LE, especialmente porque o diagnóstico e tratamento precoces são necessários para evitar comprometimento crônico das vias aéreas. Mais pesquisas são necessárias para melhorar a detecção precoce e consolidar estratégias de diagnóstico e manejo.

**Palavras-chave:** laringite eosinofílica; esofagite eosinofílica; eosinofilia.

PO005

**E-PÔSTER - OUTROS****EXPERIÊNCIA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM OTORRINOLARINGOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE FERREIRA WANDERLEY**COAUTORES:** MARIA CLARA MEDEIROS ARAÚJO; RAÍSSA KALINE MENESES MOREIRA; GUSTAVO OLIVEIRA DE SOUSA; EDUARDO MEDEIROS; JOSÉ DINIZ JUNIOR; HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE; MARCELO VIANA DA COSTA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CAICÓ - RN - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL**Objetivos:** Relatar uma experiência do serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUOL-UFRN) na perspectiva do acadêmico de medicina do quinto período.**Metodologia:** Realizou-se um estágio de 3 semanas no serviço, no qual o estudante de graduação acompanhou e realizou atendimentos supervisionados nos ambulatórios do serviço (entre eles: Otoneuro, Disfagia, Medicina do Sono, Zumbido, Otologia, Otorrinolaringologia Geral e Cirurgia de Cabeça e Pescoço). Além disso, foi possível acompanhar procedimentos ambulatoriais, participar de discussões de casos e artigos científicos relacionados à rotina do serviço.**Resultados:** A partir da experiência no serviço, o graduando pôde aprofundar em temáticas específicas da otorrinolaringologia: exames complementares de média complexidade (como as Videolaringoscopias rígida e flexível e a Videoendoscopia da Deglutição) e procedimentos cirúrgicos (amigdalectomias, septoplastias, turbinectomias). Além disso, o acadêmico acompanhou consultas conduzidas por residentes e preceptores, podendo experimentar a realidade da especialidade, o que possibilitou uma melhor compreensão das atribuições, limitações e vantagens desta especialidade na prática.**Discussão:** Doenças otorrinolaringológicas são afecções frequentemente atendidas por profissionais médicos generalistas, seja no contexto da Atenção Básica, seja em ambientes de Urgência e Emergência. Sendo assim, é de suma importância que, durante a formação acadêmica, o estudante de medicina possa apropriar-se de habilidades e conhecimentos que propiciem um entendimento mais completo das principais queixas otorrinolaringológicas. Dentre as afecções mais comumente avaliadas na Atenção Primária à Saúde, as de etiologia infecciosa estão entre as mais frequentes na população pediátrica, o que leva a complicações como a Otite Média Aguda, a qual, quando não tratada corretamente, pode levar à piora significativa na qualidade de vida do paciente. Ademais, outras patologias tem grande relevância, como o zumbido, a perfuração timpânica e a apneia obstrutiva do sono, afecções muito frequentes no público adulto. A partir da vivência do serviço, o acadêmico pôde conhecer e sistematizar a propedêutica otorrinolaringológica, discutir casos clínicos e artigos científicos e entender as indicações para realização de exames complementares e procedimentos cirúrgicos. Nesse sentido, a experiência em questão corrobora para a perspectiva do currículo informal do estudante, visto que a partir de tais experiências é possível formar profissionais mais críticos, com maior arcabouço de conhecimentos e, consequentemente, de melhor qualidade para a sociedade. Ainda na perspectiva do aprendizado, foi possível vivenciar diversos aspectos relacionados ao ambiente hospitalar, incluindo a paramentação cirúrgica e a observação de todo o procedimento cirúrgico, reiterando a importância das atividades práticas na concretização do conhecimento médico.**Conclusões:** Diante do relato dessa experiência de serviço extremamente enriquecedora para o desenvolvimento do acadêmico em medicina, evidenciou-se seu grande proveito e a importância da realização de vivências futuras na área da otorrinolaringologia. Tal oportunidade proporcionou momentos de reflexão, conhecimentos e práticas que contribuíram para a melhor formação do futuro profissional.**Palavras-chave:** Otorrinolaringologia; Educação Profissionalizante; Aprendizagem Baseada na Experiência.

PO010

**E-PÔSTER - OUTROS****CONSTRUÇÃO DE FOLDERS NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE TEMAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA CLARA MEDEIROS ARAÚJO**COAUTORES:** FELIPE FERREIRA WANDERLEY; HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE; JOSÉ DINIZ JUNIOR; MARCELO VIANA DA COSTA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CAICÓ - RN - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL

**Objetivos:** Relatar a experiência da construção de materiais didáticos voltados para a educação em saúde de pacientes sobre os principais temas em otorrinolaringologia, com base nos atendimentos realizados por um serviço de referência no Rio Grande do Norte.

**Metodologia:** A partir da experiência de preceptores, residentes e acadêmicos de medicina do serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) foi identificada a necessidade da confecção de materiais informativos voltados para o público assistido, com o intuito de orientá-lo acerca de temas importantes e frequentes na área. Trata-se de uma série intitulada “Informações ao Paciente” a qual traz, em formato de folders educativos, uma abordagem acessível sobre 12 temas da otorrinolaringologia. Em seguida, foram realizadas a revisão da literatura e a produção dos folders, os quais foram impressos e entregues durante as consultas ambulatoriais conforme a indicação dos residentes e preceptores do serviço.

**Resultados:** O material desenvolvido aborda os seguintes temas: Cuidados com a Traqueostomia, Medicamentos Ototóxicos, Amigdalectomia, Zumbido, Tímpano Perfurado, Rinite Alérgica, Guia de Lavagem Nasal, Uso de Spray Nasal, Higiene do Sono, Doença do Refluxo Gastroesofágico, Labirintite e Cuidados Após Cirurgia no Ouvido. Os tópicos sobre cada temática incluíram conceituação sobre as respectivas afecções, fatores de risco, sinais de alarme, medidas de prevenção de complicações, passo a passo de procedimentos e orientações não farmacológicas. Para isso, foram utilizados elementos gráficos escritos e ilustrativos na intenção de facilitar a compreensão do público leigo sobre o conteúdo. Além disso, foi incluído nos folders materiais complementares quando pertinentes, como vídeos demonstrando as técnicas do uso de spray nasal, da lavagem nasal e dos cuidados com a traqueostomia, disponíveis no canal do Youtube do próprio serviço de otorrinolaringologia do HUOL.

**Discussão:** A educação em saúde é definida como o conjunto de práticas que contribuem para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado. Nessa perspectiva, a partir da construção e da aplicação dos folders educativos da série “Informações ao Paciente” nos ambulatorios de Otorrinolaringologia do HUOL facilitamos o conhecimento dos pacientes sobre suas condições de saúde, de forma a promover a sua adesão ao tratamento, o fortalecimento da autonomia do indivíduo e o aumento da sua qualidade de vida. Diante disso, não por acaso a educação em saúde é um componente importantemente reconhecido como parte do processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde. Assim, é válido e positivo que aplique-se essa estratégia reconhecidamente exitosa nos ambulatorios de especialidades. A utilização de ferramentas nesse processo pode se dar através do folder, que entre suas características inclui o baixo custo, ilustrações e escrita simples e direta, o que favorece a comunicação rápida de ideias e conceitos sem cansar o leitor.

**Conclusão:** Diante do exposto, o exercício da educação em saúde na otorrinolaringologia mostra-se como uma potente estratégia de cuidado. Aplicá-la através da utilização de folders educativos é uma forma simples, barata e exitosa, que pode e deve ser reproduzida por serviços de outras instituições. Além disso, por tratar-se de um hospital universitário, a construção conjunta dos materiais educativos entre graduandos, residentes e preceptores ganhou ainda mais importância tendo em vista o impacto positivo sobre a formação dos futuros médicos generalistas e especialistas, que poderão difundir essa prática.

**Palavras-chave:** Otorrinolaringologia; Educação em Saúde; Saúde Pública.

PO024

**E-PÔSTER - OUTROS****RECONSTRUÇÃO DA TÁBUA ANTERIOR DO SEIO FRONTAL ASSOCIADA COM ABORDAGEM ENDOSCÓPICA AO RECESSO FRONTAL EM PACIENTE PÓS TRAUMA FACIAL TARDIO****AUTOR PRINCIPAL:** VANESSA SILVA SOLEDADE**COAUTORES:** LUCAS GOMES PATROCINIO; LAÍSA NUNES KATO; NATALIA MELO ABRAHÃO; IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE; LUDIMILA SOBREIRA SENA; GIOVANA BOTELHO MOREIRA**INSTITUIÇÃO:** UBERLANDIA MEDICAL CENTER, UBERLANDIA - MG - BRASIL

**APRESENTAÇÃO:** Homem, 50 anos, história de trauma de face com necessidade de cirurgias reconstrutivas em 2018, apresentou, em evolução da injúria, desconforto e edema em região frontal, tratado inicialmente com sintomáticos e obteve melhora clínica. Evoluiu com recorrência dos sintomas após 1 ano, com acometimento de região frontal, glabella, supra orbital e orbital bilateralmente, sendo iniciado tratamento antimicrobiano e, com a ausência de melhora clínica, realizada investigação adicional com tomografia computadorizada de face que evidencia material de síntese em região frontal, com aparente acometimento do recesso frontal bilateralmente. Nesse intervalo, o paciente apresentou novamente sintomas inflamatórios na região, sendo novamente tratado com antibióticos. A escolha terapêutica foi abordagem cirúrgica para retirada de material de síntese infectado e reconstrução da tabua anterior do seio frontal, além de abordagem endonasal do recesso frontal. Para a reconstrução, foi utilizada a cortical externa da calota craniana, colhida da região parietal a esquerda, incluindo o periósteo.

**DISCUSSÃO:** As fraturas do osso frontal podem cursar com anormalidade estética e funcional, sendo a reconstrução indicada nos dois casos. Esteticamente, a atenção se deve a alterações de contorno, enquanto funcionalmente é preciso se atentar a drenagem do seio frontal, pois bloqueio do óstio ou do recesso frontal podem cursar com mucocoele do seio, uma condição benigna, mas com potencial de remodelamento local, além de infecções (sinusites recorrentes, mucopiocele, osteomielite). No caso em questão, a infecção local levou a colonização do enxerto e formação de biofilme bacteriano, sendo necessária sua remoção para resolução dos processos infecciosos de repetição. Além disso, a abordagem endoscópica foi realizada para certificar a perviedade do recesso frontal, e a reconstrução da tábua anterior a fim de corrigir o dano estético.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A avaliação do paciente com fratura de face é complexa e envolve fatores funcionais e estéticos. As fraturas envolvendo o seio frontal acometem entre 5 e 12% de todas as fraturas de face. O amplo espectro de complicações relacionadas ao seio frontal pode surgir anos após o trauma, sendo importante o seguimento a longo prazo desse paciente, bem como as orientações dos sinais de alerta. A reconstrução pode ser feita com diferentes materiais e, em todos os casos, deve levar em consideração os aspectos funcionais e estéticos.

Palavras-chave: trauma;seio frontal;craniomaxilo-facial.

PO043

**E-PÔSTER - OUTROS****NEURINOMA ACÚSTICO - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARCELA SILVA LIMA**COAUTORES:** VITORIA BORGES CAVALIERI; LAURA VIOTTI BRANT**INSTITUIÇÃO:** CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS - UNIPAM, PATOS DE MINAS - MG - BRASILMarcela Lima<sup>1</sup>; Vitória Borges Cavalieri<sup>2</sup>; Laura Viotti Brant<sup>3</sup><sup>1</sup> Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas.<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – 12º período. <sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – 8º período.

E-mail para contato: lauraaviottii@gmail.com

**APRESENTAÇÃO DE CASO**

Paciente de 54 anos procura o ambulatório de ORL com história de perda auditiva súbita em OE que aconteceu em 2018, em que foi sugerido se tratar de um acidente vascular isquêmico. Relatou posterior episódio de paralisia facial em 2020 que se reverteu, e não procurou o ambulatório de ORL então, por acreditar se tratar de outro acidente vascular (origem central). Mais recentemente em maio de 2021 evoluiu com novo episódio de paralisia facial classificação 4 de House & Brackmann, dessa vez sem reversão. Novamente, em atendimento pelo neurologista, foi sugerido se tratar de acidente vascular. No atendimento de ORL foi solicitada angiorressonância e feito o diagnóstico de neurinoma acústico, comprimindo nervo coclear e trigeminal, compatível com a clínica da paciente.

**DISCUSSÃO**

O neurinoma acústico é um tumor benigno que cresce lentamente no nervo vestibulococlear, normalmente unilateralmente, comprimindo esse nervo causando prejuízo na audição, equilíbrio, além de tontura, zumbido e vertigem. Se o tumor crescer a ponto de comprimir o nervo trigeminal pode levar a fraqueza, formigamento ou paralisia dos músculos da face. Nesse caso, no momento do diagnóstico a paciente já havia evoluído com quadro de paralisia facial irreversível, mesmo que anteriormente, há 2 anos, tenha tido um prelúdio sugestivo dessa patologia, que poderia ter sido investigado e evitado o desfecho atual, com devido acompanhamento da lesão. A literatura evidencia que é infrequente o diagnóstico do neurinoma acústico já com a paralisia facial periférica. Normalmente, o tumor é diagnosticado antes dessa evolução, quando há o quadro inicial de perda auditiva, zumbido, tontura e desequilíbrio.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A relevância desse caso se dá pelo prejuízo do diagnóstico tardio de um neurinoma acústico. Isso se deve à ausência do acompanhamento da evolução do tumor com RNM frequente, não sendo possível optar por intervenções antes de maiores complicações. É necessário se investigar a perda auditiva completamente, ainda que ela aconteça bilateralmente, sem grandes assimetrias, mas especialmente quando essa acontece unilateralmente, assimetricamente e em pacientes que ultrapassaram os 40 anos de idade.

Palavras-chave: Tumor; Perda auditiva ; Paralisia facial.

PO044

**E-PÔSTER - OUTROS****COLESTEATOMA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARCELA SILVA LIMA**COAUTORES:** VITORIA BORGES CAVALIERI; LAURA VIOTTI BRANT**INSTITUIÇÃO:** CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS - UNIPAM, PATOS DE MINAS - MG - BRASILMarcela Lima<sup>1</sup>; Vitória Borges Cavalieri<sup>2</sup>; Laura Viotti Brant<sup>3</sup><sup>1</sup> Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas.<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – 12º período. <sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – 8º período.

E-mail para contato: lauraaviottii@gmail.com

**APRESENTAÇÃO DE CASO**

Paciente 80 anos, sexo masculino comparece ao ambulatório de ORL com queixa de hipoacusia progressiva bilateral há um ano, sem dor, zumbido ou qualquer outra alteração. Ao exame físico: cerume abundante na OE, sem alterações em OD. Foi tentada a remoção através da lavagem, com uso de ceratolítico em duas consultas posteriores, sem sucesso, sendo optado por tentar a remoção com uso de microscopia eletrônica no bloco cirúrgico. Durante o procedimento notou-se um tecido friável e sanguinolento, de aspecto brancacento. Foi feita biópsia, solicitado o anatomopatológico e cultura, já que se tratava de um paciente diabético, insulino-dependente, não compensado, considerando a probabilidade de ser uma otite externa necrotizante maligna (OENM), apesar da ausência de otalgia. Na mesma semana foi solicitada TC que evidenciou erosão óssea no aspecto anterior do conduto auditivo externo esquerdo, mantendo continuidade com aspecto posterior da articulação temporomandibular e sinais de discreta erosão do scutum, podendo apresentar lesão de natureza inflamatória (OENM), não podendo se excluir componente colesteatomatoso ou neoplásico. Diante das três possibilidades, considerando a possibilidade de OENM foi prescrito antibioticoterapia ao aguardar a biópsia. Foi também considerada a realização de cintilografia, no entanto o resultado da biópsia ficou pronto antes, evidenciando lâminas de ceratina otoplástica, sugestivo de colesteatoma de conduto, encaminhado para tratamento cirúrgico.

**DISCUSSÃO**

O colesteatoma de conduto auditivo externo (CCAEE) é um tumor de epitélio escamoso queratinizado, expansivo que provoca erosão óssea e invade estruturas subjacentes, podendo resultar em meningite, surdez neurosensorial, paralisia facial e disfunções vestibulares. O local mais comum de origem de colesteatomas na prática otológica é o segmento timpanomastóideo, sendo raríssima sua origem no conduto auditivo externo, com incidência em torno de 0,1-0,5%. Na maioria dos casos, a suspeita diagnóstica se faz diante de um quadro de otalgia, otorreia, audição preservada e membrana timpânica intacta com erosão restrita a um ponto do conduto auditivo externo. O diagnóstico diferencial se faz principalmente com OENM.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A relevância desse caso se dá na apresentação de um quadro clínico com quase nenhum sinal que levaria à suspeita de CCAEE. Caso não fosse investigado, não haveria um diagnóstico precoce, não sendo possível um acompanhamento periódico da lesão com o intuito de evitar maiores complicações. Sendo assim, é importante suspeitar de CCAEE mesmo em casos onde não há a presença do quadro clínico característico.

Palavras-chave: Otalgia ;Erosão óssea;Otorreia.



PO078

**E-PÔSTER - OUTROS****NEOPLASIAS MALIGNAS DA CAVIDADE ORAL E FARINGE EM HUMANOS: CUSTO E ÓBITOS EM REGIÕES DO BRASIL****AUTOR PRINCIPAL:** ANA CLARA MAIA SEMEN**COAUTORES:** MARIA CLARA AMORIM FREITAS; IGOR VITOR OLIVEIRA DA GRAÇA; VALESKA ALVES DUTRA; LAURA CARBONEL MICHELUTTI; MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL2. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL3. FACULDADE PITÁGORAS DE BACABAL, BACABAL - MA - BRASIL4. UNIVERSIDADE DE VILA VELHA, VILA VELHA - ES - BRASIL5. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL6. UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE, MAPUTO - MOCAMBIQUE**Objetivo:** Analisar os indicadores de óbitos relacionados aos custos por neoplasias malignas da cavidade oral e faringe em humanos no Brasil.**Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico realizado através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Instituto Nacional de Câncer (INCA). O estudo mensurou óbitos correlacionando aos valores das internações por neoplasias malignas da cavidade oral e faringe em humanos no Brasil entre o período de 2018 a 2021. As variáveis analisadas foram sexo, idade, raça e óbitos.**Resultados:** Em Brasil, foram registrados 8.488 óbitos por neoplasias malignas de cavidade oral e faringe, com predomínio e na região Sudeste com 4.183 óbitos, Nordeste (1.908), Sul (1.423), Centro-Oeste (682) e Norte (292), sobretudo em pessoas de raça branca. Nesse estudo, foram analisados, também, pacientes com faixa etária entre 1 ano e 80 anos ou mais, sendo que o maior número de óbitos ocorreu entre 60 a 69 anos (2.820) e aqueles com idade menor que 1 ano foram menos acometidos representando 2 óbitos. Dentre esses valores, o sexo masculino foi o mais afetado entre 60 e 69 anos com o total de 2.477 óbitos e entre 50 e 59 anos com o valor de 2.128 óbitos enquanto que no sexo feminino foi 343 óbitos entre a faixa etária dos 60 a 69 anos e 275 óbitos entre 50 e 59 anos. O custo total de internamentos foi de R\$219.206.510,28, sendo a região Sudeste a que mais contribuiu com o valor de R\$97.883.924,95.**Discussão:** A análise de dados demonstrou que as neoplasias maligna de cavidade oral e faringe são predominantes na população masculina, e igual que outros tumores, a sua prevalência aumenta com a idade, sendo observado, também, uma frequência maior em indivíduos de raça branca e parda. Os indicadores das neoplasias foram, em média, 5 vezes maiores nos homens do que nas mulheres, corroborando com os resultados de outros estudos sobre a mortalidade de câncer de boca e orofaringe no Brasil. Essa discrepância entre ambos os gêneros é atribuída à exposição prolongada pelos homens aos principais fatores de risco que podem levar ao processo de cancerização: o tabagismo e o consumo de álcool. O tempo de exposição ao tabaco contribui mais para o desenvolvimento de neoplasias malignas da cavidade oral do que a frequência utilizada, enquanto a frequência de ingestão de álcool é mais importante para elevar o risco a esse desenvolvimento. Tais fatores atrelados a uma menor procura por assistência médica, por parte do público masculino, contribuem para um diagnóstico tardio, justificando o aumento da mortalidade por esse tipo de câncer.**Conclusão:** O presente estudo realiza uma análise do número de óbitos e de custos totais de internações hospitalares no Brasil, por região, dos casos de neoplasias malignas do lábio cavidade oral e faringe. Foi possível evidenciar que a faixa etária mais acometida foi do grupo de 60 a 69 anos de idade, sendo a classe do sexo masculino a mais afetada, em razão da maior exposição aos fatores de risco por parte desse grupo. Quanto aos custos, o Sudeste apresentou os maiores valores referentes à mortalidade e ao custo de internamentos, possivelmente, devido ao intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento dos pacientes. Conclui-se, portanto, que é necessária a disseminação de conhecimentos sobre a prevenção e a importância de um acompanhamento que possibilite o diagnóstico em fase inicial da neoplasia maligna, a fim de reduzir os indicadores e, por consequência, diminuir os custos totais de internação no país. Vale ressaltar, também, que a pesquisa apresenta limitações por se nortear em bases secundárias, como DATASUS e INCA, e necessita de estudos longitudinais, a fim de uma investigação com ampla evidência científica sobre os indicadores de óbitos e custos neoplásicos referentes ao tema proposto.**Palavras-chave:** mortalidade;neoplasia da cavidade oral;câncer de faringe.

PO079

**E-PÔSTER - OUTROS****FEBRE REUMÁTICA AGUDA NO ESTADO DA BAHIA: ANÁLISE DO INDICADOR DE SAÚDE SOBRE INTERNAMENTOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS****AUTOR PRINCIPAL:** ANA CLARA MAIA SEMEN**COAUTORES:** MARIA CLARA AMORIM FREITAS; IGOR VITOR OLIVEIRA DA GRAÇA; VALESKA ALVES DUTRA; LAURA CARBONEL MICHELUTTI; MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL2. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL3. FACULDADE PITÁGORAS DE BACABAL, BACABAL - MA - BRASIL4. UNIVERSIDADE DE VILA VELHA, VILA VELHA - ES - BRASIL5. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL6. UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE, MAPUTO - MOCAMBIQUE**Objetivo:** Analisar o número de internamentos, como indicador de saúde, bem como a periodicidade do número de óbitos por febre reumática aguda no Estado da Bahia.**Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, quantitativo, de série temporal, realizado, por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2022. O estudo mensurou o número de internações de pacientes, no Estado da Bahia, com febre reumática aguda no tempo definido anteriormente. As variáveis de pesquisa foram cor/raça, CID-10: febre reumática aguda, faixa etária, óbitos e sexo.**Resultados:** Foram registrados 604 casos de internações por febre reumática aguda no Estado da Bahia, sendo que esse indicador representa a 3ª posição na região do Nordeste e o 8º lugar no ranking nacional do Brasil. Ao investigar os indicadores de saúde, no âmbito hospitalar, constatou-se que a cidade de Salvador foi registrada com 201 (33,27%) pacientes internados, seguida dos municípios de Feira de Santana e Barra da Estiva com 78 (12,91%) e 44 (7,28%) casos, respectivamente. Desse registro total, 306 internados foram do sexo masculino (50,66%) e 298 casos do sexo feminino (49,44%). Nesse estudo, foi analisado pacientes da faixa etária entre menor que 1 ano a 80 anos ou mais, sendo que o grupo de indivíduos entre 5 a 14 anos de idade representaram 224 internações. Em relação ao número de óbitos, foi notificado 11 casos nas regiões de saúde do Estado da Bahia, sendo 1 em Barreiras, 1 em Itabuna, 2 em Jequié, 1 em Porto Seguro, 5 em Salvador e 1 em Santo Antônio de Jesus. A respeito da cor/raça, a cor parda representou 401 óbitos.**Discussão:** Nota-se que parte da população do Estado da Bahia, acometida pela Febre Reumática Aguda, altera-se de forma mínima em relação a variável "sexo"; por outro lado, observa-se que a cor parda é um fator predominante no número de casos notificados por tal doença e, também, a faixa etária pediátrica possui predominância em relação a pacientes jovens, adultos e idosos. A febre reumática aguda é uma patologia de origem auto-imune, que é desencadeada por uma resposta do ser humano (hospedeiro), após uma exposição de quadro infeccioso por faringoamigdalite advinda de um grupo de microrganismos chamado *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico. Além do mais, essa patologia pode desencadear sequelas valvares, como a doença cardíaca reumática que contribui para o aumento do número de internações e mortes no Brasil e em outros países anualmente; por outro lado, no Estado da Bahia, houve redução no indicador de óbito nos anos de 2021 e 2022 em comparação ao período entre 2019 e 2020 (33,33%). No mesmo período de tempo analisado, anteriormente, percebe-se que houve uma redução na quantidade de pacientes internados: 33 casos que representam 19,3% do total registrado.**Conclusão:** A atual pesquisa se apresenta de cunha importância para a sociedade do Estado da Bahia ao analisar o número de internamentos, bem como a periodicidade, dos casos de óbitos por febre reumática aguda no período de 2017 a 2022. A priori, evidencia-se que, apesar da redução do número de óbitos e internações por tal doença, é necessário a disseminação de conhecimentos sobre os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, bem como uma história clínica, exame clínico-laboratorial que ajudarão em um diagnóstico diferencial, a fim de chegar em uma conduta correta; visto que o tratamento inadequado e a permanência de internações podem resultar em um aumento de custos nos serviços hospitalares do Sistema Único de Saúde. A posteriori, é importante frisar que o presente estudo, até então, possui uma limitação por se basear em dados secundários do DATASUS e por haver pouca evidência científica sobre tal doença nas literaturas. Portanto, essa pesquisa se mostra relevante por sugerir o desenvolvimento de estudos longitudinais que possam somar na análise do número de internações, bem como a mortalidade, de febre reumática aguda.**Palavras-chave:** febre reumática aguda;internação hospitalar;população.

PO084

**E-PÔSTER - OUTROS****RECONSTRUÇÃO E MODELAGEM TRIDIMENSIONAIS DO OSSO ESFENÓIDE E ESTRUTURAS ANATÔMICAS PRÓXIMAS****AUTOR PRINCIPAL:** LAURO OTACILIO CAMPOS DE SOUSA**COAUTORES:** NATHALIA VANESSA DE LIMA CALDAS E SOUSA; LARISSA ROBERTA CAMPOS DE SOUSA; RAIMUNDO VINICIUS DE ARAUJO REGO**INSTITUIÇÃO:** 1. UFRN, NATAL - RN - BRASIL2. UNP - UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL**OBJETIVOS**

Criação de um modelo tridimensional (3D) do osso esfenoide (a partir de dados DICOM de tomografia computadorizada) e construção por modelagem 3D de todas as estruturas relacionadas ao osso esfenoide (Artéria carótida interna, nervo óptico, glândula pituitária, nervo trigêmeo, seio cavernoso, nervo oculomotor) por meio do uso de recursos de computação gráfica e uso de software de modelagem Autodesk 3DS Max. Uma vez gerados todos os modelos 3D, é criada uma animação para visualizar (interiormente ao esfenoide) todas as estruturas relacionadas ao mesmo e sua disposição.

**MÉTODOS**

A remontagem tridimensional do osso esfenoide foi realizada a partir dos dados tomográficos do paciente, utilizando software de computação gráfica. A partir do osso esfenoide virtual 3D, cada estrutura relacionada a ele foi construída (por modelagem poligonal - técnica lofting) tendo como parâmetro de orientação a figura do atlas anatômico. Por fim, uma câmera virtual com lente de 7 a 15 mm é criada para capturar quadros dentro do seio esfenoidal.

**RESULTADOS**

O resultado pode ser observado nas imagens onde podemos ver a cena nas diversas etapas de criação da estrutura virtual relacionada ao modelo virtual 3D do osso esfenoide.

**DISCUSSÃO**

O esfenoide é um osso irregular e estranho localizado na base do crânio, anterior às porções temporal e basal do osso occipital. É dividido em corpo, asas pequenas, asas grandes e processos alares. Está associado a uma variedade de estruturas anatômicas. Sua parte central, o corpo esfenoidal, consiste em tecido ósseo esponjoso, com o espaço medular amplamente preenchido por tecido adiposo (daí a hiperintensidade característica na ressonância magnética do crânio). Esta complexidade anatômica torna-o um objeto difícil de estudar e visualizar em 3D (já que no livro só temos imagens 2D dele). Para os cirurgiões da base do crânio, métodos novos e mais esclarecedores de visualização 3D da anatomia associada ao esfenoide ajudarão a compreender melhor esta complexa estrutura óssea.

**CONCLUSÃO**

A utilização de recursos de computação gráfica combinados com reconstruções 3D no computador (a partir de dados radiológicos) para criar estruturas anatômicas relevantes é uma técnica promissora, por permitir níveis de visualização tridimensionais (através do uso de diversos tipos de câmeras virtuais) e animação computacional, que não pode ser obtida com os mais modernos equipamentos de imagem (TC/RM). Eles são úteis no planejamento cirúrgico avançado e em estudos anatômicos detalhados.

Palavras-chave: esfenoide;tridimensional;animação.

PO085

**E-PÔSTER - OUTROS****DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO ZUMBIDO AUXILIADO PELA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL otoIA****AUTOR PRINCIPAL:** LAURO OTACILIO CAMPOS DE SOUSA**COAUTORES:** NATHALIA VANESSA DE LIMA CALDAS E SOUSA**INSTITUIÇÃO:** 1. UFRN, NATAL - RN - BRASIL2. UNP - UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL

O objetivo deste estudo foi desenvolver e avaliar um método diagnóstico inovador para zumbido, um distúrbio auditivo prevalente, mas muitas vezes difícil de diagnosticar. Pretendemos usar a inteligência artificial (otoIA) para ajudar os pacientes a identificar o tipo de zumbido que estão apresentando e compará-lo com vários ruídos de diferentes frequências. A partir dessa seleção, a IA (otoIA) fornecerá informações sobre possíveis causas do zumbido, recomendações de exames adicionais que podem ser necessários para um diagnóstico preciso e até sugerirá tratamentos personalizados.

**MÉTODOS**

Neste estudo, utilizamos uma abordagem baseada em inteligência artificial para diagnóstico de zumbido. Desenvolvemos um algoritmo de inteligência artificial (parte do projeto otoIA) que apresenta ao paciente 10 ruídos com diferentes assinaturas de frequência, e o paciente escolhe o ruído que mais se aproximava do seu zumbido.

O algoritmo então, a partir dessa seleção escolhida pelo paciente, gera um relatório que inclui uma lista de possíveis causas do zumbido, sugestões de exames para confirmar o diagnóstico e um plano de tratamento personalizado que inclui medicamentos, restrições dietéticas ou até mesmo uso de aparelhos auditivos redutores de zumbido.

**RESULTADOS**

Os resultados deste estudo mostram que a inteligência artificial foi capaz de identificar com sucesso a causa do zumbido em uma proporção significativa de pacientes. Em nossa amostra de 05 pacientes, a IA obteve 100 % de precisão na identificação da causa do zumbido. Além disso, o tratamento baseado em sugestões de inteligência artificial mostrou uma redução significativa nos sintomas de zumbido em 100 % dos pacientes. Os testes sugeridos pela IA também foram eficazes na confirmação do diagnóstico em 90 % dos casos (uma das medicações sugeridas não teve a ação esperada). No entanto, é importante notar que este estudo é preliminar, a amostragem de pacientes é muito restrita e são necessárias mais pesquisas para validar estes resultados numa população de pacientes mais ampla.

**DISCUSSÃO**

A discussão neste estudo centra-se na validade do método desenvolvido. Analisaremos os resultados obtidos de um grupo de 05 pacientes que utilizou o sistema de inteligência artificial (otoIA) para diagnóstico de zumbido. Discutiremos a precisão da determinação da causa do zumbido, a utilidade das recomendações de testes e a eficácia dos tratamentos propostos. Também abordaremos limitações do estudo, como a necessidade de validação em uma amostra maior e a consideração de casos complexos de zumbido.

**CONCLUSÃO**

Com base nos resultados obtidos, concluímos que um método baseado em inteligência artificial para diagnóstico assistido de zumbido é promissor. Pode ajudar os médicos a identificar com precisão a causa do zumbido e a desenvolver um plano de tratamento individualizado. No entanto, é necessário enfatizar que este método deve ser considerado uma ferramenta complementar ao julgamento clínico e que são necessárias mais pesquisas para verificar a sua validade num contexto clínico mais amplo.

Palavras-chave: ZUMBIDO;INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL;DIAGNÓSTICO.

PO086

**E-PÔSTER - OUTROS****otoIA – UMA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL EM OTORRINOLARINGOLOGIA****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA EDUARDA DEON CECCATO**COAUTORES:** TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO; LUIZA CABREIRA BRUST; LETICIA ROSSETTO DAUDT; SANDRA MARIA GONÇALVES VIEIRA; ELENARA DA FONSECA ANDRADE PROCIANOY; NICOLE ELEN LIRA; CLÁUDIA SCHWEIGER**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**OBJETIVOS**

O objetivo deste trabalho é apresentar a evolução e os avanços no desenvolvimento da inteligência artificial especializada em otorrinolaringologia “OTOIA” desde o seu início em 2017 até sua previsão de finalização em 2026. Destacaremos as principais metas que orientaram o projeto e como ele se propõe a melhorar o campo da otorrinolaringologia.

**MÉTODOS**

Os métodos empregados na criação de “OTOIA” consistem em uma abordagem multifacetada. A IA é composta por cinco componentes essenciais:

**otoIA CLOUD:** Armazenamento em nuvem de todos os dados de OTOIA que serve como fonte de dados para dispositivos que a utilizam o sistema otoIA.

**otoIA CAD (Computer-Aided Design):** Um software desenvolvido e usado exclusivamente pelo desenvolvedor de OTOIA para cadastrar e controlar todas as informações geradas e introduzidas, incluindo textos, imagens e vídeos.

**otoIA DESKTOP:** A versão para Windows de OTOIA destinada ao usuário final.

**otoIA MOBILE:** A versão para Android de OTOIA também projetada para o usuário final.

**otoIA NEURAL:** Os algoritmos de rede neural que são utilizados para identificação de padrões em imagens endoscópicas, apenas o desenvolvedor de OTOIA tem acesso a esses algoritmos para fins de treinamento da rede neural.

**otoIA COMPANION:** Um software para Windows destinado ao uso diário dos médicos como usuário final, integrado com OTOIA em 2023. Usado pelo desenvolvedor desde 2017.

**RESULTADOS**

Os resultados deste trabalho revelam o progresso substancial na criação da inteligência artificial especializada em otorrinolaringologia “OTOIA”. Mostramos abaixo telas de alguns componentes do sistema, mostrando as melhorias alcançadas desde o início do projeto até o presente. Ademais, ressaltamos os benefícios potenciais que a implementação de OTOIA pode trazer para a prática médica e para os pacientes.

**DISCUSSÃO**

OTOIA foi programada nas linguagens de programação Windev Language (WL) e Python. Desde sua criação em 2017, OTOIA tem sido utilizada no consultório e modificações e avanços contínuos ao longo desses 05 anos. Durante esse período, OTOIA tem evoluído constantemente, adquirindo novas funções anualmente. Um desses módulos notáveis é o de diagnóstico de zumbido, que se revelou uma ferramenta valiosa para avaliar e tratar pacientes com essa condição auditiva complexa. Essa adição exemplifica como a IA pode ser personalizada para atender às necessidades específicas da otorrinolaringologia. Adicionalmente, “OTOIA” agora inclui uma funcionalidade avançada de comparação de imagens endoscópicas, que utiliza treinamento em rede neural para identificar padrões e anomalias. Esse recurso, quando totalmente implementado, proporcionará ao médico uma ajuda excepcional da IA no diagnóstico e estadiamento de lesões laringeas ou nasais. Também temos um módulo que simula audiovisualmente o efeito de drogas psicodélicas.

Essas adições e aprimoramentos contínuos demonstram o potencial transformador da inteligência artificial “OTOIA” na otorrinolaringologia.

**CONCLUSÃO**

OTOIA pode representar um avanço relevante na otorrinolaringologia, sendo uma ferramenta poderosa para médicos e pacientes. A previsão de finalização em 2026 será um marco importante na jornada de desenvolvimento. É fundamental continuar monitorando e ajustando a IA para garantir sua evolução e seu uso seguro, preciso e eficaz.

Palavras-chave: otorrino; inteligência artificial; programação.

PO104

**E-PÔSTER - OUTROS****AValiação da SPACE MOTION SICKNESS NA HIPOGRAVIDADE SIMULADA****AUTOR PRINCIPAL:** ROSIRENE PANTALEAO GESSINGER**COAUTORES:** JULIANA HERBERT; YANN DIHL; THAIS RUSSOMANO; ALCYR ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE DE LISBOA, LISBOA - PORTUGAL

**OBJETIVOS:** O ambiente gravitacional alterado durante missões na espaciais resulta na desorientação espacial, especialmente nos primeiros dias de exposição. Notavelmente, há uma alteração na percepção vestibular de tal forma que esse sistema não é mais estimulado como na Terra tanto na microgravidade quanto na hipogravidade. Nossos objetivos são: 1) definir um modelo de simulação de hipogravidade dos ambientes lunar e marciano; 2) avaliar a efetividade da identificação de sinais e sintomas relacionados à space motion sickness no ambiente de simulação de hipogravidade; 3) estudar o impacto da realidade virtual que recria esses ambientes para uso nessas simulações.

**MÉTODOS:** A pesquisa está sendo desenvolvida por um grupo interdisciplinar de pesquisadores do Laboratório de Neurociências e Realidade Virtual Experimental da UFCSPA – NERV, do Núcleo de Pesquisa Espacial e Ambientes Extremos da UFCSPA e do Centro de Estudos de Medicina Aeroespacial – CEMA, da Faculdade de Medicina da Univ. de Lisboa. Será utilizada uma esteira antigravitacional, simulando a aceleração gravitacional de 9.81 m/s<sup>2</sup> para Terra, 3.72 m/s<sup>2</sup> para Marte, e 1.62 m/s<sup>2</sup> para Lua. O sistema de Realidade Virtual foi desenvolvido por alunos do curso de graduação em Informática Biomédica da UFCSPA, utilizando o Unity3D, o Plug-In Google CardBoard e a linguagem C#. Serão coletados dados relativos à desorientação espacial e alterações fisiológicas cardiopulmonares e da biomecânica da marcha. Será utilizado o questionário Questionário abreviado sobre Susceptibilidade à Doença do Movimento (MSSQ-Short).

**RESULTADOS:** Já se obteve – 1) a definição do protocolo de hipogravidade e das variáveis fisiológicas a serem estudadas em esteira antigravitacional; 2) o desenvolvimento e a validação do sistema de realidade virtual marciano e lunar; 3) a realização de um estudo piloto para testes preliminares do protocolo. Ao se realizar essa pesquisa, esperamos resultados diferentes nas respostas fisiológicas ao space motion sickness, devido à diferença entre a simulação da gravidade da Terra, da Lua e de Marte na esteira antigravitacional. Esses resultados permitirão o desenvolvimento de treinamento com RV que possibilitem a lidar com sintomas de space motion sickness em viagens espaciais.

**DISCUSSÃO:** Vários métodos de simulação de hipogravidade são utilizadas na Terra, simulando a gravidade lunar e marciana. A esteira de hipogravidade se mostra um excelente equipamento para simular caminhadas em ambiente de hipogravidade simulada, com segurança e condições de monitoramento da marcha e suas alterações fisiológicas. A realidade virtual em ambiente de hipogravidade simulada é utilizada em treinamento e experimentos. Neste estudo foram associadas essas duas estratégias resultando um modelo de simulação de ambiente lunar e marciano para avaliação da space motion sickness.

**CONCLUSÃO:** Os resultados contribuirão para pesquisas futuras utilizando treinamento em um ambiente virtual que possibilitem reduzir a percepção sensorial conflitante e acelerando o processo de adaptação e controle da náusea e mal-estar, reduzindo as situações potencialmente desorientadoras e sintomas de motion sickness e space motion sickness, que podem ser incapacitantes em uma missão espacial. Além disso, espera-se que esses resultados motivem o desenvolvimento de novas tecnologias para aperfeiçoar os tratamentos de distúrbios vestibulares

**Palavras-chave:** space motion sickness;hipogravidade simulada;realidade virtual.



PO109

**E-PÔSTER - OUTROS****USO DE DISPOSITIVO DE TELEMEDICINA NO ACOMPANHAMENTO APÓS COLOCAÇÃO DE TUBO DE VENTILAÇÃO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA BATISTA HOLANDA**COAUTORES:** RAIMAR WEBER; ANA LUIZA DE BORTOLI DE PAULA; THAÍS MOTTA JUSTO; RENATO SOFFNER DISCINI; ALDO EDEN CASSOL STAMM; CAROLINA PONTES LIMA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Introdução:** A otite média com efusão (OME) caracteriza-se pela presença crônica de secreção na cavidade da orelha média, com uma membrana timpânica (MT) íntegra e sem sinais de inflamação aguda, que persiste por no mínimo oito semanas. O tratamento cirúrgico está indicado nas falhas do tratamento clínico, com persistência de efusão e perda auditiva por mais de três meses, ou nas evidências de complicações, como distúrbios labirínticos. A indicação mais comum de inserção do TV é a OME associada à perda auditiva condutiva e/ou retração da membrana timpânica, sendo considerado o procedimento padrão-ouro para tratamento cirúrgico, persistindo in situ por cerca de 6 a 24 meses, com extrusão espontânea final.

**Objetivos:** O intuito desta pesquisa foi realizar um estudo comparativo entre a consulta de telemedicina com o uso do dispositivo TytoHome comparando-se o exame físico (otoscopia) realizado remotamente e durante consulta presencial ao longo do processo de acompanhamento pós operatório até a extrusão do tubo de ventilação para a identificação de possíveis diferenças entre ambas.

**Metodologia:** Estudo documental, prospectivo e descritivo. Inicialmente foi realizado treinamento com o participante ou seus responsáveis sobre o manuseio de dispositivo TytoHome durante consulta presencial ou por meio de videoconferência. Posteriormente, o dispositivo era enviado ao domicílio do participante, onde realizava-se a otoscopia de forma síncrona ou assíncrona com o médico pesquisador. A coleta de dados se deu por meio de dois questionários, um baseado no exame físico realizado com o dispositivo de telemedicina, avaliado e preenchido por três médicos, e outro baseado no exame físico realizado em consulta presencial, avaliado e preenchido por dois médicos. Os dados de ambos foram comparados, buscando avaliar diferenças e limitações entre o exame realizado com o dispositivo de telemedicina e de forma presencial

**Resultados:** Na comparação entre a avaliação pelo dispositivo de telemedicina versus avaliação presencial pelo médico assistente para as variáveis posição do TV; patência do TV; presença de otorreia ; Próxima avaliação; Necessidade de prescrição de medicação tópica e Necessidade de proteção contra mergulho observou-se excelentes taxas de concordância

**Discussão:** Observou-se notória capacidade do Tyto de capturar imagens com precisão da membrana timpânica e dos Tubos de ventilação. Foram obtidas excelentes taxas de concordância entre a otoscopia tradicional em consultório e as imagens de vídeo obtidas pelo TytoHome. Durante o período de acompanhamento, também descobrimos que o TytoHome poderia diagnosticar corretamente as condições do TV, como se o tubo estava extruindo, impérvio, normoposicionado ou extruído. Uma característica única do nosso estudo é o uso de tecnologia de smartphone e portal web que permite a visualização das imagens e comentários a serem enviados eletronicamente para revisão por um médico. Até agora, em outras áreas médicas, foi demonstrado que a utilização de imagens de vídeo digital diminuiu os custos com cuidados com a saúde e inclusive obtiveram reembolso dos planos de saúde para o custeio de despesas relacionadas. **Conclusões:** Este parece ser o primeiro estudo prospectivo a avaliar a uso do dispositivo de Telemedicina TytoHome para vigilância de TV's em ambiente doméstico. Observou-se notória capacidade do Tyto de capturar imagens com precisão da membrana timpânica e dos Tubos de ventilação. Foram obtidas excelentes taxas de concordância entre a otoscopia tradicional em consultório e as imagens de vídeo obtidas pelo TytoHome. Durante o período de acompanhamento, também descobrimos que o TytoHome poderia diagnosticar corretamente as condições do TV, como se o tubo estava extruindo, impérvio, normoposicionado ou extruído.

**Palavras-chave:** OTITE MÉDIA COM EFUSÃO;TUBO DE VENTILAÇÃO;TELEMEDICINA.



PO111

**E-PÔSTER - OUTROS****A RELAÇÃO ENTRE DOENÇAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS E O ADOECIMENTO MENTAL: UMA REVISÃO NARRATIVA****AUTOR PRINCIPAL:** GIULIA DA COSTA RIBEIRO BERTELLOTTI**COAUTORES:** STELLA TASSINARI MAXIMO; MAISA CARVALHO DE SANTANA PRUDÊNCIO DA COSTA; GIOVANNA ALCANTARA LETICIO; LUISA RENATA SANTOS GOMES; JOÃO PRUDENCIO DA COSTA NETO**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC DE ARARAS, ARARAS - SP - BRASIL2. HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ - AL - BRASIL

**Objetivos:** Saúde mental define-se por um pleno estado de bem-estar influenciado por fatores psicológicos, biológicos e sociais. Nesse contexto, enfermidades otorrinolaringológicas, que acometem ouvido, nariz e garganta, têm sido associadas à diminuição na qualidade de vida, e à etiologia psicológica, podendo desencadear ou serem desencadeadas por adoecimento mental. O estudo teve como objetivo conhecer a temática da relação entre as otorrinolaringopatias e esse tipo de adoecimento mental.

**Métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa de caráter descritivo acerca da relação entre doenças otorrinolaringológicas e saúde mental. Buscou-se artigos científicos indexados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Nacional Library of Medicine (PubMed), Google Acadêmico e Scientific Electronic Library Online (SciELO), entre os anos de 2003 e 2023. O critério utilizado para inclusão das publicações era ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter explícito no resumo que o texto se relaciona às otorrinolaringopatias e à saúde mental. Durante a pesquisa, utilizou-se os descritores: Otorrinolaringopatias, Otorrinolaringologia, Saúde Mental e Qualidade de Vida e seus correspondentes em inglês e espanhol. Foram descartados Papers que não apresentavam o critério de inclusão estabelecido, que apresentavam-se em duplicidade, ou seja, publicações recuperadas em mais de uma das bases de dados e também aqueles com data de publicação em período superior aos últimos 20 anos. Selecionou-se, por fim 10 artigos que preenchiam os critérios e foram analisados para leitura interpretativa e redação do trabalho. Resultados: Os artigos apontaram que, de fato, doenças otorrinolaringológicas podem contribuir para o desencadeamento de distúrbios de saúde mental como depressão, ansiedade, introversão, transtornos de personalidade, instabilidade emocional, dentre outros. Entretanto, saúde mental e otorrinolaringopatias devem ser consideradas constituintes de uma relação bidirecional, uma vez que os distúrbios psicológicos também podem favorecer a deterioração da saúde otorrinolaringológica e as múltiplas condições associadas pioram ou aparecem quando o bem-estar está alterado. Ademais, viu-se ainda que a relação entre esses fatores pode culminar na redução da qualidade de vida dos pacientes, sem que se limitem a um gênero ou idade específica.

**Discussão:** Embora existam nuances particulares de cada cenário, é fato que há comprovada influência e que as novas conceitualizações de tratamentos precisam considerar as particularidades para que a qualidade de vida dos pacientes possa ser melhorada. Por fim, identificou-se ainda que, alguns pacientes com queixas otorrinolaringológicas, apresentaram-se em consultas com manifestações clínicas negativas ao exame físico e sem evidências que as justificassem. Associou-se esses casos às positivas manifestações psiquiátricas desses pacientes que, em sua maioria, apresentavam sintomas predominantemente depressivos e de ansiedade. Ratificou-se então, a correlação de pacientes com problemas de saúde mental ao desenvolvimento de otorrinolaringopatias sem causa orgânica aparente.

**Conclusão:** Conclui-se, portanto, que diversos acometimentos otorrinolaringológicos podem desencadear sintomas de adoecimento mental, tanto em pacientes adultos como em crianças, independentemente do sexo, assim como esse adoecimento também pode influenciar as otorrinolaringopatias. Dessa forma, é necessário que haja um olhar integral por parte dos profissionais da saúde, no intuito de que sejam associados os fatores psicológicos ao seu comprometimento nos fatores biológicos do desenvolvimento de doenças, viabilizando a adequação da conduta clínica, a fim de promover melhor qualidade de vida aos pacientes.

**Palavras-chave:** Otorrinolaringopatias;Saúde Mental;Qualidade de Vida.

PO121

**E-PÔSTER - OUTROS****ALTERAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA SÍNDROME PÓS-COVID TARDIA: UMA REVISÃO NARRATIVA.****AUTOR PRINCIPAL:** FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA**COAUTORES:** GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY; JESSICA RAMOS TAVARES; THAIS NATIVIDADE DOS REIS; BRUNA EDUARDA VERAS DA SILVA; DYANA BARBOSA FERREIRA; CINTIA TIZUE YAMAGUCHI; SILVIA LETICIA CALDEIRA LUCENA**INSTITUIÇÃO:** HUBFS/UFPA - HOSPITALAR BETTINA FERRO, BELÉM - PA - BRASIL

A pandemia de COVID-19, desencadeada pelo SARS-CoV-2, começou em dezembro de 2019 e rapidamente se espalhou pelo mundo, afetando não apenas a saúde global, mas também desencadeando impactos sociais, financeiros e políticos significativos. Em setembro de 2023, havia mais de 770 milhões de casos confirmados e quase 7 milhões de mortes em todo o mundo, com 13,5 bilhões de doses de vacina administradas. O Brasil se destaca, infelizmente, como o segundo país em número de mortes e o sexto em número de casos, com mais de 704 mil mortes e mais de 37 milhões de casos confirmados.

Além dos sintomas respiratórios típicos da COVID-19, como febre, tosse e congestão nasal, a infecção por SARS-CoV-2 também resultou em sintomas relacionados ao olfato e paladar em uma ampla faixa de casos, variando de anosmia a distúrbios cognitivos. Após a fase aguda, alguns pacientes continuaram a experimentar complicações em vários sistemas e órgãos, levando à adoção do termo “Síndrome pós-COVID” ou “COVID-19 tardio” pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em janeiro de 2021.

O objetivo desta revisão narrativa é realizar uma análise sobre a síndrome pós-COVID, incluindo sua prevalência, mecanismos fisiopatológicos, diagnóstico e tratamento, ressaltando a importância de investigações adicionais para preencher as lacunas no conhecimento sobre as complicações persistentes da doença. É importante destacar que esta revisão abrange um período de análise de novembro de 2020 a agosto de 2023, e a seleção dos artigos foi realizada a partir de pesquisas em bases de dados eletrônicas, incluindo Pubmed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Center for Biotechnology Information (NCBI), utilizando descritores em inglês e em português.

Em relação às alterações otorrinolaringológicas no COVID-19, observou-se no estudo de Lechien et al. (2021), de 2581 pacientes diagnosticados com COVID-19, tanto tratados de forma ambulatorial quanto hospitalizados, 74,2% referiram disfunção olfatória, dos quais 86% apresentaram quadro leve, 2,5% quadro moderado e 7% quadro grave.

Dentre os distúrbios, a disgeusia foi referida em 55,9% dos casos, enquanto a disfunção da percepção dos aromas foi relatada por 83,9% dos pacientes. Após 60 dias do início dos sintomas, 24,5% dos pacientes não haviam recuperado subjetivamente seu olfato.

As disfunções olfatórias relacionadas à COVID-19, incluindo anosmia, pantosmia e parosmia, variam geograficamente, sendo mais comuns nos Estados Unidos e Europa devido ao acesso médico mais amplo, proporcionando diagnósticos mais precoces (Xydakis et al., 2021; Vandersteen et al., 2023). Podem ser transitórias, envolvendo perdas mecânicas, neurosensoriais ou disfunção central, ou crônicas, resultando na perda permanente do epitélio olfatório ou interrupção das redes de processamento central. A recuperação do olfato ocorre em cerca de 10 dias na maioria dos casos, mas hiposmia e distorções podem persistir (Xydakis et al., 2021; Vandersteen et al., 2023).

Pacientes com COVID-19 frequentemente apresentam uma ampla gama de manifestações neurológicas e cognitivas, incluindo sintomas como déficits de atenção (81%), cefaleia (68%), disgeusia (59%) e anosmia (55%). Além disso, mais da metade desses pacientes exibe alterações no exame neurológico, incluindo anormalidades na memória de curto prazo e funções relacionadas à atenção. Esses sintomas estão correlacionados com a redução da espessura cortical em áreas como o giro frontal e regiões de linguagem, com maior incidência em pacientes com sintomas leves a moderados, enquanto pacientes idosos podem desenvolver desordens neuropsiquiátricas semelhantes à demência (Graham et al., 2021; Herrera et al., 2023).

Esta revisão realça a importância de investigar as alterações otorrinolaringológicas na síndrome pós-COVID tardia. Os resultados destacam a necessidade de estudos mais aprofundados para entender completamente essas complicações e desenvolver estratégias de diagnóstico e tratamento eficazes, visando aprimorar a qualidade de vida dos pacientes afetados por esta síndrome.

Palavras-chave: SÍNDROME PÓS-COVID; DISOSMIA; DIGEUSIA.

PO140

**E-PÔSTER - OUTROS****LIBRAS NA FORMAÇÃO DO MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA FERNANDA MACHADO BRANDALIZE**COAUTORES:** FÁBIO LUIGI CRISIGIOVANNI; GABRIELLE GONÇALVES; CAMILLA ROBERTA DE MELO LOBO BESSA; PABLO DOS SANTOS LIMA; VITOR STANISLAUKI NAGATA; LÍVIA PERINI MALUCELLI; AMANDA FALKENBACH TENIUS**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA - CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL**OBJETIVO** Debater a formação médica com base na competência cultural e linguística para garantir acessibilidade, inclusão e respeito às diferenças de portadores de deficiência auditiva.**MÉTODOS** Trata-se de revisão de literatura narrativa de artigos e legislações relacionando a LIBRAS como um elemento fundamental no âmbito da humanização no atendimento médico.**RESULTADOS** A maioria dos médicos entrevistados acerca da proficiência em LIBRAS relatou não ter conhecimento suficiente para se comunicar com pacientes surdos, mesmo que a maioria já tenha assistido a esse público. O aprimoramento dos profissionais através de cursos se mostrou eficiente para adquirir conhecimento básico a fim de melhorar a comunicação e a relação médico-paciente. Além disso, a presença de intérpretes de LIBRAS nas consultas também obteve resultados positivos.**DISCUSSÃO** O surdo é aquele que identifica-se como tal, experimenta e interage com o mundo pela visão e tem o direito de apropriar-se da língua de sinais. Surdez é uma condição em que uma pessoa perde total ou parcialmente a percepção sonora, e a acuidade auditiva. As causas podem ser congênitas como eventos pré-natais, ou causas adquiridas, como traumas, doenças infectocontagiosas, metabólicas, tumores e até pelo envelhecimento. No Brasil estima-se que há aproximadamente 9 milhões de pessoas declaradas surdas. Quando a pessoa nasce surda, antes dela ser capaz de desenvolver uma língua oral, denominamos de surdez pré-lingual, a qual inclina ao surdo adquirir a linguagem de sinais como sua primeira língua. Cerca de 1,7 milhão de pessoas entre 5 e 40 anos apresentam dificuldade auditiva no Brasil e destes apenas 153 mil relataram saber usar a LIBRAS (9,2%). Aqueles que não conseguem ouvir de modo algum, 61,3% sabem utilizar LIBRAS. Sancionada em 2002, a Lei nº 10.436/2002, reconhece a LIBRAS como meio legal de comunicação e expressão, sendo uma linguagem própria e não uma tradução gestual do português. Diferente da língua portuguesa, oral, a LIBRAS se utiliza de movimentos, posições das mãos e expressões faciais para expressar a linguagem. Nesse sentido, como língua natural, possui sua própria gramática, sintaxe, vocabulário e escrita. A legislação brasileira reconhece a LIBRAS e garante que parte dos servidores públicos estão aptos a utilizá-la. Com isso viu-se necessário incluir LIBRAS como disciplina em graduações sendo disciplina curricular obrigatória na formação de profissionais como professores e fonoaudiólogos e optativas nos demais cursos. O otorrinolaringologista, especialista no diagnóstico e tratamento das doenças dos ouvidos, tem papel essencial no tratamento de diversas doenças inclusive a surdez. Além do tratamento, tem o dever saber se comunicar com alguém que tenha, independentemente do nível, perda auditiva, para obter o melhor acompanhamento do paciente.**CONCLUSÃO** Uma das maiores barreiras na relação médico-paciente é a comunicação. Elas estão em todas as hierarquias do sistema de saúde e se tornam mais significativas quando englobam barreiras de linguagem. Por isso, a comunidade surda encontra obstáculos no acesso à saúde, seja ele voltado a assistência específica à sua condição, mas também na assistência a agravos comuns a qualquer cidadão. É preciso, durante a formação médica romper essa barreira de comunicação, proporcionando uma assistência individualizada, eficaz e com maior qualidade, garantindo segurança e confiança do paciente frente ao diagnóstico e tratamento, além de promover equidade no acolhimento. Ao melhorar a relação médico-paciente com a competência linguística, melhoram também as capacidades diagnósticas, a satisfação com o tratamento oferecido e a aderência a ele proposto e a qualidade de vida do paciente. Um dos grandes desafios da sociedade é o respeito à diversidade humana. O médico otorrinolaringologista, responsável pelo tratamento dessa condição, bem como seus pacientes, devem ocupar papel de protagonismo para proporcionar as mudanças estruturais na busca pelo exercício da cidadania, por meio da garantia de acessibilidade em todos os ambientes ao estimular a inclusão social e o respeito às diferenças.**Palavras-chave:** Educação em saúde;Acessibilidade;Cidadania.

PO170

**E-PÔSTER - OUTROS****PÊNFIGO VULGAR EM MUCOSA ORAL****AUTOR PRINCIPAL:** ANNINE SOARES DE SOUZA**COAUTORES:** NATALY SANT'ANA DE MATOS; CAROLINA OLIVER BRANDÃO; GABRIELA BERALDO BELÃO; LUCAS MIRANDA RIBEIRO DE PAULA; HENRIQUE DE MORAES PAIVA MOISES ARABE; CICERO MATSUYAMA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

O pênfigo vulgar é uma doença vesicobolhosa caracterizada pela presença de auto-anticorpos contra moléculas de adesão intraepidérmicas, relativamente rara, não contagiosa e que pode aparecer em qualquer idade, sendo mais frequentes entre a 4a e 5a década de vida, sem predileção por sexo. Apesar de sua baixa ocorrência no nosso meio, é considerado uma doença autoimune importante, devido à possibilidade de seguir um curso clínico preocupante quando não diagnosticada e tratada na fase inicial.

Manifesta-se através de vesículas e bolhas, com posterior rompimento e formação de ulcerações dolorosas.

As formas conhecidas de pênfigo são: pênfigo vulgar, pênfigo vegetante, pênfigo foliáceo, pênfigo eritematoso, pênfigo herpetiforme, pênfigo induzido por drogas e pênfigo paraneoplásico<sup>3</sup>. Essas doenças, normalmente, afetam, como primeira manifestação, a mucosa de revestimento da cavidade bucal e os sinais e sintomas podem variar entre leve e moderado, podendo, muitas vezes, necessitar de um controle terapêutico por toda a vida do paciente. A presença de anticorpos agindo na pele e mucosas leva a um processo inflamatório e de destruição das desmogleínas tipo 1 e 3, glicoprotéínas responsáveis pela adesão celular e integridade tecidual, com consequente formação de edema intercelular, surgindo então bolhas no interior do epitélio que tendem a se romper, passando a formação de úlceras.

As manifestações clínicas tendem a ocorrer primeiramente em mucosa da cavidade oral, sendo associadas ou não a lesões de pele. No caso relatado em nosso serviço, o paciente não apresentou lesões extra oral, tampouco em pele.

O diagnóstico baseia-se na realização de biópsia incisional das lesões, sendo seguido de exame histopatológico ou estudo por imunofluorescência direta e /ou indireta. No exame histopatológico poderá revelar além de fenda suprabasilar no epitélio e acantólise da camada espinhosa, a presença das células de tzanck, células estas que caracterizam-se por revelarem núcleos maiores, hipercromáticos e de citoplasma pouco corado.

O tratamento consiste em corticoterapia oral em altas doses, tal como prednisona 1mg/kg/dia, com posterior diminuição da dose, a depender da resposta do paciente. No paciente relatado observamos boa resposta ao esquema de corticoterapia com dose imunossupressora. Porém, em alguns casos pode ser necessária a introdução de imunossupressores se refratariedade ao tratamento, contra-indicações a corticoterapia ou efeitos colaterais indesejáveis. A associação dos corticosteroides com imunossupressores (azatioprina, ciclofosfamida e o methotrexate) tem mostrado bons resultados permitindo a redução da dose do corticosteroide.

**Palavras-chave:** PÊNFIGO VULGAR;MUCOSA ORAL;LESÕES VESICOBOLHOSAS.

PO171

**E-PÔSTER - OUTROS**

Mini Curso em Otorrinolaringologia: Estratégia para Preencher as Lacunas Educacionais nas Faculdades de Medicina, um Relato de Experiência

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA EDUARDA SANTIAGO NASCIMENTO

**COAUTORES:** FERNANDA LACERDA MENDONÇA DANTAS; GIAN SILVEIRA BARBOSA DE SOUZA

**INSTITUIÇÃO:** UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivo:** Elaborar um projeto no qual fossem difundidos conhecimentos, habilidades clínicas e procedimentais da Otorrinolaringologia que também são de grande valia para o médico generalista, a fim de contornar o déficit das faculdades de medicina nos assuntos que englobam a especialidade.

**Métodos:** Estudo descritivo com dados da experiência vivenciada em 2023 pela Liga de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (LAOTO-CCF) da Universidade Salvador no Mini Curso de Otorrinolaringologia: Edição Urgências e Emergências Otorrinolaringológicas

**Resultados:** Elaborou-se um curso de caráter teórico-prático com foco em emergências e urgências otorrinolaringológicas, dividido nos seguintes módulos: 1) Semiologia otoneurológica, tontura e vertigens, paralisia facial; 2) Semiologia da boca e faringe, abscessos faríngeos, estridor laríngeo, corpo estranho em orofaringe e laringofaringe; 3) Semiologia nasal, fraturas da face, epistaxe, corpo estranho em nasofaringe; 4) Semiologia otológica, otite média aguda e complicações e corpo estranho em ouvido. No módulo 1, foram ministradas aulas teóricas e práticas sobre os respectivos temas, nelas, os participantes puderam compreender a fisiologia, clínica e tratamento das paralisias faciais e vestibulopatias periféricas, bem como, praticar o exame físico otoneurológico, testes de equilíbrio e coordenação e manobras. No módulo 2, os participantes dispuseram de aulas teóricas sobre semiologia, clínica e tratamento das referidas patologias, além de terem praticado o exame físico de inspeção de boca e faringe e palpação de nódulos cervicais. No módulo 3, os participantes tiveram a oportunidade de conhecer um pouco mais sobre traumas e fratura em face, epistaxe e suas respectivas terapêuticas. Também foram feitas demonstrações práticas de como realizar rinoscopia anterior, entre si, e tampão nasal de diversas maneiras em simuladores/próteses de cavidade nasal. No módulo 4, foi dado ênfase à semiologia e terapêutica das mais comuns doenças e urgências do ouvido, podendo praticar otoscopia, entre si, e simulações de retirada de corpo estranho no ouvido em bonecos.

**Discussão:** A Otorrinolaringologia é uma especialidade médica focalizada nas doenças do ouvido, nariz e garganta, abordando questões que afetam funções vitais como audição, equilíbrio, olfato, respiração e fala. Sua importância social é inegável, cuidando da saúde auditiva, vias respiratórias superiores e bem-estar emocional. No entanto, a formação médica tende a negligenciar essa área, com carga horária reduzida comparada a outras disciplinas, apesar da alta prevalência de problemas otorrinolaringológicos. Dessa forma, é recomendável aproveitar melhor o ensino prático nesse campo, incluindo exames básicos e diagnósticos diferenciais. A inclusão da Otorrinolaringologia na formação médica é crucial, dada sua natureza clínica e procedimental, reforçando a importância da prática clínica para aprimorar as habilidades médicas. Estratégias como programas de ensino, mentorias e cursos devem ser implementadas para preencher essa lacuna, aumentando o interesse dos estudantes na especialidade. A mentoria, com abordagem teórico-prática, pode aprofundar o aprendizado além da literatura, enquanto cursos podem ser ministrados por profissionais especializados ou acadêmicos experientes, beneficiando ambos os lados. Em resumo, é essencial fortalecer a abordagem à Otorrinolaringologia na formação médica para preparar médicos competentes e compassivos, capazes de enfrentar os desafios clínicos da atualidade.

**Conclusão:** Em síntese, o curso cumpriu com seu objetivo de disseminar o conhecimento acerca das emergências e urgências otorrinolaringológicas, combinando aspectos teóricos e práticos, a fim de capacitar futuros médicos generalistas para atendimentos iniciais de tais patologias de forma resolutiva e eficaz.

**Palavras-chave:** Educação Médica; Medicina; Otorrinolaringologia.

PO182

**E-PÔSTER - OUTROS**

Eficácia e segurança da Telemedicina em Otorrinolaringologia: uma revisão narrativa

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELLE SOBRAL SILVA**COAUTORES:** VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES; TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO; TAÍSA MARIA BRITO AMORIM**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL SANTO ANTÔNIO - OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE, SALVADOR - BA - BRASIL2. UESB, VITORIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL**OBJETIVOS:** Este estudo tem como objetivo avaliar a eficácia e segurança da telemedicina em otorrinolaringologia, com foco nas modalidades mais utilizadas nos dias atuais e suas aplicações clínicas.**MÉTODOS:** Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, com base em pesquisas nas bases de dados PubMed e Scopus. Foram incluídos artigos publicados nos últimos dez anos que abordassem a utilização da telemedicina em otorrinolaringologia, com foco nas suas aplicações clínicas e eficácia em comparação com a prática clínica tradicional. Foram excluídos estudos que abordassem outras áreas da medicina ou que fossem baseados em dados de pacientes pediátricos.**RESULTADOS:** A telemedicina em otorrinolaringologia tem sido amplamente utilizada em todo o mundo, especialmente durante a pandemia de COVID-19, quando a telemedicina se tornou uma opção mais segura e acessível para muitos pacientes. As modalidades mais utilizadas incluem a teleconsulta e a telemonitorização, que têm sido aplicadas com sucesso em uma variedade de condições, incluindo distúrbios do sono, rinite alérgica, perda auditiva e tontura. Vários estudos relataram resultados semelhantes ou até melhores na telemedicina em comparação com a prática clínica tradicional, incluindo melhoria na satisfação do paciente, redução do tempo de espera para consultas e maior adesão ao tratamento prescrito.**DISCUSSÃO:** O uso rapidamente disseminado da telemedicina se deu através da pandemia da COVID-19, quando as restrições do confinamento limitaram o atendimento médico presencial aos pacientes. Diante disso, mudanças regulatórias e legislativas precisaram ocorrer a fim de promover segurança no uso desta tecnologia. Com isso, muitos benefícios foram vistos, a exemplo de acompanhamento clínico a pacientes vulneráveis e portadores de doenças limitantes, durante um período em que não era possível sair de casa. No entanto, a telemedicina também apresenta limitações, riscos e desafios, como a falta de acesso à internet e aparelhos celulares, especialmente na Otorrinolaringologia - área que requer exame de regiões que demandam instrumentos específicos, como nariz, ouvidos e garganta. Assim, a telemedicina em otorrinolaringologia é uma abordagem promissora para a prestação de cuidados de saúde acessíveis e de qualidade, especialmente para pacientes que vivem em áreas remotas ou que têm dificuldade em comparecer a consultas presenciais. A telemedicina também tem o potencial de reduzir os custos de saúde e melhorar a eficiência do sistema de saúde. No entanto, é importante destacar que a telemedicina não é adequada para todos os casos e que deve ser usada com moderação e precaução. A avaliação clínica completa ainda é necessária em muitos casos, e a telemedicina não deve ser usada como uma alternativa completa à prática clínica tradicional.**CONCLUSÃO:** A telemedicina em otorrinolaringologia tem demonstrado ser uma ferramenta eficaz e segura para a prestação de cuidados de saúde em uma variedade de condições. Embora ainda haja algumas limitações, como a falta de acesso à tecnologia em áreas rurais e a necessidade de avaliações clínicas em alguns casos, a telemedicina é uma opção promissora para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a qualidade do atendimento para pacientes em todo o mundo.

Palavras-chave: telemedicina;otorrinolaringologia;tecnologia.



PO188

**E-PÔSTER - OUTROS**

Cisto Nasolabial: Relato de Caso

**AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO**COAUTORES:** GIOVANA CAMACHO SCOMBATTI; BRUNA DOS REIS MENDES PEREIRA SILVA; AMANDA MARTINS PEREIRA PITTA; ALEKSANDER MAGNUS COSTA JUNIOR; CAROLINA OSHIRO YEH; MONIK MIRMOVICZ; MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI**INSTITUIÇÃO:** CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente A.R.B., masculino, 66 anos, natural e procedente de São Paulo/SP, encaminhado da atenção primária ao serviço de Otorrinolaringologia do Instituto Cema para investigação do quadro de obstrução nasal. Em sua primeira consulta, paciente relatava que além de apresentar obstrução em fossa nasal esquerda, o quadro era acompanhado do surgimento de uma lesão dolorosa no local há aproximadamente 07 anos e de crescimento lento.

Ao exame físico, a rinoscopia anterior observou-se aumento do volume na região do vestíbulo nasal esquerdo, de consistência cística. A palpação bidigital encontrado tumefação flutuante entre o assoalho do vestíbulo nasal esquerdo e o sulco gengivolabial. Solicitado avaliação complementar por meio da Nasofibrosopia Flexível, que demonstrou lesão próxima a cartilagem alar nasal, se estendendo ao assoalho do vestíbulo nasal esquerdo. Optou-se também pela Tomografia Computadorizada de Seios da Face, cujas imagens demonstraram uma lesão hipodensa, localizada na região nasal esquerda medindo cerca de 1,8 cm de diâmetro e apresentando contornos nítidos e bem definidos com densidade homogênea ao redor de 50 uh e estruturas ósseas preservadas. Diante o quadro clínico e exames complementares, foi feita a hipótese diagnóstica de Cisto Nasolabial.

O tratamento consistiu na enucleação cirúrgica da lesão realizada por via intra-oral com o paciente sob anestesia geral. Enviado material para histopatológico que revelou epitélio colunar pseudo-estratificado ciliado, pertinente ao diagnóstico proposto. O pós-operatório foi isento de sintomatologia e recidiva da lesão não foi observada neste período.

**DISCUSSÃO:** Cistos nasolabiais são raros e representam aproximadamente 0,3% de todos os cistos da região maxilar.<sup>1</sup> Essas lesões têm tendência a serem detectadas em pacientes entre 40-50 anos, provavelmente devido ao crescimento lento. É um cisto de desenvolvimento não odontogênico raro, com acometimento nos tecidos moles entre a asa e base do nariz e o lábio superior, podendo gerar assimetria facial.

Alguns pacientes com cisto nasolabial podem se apresentar assintomáticos, mas a maioria mostra-se com pelo menos um dos três principais sintomas: obstrução nasal parcial ou total, aumento de volume bem localizado ou dor local <sup>2</sup>. Sua patogênese ainda é muito discutida, no entanto, seu diagnóstico é clínico confirmado pelo exame anatomopatológico. A lesão tem crescimento lento e leva a um abaulamento entre o assoalho do vestíbulo nasal esquerdo que se estende até o sulco gengivolabial, resultando em uma tumefação flutuante local. A tomografia computadorizada e ressonância magnética podem mostrar com maior nitidez a natureza cística da lesão e sua relação com a asa nasal e a maxila.

Acredita-se que o cisto desenvolve-se após um evento gatilho, como trauma ou infecção, estimulando os restos epiteliais a proliferar e formar uma lesão cística<sup>3</sup>. O paciente no caso relata trauma antigo na região. O tratamento clássico e mais eficaz é a enucleação da lesão. Porém existem outros métodos de tratamento, como aspiração, cauterização, injeção de agentes esclerosantes, incisão com drenagem e marsupialização. Entretanto, estes métodos estão associados a altos índices de recidiva.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar de incomuns, os cistos nasolabiais são lesões que causam muito desconforto ao paciente, porém apresenta uma grande eficácia no seu tratamento, pois trata-se de uma lesão de bom prognóstico, por não apresentar características de malignidade e de sua recorrência ser rara, sendo importante seu diagnóstico precoce.

**Palavras-chave:** Cisto Nasolabial;Obstrução Nasal;Tumor Benigno.



**AUTOR PRINCIPAL:** ROBERTA SIMÕES ROCHA

**COAUTORES:** ANANDA DUTRA DA COSTA; CLAUDIA MARIA VALETE ROSALINO

**INSTITUIÇÃO:** INI-FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Introdução:** O mundo vivenciou uma pandemia que teve início em dezembro de 2019, na China. O novo coronavírus foi nomeado como Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus-2 (SARS-CoV-2). Já existem evidências que relacionam a COVID-19 com alterações auditivas.

**Objetivo:** Descrever os efeitos da COVID-19 no sistema auditivo.

**Métodos:** Estudo prospectivo longitudinal de intervenção otorrinolaringológica, no qual foram incluídos 42 pacientes atendidos no ambulatório de reabilitação auditiva da Policlínica Newton Bethlem e no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI-FIOCRUZ) que tiveram diagnóstico confirmado pela COVID-19 e queixas auditivas, idade  $\geq 18$  anos, de ambos os sexos. Os pacientes foram submetidos a consulta otorrinolaringológica e exames audiológicos. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e audiológicos. Os dados foram digitados e analisados no SPSS 16.0. Foram descritas frequências simples das variáveis categóricas e medidas-resumo das variáveis contínuas: média, desvio-padrão (DP), mediana e intervalo interquartil (IQR, mínimo e máximo). A associação entre alteração auditiva e as variáveis epidemiológicas clínicas e audiológicas foi obtida através do teste para proporção do tipo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher para variáveis categóricas ou do teste T ou de Mann-Whitney para as variáveis numéricas.

**Resultados:** Foram avaliados 42 pacientes, sendo 30 (71,4%) do sexo feminino e 12 (28,6%) do sexo masculino. A mediana da idade foi 59 anos (mínima 29 – máxima 78 anos). Na avaliação otorrinolaringológica, 41 (97,5%) pacientes apresentaram otoscopia normal, 39 (93%) relataram hipoacusia, 19 (45,2%) zumbidos e quatro (9,5%) plenitude aural. Em relação às comorbidades, 29 (69%) dos pacientes apresentaram hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 13 (31%) diabetes mellitus (DM). Após a audiometria, 28 (66,7%) pacientes apresentaram disacusia sensorineural, nove (21,5%) normoacusia, três (7%) disacusia mista e dois (5%) disacusia condutiva. Encontramos associação estatisticamente significativa entre os pacientes que tinham queixa de hipoacusia e apresentaram disacusia sensorineural ( $p=0,032$ ). Destes pacientes, 38 (97,4%) apresentaram curva timpanométrica tipo "A". Não identificamos associação significativa entre o zumbido e as variáveis epidemiológicas e audiológicas, entretanto, 73,7% dos pacientes que tinham queixa de zumbidos, apresentaram disacusia sensorineural e 94,7% apresentaram normoacusia a disacusia moderada.

**Discussão:** Ao avaliar 42 pacientes com sintomatologia auditiva, hipoacusia e zumbido, pós-COVID-19, observamos que ambas as queixas estavam associadas a alteração no SRT e no IPRF, além da hipoacusia também associar-se a presença de perda auditiva sensorineural. A amostra tinha mediana da idade em torno de 60 anos, sendo a maioria do sexo feminino, não sendo observada associação entre essas variáveis com perda auditiva ou zumbido. Ao analisarmos as comorbidades observamos que a HAS foi a mais prevalente entre os pacientes com queixas auditivas após o quadro de COVID-19. A hipoacusia foi o sintoma relatado mais predominante, presente em 93% dos pacientes, seguida de zumbido e plenitude aural. Estes achados corroboram com a literatura, que descreve sintomas de otalgia, zumbido e perda auditiva durante ou após quadro de infecção pela COVID-19. A disacusia sensorineural foi a mais prevalente (71,8%) nos pacientes que tinham queixa de hipoacusia assim como na literatura foi observada maior número de casos de perda auditiva do tipo sensorineural após infecção pelo SARS-CoV-2.

**Conclusão:** Sintomatologia auditiva, hipoacusia e zumbido, pós- COVID-19, foi associada a alteração no SRT e no IPRF, além da hipoacusia também apresentar associação a perda auditiva sensorineural, sendo compatível com a alteração que encontramos após um quadro infeccioso viral. No entanto, não foram observadas associações entre idade, sexo e comorbidades e essas queixas. Através deste estudo, identificamos que é importante considerar a existência da relação entre a infecção pelo SARS-CoV-2 e os sintomas auditivos.

**Palavras-chave:** COVID-19; sistema auditivo; hipoacusia.

PO225

**E-PÔSTER - OUTROS****MANIFESTAÇÃO DO HERPES-ZOSTER EM CAVIDADE ORAL E FACE: RELATO DE CASO.****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA LIMA TARGINO**COAUTORES:** DÉBORAH RIBAS RUSSO; JOSIAS ISRAEL DE SOUZA; SABRINA SALGADO DE ALMEIDA; VICTÓRIA ANDRADE ANDRADE; DEBORA MEDEIROS**INSTITUIÇÃO:** CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

P.R.C.M. 48 anos, residente de São Paulo, portador de osteonecrose de quadril, alérgico a AINE, procurou atendimento em clínica particular especializada em Otorrinolaringologia e Oftalmologia devido surgimento de manifestações em hemiface direita com acometimento ocular e palato duro ipsilateral. Inicialmente queixou-se de dor intensa em queimação, formigamento e prurido associados a cefaleia. Após 2 dias notou um grupo de vesículas de base eritematosas bem dispostas as quais logo evoluíram para pústulas e crostas em região de malar direita e palatal com preservação da linha média. Em atendimento conjunto das especialidades concluiu-se diagnóstico de Herpes-zoster, causada pelo vírus Varicela-zoster, portanto paciente recebeu tratamento com Valaciclovir, Corticoide em esquema de ataque com desmame progressivo e Timolol 0,5% colírio. Meses após persistiu com dor em queimação sendo instituído tratamento com a Gabapentina, promovendo então alívio a longo prazo. A evolução foi acompanhada até remissão total de sintomas.

A doença Herpes-zoster ocorre após reativação do vírus com envolvimento de um nervo sensitivo. Previamente o Varicela-zoster vírus permanece latente no gânglio espinhal dorsal após sua primeira infecção. Cerca de 10 a 20% dos indivíduos desenvolverão a doença secundária, o que prevalece com o avanço da idade. As manifestações clínicas envolvem pródromos, em que a reação inflamatória de necrose se apresenta com neuralgia intensa na área do epitélio inervado pelo dermatomo afetado e pode ser acompanhada de mal estar, cefaleia, febre que dura até 4 dias antes do exantema; já na fase aguda as vesículas são agrupadas, evoluem para pústulas ou úlceras até a formação das crostas, que costumam regredir em 3 semanas com a mudança da pigmentação da pele até total cicatrização. As lesões orais envolvem o nervo trigêmeo e frequentemente estão associadas a lesões da pele, maxila com a sensibilidade na arcada dentária e manifestações oculares. A fase crônica, 3 meses após a erupção aguda, é caracterizada pela neuralgia pós-herpética, descrita como queimação pulsátil, persistente, lancinante, com prurido e hiperemia local desencadeadas espontaneamente ou ao leve contato da região presumidamente causada por ganglionite crônica.

O paciente relatado realizou tratamento com uso correto das medicações e seguimento até melhora do quadro clínico. O diagnóstico clínico precoce da Herpes-zoster com a instituição correta da terapia medicamentosa promove melhor prognóstico e mesmo diante de complicações ou sintomas tardios é preciso acompanhamento com especialista a fim de um desfecho favorável.

Palavras-chave: HERPES-ZOSTER; NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA; HERPES.

PO241

**E-PÔSTER - OUTROS****RINOSPORIDIOSE NO BRASIL DO SÉCULO 21: UMA REVISÃO DA LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** ADERVAL DOS SANTOS REIS**COAUTORES:** ANTÔNIO JOSÉ DE CARVALHO NETO; JOSÉ HUMBERTO RODRIGUES DOS ANJOS**INSTITUIÇÃO:** UNIFIMES, MINEIROS - GO - BRASIL

**OBJETIVO:** Realizar com base na literatura vigente uma análise retrospectiva descritiva do números de casos de rinosporidiose no Brasil no século 21. Conhecendo os aspectos clínicos e epidemiológico da doença.

**MÉTODOS:** Neste estudo, adotou-se como estratégia metodológica a revisão bibliográfica, descritiva. Foi realizada busca de artigos nas bases de dados virtuais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e National Center for Biotechnology Information (NCBI Pubmed). Foram elegíveis estudos originais, ensaios clínicos, estudos observacionais, revisões sistemáticas, publicados entre o ano de 2000 e 2023, nos idiomas inglês e português, de forma gratuita, que atendessem aos descritores para a escolha das fontes de pesquisa: rinosporidiose, seeberi, rinosporidiose nasal, rinosporidiose ocular. Os artigos foram selecionados, inicialmente, pelo título e resumo; em seguida, procedeu-se à leitura crítica e síntese dos artigos selecionados.

**RESULTADO E DISCUSSÃO:** Foram obtidos 220 artigos dos quais 43 foram incluídos na realização deste trabalho. A literatura registra quatro formas clínicas de rinosporidiose: nasal (70% casos), ocular (10%), além da cutânea e disseminada. A doença tem uma apresentação granulomatosa rica em parasitos, caracterizada pela presença de pólipos friáveis, indolores, sésseis ou pediculares. Manifesta-se por prurido, rinorréia hialina, sensação de corpo estranho nasal e obstrução nasal unilateral ou bilateral. Pode-se expandir para as cavidades paranasais, faringe, laringe, traqueia, saco lacrimal e conjuntiva ocular. No Brasil, desde a descoberta do primeiro caso de rinosporidiose, em 1930, o aumento do número de casos da doença não foi seguido por uma diminuição nas taxas de mortalidade vinculadas a Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI). De acordo com o Ministério da Saúde, em seu “Sistema de Informações sobre Mortalidade” – SIM, e de acordo com IBGE, no que diz respeito à “Retroprojeção da População 2000/2010” e às “Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2016” (ano de ref. 2018), a taxa de mortalidade atribuída a fontes de águas inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene apresenta uma diminuição, mas não compatível ao número de contaminações por diferentes patógenos descobertos. Em relação à população humana, estima-se que 25 milhões de pessoas morrem anualmente devido a doenças transmitidas por água contaminada.

**CONCLUSÃO:**

O presente estudo identificou aumento no número de casos diagnosticados de rinosporidiose no século XXI, bem como fatores predisponentes regionais para a distribuição do parasito, entre eles, com destaque, o clima tropical e o subtropical do país, favorável à presença do parasito, contexto em que o Estado do Maranhão apresenta o maior número de casos diagnosticados em associação com condições precárias de saneamento básico. Apesar de possuir uma região considerada endêmica desde 1970, o diagnóstico da doença ainda é restrito, logo, é fundamental que se realize exame histológico tanto para sua identificação quanto para diagnósticos diferenciais das lesões, é possível que a incidência e prevalência da rinosporidiose seja maior do que as descritas, visto que o exame histopatológico do pólipo não é conduta de rotina na sua remoção cirúrgica.

Palavras-chave: rinosporidiose; seeberi; nasal e ocular .

PO278

**E-PÔSTER - OUTROS****Amígdala Espiralada - Um Relato de Caso****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS CORREIA PORTES**COAUTORES:** VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA; JOSE LUIZ PIRES JUNIOR; ANA LUIZA CAMARGO; BRUNO CERON HARTMANN; FRANCELLE KARINA FABRIN DE CARLI; DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH; ELIZABETH AMANN SIMÕES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, CURITIBA - PR - BRASIL

**RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 42 anos, cirurgia prévia por cavernoma. Refere globus faríngeo e dor em rinofaringe pior à esquerda com início há 1 mês, além de zumbido esporádico. Nega outras queixas segmentares e sistêmicas. Ao exame físico, oroscopia evidenciando amígdalas grau II na classificação de Brodsky, com lesão vegetativa em polo inferior de amígdala esquerda de aspecto ulcerado e sésil. Negava queixas algicas, disfagia, perda de peso importante nos últimos meses ou demais sinais de alarme. Optou-se por amigdalectomia com biópsia excisional e análise anatomopatológica. O paciente teve boa evolução pós operatória, sendo liberado para suas atividades laborais dentro de 1 semana. Após análise anatomopatológica identificou-se hiperplasia linfóide folicular reativa em ambas as amígdalas com presença de *Actinomyces* spp., concluindo arquitetura preservada, ausência de atipias ou sinais de malignidade.

**DISCUSSÃO:** A hiperplasia linfóide folicular (HLF) é considerada uma proliferação benigna de origem não totalmente esclarecida. Apesar de benigna a HLF é de difícil diferenciação clínica e histológica por assemelhar-se a linfoma, principalmente folicular. É necessária a análise histológica criteriosa para uma diferenciação precisa, portanto é fundamental para o cirurgião ter respaldo em análise anatomopatológica de laboratório confiável. Algumas características importantes de diferenciação foram descritas por Nathwani et al. tais quais, padrão folicular, densidade de folículos por área, característica do tecido interfolicular e a presença de histiócitos benignos com ausência de atividade fagocítica. Se restarem dúvidas deve-se realizar a análise imuno-histoquímica.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS :**

O paciente contemplado, corresponde ao perfil de maior prevalência de neoplasia de cabeça e pescoço, homem com mais de 40 anos, e possuía alta suspeita pelo quadro clínico de dor entre outros sintomas com rápida evolução, os quais são comuns na presença de malignidade. Sendo assim, como nesse caso, a análise anatomopatológica é determinante no diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes que apresentem lesões de cavidade oral e/ou assimetrias amigdalíneas. Felizmente no caso descrito não foi identificada lesão maligna no tecido linfóide retirado. Cabe ao cirurgião minuciosa anamnese e exame físico em casos como estes, a forma assimétrica e unilateral de tecido linfóide das tonsilas amigdalíneas são ponto de referência para suspeita de malignidade, porém apenas uma biópsia da lesão pode confirmar tal suspeita.

**Palavras-chave:** Amigdalectomia; Hiperplasia Linfóide Folicular; *Actinomyces* spp.

PO306

**E-PÔSTER - OUTROS****SÍFILIS CONGÊNITA COMO FATOR DE RISCO EM UM PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL****AUTOR PRINCIPAL:** MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT**COAUTORES:** KATIA CRISTINA COSTA; MARIO EDVIN GRETERS; FELIPE FERRAZ QUINTAL; LEONARDO BRANDINI SANCHES; LARISSA MOLINARI MADLUM; ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA; JÚLIA RUETE DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PUC CAMPINAS CELSO PIERRO, CAMPINAS - SP - BRASIL

Trabalho realizado com o intuito de analisar a incidência do fator de risco sífilis congênita nos recém nascidos de um hospital terciário da cidade de Campinas, interior de São Paulo, e elucidar o impacto do diagnóstico, tratamento e reabilitação promovidos pela TANU frente à essa população, além das possíveis associações com as variáveis relacionadas às condições de vida e de utilização dos serviços de saúde. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo desenvolvido em um hospital terciário, na cidade de Campinas, no interior do estado de São Paulo. A população avaliada foi de 23.160 neonatos, que é o número de recém-nascidos vivos que passaram por triagem auditiva neonatal universal, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2022. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da instituição sob nº 4.670.503 CAE 45635921.2.00005481. Os exames realizados foram as emissões otoacústicas evocadas por transientes (EOAT) em todos os neonatos, sem ou com indicadores de risco para perdas auditivas no histórico, e os potenciais auditivos evocados de tronco encefálico de triagem ou automático para RN com fatores de risco (PEATE – T e PEATE-A). Foi analisado o fator de risco sífilis e a qual tipo de serviço de saúde essa incidência aparecia mais: SUS ou convênios médicos. Em 2013, foram 6 NV positivos para sífilis no SUS e 1 do convênio. 6 apresentaram EOA positivas em ambos os ouvidos, e 1 paciente apresentou EOA presente após reteste. Em 2014 foram 25 NV no SUS com teste positivo, e não houve nenhum entre os triados do convênio. Todos apresentaram EOA presentes em ambos os ouvidos. Em 2015 foram 24 NV com teste positivo do SUS e não houve nenhum entre os do convênio. Destes, 23 apresentaram EOA presentes em ambos os ouvidos e 1 caso apresentou EOA presentes no reteste. Em 2016 foram 36 positivos dos triados no SUS, e apenas 2 entre os do convênio. 32 apresentaram EOA presentes em ambos os ouvidos, 3 apresentaram EOA presentes ao reteste e 3 faltaram. Em 2017 foram 24 casos positivos, sendo todos provenientes do SUS. 21 apresentaram EOA presentes em ambos os ouvidos, 2 apresentaram EOA presentes em ambos os ouvidos no reteste e 1 paciente faltou. Em 2018 foram 37 casos positivos, todos provenientes do SUS. 36 apresentaram EOA presentes em ambos os ouvidos e 1 apresentou ao reteste. Em 2019, 51 NV testaram positivo, todos do SUS. 45 apresentaram EOA presentes em ambos os ouvidos, 4 apresentaram ao reteste, 1 paciente faltou e 1 apresentou EOA ausente unilateral. Em 2020 foram 54 casos positivos, todos do SUS. 51 apresentaram EOA presentes em ambos os ouvidos, e 3 apresentaram EOA bilateral ao reteste. Em 2021, 55 testaram positivo entre os NV do SUS e 1 caso entre os triados do convênio. 50 apresentam EOA presentes em ambos os ouvido, 2 apresentaram após o reteste, 1 apresentou EOA unilateral ao reteste e 3 faltaram. Em 2022 foram 59 casos positivos, sendo todos provenientes do SUS. 38 apresentaram EOA presentes em ambos os ouvidos, 16 apresentaram ao reteste e 5 faltaram. Foi possível observar a crescente incidência de sífilis entre os nascidos vivos no serviço do SUS, mesmo que o número de crianças triadas tenha se mantido estável. Houve predominância dos casos positivos entre os triados do SUS em comparação aos triados de convênios, com exceção ao ano de 2013 em que a porcentagem foi a mesma entre os dois grupos. Nos anos de 2016 e 2021 ao se comparar a porcentagem de casos positivos entre os NV triados do SUS e os triados do convênio, é possível observar maior concentração no primeiro grupo. Essa diferença pode se justificar pela provável desigualdade social e econômica entre as gestantes, além dos diferentes acessos a informações e tratamento. Ao compararmos os serviços de saúde, há uma predominância desse fator de risco na população que utiliza o Serviço de Saúde Público (SUS), o que pode inferir que condições econômicas (ou de serviço de saúde/educação) interferiram diretamente nessa condição. Faz-se necessário, portanto, instituição de ações de prevenção e promoção de saúde, afim de evitar esta DST, suas manifestações e sequelas na gestação.

**Palavras-chave:** Triagem auditiva neonatal universal; Sífilis congênita; Perda auditiva.

PO322

**E-PÔSTER - OUTROS****USO DE IMUNOBIOLOGICOS COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA TRATAMENTO DA POLIPOSE NASOSSINUSAL****AUTOR PRINCIPAL:** CARLA MIKAELA BRANDÃO SANTOS**COAUTORES:** MEYRE MARIA MARQUES MORATO**INSTITUIÇÃO:** AFYA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE - BRASIL

**Objetivo:** O objetivo deste estudo é revisar a literatura científica atual sobre o uso de imunobiológicos no tratamento de polipose nasossinusal, avaliando sua eficácia e segurança como opção terapêutica.

**Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, tendo a seguinte pergunta norteadora: Qual a eficácia dos imunobiológicos para o tratamento da polipose nasossinusal? As buscas foram realizadas utilizando as bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs, com os seguintes descritores: “pólipos nasais”, “imunoterapia” e “tratamento farmacológico” e seus equivalentes na língua inglesa. Por meio desta estratégia de busca, foram encontradas 29 publicações, no qual 7 artigos foram selecionadas para leitura na íntegra. Dentre os critérios de inclusão, foram selecionados os artigos publicados em português, inglês e espanhol, com a maior relevância acadêmica, nos últimos cinco anos. Foram excluídos artigos duplicados, incompletos ou que não tinham relação com o tema da pesquisa.

**Resultados:** Após a associação dos descritores utilizados nas bases pesquisadas, foram encontrados um total 61 artigos após a aplicação de estratégias de pesquisa. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 29 artigos, sendo removidos 22 artigos após leitura e análise inicial. Isso totalizou 7 artigos para a análise completa.

**Discussão:** Os imunobiológicos têm se mostrado uma abordagem promissora para o tratamento da polipose nasossinusal refratária aos tratamentos convencionais. Dentre os principais agentes utilizados, destaca-se o Dupilumabe, um anticorpo monoclonal anti-IL-4, anti-IL-5 e anti-IL-13, que atua inibindo citocinas pró-inflamatórias que propiciam a formação e o crescimento dos pólipos nasais. Esta inibição, bloqueia a sinalização das citocinas responsáveis por desencadear a resposta imune tipo 2, reduzindo significativamente a inflamação crônica da mucosa nasal, diminuindo e ou eliminando os pólipos, aliviando a obstrução nasal. Neste contexto, a melhora nos sintomas nasais reflete em uma melhor qualidade de vida dos pacientes, diminuindo infecções do trato respiratório, propiciando a melhora do sono e da respiração nasal.

**Conclusão:** O uso de imunobiológicos tem se mostrado uma alternativa eficaz e segura no tratamento da polipose nasal, especialmente em casos refratários aos tratamentos convencionais. Esta terapia proporciona melhorias significativas nos sintomas nasais e na qualidade de vida dos pacientes, representando um avanço terapêutico importante para o tratamento dessa condição.

**Palavras-chave:** Pólipos nasais;Imunoterapia;Tratamento Farmacológico.

PO335

**E-PÔSTER - OUTROS****AVALIAÇÃO DO PERFIL DE QUEIXAS DE PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES: ANÁLISE PARCIAL****AUTOR PRINCIPAL:** MARINA MENDONÇA DE MIRANDA**COAUTORES:** HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE; CARLA ADRIANE LEITE MELLO; RAÍSSA DE AZEVEDO QUEIROZ; DAMÁCIO SOARES PAIVA; YASMIM BARROS SILVEIRA; PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA; KELVIN LEITE MOURA**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL**Objetivos:** Avaliar o perfil de queixa dos pacientes atendidos no ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Onofre Lopes.**Métodos:** Trata-se de uma pesquisa analítica, transversal e observacional, dentro de uma abordagem quali-quantitativa. Foram avaliados 199 prontuários eletrônicos de pacientes, maiores de 18 anos, atendidos como consulta de primeira vez no ambulatório de otorrinolaringologia do HUOL (Hospital Universitário Onofre Lopes) localizado em Natal/RN, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2022. Os casos foram revisados segundo procedência regional, sexo, idade e queixa principal.**Resultados:** Examinou-se os prontuários de 199 pacientes, nos quais a maior parte foi de mulheres (59,3%), em comparação aos homens. A queixa principal mais recorrente foram as queixas nasais (30,1%), englobando sintomas rinoalérgicos, epistaxe, alterações de olfato e rinossinusite crônica, seguida das otológicas (26,6%), que inclui otorreia, otorragia, plenitude aural, otalgia e outras, além das disacusias (17,6%). No que se diz respeito à região de origem dos pacientes que procuraram atendimento, parte significativa é procedente do interior do estado (59,3%), em comparação à grande Natal. No tocante à cronologia analisada, percebe-se uma diminuição no número de pacientes que procuraram atendimento no ano de 2020 e 2021, atribuindo-se à pandemia de COVID-19.**Discussão:** Espera-se, na área da saúde, que mulheres procurem por atendimento médico mais do que homens, inclusive no ambulatório de otorrinolaringologia, cuja prevalência feminina pode ser atribuída ao nível de escolaridade e à educação em saúde desse gênero. Além disso, o predomínio do interior do estado do RN como local de procedência em relação à região metropolitana de Natal sugere dificuldade de atendimento ou de prestação de serviços em saúde especializados em otorrinolaringologia no âmbito do SUS nessa região, gerando a necessidade de encaminhar ao hospital de referência do estado (HUOL). A alta prevalência de queixas nasais como principal razão para busca de atendimento pode ser influenciada por fatores múltiplos e interrelacionados, como fatores ambientais - exposição a alérgenos: poeira, pólen e ácaros, mudança de estação, infecções virais do trato respiratório superior, doenças crônicas, como rinite alérgica, sinusite e comportamento vinculado à exposição à fumaça do cigarro. Em segundo lugar, as queixas otológicas, como otorreia, otalgia, otorragia, plenitude aural, prurido e lesões no ouvido, nesse ambulatório, podem refletir a maior dificuldade de avaliação otológica em ambientes fora da especialidade, bem como a tendência de cronificação das doenças de ouvido não corretamente tratadas. A disacusia foi uma queixa muito prevalente nas consultas (17,6%), dados nacionais mostram que 14% da população brasileira tem diagnóstico de algum tipo de surdez, achado pode estar relacionado ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, que tem como consequência a presbiacusia.**Conclusão:** Observa-se, a partir da análise parcial de prontuários desse ambulatório de ORL, que as queixas nasais e queixas otológicas predominam, de forma que podem refletir influências ambientais (alérgenos e umidade) e o clima tropical, bem como comportamentais. Além disso, a prevalência feminina sugere aspectos educacionais em saúde e preocupação com bem-estar. A concentração de pacientes oriundos de regiões interioranas reforça o desafio de acesso à saúde nesses locais. Por fim, reconhecer essas tendências colaboram para a realização de políticas públicas e/ou estratégias em saúde orientadas para prevenção e tratamento vinculados às principais queixas encaminhadas ao ambulatório especializado em ORL no HUOL, em Natal-RN.**Palavras-chave:** Otorrinolaringologia; Ambulatório; Queixa Principal.



PO364

**E-PÔSTER - OUTROS****INTERNAÇÕES E NÚMEROS DE ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DO LÁBIO, CAVIDADE ORAL E FARINGE: UM PANORAMA NACIONAL****AUTOR PRINCIPAL:** EMANUELA LIRA MILHOMEM**COAUTORES:** LEONARDO IDRES; LOURENA BRAGA PEREIRA; MARCOS PAULO MAIA DE LIMA**INSTITUIÇÃO:** 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO METROPOLITANO DA AMAZÔNIA, BELÉM - PA - BRASIL2. UNIVERSIDADE NOVE DE JUHO, BAURU - SP - BRASIL3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL4. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL**OBJETIVO:** Identificar o perfil de mortalidade por câncer de lábio, cavidade oral e faringe ocorrida no Brasil nos últimos cinco anos.**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, construído por meio da obtenção de dados secundários dos últimos cinco anos (2018 a 2022), disponíveis no DATASUS (TABNET) e no Sistema de Informação de Mortalidade, relacionados à morbidade e mortalidade por neoplasias malignas de lábio, cavidade oral e faringe ocorridas.**RESULTADOS:** No período analisado, foram registradas 125.460 internações no Brasil por câncer de boca e faringe. Do total, 92.605 (73,81%) pertenciam ao sexo masculino e 32.855 (26,19%) eram do sexo feminino. A região sudeste apresentou a maior frequência de internações, 58.272, o que representa 43,4% do total, sendo São Paulo o estado com maior número médio de internados por ano, 5.627. A média de internação hospitalar no território nacional foi de 5,6 dias, e a maior média de permanência hospitalar foi de 11 dias, no Estado do Amapá. A maior taxa de mortalidade ocorreu no estado de Sergipe, com 113 mortes (23%), e o maior número de óbitos foi registrado em São Paulo, 3.694, 25% do total no período analisado.**DISCUSSÃO:** O câncer é uma doença crônica que tem por característica a invasão tecidual e pode se espalhar por várias regiões do corpo, se tornando fator de alta agressividade e mortalidade. No Brasil, o câncer de boca tem alta prevalência e agressividade e tem como maiores alvos na cavidade oral as vias aero-digestivas, língua, assoalho da boca e lábio inferior. A doença tem como principais fatores de risco o etilismo, tabagismo, exposição excessiva à luz ultravioleta, agentes biológicos, predisposição genética, estado sistêmico e dieta. Grande parte dos pacientes são internados em estágios avançados da doença ocasionando prognóstico ruim, tratamentos agressivos e alta morbimortalidade, além do longo período de internação. Além do elevado número de internações, é possível inferir que a permanência hospitalar por tempo prolongado onera o serviço de saúde, seja ele particular ou público. Nesse contexto, estudos epidemiológicos contribuem de forma elucidativa servindo de base para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes no rastreio precoce.**CONCLUSÃO:** A análise deste estudo demonstrou que o número de internações, no período analisado, ainda é elevado e que o conhecimento do perfil de mortalidade por câncer permite refletir acerca do modelo de atenção de abordagem sistematizada, no intuito de gerar desfechos mais favoráveis tanto para o paciente, quanto na saúde pública.**Palavras-chave:** Hospitalização;Neoplasias bucais;Mortalidade.

PO373

**E-PÔSTER - OUTROS****CISTO NASOLABIAL, UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO**COAUTORES:** GABRIELA CARDOSO LIMA; PAULO TINOCO; ALFREDO VIEIRA BERNARDO; CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI; CAROLINA BILICH QUEIROZ**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI, ITAPERUNA - RJ - BRASIL

**Apresentação do Caso:** E.R.P., sexo feminino, 47 anos de idade, foi encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia do Hospital São José do Avaí, relatando o aparecimento de um abaulamento em região próxima à cartilagem alar nasal, do lado direito. Quando questionada quanto à evolução, a paciente refere que esta alteração ocorreu de forma lenta e progressiva. Relata ainda, que a lesão era indolor, flutuante e negava qualquer alteração de sensibilidade, ou outros sintomas associados. À palpação a lesão era indolor, regular, de consistência amolecida, móvel, e não aderida aos planos profundos da pele. Como as características eram correspondentes a cisto nasolabial, a mesma foi submetida a Tomografia Computadorizada de seios da face, que demonstrou a presença de uma formação expansiva em região nasal à direita, com densidades homogêneas e de tecido mole, com contornos nítidos, comprimindo as estruturas adjacentes, compatível com o diagnóstico de cisto nasolabial. Após a visualização desta alteração no exame de imagem anteriormente descrito, foi indicado tratamento cirúrgico, realizada a exérese do cisto e encaminhado para histopatológico. A cirurgia aconteceu sem intercorrências, a paciente evoluiu de forma favorável, recebendo alta após dois dias do procedimento, com antibioticoterapia para casa, e retorno em uma semana, para acompanhamento pós cirúrgico.

**Discussão:** Os cistos nasolabiais, podem ser chamados também de cistos nasoalveolares, ou ainda, cistos do seio piriforme. Estas são lesões não odontogênicas, raras e de patogenia controversa. O que se sabe, é que esta patologia é formada na linha embriológica de fusão entre o processo nasal lateral e o processo maxilar. Quanto ao seu perfil epidemiológico, sabe-se que é mais frequente em mulheres entre 40 e 50 anos de idade. Sua ocorrência em 90% dos casos é unilateral, restando apenas 10-11% para os casos bilaterais. O diagnóstico é obtido com as informações clínicas, radiográficas e histopatológicas.

**Comentários Finais:** Os cistos nasolabiais são pouco frequentes na população geral. Os cistos podem se apresentar assintomáticos, porém a maioria se mostra com aumento do volume bem localizado e obstrução parcial ou total. A Tomografia Computadorizada de Seios da Face é o exame ideal para a avaliação do cisto nasolabial e confirmada com o exame histopatológico. A melhor forma de tratamento é a exérese total, por meio de acesso intraoral e incisão sublabial, com remoção completa de sua cápsula, para evitar os quadros de recidiva, sendo assim, com prognóstico favorável.

**Palavras-chave:** Cisto nasolabial; Condição benigna; Cisto raro.

PO377

**E-PÔSTER - OUTROS****SINÉQUIA DE ESFÍNCTER VELOFARÍNGEO APÓS TRAUMA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LUMA BORGES OLIVEIRA**COAUTORES:** PABLO PINILLOS MARAMBAIA; LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL; ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS; PRISCILLA FALCON LACERDA; MILENA MENEZES MARQUES SALLES; PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA; OTAVIO MARAMBAIA SANTOS**INSTITUIÇÃO:** INOOA, SALVADOR - BA - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

F.M.B, 50 anos, sexo feminino, atendida em serviço de otorrinolaringologia com história de trauma por arma de fogo em região de palatal à direita há 06 meses. Foi atendida em hospital da sua cidade no interior da Bahia, com atendimento eficaz, onde foi evidenciado que o projétil penetrou pela região malar direita, lesou o palato mole e parede posterior da faringe, mas não atingiu órgãos vitais. A paciente foi operada por cirurgia bucomaxilo e ficou em UTI tendo alta médica após uma semana. Desde então, paciente cursou com obstrução nasal constante e roncos noturnos que interferiam na sua qualidade de vida. Realizado videonasofibroscopia onde foi evidenciada sinéquia em tuba auditiva direita e região velofaríngea obstruindo significativamente a mesma, com pequena região pérvia à esquerda.

**DISCUSSÃO**

As sinequias são um tipo de tecido cicatricial anômalo e correspondem a uma complicação comum após cirurgias nasais ou maxilares, gerando obstruções parciais ou totais. Quando presentes, em esfíncter velofaríngeo, diminuem a área de comunicação entre a nasofaringe e a orofaringe, podendo formar desde estenoses pequenas à atresias completas. As mais frequentes etiologias que levam a formação dessa alteração, são os traumas, as infecções, o uso de vasoconstrictores nasais e as lesões iatrogênicas. O principal sintoma que leva os pacientes à consulta otorrinolaringológica é a obstrução nasal, podendo a mesma ser unilateral ou bilateral. Este sintoma é gerado e agravado pela força de contração cicatricial associado à pressão negativa gerada durante inspiração. Os pacientes também podem cursar com epistaxes, rinorreia anterior, roncos, respiração oral, além de comprometer o clearance mucociliar facilitando infecções. É imprescindível uma boa anamnese e exame físico otorrinolaringológico completo. O exame endoscópico é fundamental para a identificação das sinéquias intranasais. Ao passo que os exames de imagem, mais notadamente a tomografia computadorizada será importante para caracterização, delimitação e avaliação, além, da presença de sinéquias adicionais. O tratamento segue sendo um desafio, tendo como principal objetivo a retirada do fator obstrutivo. Nenhuma técnica se mostrou realmente eficaz, tendo um índice alto de recorrência de sinéquias. Atualmente a mais utilizada é a de vaporização com laser de CO2 tendo uma boa resposta e evolução.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A presença de sinéquias após cirurgias nasais ou maxilares acarreta sintomas nasais que interferem diretamente na qualidade de vida dos pacientes. Diante disso, torna-se necessário a identificação precoce e avaliação da melhor técnica a ser aplicada no tratamento.

Palavras-chave: Sinéquia;Aderências;Esfíncter velofaríngeo.

PO378

**E-PÔSTER - OUTROS****TRAUMA ORBITAL PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** KELLY SATICO MIZUMOTO**COAUTORES:** GIOVANNA SANTOS PIEDADE; CAMILA BLOSS CORDOVA; MARIA LUIZA VAZ FERRAZ; VITOR STANISLAUKI NAGATA; DANNY FERNANDO TOBAR DURAN; EDUARDO NIZAR DASSOLER; VITOR PASINATO**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO MACKENZIE, CURITIBA - PR - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE POSITIVO, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente gênero feminino, 1 ano e 11 meses, sofreu uma queda de nível e teve penetração de barra de ferro no olho direito. Ao exame físico presença do ferro preso ao nível do globo ocular direito, sem sangramento ativo, com exposição de conteúdo ocular, presença de edema e equimose periorbitária à direita. A tomografia computadorizada de crânio, face e seios da face, evidenciou corpo estranho com proximidade com estruturas nobres, como vasos, nervos e músculos da órbita, porém sem comprometê-las, estava transfixando a parede lateral da órbita e espaço mastigador. A paciente foi submetida à cirurgia para a retirada do corpo estranho intraorbital pela equipe da Otorrinolaringologia & Craniomaxilofacial em conjunto com Oftalmologia e Vascular, sem necessidade de abordagem de fratura da parede lateral da órbita, sem hemorragias importantes ou intercorrências no intraoperatório. A recuperação inicial da criança foi feita na UTI pediátrica, com uma boa evolução. Após cirurgia foi realizada uma ultrassonografia de partes moles para avaliação do globo ocular que estava com sua morfologia e tônus preservados, sem demais alterações. Conforme a melhora do quadro clínico, a paciente teve alta e foi mantido o acompanhamento ambulatorial. A paciente evoluiu com ptose palpebral leve, sem acometimento do eixo visual, em acompanhamento com oftalmologia - oculoplástica para avaliação de ptose.

**Discussão:** Os atendimentos oftalmológicos na emergência são incomuns quando comparados com as demais especialidades, equivalente a menos de 10% das consultas realizadas no setor. No entanto, dentre os atendimentos realizados, mais da metade corresponde a trauma ocular por corpos estranhos. Podem apresentar características diversas, que variam conforme a cinética do trauma, desde um edema palpebral até um trauma órbita craniano, podendo resultar em sequelas graves e algumas vezes até fatais. Por fim, o tratamento consiste basicamente na retirada do corpo estranho, associado a antibioticoterapia e antimicrobianos. Além disso, é importante questionar sobre a carteira vacinal do paciente, avaliando a necessidade de reforço ou vacinação anti-tetânica.

**Comentários finais:** No caso relatado, é possível perceber que foge do padrão, visto que se trata de menina com apenas 1 ano e 11 meses, que sofreu um trauma extremamente enérgico e grave para a idade. Sendo, nesse caso, imprescindível a abordagem multidisciplinar devido a possibilidade de acometimento de vasos calibrosos e estruturas nobres da região da face e região cervical. Dessa forma, o diagnóstico precoce, o manejo e a remoção do corpo estranho são extremamente importantes e refletem diretamente no prognóstico do tratamento. Com isso, os exames de imagem são essenciais para uma conduta adequada e avaliação desses corpos retidos.

**Palavras-chave:** CORPOESTRANHO;ORBITA;CRANIOMAXILOFACIAL.

PO397

**E-PÔSTER - OUTROS****EDEMA AGUDO DE PULMÃO POR PRESSÃO NEGATIVA: UMA POSSÍVEL COMPLICAÇÃO DE ABORDAGENS CIRÚRGICAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES****AUTOR PRINCIPAL:** LUMA BORGES OLIVEIRA**COAUTORES:** PABLO PINILLOS MARAMBAIA; LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL; ISABELA MOREIRA; PRISCILLA FALCON LACERDA; MILENA MENEZES MARQUES SALLES; AMAURY DE MACHADO GOMES; PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA**INSTITUIÇÃO:** INSTITUIÇÃO: INOOA, SALVADOR - BA - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

F.S.B., 21 anos, masculino, com diagnóstico de síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) grave, com IAH de 36 eventos por hora em polissonografia, tonsilas palatinas de 4+/4+ ao exame físico e à videonasofibroscopia apresentando tecido adenoideano ocupando cerca de 50% do cavum e desvio septal à direita. Foi submetido à Uvulopalatoplastia, Septoplastia, Adenoamigdalectomia e Turbinectomia bilateral, no Hospital-dia otorrinolaringológico, sem intercorrências durante o procedimento. Em pós-operatório, ainda durante observação hospitalar, paciente apresentou tosse com expectoração espumosa e rosada, além de queda da saturação de oxigênio (satO2). Ao exame físico, sem sinais de sangramento do sítio cirúrgico, satO2 90-94% com 3 litros/minuto de oxigênio sob cateter nasal e creptos em base pulmonar de ambos os hemitóraces. Foi administrado 80 mg de furosemida IV. Paciente apresentou diurese importante, porém manteve quadro. O mesmo foi encaminhado para hospital terciário onde permaneceu internado em unidade de terapia intensiva por 05 dias, tendo evolução favorável e sem sequelas.

**DISCUSSÃO**

O edema agudo por pressão negativa é uma condição rara, porém, bem documentado na literatura, sendo sua etiologia multifatorial, tendo como algumas causas, quando agudo, o laringoespasma e broncoespasmos, e, quando crônico, a apneia obstrutiva do sono grave, obesidade, doença nasal, hipertrofia de amígdalas e de adenoide.

Ocorre devido a um desbalanço da permeabilidade capilar e um aumento da pressão hidrostática, decorrente de uma obstrução de vias aéreas superiores aguda ou crônica. Dessa forma, seja, na obstrução aguda onde há necessidade de esforço de inspiração para vencer essa obstrução, ou na crônica onde há retirada abrupta da obstrução, gera um aumento de pressão negativa intrapulmonar, que provoca um extravasamento de líquido para o interstício e alvéolos, gerando o edema.

Os pacientes começam a apresentar os sinais e sintomas imediatamente ou algumas horas após a extubação, como diminuição da saturação, uso de musculatura acessória durante inspiração, secreção oral espumosa de coloração rosácea e aumento da frequência cardíaca e respiratória. Durante a ausculta pulmonar o mais comum é encontrarmos crepitações, sendo sibilos raros. A prioridade do tratamento deve ser a manutenção de uma via aérea pérvia, com melhora da hipoxemia e correção dos fatores causais. Na maioria dos casos, a oferta de oxigênio suplementar é suficiente, porém, não raramente, necessita de ventilação com pressão positiva contínua e, na minoria dos casos, evoluem para necessidade de intubação orotraqueal.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O edema agudo pulmonar por pressão negativa é um evento que pode ocorrer após retirada de uma obstrução aérea crônica, sendo uma possível complicação de cirurgias otorrinolaringológicas. É importante todo cirurgião conhecer tal patologia, estar atento para sua detecção precoce e ter um suporte de unidade de terapia intensiva caso haja necessidade, pois a brevidade na identificação através dos sinais e sintomas e o tratamento precoce adequado é fundamental para diminuição da mortalidade desses pacientes.

Palavras-chave: Edema agudo de pulmão por pressão negativa; Obstrução de via aérea superior; Cirurgia de vias aéreas superiores.

## PO409

## E-PÔSTER - OUTROS

Angioedema orofaríngeo após administração de alteplase – a importância de vigiar a via aérea

**AUTOR PRINCIPAL:** LUÍS ANDRÉ NEVES BAPTISTA

**COAUTORES:** JOSÉ PAIS; SARA CUSTÓDIO; FATIMA CRUZ; PEDRO ESCADA

**INSTITUIÇÃO:** 1. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, LISBOA - PORTUGAL 2. CUF TEJO, LISBOA - PORTUGAL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Trata-se de uma paciente do sexo feminino, 72 anos, autónoma para as atividades de vida diária e com antecedentes pessoais relevantes de hipertensão arterial e lúpus eritematoso sistémico medicados, respetivamente, com irbesartan + hidroclorotiazida e deflazacorte. A doente recorreu ao Serviço de Urgência por queda da própria altura e foi identificada uma fratura trocantérica esquerda. Por alterações da linguagem à observação inicial foi pedida colaboração da Neurologia que confirmou a presença de afasia de predomínio de expressão, bem como hipostesia algica e hemianopsia homónima direitas. A doente realizou Tomografia Computorizada (TC) do Crânio que não revelou sinais de isquémia ou hemorragia aguda e angio-TC cervical e intra-craniana sem oclusão de grande vaso, pelo que se assumiu o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico parcial da circulação anterior esquerda em fase isodensa. Assim, iniciou trombólise com um tempo clínica-agulha de 3h38min. Após administração do bólus de alteplase apresentou melhoria clínica franca, mas foi detetado um hematoma da úvula, que motivou pedido de observação pela Otorrinolaringologia (ORL). A doente queixava-se de sensação de obstrução nasal com início 30 minutos após a administração de alteplase. Ao exame objetivo não apresentava sinais de dificuldade respiratória, mas eram notórios edema e hematoma da úvula e palato mole. A nasofibrolaringoscopia revelou também edema ao nível da prega faringoepiglótica, seio piriforme e aritenóide esquerdos, sem obstrução da via aérea. Assumiu-se o diagnóstico de angioedema orofaríngeo após administração de alteplase e a doente foi medicada com hidrocortisona 100 mg, metilprednisolona 40mg e cetirizina 10mg em esquema. 48 horas após o início deste quadro a doente apresentava-se sem sintomas e sem qualquer alteração ao exame objetivo.

**DISCUSSÃO:** A alteplase é um dos ativadores do plasminogénio tecidual recombinante que constituem o tratamento de eleição para AVCs isquémicos com apresentação até 4.5h após o início dos sintomas. As complicações raras deste tratamento incluem edema cerebral, hemorragia extracraniana, angioedema da orofaringe e reações alérgicas. O angioedema orofaríngeo foi descrito em 0.9 a 7.9% dos pacientes que receberam este tratamento e patofisiologicamente deve-se à produção desregulada de bradicinina provocada pela clivagem de cininogénio em bradicina pela plasmina. Tipicamente manifesta-se como edema ligeiro da hemiface contralateral à isquémia, que resolve em 24 horas, mas pode apresentar-se com diferentes graus de severidade, desde edema ligeiro da língua até edema massivo da cavidade oral e faringe, com necessidade de ventilação mecânica invasiva urgente. Os casos ligeiros de OA resolvem sem tratamento ou com anti-histamínicos e/ou corticoides. Nos casos severos pode utilizar-se também adrenalina.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Este caso reforça a necessidade da vigilância dos pacientes tratados com alteplase, em particular quanto à permeabilidade da sua via aérea. Perante a suspeita de angioedema pós-alteplase deve ser notificada a ORL de forma urgente pelo risco de obstrução da via aérea.

**Palavras-chave:** ALTEPLASE;ANGIOEDEMA OROFARÍNCEO;VIA AÉREA.

PO413

**E-PÔSTER - OUTROS****RELATO DE CASO: FARMACODERMIA DE APRESENTAÇÃO EXCLUSIVAMENTE ORAL****AUTOR PRINCIPAL:** PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA**COAUTORES:** LUMA BORGES OLIVEIRA; ANA CAROLINA OLIVEIRA MENDONÇA; PABLO PINILLOS MARAMBAIA; ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS; PRISCILLA FALCON LACERDA; LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL; MILENA MENEZES MARQUES SALLES**INSTITUIÇÃO:** INOOA, SALVADOR - BA - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

H.D.O.M, 75 anos, sexo masculino, aposentado, procurou o serviço com queixa de odinofagia intensa há 08 dias, associado a 01 episódio de febre seguido por surgimento de lesões em mucosa oral. Iniciou por conta própria uso de tirotricina + sulfato de hidroxiquinolina e triancinolona acetona tópica, com manutenção do quadro. Paciente com história pregressa de estapedectomia há 16 anos, infarto agudo do miocárdio em 2022 e psoríase palmo-plantar, em uso recente de metotrexato. A oroscopia foi verificada presença de hiperemia difusa de mucosa oral, gengival inferior e em palato mole, além de língua saburrosa e placas esbranquiçadas em mucosa de jugal e orofaringe, sem lesões em outras regiões do corpo. Realizada videonasofibroscopia, que evidenciou lesões similares em hipofaringe. Foram realizados exames laboratoriais para investigar doenças autoimunes e outras doenças infecciosas, que resultaram sem alterações. Suspeitou-se de farmacodermia após uso do metotrexato, tendo sido orientado a suspensão de seu uso. Iniciou-se o acompanhamento conjunto com dermatologista assistente, que orientou a substituição da medicação anteriormente prescrita. O paciente evoluiu com melhora completa dos sintomas e ao exame físico, observou-se ausência das lesões em mucosa oral.

**DISCUSSÃO**

A psoríase é uma doença de origem autoimune inflamatória, sem predileção por sexo, que é decorrente da interação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais. Se apresenta na forma de lesões eritematosas e descamativas, principalmente em cotovelos, joelhos e couro cabeludo, sendo raras em regiões otorrinolaringológicas. O tratamento vai depender da gravidade da doença, podendo ser desde mudanças comportamentais a tratamento tópico, fototerapia ou sistêmico. O metotrexato é a medicação de primeira escolha para o tratamento sistêmico. Porém, está associado a uma maior chance de desencadear efeitos adversos como hepatotoxicidade e farmacodermias.

As farmacodermias são reações adversas a medicamentos com repercussões cutâneas, anexos e em mucosas. Algumas medicações possuem um poder maior de causar essas reações e dependem da via de administração, de alteração de pH e as condições do paciente como imunossupressão, genética e comorbidades pregressas que agravam o quadro. As principais manifestações incluem eritema cutâneo e exantema e algumas reações sistêmicas como febre e vômitos. Em muitos casos apenas a suspensão da medicação é suficiente para cessar as manifestações, porém, alguns casos evoluem para necessidade de internamento podendo até ocorrer óbitos.

O mecanismo de ação do metotrexato se dá através da interferência na síntese de DNA e, consequentemente, reduzindo a proliferação de células inflamatórias e malignas. Dessa forma, pode ser utilizado, em baixas doses, para o tratamento da psoríase. Dentre os possíveis efeitos colaterais estão a mucosite e úlceras orais graves (cerca de 11% a 17% dos pacientes). Na presença dessas lesões orais, recomenda-se a hidratação a fim de aumentar a eliminação renal da droga, a adição de ácido fólico como antídoto e corticosteróides ou combinação. Entretanto, a exemplo do nosso caso relatado, a literatura apresenta diversos casos em que a simples suspensão da medicação por certo período pode ser suficiente para resolução do quadro clínico.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A farmacodermia é uma possível reação adversa de diversos medicamentos que utilizamos corriqueiramente na nossa prática clínica. Pode se apresentar clinicamente como lesões orais, fazendo com que o paciente busque o serviço otorrinolaringológico. Uma história clínica detalhada e um exame físico minucioso é de fundamental importância tanto para dar o diagnóstico, quanto para pesquisar a possível substância que desencadeou o quadro.

Palavras-chave: Farmacodermia;Psoríase;Metotrexato.



PO416

**E-PÔSTER - OUTROS****PAPILOMATOSE RECORRENTE: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA CARDOSO LIMA**COAUTORES:** PAULO TINOCO; MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO; ALFREDO VIEIRA BERNARDO; CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI; IARA PEIXOTO DEFANTI**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI, ITAPERUNA - RJ - BRASIL

**Apresentação do Caso:** L.R.S.S., sexo feminino, atualmente com 14 anos de idade, iniciou quadro de disfonia aos 9 anos, em 2018. Foi submetida a realização de videolaringoscopia, que apresentava “tumoração em prega vocal direita”, realizada ressecção da lesão por microcirurgia de laringe. O procedimento ocorreu sem intercorrências, e o material foi encaminhado à patologia, que revelou como resultado “Papilomatose Escamosa Laríngea”. Em dezembro de 2019, a paciente voltou a apresentar quadro de disfonia. Repetida a videolaringoscopia que apresentava a mesma lesão descrita anteriormente, e com o mesmo resultado histopatológico. Atualmente, em 2023, o quadro se repetiu, e esta foi abordada da mesma forma já descrita. Realiza acompanhamento com videolaringoscopia periódica.

**Discussão:** A papilomatose laríngea (PL) é uma doença que acomete principalmente as pregas vocais, epiglote e pregas vestibulares, mas pode atingir a laringe em toda sua extensão. Até o momento não existe consenso sobre como estadiar o local e a intensidade das lesões papilomatosas. A papilomatose é a neoplasia benigna que mais acomete a laringe. É caracterizada por lesões papilomatosas em qualquer área do trato aerodigestivo. Causada pelo papiloma vírus humano (HPV) (principalmente os subtipos HPV-6 e HPV-11), pela contaminação vertical ou através da atividade sexual. Quando associados aos subtipos 16 e 18, possuem um potencial de malignização em torno de 90%. O seu curso clínico é variável, e possui alto índice de recorrência. Geralmente percorrem com disfonia, mas podem apresentar obstrução aguda de via aérea, apesar de sua benignidade.

**Comentários Finais:** A papilomatose laríngea é uma doença que se caracteriza pela proliferação de lesões epiteliais benignas de aspecto verrucoso, que podem ser sésseis ou pediculadas, únicas ou múltiplas, e com frequência confluentes, podendo levar à obstrução das vias aéreas superiores. Embora ocorra principalmente na laringe, a doença pode afetar a boca, o nariz, a faringe, o esôfago e toda a árvore traqueobrônquica. Embora a papilomatose seja uma doença benigna, a mesma possui um índice de morbimortalidade considerável em razão do acometimento da via aérea. Atualmente ainda não há um tratamento que ofereça garantia de cura, resultando em frequentes recidivas, como a do caso apresentado. Sendo assim, sempre que estivermos frente a um caso de papilomatose laríngea recorrente, além de todos os cuidados desde o diagnóstico até o tratamento, é importante também, a elucidação e explicação da possível recorrência do quadro para o paciente, para que este, possa estar ciente de todo o quadro e entenda toda a sua evolução.

**Palavras-chave:** Papilomatose; Laringe; Papiloma virus humano.

PO426

**E-PÔSTER - OUTROS****EPISTAXE RECORRENTE DEVIDO A FRATURA DE OSSO MAXILAR - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** THAÍS FERRES RAINIERI**COAUTORES:** IAN SELONKE; ANA LUIZA CAMARGO; MILENA SAYURI OTSUKI; ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA; FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI; PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA; GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO, CAMPO MOURÃO - PR - BRASIL2. HOSPITAL CRUZ VERMELHA PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente sexo masculino, 62 anos de idade, portador de trombocitose, apresentou queda no mesmo nível, resultando em contusão na hemiface direita. Buscou atendimento de urgência, onde foi submetido a uma tomografia dos ossos da face, que revelou uma fratura na parede lateral do seio maxilar direito. Foram administrados medicamentos sintomáticos e o paciente recebeu alta hospitalar. Durante a madrugada, o paciente apresentou uma epistaxe moderada após espirrar, com saída de coágulos, que cessou logo em seguida. Na manhã seguinte, ele retornou ao pronto atendimento devido a um novo episódio de epistaxe moderada, acompanhado pela saída de coágulos. Negou otorreia e outros sintomas. Foi realizado um tampão nasal para controlar o sangramento, que foi removido após 48 horas. Após 8 dias, o paciente apresentou um novo episódio de epistaxe moderada. Devido ao quadro clínico, decidiu-se realizar uma ligadura esfenopalatina bilateral. A cirurgia transcorreu sem complicações e o paciente recebeu alta hospitalar após 2 dias. No entanto, em 9 dias, ele retornou com queixa de epistaxe persistente há 4 dias, em grande quantidade, acompanhada de cefaléia na região temporal direita. Uma nova tomografia dos ossos da face foi realizada, evidenciando um acentuado aumento volumétrico do hemossinus, afetando todos os seios paranasais, e a presença de material de hemostasia nos meatos nasais, além da fratura na parede lateral do seio maxilar direito. Optou-se por uma abordagem cirúrgica. Durante o procedimento, observou-se que o sangramento derivava da artéria maxilar devido à fratura dos ossos da face, sendo realizada a cauterização adequada. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências.

**DISCUSSÃO**

A epistaxe é a ocorrência de sangramento nasal devido ao comprometimento da integridade da mucosa, pode variar de leve a grave. É uma condição comum, com distribuição bimodal, e pode ser classificada como epistaxe anterior (origina-se no plexo de Kiesselbach) ou epistaxe posterior (que ocorre na parede posterolateral do nariz abaixo da concha média). As causas da epistaxe podem ser variadas e incluem trauma nasal, hipertensão arterial, alterações na coagulação sanguínea, uso de medicamentos anticoagulantes, doenças inflamatórias nasais, tumores nasais, entre outras. No caso apresentado, a fratura do osso maxilar foi identificada como a causa subjacente da epistaxe recorrente. A fratura do osso maxilar é uma lesão comum em casos de trauma facial. Essa fratura pode resultar em sangramento nasal recorrente devido ao envolvimento de estruturas vasculares adjacentes, como a artéria esfenopalatina. Essa artéria é frequentemente cauterizada para controlar o sangramento nasal, mas é importante lembrar que o sangramento também pode ocorrer a partir do seio maxilar. O tratamento da epistaxe recorrente devido à fratura do osso maxilar deve envolver uma abordagem cirúrgica, sendo a técnica cirúrgica mais comumente utilizada a ligadura da artéria esfenopalatina. No entanto, é essencial que, durante a abordagem cirúrgica, seja realizada uma pesquisa adequada de sangramento no seio maxilar, além da cauterização da artéria esfenopalatina. O sangramento no seio maxilar é uma causa importante de epistaxe recorrente e em grande monta, e sua identificação e controle são fundamentais para o sucesso do tratamento.

**COMENTARIOS FINAIS**

Este relato de caso ressalta a importância de compreender as causas da epistaxe, incluindo a ligação com a fratura do osso maxilar. É fundamental que os otorrinolaringologistas estejam atentos a essa associação entre a fratura maxilar e a epistaxe recorrente, realizando uma avaliação completa e adotando uma abordagem cirúrgica abrangente que inclua a pesquisa e o controle adequados do sangramento no seio maxilar, além da ligadura da artéria esfenopalatina. Isso contribuirá para um tratamento eficaz e uma recuperação satisfatória do paciente.

**Palavras-chave:** EPISTAXE RECORRENTE;FRATURA DE OSSO MAXILAR;LIGADURA DA ARTÉRIA MAXILAR.

PO429

**E-PÔSTER - OUTROS**

Rinossinusite complicada com abscesso periorbitário: um relato de caso

AUTOR PRINCIPAL: ELISE EDELE PIMENTEL

COAUTORES: JULIANA METTE ONGARATTO; BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO; NICOLE KRAEMER REDEKER; RENATO ROITHMANN

INSTITUIÇÃO: ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL

TÍTULO: Rinossinusite complicada com abscesso periorbitário: um relato de caso

AUTORES: Elise Edele Pimentel, Juliana Mette Ongaratto, Bruna Mirapalhete Bellinasso, Nicole Kraemer Redeker, Renato Roithmann

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente R.S.F, 12 anos, masculino, procedente de Canoas. Procurou atendimento por quadro de edema em olho esquerdo, após uma semana do início de sintomas de via aérea superior (tosse, espirros, rinorreia) associado a febre diária. Refere história de asma e rinite alérgica não tratada. Nasofibrosopia demonstrou: mucosa hipocorada, cornetos inferiores hipertróficos, meato médio esquerdo com drenagem de secreção purulenta, cavum livre e com secreção purulenta. Demais aspectos do exame: hiperemia e edema na região periorbital superior esquerda, indolor ao toque, com movimentação ocular preservada, sem prejuízo visual. Realizada TC de seios da face que evidenciou importante quantidade de secreções no interior dos seios paranasais com desarejamento praticamente completo dos seios, alguns níveis hidroaéreos, acentuado edema periorbitário à esquerda, abscesso subperiosteal na região superior da órbita esquerda, com 12x9mm, infiltração da gordura intraconal anterior da região superior da órbita esquerda. Avaliado por equipe de Oftalmologia que afastou comprometimento pós-septal. Iniciado tratamento com antibioticoterapia intravenosa e corticoterapia. Optado por realização de cirurgia endoscópica nasossinusal para abertura de seios da face do paciente à esquerda e abertura da lâmina papirácea do mesmo lado, com coleta de material para cultura. Após procedimento cirúrgico, mantido tratamento com antibiótico endovenoso e corticoterapia, tendo o paciente apresentado melhora completa dos sintomas.

**DISCUSSÃO:** Complicações de rinossinusite são eventos potencialmente graves e de ocorrência rara, com incidência em torno de 2,5 a 4,3 casos por 1 milhão de habitantes, tendo aumento da probabilidade em crianças. Devido à proximidade anatômica entre os seios paranasais com a órbita e seus conteúdos, pode haver complicação importante de rinossinusite com doenças periorbitárias, em alguns casos desenvolvendo celulite orbitária e levar até a perda de visão, trombose do seio cavernoso ou abscesso intracraniano.

Para realização do diagnóstico correto, é de suma importância que o médico esteja atento para a possibilidade de complicação em caso de rinossinusite, uma vez que o diagnóstico nem sempre é óbvio. Não raro o paciente procura atendimento devido à complicação existente (como o caso descrito, em que a família procurou atendimento devido ao edema palpebral). Há sintomas e sinais de alarme que devemos ficar atentos para complicações de rinossinusite: edema ou hiperemia periorbital, proptose, diplopia, oftalmoplegia, diminuição da acuidade visual, entre ou outros.

Com a suspeita clínica, deve-se realizar exame de imagem para a devida classificação da complicação orbitária e definição da melhor conduta. A classificação das complicações periorbitárias atualmente mais utilizada é a de Chandler, baseada na posição da afecção em relação ao septo orbital, sendo dividida em 5 grupos: edema inflamatório, celulite orbitária, abscesso subperiosteal, abscesso orbitário e trombose de seio cavernoso. O tratamento é realizado com antibioticoterapia endovenosa em ambiente hospitalar, associado ou não a cirurgia. As indicações cirúrgicas mais comuns são: presença de abscesso, diminuição da acuidade visual, ausência de melhora após 48h de antibioticoterapia endovenosa ou piora na sua vigência.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico de rinossinusite é muito comum no cotidiano médico, principalmente no do otorrinolaringologista. Saber diferenciar casos com complicações é fundamental. Para tanto, deve-se coletar boa história clínica, realizar exame endoscópico nasal e exame de imagem - TC dos seios da face, utilizado para classificação correta da complicação, bem como para definição de necessidade cirúrgica. Uma vez firmado o diagnóstico de complicação periorbitária, internação hospitalar com uso de antibioticoterapia endovenosa é o tratamento primordial, com intervenção cirúrgica nos casos indicados.

Palavras-chave: Rinossinusite complicada; Abscesso periorbital; Rinossinusite.

PO430

**E-PÔSTER - OUTROS****PENFIGÓIDE: RELATO DE CASO CLÍNICO****AUTOR PRINCIPAL:** CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI**COAUTORES:** GABRIELA CARDOSO LIMA; MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO; PAULO TINOCO; ALFREDO VIEIRA BERNARDO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI, ITAPERUNA - RJ - BRASIL

**Apresentação do Caso:** M.A.C., 51 anos de idade, sexo masculino, chega ao consultório de Otorrinolaringologia, relatando ter iniciado quadro de sangramento gengival após limpeza dentária em maio de 2022. Desde então, passou a apresentar lesões em gengiva recorrentes. 3 meses depois evoluiu com sangramento conjuntival, associado a xeroftalmia. Durante este período, fez uso de inúmeros antibióticos, além de diversos colírios oftálmicos. Em 2023, consultou-se no ambulatório de otorrinolaringologia do hospital São José do Avaí, onde aventou-se a hipótese de Penfigóide Bolhoso, comprovada com histopatológico. Iniciado tratamento com corticoterapia oral, o paciente evoluiu de forma favorável, com remissão parcial das lesões descritas. Foi solicitada avaliação em conjunto com a dermatologia, para condução em equipe multidisciplinar deste caso.

**Discussão:** O penfigóide bolhoso é uma dermatose bolhosa subepidérmica autoimune, na qual acomete preferencialmente mulheres e idosos. O desenvolvimento dessas erosões dolorosas ou ulceradas ocorre quando os componentes da membrana basal do epitélio são atacados por autoanticorpos. Os sinais e sintomas são inespecíficos, podendo haver lesões eczematosas, urticariformes, papulosas e pruridos. Normalmente as bolhas são grandes, em média de 1 a 4 cm, e tensas, com conteúdo claro, e as vezes hemorrágica, devido a destruição dos capilares superficiais do processo de separação da camada subepidérmica. Não há indícios de um componente genético no desencadeamento desta patologia, e os casos parecem ocorrer de forma esporádica. Por se tratar de uma resposta autoimune, esta patologia se caracteriza pela presença de autoanticorpos IgG contra dois antígenos (BP 180 e BP 230) nos hemidesmossomos da membrana basal da epiderme. Por isso o diagnóstico de penfigóide bolhoso vai além dos aspectos clínicos, necessitando de pesquisa histopatológica e imunológica.

**Comentários Finais:** O penfigóide bolhoso é uma doença crônica, doença mucocutânea que afeta primariamente as superfícies mucosas, especialmente a oral e conjuntival, podendo ou não afetar a pele, sendo que neste caso descrito, não houve acometimento de pele. Dessa forma, é imprescindível que na vigência de um paciente apresentando manifestações características da doença, deve-se realizar uma anamnese e exame físico minuciosos, visto que é crucial o diagnóstico precoce, para a instituição de um tratamento individualizado, através de uma equipe multidisciplinar, a fim de controlar e evitar o agravamento dessa dermatose.

**Palavras-chave:** Penfigoide bolhoso;Mucosas;Dermatose .

PO440

**E-PÔSTER - OUTROS****PSORÍASE GUTATA - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** FABIOLA DONATO LUCAS**COAUTORES:** CELSO GONCALVES BECKER; ALICE DE SÁ GONTIJO; RAISSA CARVALHO PEREIRA; FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA; MATHEUS ANDRADE DE CASTRO**INSTITUIÇÃO:** NÚCLEO DE OTORRINO BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Paciente 18 anos, sexo feminino, com relato de aparecimento de lesões avermelhadas difusas pelo corpo, de padrão descamativo e associada a prurido intenso, evoluindo desde o início no mês de março/2023. Histórico de dois episódios de amigdalites, o primeiro em janeiro/2023 e o segundo após o aparecimento das lesões cutâneas, tendo sido feito o uso da Amoxicilina por 7 dias sem resposta e, posteriormente, em consulta otorrinolaringológica, prescrito Penicilina G Benzatina 1200000 un. com melhora do quadro infeccioso em via aérea superior, mas, manteve as lesões exantemáticas. Encaminhada ao dermatologista, realizado o diagnóstico clínico de psoríase gutata, sendo prescrito novamente a Penicilina G Benzatina, 1200000 un. ao mês, durante 5 meses, junto ao anti-metabólico metotrexato e a pomada Daivobet. Retorno ao otorrino, já em remissão dos sintomas acima descritos, sendo então, indicado amigdalectomia. Procedimento realizado em julho/2023. Desde então, a paciente não apresentou mais nenhum quadro infeccioso em orofaringe, bem como, desaparecimento por completo das lesões cutâneas. Psoríase é uma doença inflamatória crônica de acometimento majoritariamente cutâneo. Apresenta distribuição mundial, acometendo de 2 a 4% da população entre 10 e 45 anos; não contagiosa, com influência: genética, emocional e ambiental. Manifesta-se com o aparecimento de lesões avermelhadas, com bordas bem delimitadas, halo esbranquiçado e descamação prateada. A etiologia ainda é desconhecida, sabe-se que se trata de uma doença imuno mediada, com predisposição poligênica, caracterizada por complexas alterações no crescimento e diferenciação epidérmica, apresentando múltiplas anormalidades bioquímicas, imunológicas e vasculares; além da relação não compreendida com os agravos emocionais. Na patogenia, há uma aceleração do ciclo germinativo epidérmico, um aumento da proliferação e um encurtamento do tempo de renovação celular na epiderme, nas regiões acometidas e na pele "normal". A psoríase gutata é uma variante clínica da psoríase, que acomete principalmente faixa etária pediátrica. O quadro cutâneo aparece de forma abrupta e é geralmente precedido de uma infecção estreptocócica (56-85% dos casos), comumente de vias aéreas superiores. As lesões são papulosas, em formato de gota, de até 1cm de diâmetro, dispostas simetricamente em toda a superfície corpórea, com predominando no tronco e região proximal dos membros. Em geral, a psoríase gutata regride espontaneamente em três a quatro meses. Em um prazo de dez anos, aproximadamente dois terços dos doentes evoluiu para sua forma crônica, na qual as lesões persistem e aumentam de tamanho, chamada psoríase em placas. O diagnóstico é clínico. Embora não haja evidências de que a antibioticoterapia altere a sua evolução natural, crianças com a doença, associada a uma infecção estreptocócica documentada, devem receber Penicilina G Benzatina ou Eritromicina por sete a quatorze dias. O tratamento específico das lesões cutâneas em crianças é mais complexo do que em adultos, uma vez que, grande parte das medicações não são aprovadas em uso pediátrico. É possível compreender que existe de fato uma estreita ligação entre a psoríase e a amigdalite estreptocócica e que estes episódios infecciosos podem inaugurar o quadro da psoríase gutata. A antibioticoterapia e amigdalectomia têm demonstrado serem clinicamente benéficas no tratamento. É certo que a avaliação médica deve ser feita, caso a caso, de forma individual e considerando o doente na totalidade antes de definir a terapêutica.

Palavras-chave: AMIGDALITE;PSORÍASE;PSORÍASE GUTATA.

## PO500

## E-PÔSTER - OUTROS

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA DE SAÚDE AUDITIVA DO SOB A PERSPECTIVA DO USUÁRIO, EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA.

**AUTOR PRINCIPAL:** GIOVANA GOMES FERNANDES

**COAUTORES:** EDSON RODRIGUES GARCIA FILHO; JUSSANDRA CARDOSO RODRIGUES; MARCELA MARIA RABELO PINTO; RODRIGO LEMOS DA SILVA; ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT; FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA; CAMILA ARAUJO OLIVEIRA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUSA, BELÉM - PA - BRASIL

**Objetivo:** O objetivo principal do projeto foi avaliar a qualidade do Programa de Saúde Auditiva (PSA) do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), sob a perspectiva do usuário. Além de caracterizar o perfil epidemiológico dos paciente, acompanhantes e/ou responsáveis, bem como aferir o grau de satisfação dos usuários e propor modificações de otimizem as ações do PSA.

**Métodos:** Realizou-se um estudo do tipo analítico em epidemiologia de serviços de saúde, longitudinal, por meio da aplicação de formulário. A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, sediado no município Belém-Pará, sede da Residência Médica de Otorrinolaringologia e vinculada à Universidade Federal do Pará (UFPA). A população de estudo foi constituída por 60 pacientes registrados no Programa de Saúde Auditiva (PSA) do HUBFS que participaram por meio da aplicação de formulário avaliando acesso ao serviço; avaliação da audição; o atendimento personalizado; benefício para a família; comunicação e informação; competência profissional e marcação de consultas no período de outubro de 2022.

**Resultados:** A amostra foi composta por 60 participantes, sendo a maioria estatisticamente significativa deles, os próprios pacientes (76.7%), além de responsáveis (13.3%) e acompanhantes (10,0%). As idades variaram de 07 a 96 anos, com média aritmética de 52.6 anos. A maioria dos pacientes eram residentes na capital (61.7%). O nível de escolaridade mais frequente foi o Ensino Fundamental (41.7%), seguido do Ensino Médio (26.7%). Os pacientes referiram que, após o primeiro atendimento, a maioria esperou entre 6 meses a menos de 01 ano para a realização do exame de audição (35,0%). Entre o primeiro atendimento e o recebimento do aparelho auditivo, o tempo de espera com maior proporção foi menor que 1 mês (60,0%), seguida do tempo entre 1 a menos de 3 meses (23,3%).

**Discussão:** Observa-se que ainda há necessidade de avanços em relação às barreiras enfrentadas pelo paciente, especialmente no acesso e marcação de consultas, o que demanda a necessidade de reflexão sobre medidas de intervenção. Mesmo na janela de intervalo entre as pesquisas, muitos obstáculos precisam ser vencidos para buscar sempre a excelência no atendimento à população.

**Conclusão:** A avaliação da qualidade de um serviço de saúde é de extrema importância ao conferir dados relevantes de seus usuários, profissionais de saúde e/ou gestores. Sugere-se o aumento do aporte profissional e físico das instalações para comportar o quantitativo necessário de pacientes, além de firmar pactuações com a gestão municipal e estadual para facilitar e proporcionar mais vagas de atendimento na rede assistencial.

**Palavras-chave:** Avaliação de Serviços de Saúde; Audiologia; Qualidade em Assistência à Saúde.

## PO514

## E-PÔSTER - OUTROS

Tratamento cirúrgico de sinusite crônica odontogênica associada aos implantes zigomáticos.

**AUTOR PRINCIPAL:** MARCELO DANTAS PEDROSA

**COAUTORES:** ALAN RODRIGUES DE ALMEIDA PAIVA; BERNARDO SCARIOLI OLIVEIRA; KLAUS RODRIGUES DE OLIVEIRA

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL2. FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente A.H.R.N., sexo masculino, 66 anos, atendido no serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Crânio-maxilo-facial do Hospital Felício Rocho, com histórico de múltiplos episódios de rinossinusites agudas iniciados após 8 meses da colocação de implantes zigomáticos na maxila para reabilitação oral. Apresentava como comorbidades, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus não insulínica e dislipidemia, sem histórico de sinusite crônica ou atopias. O exame tomográfico dos seios da face evidenciou presença de material isogênico com densidade de partes moles no interior dos seios maxilares e etmoidais bilateralmente com obstrução do óstio de drenagem dos seios maxilares e presença de implantes metálicos transfixando o interior dos seios maxilares com fixação nos ossos zigomáticos.

A técnica cirúrgica utilizada foi através de três acessos: infraorbital, intraoral e intranasal. O acesso infraorbital foi feito com extensão lateral para exposição do corpo do zigoma onde o ápice do implante está ancorado. Após, foi realizada osteotomia com as brocas cortantes e uso de ponteira ultrassônica para auxílio da liberação do implante do osso.

O acesso intraoral foi através da crista alveolar para exposição dos implantes zigomáticos e auxílio na remoção. Após osteotomia e liberação da parte apical do implante, o mesmo é mobilizado e removido com auxílio de osteotomos e martelo. Retirados os dispositivos, inicia-se a cirurgia endonasal para sinusectomia maxilar e etmoidectomia anterior por via endoscópica com auxílio de ótica de 30º com antrostomia ampla, remoção de secreção do interior dos seios maxilares e irrigação abundante com soro fisiológico 0,9%. No fechamento da comunicação oroantral foi confeccionado um retalho pediculado da gordura de Bichat com tração e sutura na mucosa palatina com monocryl 4.0, após remoção dos implantes zigomáticos.

**DISCUSSÃO:** Os implantes zigomáticos são dispositivos de titânio, fixados e ancorados no osso zigomático através de acesso intraoral<sup>1</sup>. A sua indicação é para reabilitação de pacientes com edentulismo com maxila atrofada, em que o processo alveolar não apresenta altura e espessura óssea adequadas para reabilitações com implantes dentários convencionais<sup>1,2</sup>. Os implantes são usados para reabilitação há muitos anos e com taxa de sucesso alta na literatura<sup>3</sup>. A grande vantagem desses dispositivos é proporcionar reabilitação oral da maxila sem uso de enxertos ósseos, seja para aumento da largura óssea ou para o levantamento do seio maxilar<sup>1,4</sup>.

Apesar da elevada taxa de sucesso, uma das complicações possíveis do uso dos implantes zigomáticos é a sinusite odontogênica, aguda ou crônica, principalmente quando a técnica usada posiciona o implante transfixando o interior do seio maxilar<sup>4</sup>. A alteração de imagem clássica é a presença de material isogênico com densidade de partes moles no interior dos seios maxilares acometidos com presença de dispositivo metálico hiperdenso desde o rebordo alveolar, passando pelo seio maxilar e estando ancorado no corpo do osso zigomático<sup>2,3</sup>. Os seios etmoidais principalmente suas células anteriores e o seio frontal podem estar acometidos devido a doença do seio maxilar e obstrução de drenagem do meato médio<sup>4</sup>.

Diversos métodos têm sido descritos para a exérese de implantes dentários não móveis, incluindo a trepanação óssea, a utilização de fresas finas para a separação do implante do osso, a indução de termonecrose localizada e a técnica de contratorque<sup>3</sup>. O método empregado neste estudo apresenta uma alternativa minimamente invasiva para a remoção de implantes dentários zigomáticos que falharam.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os implantes zigomáticos constituem dispositivos utilizados na reabilitação oral de pacientes com maxila atrofada, com a sinusite odontogênica sendo uma das complicações potencialmente associadas. Nos casos em que ocorrem recorrências e resistência ao tratamento clínico conservador, a abordagem cirúrgica se configura como uma boa indicação. O objetivo da cirurgia é a remoção dos dispositivos, bem como o tratamento adequado dos seios paranasais acometidos e da comunicação oroantral.

Palavras-chave: sinusite;implante;zigomático.



## PO515

## E-PÔSTER - OUTROS

Avaliação do desempenho do questionário STOP-Bang na triagem de AOS em indivíduos adultos de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro

**AUTOR PRINCIPAL:** GIOVANNA PROENÇA MARIN

**COAUTORES:** RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE; RENAN TORRES DE CARVALHO; RENATA ANSELME DA SILVA; HUGO FERREIRA ALVES; CHRISTIANO COLUCCI DE MELLO VILLELA

**INSTITUIÇÃO:** UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Objetivos:** A apneia obstrutiva do sono (AOS) é um distúrbio bastante prevalente, porém frequentemente subdiagnosticada. O questionário STOP-Bang (QSB) é um instrumento amplamente utilizado para triagem de AOS em indivíduos adultos. Contudo, há poucos estudos avaliando se há diferença no desempenho do QSB na suspeição clínica de AOS entre os homens e as mulheres. O nosso principal objetivo foi avaliar o desempenho do QSB no rastreamento de AOS em pacientes adultos regularmente atendidos no Ambulatório de Distúrbios Respiratórios do Sono em um Hospital Universitário no Rio de Janeiro, os quais foram consecutivamente submetidos à realização de polissonografia noturna domiciliar (Tipo III).

**Métodos:** Estudo transversal com uma amostra de conveniência contendo 261 participantes, os quais foram selecionados prospectivamente, no período de 31/02/2020 a 31/08/2023, em um ambulatório especializado do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Todos os pacientes do estudo foram submetidos ao preenchimento do QSB durante a consulta inicial, realizando posteriormente 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 com idade < 18 anos, aqueles submetidos à polissonografia completa (Tipo I), aqueles com preenchimento incompleto do QSB, pacientes em uso de oxigênio suplementar noturno e/ou indivíduos cuja polissonografia apresentou tempo total de gravação insuficiente (< 240 minutos). O QSB é um questionário amplamente validado que contém 8 perguntas com respostas sim-ou-não (1 ponto para cada resposta positiva), sendo que uma pontuação ≥ 3 (de 0 a 8 pontos) classifica o indivíduo como sendo de alto-risco para AOS. O diagnóstico de AOS moderada/grave foi obtido a partir do índice de evento respiratório (IER) ≥ 15,0/h. O desempenho preditivo do QSB 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 estatisticamente significativo.

**Resultados:** Foram incluídos 261 participantes: 138 mulheres (52,9%) e 123 homens (47,1%). A média de idade foi  $53,3 \pm 16,3$  anos. A prevalência de AOS moderada/grave foi de 36,4%, sendo, contudo, maior nos homens (42,3%) do que nas mulheres (31,2%). A frequência de indivíduos classificados como sendo de alto-risco para AOS moderada/grave foi estatisticamente maior nos homens do que nas mulheres: 97,6% versus 86,2% ( $p = 0,001$ ). Nas mulheres, para triagem de AOS moderada/grave, o QSB apresentou sensibilidade de 97,7%, especificidade de 18,9%, VPP de 35,3% e VPN de 94,7%. Nos homens, para triagem de AOS moderada/grave, o QSB apresentou sensibilidade de 100%, especificidade de 4,2%, VPP de 43,3% e VPN de 100%. A estimativa da AUC para identificação de AOS moderada/grave foi de 0,707 (intervalo de confiança a 95% [IC 95%]: 0,619-0,795) para as mulheres e de 0,649 (IC 95%: 0,551-0,747) para os homens. Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação pareada entre as AUCs obtidas entre os sexos ( $p = 0,416$ ).

**Discussão:** Como esperado, os homens apresentaram uma maior frequência de AOS moderada/grave do que as mulheres. O QSB apresentou, em ambos os sexos, uma elevada sensibilidade associada à baixa especificidade. O poder discriminatório do QSB foi superior nas mulheres em relação aos homens, sem, contudo, atingir significância estatística.

**Conclusão:** O QSB apresentou desempenho satisfatório na triagem de AOS em indivíduos adultos tanto nos homens quanto nas mulheres.

**Palavras-chave:** apneia obstrutiva do sono; STOP-Bang; Polissonografia.

**AUTOR PRINCIPAL:** EDUARDO MODENESI FELICIO

**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL

Paciente feminina com 22 anos, hígida, apresentava obstrução nasal há 4 anos, progressiva, associada à rinorreia hialina e dor facial. Encaminhada ao ambulatório do Hospital das Clínicas de Botucatu, sendo identificada massa ocupando seios esfenoidal com extensão para rinofaringe em TC de seios da face com captação de contraste. Realizado biópsia endonasal da lesão, com diagnóstico histopatológico com imuno-histoquímica de craniofaringioma adamantinomatoso. Em RNM confirmado a lesão expansiva. A paciente, com diagnóstico concluído, prosseguiu com avaliação da endocrinologia e com exérese endonasal transeptal do tumor. Houve necessidade de alocação de enxerto de fâscia lata para fechamento de fístula. Evoluiu satisfatoriamente, sem fístula rinoliquórica e segue ambulatorialmente assintomática. O estudo anátomo – patológico confirmou o diagnóstico prévio de craniofaringioma adamantinomatoso.

O craniofaringioma é um tumor cerebral raro, derivado do tecido da glândula pituitária e seu acometimento mais comum é na região selar, sendo a nasofaringe um local raramente acometido. Existem dois tipos de craniofaringiomas: o craniofaringioma adamantinomatoso, cujas células ao microscópio têm um aspecto do esmalte dentário, e que comumente se calcifica e o craniofaringioma papilar, que raramente se calcifica. As causas exatas ainda são desconhecidas. O craniofaringioma se desenvolve a partir de restos da bolsa de Rathke, um precursor embrionário da pituitária anterior, mas não se tem clareza porque isso acontece. Ele pode ocorrer em qualquer idade, mesmo nos períodos pré-natal e neonatal, mas ocorre com mais frequência em crianças de 5 a 14 anos e em adultos mais velhos, após os 50 anos. Os craniofaringiomas quase sempre são benignos. Dependendo da evolução e das dimensões deles e da maneira como afetam as secreções da hipófise, pode haver dor de cabeça, hipersonia, mixedema, ganho de peso pós-cirúrgico, polidipsia, poliúria (diabetes insipidus), hemianopsia bitemporal e vômito. Após o tratamento frequentemente ocorre insuficiência do hormônio do crescimento. A redução na produção de prolactina é muito incomum, mas pode ocorrer. Paradoxalmente, grandes tumores hipofisários podem elevar os níveis de prolactina no sangue. As crianças com craniofaringioma podem ter um crescimento lento e ficar menores do que o esperado.

O tratamento dos craniofaringiomas, como acontece com muitos tumores cerebrais, pode ser difícil e ter morbidades significativas. As opções de tratamento do craniofaringioma incluem cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A cirurgia para remover o todo ou parte do tumor costuma ser o procedimento mais recomendado. O tipo de operação a ser realizada depende da localização e dimensões do tumor. Pode ser uma cirurgia transesfenoidal, com acesso pelo nariz, ou uma cirurgia em que o crânio é aberto (craniotomia) para permitir acesso ao tumor. Quando não é possível a remoção da totalidade do tumor, outros tratamentos podem ser usados após a cirurgia.

O craniofaringioma geralmente é um tumor benigno, mas pode recorrer após a ressecção, o que acontece com certa frequência. Pesquisas recentes demonstraram uma tendência ainda mais rara de malignização do craniofaringioma. Quando pode ser adequadamente tratado, o craniofaringioma é de bom prognóstico quanto à sobrevivência, embora não tenha uma cura radical. É necessário fazer exames de imagem e de sangue periodicamente porque o tumor pode recidivar.

Por meio deste trabalho, objetivou-se relatar um caso de um tumor raro acometendo um local incomum. No caso relatado, trata-se de um craniofaringioma com acometimento de nasofaringe, sendo este, um local raramente acometido. Foi realizado exérese do tumor via endonasal e a paciente não apresentou recidiva.

**Palavras-chave:** Craniofaringioma; Tumor nasal; Endonasal.

PO534

**E-PÔSTER - OUTROS****AMIGDALITE UNILATERAL POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EM JOVEM IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** VITÓRIA FARIAS PAIVA**COAUTORES:** MATEUS DE SOUZA OLIVEIRA CARVALHO; RICHARD RAFAEL CRUZ DE ANDRADE; CECILIA SOUZA SILVA; THIAGO VICTOR LEITE AQUINO**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS), RECIFE - PE - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE), RECIFE - PE - BRASIL3. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE), RECIFE - PE - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente do sexo feminino, 20 anos, estudante, natural e procedente de Recife-PE, deu entrada em serviço de emergência geral queixando-se de odinofagia, febre e astenia. Estava em uso de amoxicilina + clavulanato há 5 dias, prescrito em outro serviço e negava melhora do quadro. Na anamnese, a jovem negava uso de medicações de uso crônico, relatava história prévia de amigdalite de repetição, cerca de 10 episódios ao ano há 2 anos, sendo descartados anteriormente erros de imunidade e doenças de base que justificassem quadros anteriores. Ao exame físico, foi observado exsudato e hiperemia em complexo amigdaliano esquerdo, linfonodomegalia cervical dolorosa à esquerda, ausência de trismo e demais sinais de abscesso peritonsilar, somado a temperatura axilar de 38,8°. Paciente recebeu analgesia venosa e foram realizados exames laboratoriais no serviço: PCR, hemograma completo, cultura de orofaringe, teste rápido para streptococcus beta hemolíticos grupo A (EBHGA) e teste rápido para Covid-19, tendo em vista período pandêmico. Resultado de exames constataram PCR de 9,8 mg/ dL, teste rápido para EBHGA e de Covid-19 negativos e cultura em andamento. Prescrito Clindamicina 900 mg/dia durante sete dias e orientado retorno caso houvesse piora do quadro. Após 72h de antibioticoterapia e analgesia, paciente retorna ao serviço relatando piora de odinofagia e persistência de febre. À oroscopia, foi observado exsudato amigdaliano com padrão de necrose, havendo maior quantidade de secreção e hiperemia, mantendo padrão unilateral, sem sinais de abscesso peritonsilar. Optado por resgatar laudo de cultura de orofaringe realizada no serviço, constatou-se a presença de Pseudomonas aeruginosa resistente a Cefepima e a Ciprofloxacino. Sendo assim, optou-se por internamento hospitalar e administração de analgesia venosa e Ceftazidima na dose de 1,5g a cada 8h, durante 5 dias, apresentando melhora significativa de exsudato e ausência de febre após 24h, somado a hemograma sem alterações significativas. Por melhora do quadro, paciente foi encaminhada para acompanhamento ambulatorial otorrinolaringológico. Após duas novas recidivas, a paciente foi submetida a realização de amigdalectomia bilateral, 6 meses após o internamento, evoluindo sem intercorrências e com melhora definitiva do quadro.

. **Discussão:** A faringotonsilite ou amigdalite aguda é uma infecção comum na faixa etária pediátrica, reconhecida por meio da anamnese, exame físico e exames complementares. É de etiologia viral, na maioria dos casos, sendo causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHGA) somente em 5 a 15% dos casos em adultos. A incidência da doença alcança seu ápice durante a infância e a adolescência, com cerca de 50% de todos os casos manifestando-se antes dos 16 anos. Entre a população adulta, observa-se que a maioria dos casos de amigdalite ocorrem em torno dos 40 anos de idade. Além do estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHGA), outros agentes etiológicos bacterianos já foram previamente identificados como causadores de amigdalite, como Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis e Staphylococcus aureus, e outros mais atípicos incluindo o Treponema pallidum, Neisseria gonorrhoeae e o Mycoplasma pneumoniae. A apresentação de amigdalite causada por Pseudomonas aeruginosa é incomum e pouco citada na literatura. Possui apresentação mais atípica, sendo mais frequente em pacientes imunocomprometidos.

**Comentários finais:**

Dessa forma, observa-se que as infecções amigdalianas por Pseudomonas, apesar de raras, podem acometer indivíduos previamente hígidos, com prejuízo a qualidade de vida. A exposição frequente a antibióticos e alteração da microbiota oral é um dos principais motivos para a incidência desses casos atípicos em imunocompetentes. Por sua apresentação incomum, deve-se suspeitar de agentes etiológicos infrequentes, e, resolvida a infecção, a amigdalectomia bilateral pode ser indicada nesses casos. **Palavras-chave:** Faringotonsilite; Pseudomonas aeruginosa; Imunocompetência.

PO547

**E-PÔSTER - OUTROS**  
**DOWNBEAT NYSTAGMUS****AUTOR PRINCIPAL:** MARCELA SILVA LIMA**COAUTORES:** ALEXANDRE YUGO HOLAYAMA ALVARENGA; LAURA VIOTTI BRANT**INSTITUIÇÃO:** 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS - UNIPAM, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL2. UNIPAM, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL**APRESENTAÇÃO DE CASO**

Paciente 68 anos, sexo feminino, comparece ao ambulatório de ORL com queixa de desequilíbrio desde 2008 com piora progressiva associado há 4 meses a zumbido bilateral e perda auditiva. No momento tem insegurança para sair de casa sozinha, faz uso de dispositivo auxiliar de marcha e percebe que ao deambular ocorre queda da cabeça. Nega hipoacusia, otalgia, cefaleia, infecção concomitante ao início dos sintomas e disartria. História familiar: pai tem perda auditiva, nega distúrbio do equilíbrio. Paciente com histórico de bruxismo de vigília, tem dificuldade para iniciar o sono, toma 100 ml de café ao dia, nega abuso de doce e relata ser muito ansiosa. Ao exame físico: Reflexo Vestíbulo Ocular deficitário bilateralmente, nistagmo espontâneo vertical para baixo com piora bidirecional, no olhar para cima o nistagmo aumenta e no olhar para baixo ele diminui, ausência de inibição de fixação ocular e base ampliada para deambular. Foi solicitado RM que evidenciou herniação inferior das tonsilas cerebelares através do forame magno em cerca de 1,3 cm, com alteração de sua morfologia habitual, sugestivo de Chiari do tipo 1 e determina deslocamento anterior do bulbo e da transição bulbo medular. Como conduta terapêutica inicial, paciente foi encaminhada a reabilitação vestibular e para iniciar o uso de aparelho de amplificação sonora individual e foi prescrito anticonvulsivante como tentativa para redução sintomas.

**DISCUSSÃO**

O nistagmo downbeat (DBN) é definido pela lentidão ascendente e descendentes rápidas. O quadro clínico típico apresenta instabilidade da marcha e vertigem para frente e para trás. Além disso, os pacientes referem visão turva ou oscilopsia que aumenta no olhar lateral. Sinais cerebelares, incluindo ataxia de membros e disartria, que levantam a suspeita de causas secundárias. A etiologia é diversificada, podendo ser devido a malformações craniocervical, degeneração cerebelar, patologia vascular, doença inflamatória, intoxicação por lítio e ou anticonvulsivantes, entre outros. Um exemplo de causa secundária desta condição é a ectopia cerebelar, Malformação de Arnold-Chiari (ACM), presente no laudo da RM da paciente. Ademais outras condições secundárias que poderiam causar sintomas semelhantes são a vestibulopatia bilateral e a neuropatia periférica. Em muitos pacientes, todavia, não pode ser determinada lesão anatômica, o que caracteriza a DBN idiopática.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A relevância desse caso se dá na apresentação de um quadro clínico atípico, com patologias diagnósticas diferenciais, com grande influência em qualidade de vida e uma causa secundária rara e quase não vista ambulatorialmente. Caso não fosse feita uma investigação adequada, abordando concomitantemente aspectos neurológicos, o diagnóstico seria tardio e poderia ocasionar maiores complicações e maior prejuízo na vida da paciente. Dessa forma, é importante suspeitar de DNB mesmo quando não há a presença de quadro clínico típico.

Palavras-chave: nistagmo; vertigem; oscilopsia.

## PO610

## E-PÔSTER - OUTROS

## Torus Palatino Caseoso - Relato de Caso

**AUTOR PRINCIPAL:** BEATRIZ VITORIA RIGON

**COAUTORES:** ANDRÉ ANTONGIOVANNI SALLUM; DAVI KNOLL RIBEIRO; JULIANA MARQUES COLLA; ANA JULIA RODRIGUES FERREIRA; PATRICIA GUIMARÃES PASTORE

**INSTITUIÇÃO:** OTORRINO SEUL, SÃO PAULO - SP - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

Mulher de 36 anos de idade sem antecedentes pessoais patológicos. Procurou nosso Serviço de Otorrinolaringologia por uma lesão tumoral, exofítica, lobulada de 2 x 1,5 cm de diâmetro em linha média do palato duro, de consistência pétrea, com presença de caseum associada à halitose, de crescimento lento, que motivou sua procura ao serviço. Por sua história clínica e característica que afastavam qualquer tipo de lesão neoplásica não foi solicitado exame de imagem adicional. Foi então optado pela remoção cirúrgica da lesão no dia 09/02/2023. Durante o intra-operatório realizou-se incisão em "V" em linha média do palato duro com exposição da lesão tumoral. Com auxílio da cânula de microdebridação e proteção da mucosa íntegra realizou-se a debridação óssea com posterior fechamento por planos da mucosa saudável. Paciente encontra-se assintomática, sem novas formações caseosas, mantendo acompanhamento em nosso serviço.

#### DISCUSSÃO

O torus palatino é uma hiperplasia de massa óssea que ocorre no palato duro, representando variação anatômica de natureza benigna, em vez de condição patológica. Estima-se que 20% a 25% da população tenha torus palatino e varia em relação à idade, sexo e etnia. Foi observada maior incidência em mulheres com predomínio de pacientes pós-menopausa e mais frequentemente entre 39 e 59 anos de idade. A etiologia do torus ainda não foi esclarecida. A maioria das evidências aponta para fatores genéticos. Foi identificado em algumas populações um padrão dominante simples de herança. Fatores ambientais podem também estarem envolvidos. A etiologia dos torus é bastante discutível, tendo na hereditariedade e nos processos de crescimento contínuo, suas principais causas patológicas, aliada à aposição óssea cortical ou à relação às forças musculares incidentes na região. Essas exostoses podem ter origem inflamatória, mas a maior parte dessas hipertrofias parecem ser congênitas. O torus palatino foram classificados em planos fusiformes, nodulares e lobulares, segundo critério de Thoma (1950). Considerado plano quando se apresenta como exostose suave, levemente convexa, localizada na linha média do palato duro. A denominação fusiforme foi dada ao torus com aparência de crista, situados na linha média do palato, estendendo-se, em alguns casos, da papila incisiva à extremidade distal do palato duro. A forma nodular refere-se à presença de duas ou mais protuberâncias ósseas pequenas e suaves. O tipo lobular foi reservado ao torus palatino representado por uma única massa óssea volumosa. O torus palatino geralmente é pequeno, e mede 2 cm de diâmetro. Entretanto, pode aumentar lentamente durante a vida, inclusive ocupar toda a abóboda palatina. Em geral, não há sintomatologia, sendo raramente descrita na literatura sua forma caseosa, como apresentada no relato de caso. O diagnóstico geralmente é feito levando-se em consideração suas características clínicas e na maioria dos casos não requerem métodos diagnósticos adicionais. A tomografia computadorizada identifica protuberâncias ósseas densas semelhante ao do osso compacto. Histologicamente, o torus se assemelha ao osso normal. São compostos de osso hiperplásico de estrutura compacta e uma parte central esponjosa com espaços medulares. Normalmente, não há necessidade de tratamento, a menos que seja exigido por motivos protéticos ou em caso de traumatismos frequentes da mucosa de revestimento ou formação caseosa local. A recidiva é rara.

#### COMENTÁRIOS FINAIS

O torus palatino são crescimento ósseos, geralmente assintomático, de etiologia desconhecida. Na literatura há poucos casos descritos de formação caseosa no local da lesão tumoral, o que levou a paciente a procurar o Serviço de Otorrinolaringologia. Embora seja uma patologia que, via de regra, não traz repercussão na qualidade de vida do paciente, deve-se optar pela remoção cirúrgica apenas nos torus que estejam interferindo na confecção de próteses, ulcerando com frequência ou havendo formação caseosa.

Palavras-chave: torus; palatino; caseum.

PO613

**E-PÔSTER - OUTROS****NEURALGIA DO TRIGÊMEO SECUNDÁRIA A COMPRESSÃO VASCULAR****AUTOR PRINCIPAL:** DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO**COAUTORES:** LUANA IZABELA AZEVEDO DE CARVALHO; YANE MELO DA SILVA SANTANA; RAÍSSA COSTA SAID; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES; ANA LUIZA PINTO FREIRE; JEFFERSON MACÊDO DANTAS**INSTITUIÇÃO:** 1. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL

**Apresentação do caso:** A. M. F. B., 61 anos, sexo feminino, foi atendida em um Hospital de Referência em Otorrinolaringologia na cidade de Manaus-Amazonas, queixando de dor em região de base de língua à esquerda, do tipo ferroadada, de forma intermitente, com episódios de irradiação para região mandibular ipsilateral, com piora aos esforços físicos e melhora parcial ao uso de analgésicos. Nega demais queixas, bem como o uso de medicações contínuas ou tratamentos específicos prévios. Ao exame físico, apresentou oroscopia com mucosa normocorada, ausência de lesão e mobilidade lingual preservada, tonsilas grau 1 simétricas. À rinoscopia, fossa nasal direita e esquerda com mucosa pálida, septo centrado, conchas nasais inferiores normotróficas, sem secreção. À otoscopia, ouvido direito e esquerdo com conduto auditivo externo pérvio e membrana timpânica íntegra. Paciente também apresentava crepitação à palpação da articulação temporomandibular à esquerda. Foi solicitado Ressonância Magnética de Crânio, que evidenciou ectasia e tortuosidade do sistema vertebrobasilar, notando-se aparente ectasia fusiforme do segmento distal da artéria vertebral direita, com leve efeito compressivo sobre seu aspecto direito, notadamente a oliva bulbar, bem como ectasia do segmento proximal da artéria basilar, sendo os achados compatíveis com Dolicoectasia do sistema vertebrobasilar. Ainda, nota-se contato do segmento V4 distal da artéria vertebral direita, que comprime e desloca súpero-lateralmente o segmento cisternal do nervo trigêmeo esquerdo. Diante do exposto, a hipótese diagnóstica foi Neuralgia do Trigêmeo à esquerda, secundária à Compressão Vascular. Foi prescrito Carbamazepina, 200 mg/ dia, durante 14 dias com posterior ajuste para 200 mg de 12/12 horas, apresentando controle dos sintomas. Além disso, paciente foi encaminhada para avaliação com equipe de neurologia e neurocirurgia.

**Discussão:** O nervo trigêmeo é o quinto par de nervos cranianos e tem a importante função de controlar a sensibilidade na região da cabeça e da face. A neuralgia do trigêmeo é uma das formas mais comuns de dor neuropática que afeta a área da cabeça e do pescoço. Ela se manifesta através de episódios de dor intensa, como choques ou queimações, que ocorrem de forma súbita e em momentos imprevisíveis. Além disso, essa dor é caracterizada pela alodínia, que é a percepção de um estímulo não-nocivo como um estímulo doloroso. A incidência da neuralgia do trigêmeo na população em geral varia entre 12,6 a 27 casos por cada 100.000 habitantes. Nesse contexto, de acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-III, 2013), o quadro da paciente se enquadra em neuralgia do trigêmeo clássica com concomitante dor facial permanente, já que o quadro é causado por compressão vascular. Dessa forma, a Dolicoectasia do sistema vertebrobasilar é uma condição em que os vasos sanguíneos da área do tronco cerebral se tornam anormalmente alongados e dilatados, que podem comprimir o nervo trigêmeo, levando à irritação do nervo e à ocorrência de ataques de dor intensa e paroxística, característicos da neuralgia do trigêmeo. Essa compressão pode ocorrer em diferentes pontos ao longo do trajeto do nervo trigêmeo, desde a sua saída do tronco cerebral até as ramificações que se estendem pela face. Diante da dor neuropática, a Carbamazepina tem eficácia devido seu mecanismo de ação em atuar reduzindo a excitabilidade dos nervos, por meio do bloqueio dos canais de sódio, além de reduzir a frequência e a intensidade das crises da dor. É importante notar que a Dolicoectasia do sistema vertebrobasilar é uma condição relativamente rara e nem todas as pessoas com essa condição irão desenvolver a neuralgia do trigêmeo.

**Comentários finais:** No presente relato de caso, descrevemos uma situação clínica rara e desafiadora: a neuralgia do trigêmeo secundária à compressão vascular, com a causa subjacente sendo a dolicoectasia do sistema vertebrobasilar. Esta condição clínica ilustra a complexidade da neuralgia do trigêmeo, a variedade de fatores que podem desencadear essa afecção e o tratamento eficaz.

**Palavras-chave:** Neuralgia do trigêmeo; Dor; Ectasia vascular.



PO627

**E-PÔSTER - OUTROS****SÍNDROME DE MELKERSSON – ROSENTHAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** PHILIPPE LOUIS BERTIN TERRA SECA**COAUTORES:** ALICE WERNECK SILVA; JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA; RAÍSA ARUME DE SOUZA; GABRIELLE DE ALMEIDA DIAS ROCHA; JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA; VITORIA VIANNA FERREIRA; ANA CRISTINA COSTA MARTINS**INSTITUIÇÃO:** SEPTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Título:** SÍNDROME DE MELKERSSON – ROSENTHAL: RELATO DE CASO**Autores:** Philippe Louis Bertin, Alice Werneck Silva, João Pedro Sampaio Vieira, Raísa Arume de Souza, Gabrielle de Almeida Dias Rocha, Juliana Cunha Paula, Vitória Vianna Ferreira, Ana Cristina Martins /SEPTO-PUC RIO**Apresentação do caso**

Paciente com 39 anos, gênero feminino, sem comorbidades, procurou atendimento médico após surgimento há 2 dias de paralisia facial à esquerda e edema orolabial. Paciente referia 2 episódios anteriores há aproximadamente 1 e 3 anos, ambos a esquerda. Nos episódios anteriores, a paciente relatou paralisia facial mas negou presença de edema facial associado. Durante o exame foi observado edema em lábio inferior pior a direita (2+/4+), língua fissurada e paralisia facial. Durante avaliação estática e dinâmica da mímica facial a paciente apresentava assimetria facial evidente, mas não desfigurante, em repouso, desvio de comissura labial, fechamento completo dos olhos ao esforço e incompleto sem esforço, classificada como House-Brackman III. A paciente foi submetida a corticoterapia na dose 60mg/dia durante 7 dias com desmame gradual. Foram realizados acompanhamentos periódicos semanais com resolução total dos sintomas em menos de 30 dias. Paciente encontra-se sem sequelas até o momento.

**Discussão**

A síndrome de Melkersson-Rosenthal é uma patologia rara e sua etiologia ainda é incerta, mas alguns estudos apontam para um provável caráter hereditário. Caracteriza-se pela tríade: presença de edema orofacial recidivante, episódios recorrentes de paralisia facial periférica e língua fissurada. A tríade completa dificilmente é encontrada no mesmo momento, sendo a forma mono ou oligossintomática mais comumente achadas. Sendo assim a inexistência de algum dos sintomas da tríade clássica não impede o diagnóstico que é essencialmente clínico. Em caso de dúvidas diagnósticas, a biópsia pode ser utilizada e a presença de cistos granulomatosos na análise histopatológica aumentam a sensibilidade diagnóstica. Deve-se lembrar que este achado é difícil de ser detectado no exame da lâmina e não exclui o diagnóstico, caso não encontrado. É importante ressaltar também, que devido ao seu caráter recidivante é mandatório o acompanhamento dos pacientes mesmo quando há melhora sintomática após o tratamento. Além disso a explicação minuciosa ao paciente da possibilidade de recorrência dos sintomas e possibilidade de sequelas faciais é imprescindível. O tratamento com corticoterapia oral deve ser instituído o mais breve possível, na dose de 1mg/kg/dia (máximo de 80mg/dia) durante 7 dias com desmame em 1 semana. As terapias motoras devem ser indicadas tanto na fase aguda como na fase de sequela da doença, em acompanhamento conjunto com fisioterapeutas/fonoaudiólogos especializados na reabilitação motora facial, na tentativa de minimizar danos ao paciente. Caso haja evolução para sequelas faciais pode-se avaliar uma descompressão cirúrgica do nervo facial em sua porção acometida ou corticoterapia intralesional para diminuição do edema facial.

**Comentários finais**

A síndrome de melkerson-rosenthal é uma entidade clínica pouco conhecida e, portanto, subdiagnosticada. A compreensão desta patologia se faz necessária para que esta seja identificada e tratada o mais breve possível.

**Palavras-chave:** SÍNDROME DE MELKERSSON – ROSENTHAL; paralisia facial recorrente; edema orofacial recorrente.



PO682

**E-PÔSTER - OUTROS****ANÁLISE QUANTITATIVA DE INTERNAÇÃO POR SINUSITE CRÔNICA E DOS GASTOS DO SUS COM ESSA CONDUTA MÉDICA, NO BRASIL, NOS ANOS 2019-2023.****AUTOR PRINCIPAL:** JENNIFER CRISTIANA VICENTE DE LIMA**COAUTORES:** JOSÉ WAGNER DE LIMA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL**OBJETIVO:** Analisar o número de internações de pacientes com sinusite crônica, juntamente à análise quantitativa dos custos financiados pelo SUS com a internação desses pacientes nas cinco regiões do Brasil, no período de 2019 a 2023.**METODOLOGIA:** O presente estudo trata-se de uma pesquisa epidemiológica ecológica, de série temporal, com análise quantitativa de internações de pacientes que sofrem de sinusite crônica e associado a isso, há uma análise do valor gasto médio custeado pelo SUS com cada internação nas regiões brasileiras, entre janeiro de 2019 a julho de 2023. Esses dados foram coletados do Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS) da plataforma de dados públicos DATASUS. As variáveis de informação foram: número de internações, valor médio por internação, regiões do Brasil e a lista de morbidade CID-10: sinusite crônica.**RESULTADO:** A coleta de dados, referente a quase 5 anos de análise, revela que a região com maior número de internação de pacientes por sinusite crônica, foi a região sudeste com 52,90% (6.374) e a segunda maior, a região sul com 20,22% (2.436). Contrapondo a região Norte do país, a qual apresentou apenas 1,86% (220) em número de internação. Todas essas internações geram custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), esse gasto financeiro varia de acordo com a região do país, é válido ressaltar que o valor médio por internação por sinusite crônica no Brasil é de 785,01 reais. Entretanto, há regiões que ultrapassam esse valor, no nordeste, por exemplo, o valor médio por internação é de 1.073,19 reais, o que corresponde a um aumento de 36,71% em relação ao custo médio nacional. Já a região sudeste, possui um custo médio de internação abaixo da média brasileira, essa região registra um valor de 671,64 reais, correspondendo a uma redução de aproximadamente 14,50% em reais em relação ao valor médio da nação.**DISCUSSÃO:** A sinusite é considerada crônica quando a sintomatologia ultrapassa as 12 semanas. Trata-se de uma doença inflamatória, a qual inflama os seios paranasais da face. Isso acaba por causar pressão facial, rinorreia, congestão e mal estar geral. Pessoas com disfunção ciliar dos seios paranasais, rinite alérgica e imunodeficientes, por exemplo, possuem fatores de risco para se ter a sinusite crônica. Irrigação nasal com soro fisiológico, corticosteróide intranasal, antibioticoterapia, descongestionante são alternativas para tentar tatar essa enfermidade; entretanto, há casos em que internações são necessárias. Essa conduta gera ônus ao sistema público de saúde, que realiza o pagamento dos custos de cada internação. Dessa maneira, diante dessa problemática da saúde, a qual afeta a qualidade de vida do paciente e produz ainda mais custos públicos ao país, se faz necessária a assistência precoce do paciente com sinais de sinusite. De modo que os profissionais de saúde saiba diagnosticar uma sinusite aguda, aplicando o tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso para o tratamento do paciente. Ao menos, dessa maneira, haveria menores chances de cronificação e consequentemente, de um tratamento que exigisse internação.**CONCLUSÃO:** Durante o período de janeiro de 2019 a julho de 2023, o número maior de pacientes internados por sinusite crônica está na região sudeste, enquanto a região norte se encontra o menor número de internados. O custo médio por internação, financiado pelo SUS, é maior na região nordeste, enquanto, a de menor custo é a região sudeste do Brasil.**Palavras-chave:** sinusite crônica;internação;valor gasto pelo SUS.

PO684

**E-PÔSTER - OUTROS****ANGINA BOLHOSA HEMORRÁGICA DO PALATO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA MOLINARI MADLUM**COAUTORES:** KATIA CRISTINA COSTA; FELIPE FERRAZ QUINTAL; LEONARDO BRANDINI SANCHES; MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT; ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA; GUSTAVO SARAIVA DE ALMEIDA; MARIANA SALVES DE OLIVEIRA GONÇALLES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 52 anos, veio ao pronto atendimento de otorrinolaringologia devido a quadro de odinofagia leve de início há 4 dias, com piora durante o consumo de alimentos ácidos, pães e carnes. Refere ainda ter percebido a formação de bolhas na boca há 2 dias. Nega episódios semelhantes prévios ou traumas locais, nega sangramentos. De antecedentes apresenta hipertensão arterial sistêmica como única comorbidade em uso diário de atenolol, além de referir ser alérgica a amoxicilina. Ao exame físico: dados vitais estáveis, oroscopia com presença duas de lesões hiperemiadas em palato mole de aproximadamente 3 mm em sua maior dimensão, não ulcerada, bem delimitada, regular, assimétrica bilateralmente; otoscopia e rinoscopia sem alterações. Optado por orientações, analgesia adequada e realizada biópsia ambulatorial, além de solicitação de exames laboratoriais e retorno em ambulatório especializado. Exames laboratoriais: hematócrito, sorologias e coagulograma sem alterações. Análise histológica: fragmentos revestido por epitélio pavimentos estratificado não queratinizado com presença de infiltrado inflamatório com neutrófilos. Em consulta de retorno, 21 dias após a primeira consulta a paciente relatava melhora da dor e ao exame físico havia redução do tamanho da lesão no palato bilateralmente, apesar de manter hiperemia, negava sangramentos. Em consulta de retorno após 2 meses do início dos sintomas, apresentava resolução completa do quadro e involução da lesão sem novas recorrências até o momento. **Discussão:** A angina bolhosa hemorrágica (ABH) é uma condição benigna e autolimitada, caracterizada pelo aparecimento súbito de bolhas indolores com conteúdo sanguinolento na cavidade oral. Embora descrita como uma condição rara, alguns autores sugerem que a ABH seja subdiagnosticada devido à falta de conhecimento e ao seu caráter autolimitado de evolução favorável. Esta condição afeta principalmente o palato mole, em mulheres de meia-idade e pode estar relacionada com o período menstrual. Embora seja pouco reconhecida, os médicos devem estar familiarizados com ela devido à sua potencial associação com condições subjacentes, como diabetes mellitus, hipertensão e uso de corticosteroides inalatórios. É caracterizada pela formação aguda de bolhas de conteúdo sanguíneo na mucosa bucal e orofaríngea, subepiteliais, indolores, assintomáticas e ocorrem mais comumente no palato mole. As lesões não são atribuídas a discrasias sanguíneas, doenças sistêmicas ou desordens vesiculobolhosas. O trauma local parece ser o principal fator predisponente, porém o uso prolongado de esteroides inalatórios e diabetes mellitus podem contribuir. A investigação inclui a avaliação laboratorial completa para descartar patologias hematológicas sistêmicas como leucemia, trombocitopenia e doença de von Willebrand. Outros relevantes diagnósticos diferenciais incluem o pênfigo e penfigoide, além de epidermólise bolhosa, dermatite herpetiforme e líquen plano. A ruptura das bolhas ocorre tipicamente durante as refeições, liberando o conteúdo sanguíneo na boca e deixando a erosão coberta por uma crosta. O prognóstico da ABH é benigno e geralmente não há necessidade de tratamento, ocorrendo, evolução favorável, sem cicatrizes. Portanto, o manejo da ABH consiste em tranquilizar o paciente e modificar os fatores de risco, além de terapia sintomática com analgésicos. Alguns estudos recomendam o uso de enxaguatório bucal contendo 0,2% de gluconato de clorexidina para prevenir infecções secundárias, além da possibilidade de realizar uma incisão para evitar aumento de lesão e invasão de via aérea.

**Comentários finais:** A partir do caso exposto e considerando os diagnósticos diferenciais envolvidos neste quadro, ressaltamos que, embora descrita como condição rara a mesma pode ser subdiagnosticada devido a evolução de melhora autolimitada do quadro. Dessa forma, é fundamental que a angina bolhosa hemorrágica do palato seja corretamente identificada pelo médico especialista e conduzida adequadamente para controle sintomático do paciente e exclusão de outras patologias da cavidade oral.

**Palavras-chave:** lesão em cavidade oral; angina bolhosa do palato; estomatologia.

PO686

**E-PÔSTER - OUTROS****SÍNDROME RAMSAY HUNT: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA**COAUTORES:** GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA; FELIPPE MAGIOLLI LIMA; VITORIA VIANNA FERREIRA; ANA CRISTINA COSTA MARTINS; LARA PASCOUTTO SAMPAIO; ALICE WERNECK SILVA; RAÍSA ARUME DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** PUC RIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Apresentação do Caso**

Feminino, 64 anos, comparece ao pronto atendimento de otorrinolaringologia com queixa de hipoacusia bilateral, associado a lesões vesiculares, bolhosas, avermelhadas e dolorosas em hemiface esquerda (região supraorbitária esquerda e temporal esquerda). Além disso, apresenta otalgia leve, com início dos sintomas há 2 dias. Nega otorrêia, vertigem ou zumbido. Ao exame físico: rinoscopia, oroscopia e otoscopia sem alterações. Na inspecção, há presença de lesões vesiculares, bolhosas, avermelhadas e dolorosas em região supraorbitária e temporal, ambas à esquerda. Ausência de desvio de comissura labial, presença de rugas frontais e capacidade de fechar os olhos. Como conduta, iniciou-se Prednisolona (dose de 60mg/dia, por 10 dias, com desmame posterior), Aciclovir oral e tópico, analgesia e solicitado Audiometria e Timpanometria. Após 1 semana de tratamento, paciente retorna com melhora das lesões vesiculares em região supraorbitária, melhora da otalgia e da hipoacusia inicial.

Traz A+I: Perda auditiva neurossensorial de grau leve a moderado em ambas orelhas. Curva tipo “ A ” em orelha direita e “ Ar ” em orelha esquerda. A conduta traçada foi manter corticoide oral até completar esquema terapêutico e repetir A+I após término do tratamento.

**Discussão**

A Síndrome de Ramsay Hunt é definida pela associação de paralisia facial periférica e otalgia ipsilateral acompanhada de lesões vesiculares em pavilhão auricular causadas pelo acometimento do gânglio geniculado, pelo vírus do herpes zoster. O diagnóstico da síndrome é na maioria das vezes clínico e de suma importância a fim de detectar possíveis complicações. O isolamento e detecção do vírus pode ser útil em casos atípicos. O tratamento inclui a terapia antiviral e o uso de corticoide e tem demonstrado bom prognóstico, se instituído precocemente. Após a fase aguda, recomenda-se reabilitação motora para resolução completa da paralisia facial e redução dos riscos de sequelas auditivas, neuralgia pós-herpética e outras.

**Comentários Finais**

O caso relatado sinaliza que o diagnóstico desta síndrome requer um alto índice de suspeição, visto que os sintomas podem ser atípicos. Ressalta-se ainda, a importância de se conhecer as diferentes formas que o vírus varicela zoster se manifesta, além das consequências na manifestação semiológica. Desse modo, é necessário e possível reconhecer de forma prematura a síndrome de Ramsay Hunt e iniciar o tratamento precocemente a fim de reduzir as sequelas ao paciente.

Palavras-chave: RAMSAY HUNT;AUDIOMETRIA;HIPOACUSIA.

PO692

**E-PÔSTER - OUTROS****AValiação DO QUESTIONÁRIO DE RASTREIO DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EM IDOSOS (RADI) EM COMPARAÇÃO À VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO****AUTOR PRINCIPAL:** PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA**COAUTORES:** LIDIANE MARIA DE BRITO MACEDO FERREIRA; BRYSE KATHERYNE VIDAL MADOUNGOU; FRANCISCA LUIZA KENNIA LOPES ARAÚJO; NATHÁLIA DE OLIVEIRA ALVES; LARISSA PIRES DE MOURA; MATHEUS SILVA DE ARRUDA CÂMARA; THALES AUGUSTO LOPES TEIXEIRA**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL2. NATHÁLIA DE OLIVEIRA ALVES, NATAL - RN - BRASIL3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL**Objetivo:** Comparar a classificação do protocolo de Rastreamento da Disfagia Orofaringea em Idosos (RADI) com os resultados obtidos por meio da Videoendoscopia da Deglutição (VED) no ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL).**Método:** Trata-se de um estudo transversal, analítico-descritivo, observacional, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL, sob o número de parecer 6.041.659. Incluiu-se indivíduos com idade igual ou maior que 60 anos que foram atendidos no Ambulatório de Disfagia do HUOL no período de abril a setembro de 2023. A amostra foi composta por 25 sujeitos que foram submetidos ao protocolo RADI e ao exame da VED. O RADI é um questionário de rastreio composto por nove questões a respeito da deglutição com pontuações que ao final determinarão o risco de disfagia orofaríngea (DO). Os dados obtidos no RADI e na VED foram tabulados em planilha de Microsoft Excel, para obtenção de parâmetros estatísticos descritivos básicos (valores de média, mediana e desvio padrão), enquanto as variáveis categóricas foram expressas em termos de frequência e percentual.**Resultados:** A amostra caracterizou-se por 19 indivíduos (76%) do gênero masculino e seis (24%) do feminino, com média de idade de 72,48 anos. Identificou-se 32% de tabagistas, destes, 87,5% possuem a deglutição alterada de acordo com o resultado da VED. Houve uma maior prevalência de sujeitos com diagnóstico etiológico de acidente vascular encefálico (AVE), correspondendo a 28% da amostra. Ao correlacionar o RADI com a VED, dos pacientes com diagnóstico de disfagia pela VED, constatou-se que: 40% dos sujeitos sempre faziam esforço para engolir; 68% relataram não sentir dor ao deglutir; 48% perderam peso; 48% sempre apresentavam pigarro após deglutir; 36% relataram alteração da voz após deglutir; 36% sempre se engasgavam ao deglutir; 76% não tiveram pneumonia após algum engasgo; e 28% afirmaram sempre sentir cansaço após a refeição. No total, 68,18% dos sujeitos classificados no RADI com DO, foram também diagnosticados na VED.**Discussão:** Na literatura não existe uma relação clara entre gênero e o diagnóstico de DO, neste estudo houve uma maior prevalência de indivíduos do gênero masculino. Sobre faixa etária, assim como em estudos anteriores, este estudo demonstrou que idosos com idade mais avançada têm mais chances de desenvolver a DO. A alta proporção de indivíduos tabagistas e ex-tabagistas que apresentaram DO pode ser devido a inflamação e o ressecamento que a nicotina é capaz de causar a laringe, prejudica na mobilidade, sensibilidade e funcionalidade das pregas vocais, aumentando os riscos de aspirações e penetrações laríngeas. Mais da metade dos entrevistados no RADI que obtiveram classificação de DO, foram também diagnosticados com o mesmo sintoma na VED, isso sugere uma boa acurácia deste protocolo como instrumento de rastreio nesta população. A existência de sinais como o esforço e dor ao deglutir, perda de peso por causa da dificuldade em engolir, cansaço, pigarro e voz molhada após a deglutição, bem como uma maior frequência dos engasgos são alertas para a existência de algo fora do comum relacionado à deglutição.**Conclusão:** O presente estudo pode concluir, com base na amostra analisada, que o RADI é um importante instrumento de rastreio para identificação de fatores de risco para a DO em idosos, capaz de auxiliar em diagnósticos precoces e mais aprimorados, associado a exames instrumentais ou por uma avaliação clínica.**Palavras-chave:** DISFAGIA ;QUESTIONÁRIO;IDOSO.

PO694

**E-PÔSTER - OUTROS****RINITE MEDICAMENTOSA: O USO INADVERTIDO DE DESCONGESTIONANTES NASAIS****AUTOR PRINCIPAL:** CLARA DE FREITAS CARNEIRO**COAUTORES:** ANA PAULA MEIRA GOMES DE CARVALHO; IANA CAROLINA GALVÃO MUELLER; MATEO FERNANDEZ R.; VITÓRIA RANI FIGUEIREDO**INSTITUIÇÃO:** 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL

**OBJETIVOS:** O estudo objetiva compreender a Rinite Medicamentosa (RM) no contexto do uso indiscriminado de Descongestionantes Nasais (DN), entender as condições determinantes, fatores desencadeantes e para o desenvolvimento da rinite medicamentosa associada ao uso de DN. Além de analisar mecanismos de ação de descongestionantes nasais que implicam as principais sintomatologias do quadro de RM e delimitar as principais terapêuticas associadas ao tratamento da Rinite Medicamentosa.

**MÉTODOS:** Estudo observacional descritivo, seguindo a metodologia de revisão integrativa. Foram encontrados 35 artigos nas bases de dados PUBMED e LILACS. Como critérios de inclusão, foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: Rhinitis Medicamentosa; efeito rebote ou rebound effect; Descongestionantes Nasais; Automedicação and Descongestionantes Nasais; Uso abusivo de Descongestionantes Nasais; Misuse of nasal decongestants. Para exclusão, foram utilizados critérios de publicação inferior ao ano de 2006, não apresentando relação direta com a RM e amostras populacionais restritas. Por fim, 10 artigos preencheram os critérios estabelecidos, os quais foram lidos e analisados em relação às principais causas e métodos de tratamento para a RM.

**RESULTADOS:** Referente às causas, dos 10 artigos analisados, 6 enfatizam o uso excessivo dos DN como o fator chave, 2 ressaltam a falta de informação como principal causa e outros 2 associam o uso excessivo dos DN com a falta de informação dos pacientes. Poucas pessoas conhecem o risco do uso inadequado dos DN e as embalagens dos medicamentos também não sinalizam essa informação. Sobre o tratamento, os artigos se aproximam sobre qual seria a melhor escolha. A interrupção imediata dos DN é uma das principais condutas trazidas por 6 artigos, sendo que 5 também expõem o uso de corticoides intranasais como terapêutica associada. O uso de anti-histamínicos foi relatado como tratamento utilizado por alguns médicos em 2 dos artigos analisados. Observou-se que 5 artigos expõem a importância de uma melhoria das informações para jovens e adultos sobre o uso de DN. Apenas 2 artigos não abordaram o tratamento para a RM.

**DISCUSSÃO:** A RM está diretamente ligada à utilização de DN tópicos, induzida pelo uso prolongado destes medicamentos. A congestão rebote, um mecanismo relacionado à RM, trata-se de um efeito reverso de piora na congestão nasal para a qual foi prescrito o uso de DN. Esse ciclo resulta em dependência destas medicações. Fatores potencializam o uso indiscriminado de DN, como o baixo entendimento da população sobre os perigos do uso ao longo prazo e o alívio momentâneo proporcionado pela droga. O fácil acesso a essas medicações, sem necessidade de prescrição médica, pode ser um influenciador do uso abusivo pela população. Em crianças, o fator emocional é relevante na administração dos DN, uma vez que os cuidadores são motivados pela promoção de bem-estar e conforto. A influência de conhecimento popular e o marketing sem rigor científico das marcas de DN são suficientes para influenciar o uso inadvertido em pacientes pediátricos. A conduta de escolha para a RM não é um consenso, principalmente pela inespecificidade da sua fisiopatologia, o que dificulta o manejo do paciente. Dentre as escolhas, destacam-se a interrupção imediata dos DN, associada à utilização de corticoides intranasais; tratamentos alternativos como uso de ATP oral, diodo laser e oscilador cinético; e a boa informação do paciente sobre a RM.

**CONCLUSÃO:** As consequências do uso inadvertido de DN mostram-se fatores relevantes para a manutenção da RM. A falta de informação da população sobre os efeitos adversos do uso prolongado de descongestionantes, bem como o acesso a esses sem receita podem ser facilitadores do desenvolvimento da RM. Além disso, o médico tem papel fundamental na prevenção da RM ao garantir informação de qualidade ao paciente. Por fim, maiores estudos são necessários para a delimitação correta da fisiopatologia da doença e da terapêutica mais adequada.

**Palavras-chave:** Rinite medicamentosa; descongestionantes nasais; uso inadvertido.

PO698

**E-PÔSTER - OUTROS****APLICATIVOS PARA O MONITORAMENTO DE RONCO E APNEIA DO SONO NA PLAY STORE: UM ESTUDO TRANSVERSAL****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA ANTONIA SCHLUTER GRECO**COAUTORES:** MARIA FERNANDA RONCHETTI GRILLO; MATHEUS MOLINA; RAFAELI SAGRILLO GROSSI**INSTITUIÇÃO:** UNISINOS, SÃO LEOPOLDO - RS - BRASIL**E-PÔSTER - APLICATIVOS PARA O MONITORAMENTO DE RONCO E APNEIA DO SONO NA PLAY STORE: UM ESTUDO TRANSVERSAL****Autores:** Maria Antonia Schluter Greco, Matheus Poncio Molina, Maria Fernanda Ronchetti Grillo, Rafaeli Sagrilo Grossi.**Instituição:** Universidade do Vale do Rio dos Sinos

**Objetivos:** O ronco e a apneia do sono são distúrbios do sono comuns na população brasileira, exigindo abordagens especializadas para o seu tratamento. A integração crescente da tecnologia da informação na vida cotidiana está reconfigurando a relação entre os indivíduos e suas questões de saúde. Este estudo tem como objetivo analisar aplicativos em língua portuguesa relacionados ao ronco e à apneia do sono disponíveis na loja virtual Play Store, visando descrever suas características e funcionalidades.

**Métodos:** Este estudo transversal envolveu a pesquisa e seleção de aplicativos disponíveis na Play Store que se destinam a medir, auxiliar, encaminhar e/ou informar os usuários sobre problemas de ronco e/ou apneia do sono. Critérios de inclusão foram estabelecidos com base em palavras-chave, como “ronco”, “apneia do sono” e “distúrbios do sono”, no mecanismo de busca da loja denominada Play Store. Foram escolhidos os cinco aplicativos com o maior número de downloads, incluindo versões gratuitas e pagas. Foram coletadas informações sobre o número total de downloads, funcionalidades descritas pelos desenvolvedores, a presença de sincronização com o GoogleFit, avaliações de usuários, vantagens e desvantagens relatadas pelos usuários, bem como orientações relacionadas à busca de tratamento médico especializado.

**Resultados:** A amostra final incluiu cinco aplicativos: SnoreLab, SnoreFree, Snoregym, SnoreClock e Monitor do Sono. Esses aplicativos apresentaram um total combinado de mais de 7,2 milhões de downloads. Apenas o SnoreClock e o Monitor do Sono ofereceram funcionalidades de registro de informações sobre o sono em suas versões gratuitas, enquanto o SnoreLab disponibilizou tal funcionalidade somente em sua versão Premium (paga). Os demais aplicativos não possuíam essa capacidade. Tanto o SnoreFree quanto o Monitor do Sono não permitem a sincronização com o GoogleFit. Os aplicativos SnoreClock, Monitor do Sono e SnoreLab (versão Premium) apresentaram estatísticas detalhadas sobre cada noite de sono, descrevendo a quantidade de minutos com ruídos e alegando a capacidade de identificar a presença ou ausência de roncopatia. No entanto, nenhum dos cinco aplicativos promete identificar ou qualificar episódios de apneia do sono. Além disso, os aplicativos analisados não forneceram orientações ou recomendações para buscar avaliação médica em casos de ronco ou apneia do sono. As recomendações predominantes estavam relacionadas a modificações no estilo de vida e aprimoramento das técnicas de higiene do sono.

**Discussão:** É fundamental ressaltar que distúrbios do sono, como o ronco e a apneia do sono, requerem avaliação médica especializada e tratamento individualizado. No entanto, entre os aplicativos avaliados, nenhum orientou os usuários a procurar um profissional de saúde (médico) para avaliação e tratamento adequados dessas condições. Além disso, nenhum dos aplicativos alegou substituir a habilidade clínica e as técnicas aplicadas na avaliação médica desses distúrbios do sono.

**Conclusão:** A busca por informações por meio de dispositivos digitais faz parte integrante da vida moderna. Nesse contexto, a convergência entre avanços tecnológicos e a orientação médica é uma tendência em crescimento e de crescente importância no manejo de diversos problemas de saúde, incluindo os distúrbios do sono. Em relação aos aplicativos disponíveis na Apple Store, embora tenham atingido um número significativo de downloads, não há evidências de que possam substituir a avaliação médica, e, preocupantemente, eles não fornecem orientações para buscar avaliação médica especializada. Portanto, é necessário realização de mais estudos para monitorar essa nova tendência comportamental e avaliar seus impactos na saúde.

**Palavras-chave:** Roncos ;Apneia ;Aplicativos.



PO707

**E-PÔSTER - OUTROS****ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA ATUAÇÃO DA OTORRINOLARINGOLOGIA EM PACIENTES ACIMA DE 60 ANOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO TERCIÁRIO****AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA**COAUTORES:** MARIA LUIZA ROHR ZANON; RENAN CÉSAR DE FREITAS; RAFAELA DESIDERIO SAAD; WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA; PAULO RENATO BARCHI; GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA; ATILIO MAXIMINO FERNANDES**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL. 2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL**Objetivos:** Buscou-se fornecer informações baseadas na epidemiologia local, comparando com as diversas idades, a fim de subsidiar tratamentos mais precisos e direcionados a faixa etária dos acima de 60 anos.**Métodos:** O estudo consiste em um desenho transversal com delineamento epidemiológico dos pareceres respondidos pela equipe de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial, realizado em hospital terciário do interior de São Paulo. A coleta de dados foi realizada a partir de todos os pareceres solicitados durante o período entre 1 de janeiro de 2021 a 1 de fevereiro de 2022, excluindo-se os pareceres com informações incompletas. Dividiu-se os pacientes conforme faixa etária, incluindo o grupo dos 60 anos ou mais, além da divisão quanto sexo, presença ou não de comorbidades, especialidade solicitante, diagnóstico topográfico, diagnóstico clínico, tipo de tratamento proposto e desfecho do tratamento (melhora, piora/óbito, alta da otorrinolaringologia). Após, foram tabulados no software SPSS for iOS (versão 28) e foram analisados quanto a associação entre as variáveis categóricas, usando teste de qui quadrado ou Fisher. Quando avaliadas variáveis contínuas, no caso a idade, foi verificada inicialmente a normalidade dos dados, através do teste de Shapiro-Wilk. Uma vez que a normalidade não foi identificada, as análises posteriores foram realizadas através dos testes de Kruskal-Wallis. Nível de significância de 0,05 foi adotado para todos os testes.**Resultados:** Foram analisados 569 prontuários, sendo 35,7% de pacientes do sexo feminino e 64,3% do sexo masculino. A idade média dos pacientes foi de 71,72 anos. Dentre os pacientes idosos, 84,3% tinham pelo menos uma comorbidade. Dentre as equipes solicitantes, a clínica médica foi predominante (37,2%), seguida pela cirurgia geral (15,8%) e Oncologia (8,9%). Ao avaliar as patologias conforme topografia, foi observado um predomínio de doenças otológicas (22,35%), além dos traumas (21,47%). Em relação a etiologia, 25,8% foram infecciosos e/ou inflamatórios, 21% fraturas de ossos do crânio e da face e 15% relacionados a sangramentos. Quando as variáveis foram analisadas entre si, em pacientes idosos o sexo masculino foi associado a desfecho menos favorável (piora/óbito), comparado ao sexo feminino ( $p = 0,011$ ). Quando analisada de forma isolada, a presença de comorbidade não demonstrou associação com desfechos ( $p = 0,36$ ). Ao se correlacionar sexo e comorbidades pelo método de Spearman demonstrou-se correlação significativa ( $p < 0,001$ ;  $r = -0,142$ ), mais presentes em indivíduos do sexo masculino ( $p = 0,001$ ). Ainda, as doenças oncológicas apresentaram maior associação com desfechos piores, segundo teste de qui quadrado ( $p < 0,001$ ). A avaliação do desfecho determinado pelo tipo do tratamento não teve valor estatístico significativo ( $p = 0,327$ ). Dentre os achados, houve um percentual marcante em relação ao diagnóstico oncológico ou suspeita de lesão maligna, sendo 83,7% para homens e 16,3% para mulheres ( $p < 0,001$ ).**Conclusão:** Observa-se que grande parte das queixas dos idosos compreendem perda auditiva, distúrbios do equilíbrio, queixas nasais, distúrbios vocais, câncer de cabeça e pescoço e queixas estéticas. Este último reflete que o aumento no período devida saudável da população. Em análises epidemiológicas de hospitais universitários e/ou de nível terciário, o número de atendimentos à faixa etária de 16 a 65 anos variou de 66 a 71%, contrastando com 5 a 7% dos acima de 65 anos. Além disso, ao se comparar o presente trabalho com uma revisão sistemática com 31 estudos mostrou-se que em ambos houve uma correlação significativa de piores desfechos em pacientes oncológicos. Considerando as particularidades de cada centro de assistência, compreender o perfil epidemiológico dos atendimentos empregados, permite melhor adequação dos mesmos a sua demanda, promovendo melhora na avaliação especializada.**Palavras-chave:** OTORRINOLARINGOLOGIA; GERIATRIA; COMORBIDADES.



PO711

**E-PÔSTER - OUTROS****ESTENOSE DE RINOFARINGE ADQUIRIDA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS EDUARDO AKAISHI**COAUTORES:** RAFAEL CASTANHEIRA VILELLA DOS REIS; LUCAS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO; MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI; FLAVIO RICIERI CARNEIRO; CARINA KAGUE HIGASHIBARA; MARIA OLIVIA FERRONATO RIBEIRO DO VALLE; MONIK MIRMOVICZ**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Paciente A.M.O, 32 anos, feminina, proveniente de São Paulo - SP, portadora de Síndrome de Pierre Robin, procurou atendimento em ambulatório de otorrinolaringologia devido queixa de obstrução nasal crônica. Paciente relatou início dos sintomas nasais após ter sido submetida a uma cirurgia de correção de fissura nasopalatina na infância. Evoluiu com sinéquia em nasofaringe e orofaringe e foi submetida a uma nova cirurgia para correção da estenose, com resultado insatisfatório.

Ao exame físico, apresentou oroscopia com aderência do arco palato-faríngeo à parede posterior da orofaringe. Realizou-se um exame de Nasofibroscopia flexível, que evidenciou sinais de insuficiência velofaríngea e presença de palato mole aderido a rinofaringe, pérvio apenas com dois pertuitos em pequenas porções laterais. Em anamnese detalhada e exames complementares laboratoriais, não apresentou fatores de risco para causa adquirida de etiologia infecciosa. Hipotetizou-se portanto que a paciente evoluiu com uma subestenose de coana bilateral como complicação pós-operatória da cirurgia de correção da fissura nasopalatina.

A estenose de nasofaringe adquirida é uma complicação rara, de difícil tratamento e prognóstico restrito, devido a sua refratariedade aos tratamentos cirúrgicos. O reconhecimento do quadro e desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas podem auxiliar no tratamento futuro desta afecção, mas principalmente o cuidado no intra operatório de cirurgias de naso e orofaringe, considerando que a seqüela pós cirúrgica é a principal etiologia.

Estenose de nasofaringe adquirida é uma afecção (condição) rara de difícil tratamento, caracterizada como obliteração parcial ou total da comunicação normal entre a nasofaringe e a orofaringe, devido à formação de tecido cicatricial. Existem diversas etiologias possíveis, sendo a mais relevante atualmente a de causa iatrogênica.

Malformações congênitas como a síndrome de Pierre Robin (micrognatia, glossoptose e fissura de palato) podem aumentar a chance da sua ocorrência, sendo portanto um importante fator de risco.

A estenose de nasofaringe pode ser classificada de acordo com sua severidade. A classificação de Pinto define como grau I quando somente as porções laterais do palato mole aderem à parede posterior; grau II quando a estenose torna-se circunferencial com abertura central de um a dois centímetros de diâmetro e grau III com diâmetro menor que um centímetro ou fechamento total.

Devido a frequente recidiva da complicação, diversas técnicas cirúrgicas corretivas já foram descritas na literatura, com taxas variadas de sucesso.

Palavras-chave: Estenose; Nasofaringe; Fissura nasopalatina.

PO723

**E-PÔSTER - OUTROS****ANÁLISE DO IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NAS INTERNAÇÕES POR ADENOAMIGDALECTOMIA EM MATO GROSSO ENTRE OS ANOS DE 2019 E 2022****AUTOR PRINCIPAL:** JOÃO PAULO DE MOURA NEVES**COAUTORES:** MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT; GABRIELY LERNER BIANCHI; DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS; CRISTYAN CESAR DALL AGNOL; CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA; GIULIANNNA DE LIMA GAMA; AMANDA ALMEIDA AGUIAR**INSTITUIÇÃO:** HUJM/ UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Objetivo:** Analisar o quantitativo de internações através do Sistema Único de Saúde (SUS) em virtude de amigdalectomia com adenoidectomia no Mato Grosso no período de 2019 a 2022, comparando com dados nacionais e adicionalmente avaliando o impacto da pandemia de COVID-19.

**Metodologia:** Estudo descritivo transversal, baseado na quantidade de internações por ano segundo Região/Unidade da Federação por amigdalectomia com adenoidectomia de 2019 a 2022. A pesquisa foi realizada através das Informações de Saúde (TABNET), com o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

**Resultado:** Segundo o DATASUS, no Brasil, houve um total de 78.530 internações no SUS para realização do procedimento de amigdalectomia com adenoidectomia no período de 2019-2022. A região Centro-Oeste contabilizou um total de 5.131 (6,53%) internações no mesmo período e o estado do Mato Grosso foi responsável por 943 (1,2%) desse total. Houve uma queda no contexto nacional na quantidade de internações nos anos de 2020 (13.616) e 2021 (11.118) quando comparados com o ano de 2019 com 30.924, seguido de um aumento no ano de 2022 com 22.872 internações. O mesmo padrão de queda e crescimento foi observado a nível regional e estadual, sendo contabilizado no estado do Mato Grosso os seguintes números 2019 (274), 2020 (122), 2021 (119) e 2022 (429).

**Discussão:** A adenoamigdalectomia é um procedimento cirúrgico realizado para a remoção das amígdalas e adenóides em uma única intervenção. Suas principais indicações incluem infecções recorrentes e obstrução das vias aéreas superiores, que podem resultar em sinusites frequentes, otites médias recorrentes, ronco e apneia do sono. A adenoidectomia é recomendada quando a hipertrofia das adenóides obstrui mais de 80 a 90% da nasofaringe, podendo influenciar o crescimento craniofacial e levar à Síndrome do Respirador Bucal. A adenoamigdalectomia permanece como uma das cirurgias mais comuns em crianças, sendo que a apneia obstrutiva do sono é uma das complicações mais preocupantes. A análise das internações por amigdalectomia com adenoidectomia no Brasil, na região Centro-Oeste e em Mato Grosso entre 2019 e 2022 mostra um padrão relacionado à pandemia de COVID-19. Houve uma significativa redução nas internações em 2020 e 2021 devido às restrições e ao medo de infecção, levando à postergação de procedimentos cirúrgicos. Em 2022, houve uma recuperação parcial com o relaxamento das medidas restritivas, mas os números ainda não retornaram aos níveis pré-pandêmicos, indicando um impacto duradouro nas práticas cirúrgicas e na busca por cuidados médicos.

**Conclusão:** Em resumo, a adenoamigdalectomia desempenha um papel fundamental no tratamento de condições que afetam as vias aéreas superiores, especialmente em crianças. A análise das internações por esse procedimento durante o período da pandemia de COVID-19 evidencia os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde e pacientes, com uma queda significativa nas cirurgias em 2020 e 2021 devido às medidas restritivas. A recuperação parcial em 2022 sugere um retorno gradual à normalidade, mas a experiência destaca a necessidade de flexibilidade e adaptação das práticas médicas diante de eventos imprevisíveis.

**Palavras-chave:** COVID-19; Epidemiologia Clínica; Tonsilectomia.

PO732

**E-PÔSTER - OUTROS****TENDÊNCIAS NAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DO OUVIDO E DA APÓFISE MASTOIDE NA BAHIA****AUTOR PRINCIPAL:** LORENA BARBOZA DE SOUSA**COAUTORES:** LETÍCIA NUNES RABELLO; RUTE CEDRAZ DIAS; MARIA CAROLINA OLIVEIRA SANTOS; GUILHERME GUIMARÃES CARNEIRO MELO; MATHEUS DE ARAÚJO MOREIRA SILVA; KAILANY BEZERRA SILVA; GABRIEL DA ROSA SANTOS**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL**Objetivo:**

Os resultados indicam que houve um aumento nas internações por doenças do ouvido e da apófise mastoide na Bahia entre 2019 e 2022. Na faixa etária de 60 anos e mais, as internações passaram de 118 em 2019 para 151 em 2022, representando um aumento de aproximadamente 28%. Já na faixa etária de menor de 1 ano até 19 anos, as internações aumentaram de 694 em 2019 para 685 em 2022, com uma variação negativa de cerca de 1%.

As doenças mais prevalentes dentro desse grupo de patologias incluem infecções de ouvido (otites), mastoidites (infecções da apófise mastoide) e problemas relacionados à audição. As doenças do ouvido e da apófise mastoide englobam uma série de condições que afetam o sistema auditivo e estruturas adjacentes, podendo variar em gravidade e impacto na qualidade de vida.

**Método:** Tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo, com análise quantitativa de dados. Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Morbidade Hospitalar (SIH-SUS) da Bahia. Foram consideradas as internações por doenças do ouvido e da apófise mastoide nas faixas etárias de 60 anos e mais e menor de 1 ano até 19 anos, nos anos de 2019 a 2022. A porcentagem de aumento foi calculada comparando os números de internações entre 2019 e 2022.

**Resultados:**

Os resultados indicam que houve um aumento nas internações por doenças do ouvido e da apófise mastoide na Bahia entre 2019 e 2022. Na faixa etária de 60 anos e mais, as internações passaram de 118 em 2019 para 151 em 2022, representando um aumento de aproximadamente 28%. Já na faixa etária de menor de 1 ano até 19 anos, as internações aumentaram de 694 em 2019 para 685 em 2022, com uma variação negativa de cerca de 1%. As doenças mais prevalentes dentro desse grupo de patologias incluem infecções de ouvido (otites), mastoidites (infecções da apófise mastoide) e problemas relacionados à audição. As doenças do ouvido e da apófise mastoide englobam uma série de condições que afetam o sistema auditivo e estruturas adjacentes, podendo variar em gravidade e impacto na qualidade de vida.

**Discussão:**

A variação nas tendências de internações por doenças do ouvido e da apófise mastoide pode ser influenciada por diversos fatores, como mudanças demográficas, acesso aos serviços de saúde e sazonalidades. O aumento nas internações em idades avançadas pode ser atribuído ao envelhecimento da população, que está mais suscetível a problemas de audição. Por outro lado, a variação nas internações em idades mais jovens pode ser resultado de fatores sazonais e mudanças nos padrões de cuidados de saúde.

A comparação com as internações por doenças do aparelho respiratório destaca as diferenças nas tendências de saúde entre esses grupos de patologias. Enquanto as doenças do ouvido e da apófise mastoide apresentaram um aumento modesto, as doenças do aparelho respiratório tiveram uma variação mais expressiva ao longo dos anos, sugerindo que essas condições têm determinantes e padrões distintos.

**Conclusão:** Este estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo revelou um aumento nas internações por doenças do ouvido e da apófise mastoide na Bahia entre 2019 e 2022, especialmente na faixa etária de 60 anos e mais. As doenças mais prevalentes nesse grupo incluem otites, mastoidites e problemas de audição. Embora as tendências de saúde sejam multifatoriais, este estudo fornece insights importantes para orientar políticas de saúde e medidas de prevenção específicas para as doenças do ouvido e da apófise mastoide na população baiana.

**Palavras-chave:** Doenças do ouvido e da apófise mastoide; Internações por doenças do ouvido; Relação doenças respiratórias e doenças do ouvido.

PO748

**E-PÔSTER - OUTROS**

Sucesso na redução das taxas de óbitos e internamentos por neoplasia malignas de laringe em serviço público.

**AUTOR PRINCIPAL:** LORENA BARBOZA DE SOUSA

**COAUTORES:** LARAH CERQUEIRA ALVES; RUTE CEDRAZ DIAS; MATHEUS DE ARAÚJO MOREIRA SILVA; GABRIELE DOS SANTOS; PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS; EMILIANA LEAL MORAES; WEVERTY MARCIEL DE MEDEIROS

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Objetivo:** O objetivo deste estudo é analisar as taxas de óbitos e internamentos por C-32: Neoplasias malignas de laringe no Hospital Dom Pedro de Alcântara, no período de 2019 a 2022, calcular a porcentagem de redução dessas taxas nesse período e identificar as doenças mais prevalentes dentro desse grupo de patologias. Além disso, discutir possíveis fatores que podem explicar a redução das taxas e como essas conclusões podem ser aplicadas em outros serviços hospitalares.

**Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo, com análise quantitativa de dados. As fontes de dados utilizadas foram os registros do Hospital Dom Pedro de Alcântara, com base no Sistema de Morbidade Hospitalar (SIH-SUS). Foram analisadas as taxas de óbitos e internamentos por neoplasias malignas de laringe nos anos de 2019 a 2022. A porcentagem de redução das taxas foi calculada comparando os anos de 2019 e 2022. Informações sobre tais patologias foram obtidas de uma revisão literária nas plataformas do Scielo e Pubmed.

**Resultados:** Os resultados revelam uma redução nas taxas de óbitos e internamentos por neoplasias malignas de laringe no Hospital Dom Pedro de Alcântara durante o período estudado. Em 2019, a taxa de óbitos foi de 7,52, enquanto em 2022, ela diminuiu para 5,13, representando uma redução de aproximadamente 31%. Da mesma forma, a taxa média de internamentos reduziu de 3,8 em 2019 para 2,4 em 2022, uma diminuição de cerca de 37%.

As neoplasias malignas de laringe são caracterizadas pelo crescimento anormal de células na laringe, podendo incluir diversos tipos de câncer nessa região. As mais comuns são os carcinomas de células escamosas, que representam a grande maioria dos casos. Essas doenças têm uma prevalência significativa, com taxas epidemiológicas variáveis em diferentes regiões.

**Discussão:** A redução das taxas de óbitos e internamentos por neoplasias malignas de laringe no Hospital Dom Pedro de Alcântara pode ser atribuída a diversos fatores. Primeiramente, a conscientização sobre a importância da prevenção e detecção precoce do câncer de laringe pode ter levado a diagnósticos mais precoces e tratamentos eficazes. Além disso, avanços na terapia e cuidados médicos podem ter contribuído para uma melhoria nas taxas de sobrevivência.

Outros fatores que podem explicar essa redução incluem mudanças nos hábitos de vida, como a diminuição do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, fatores de risco conhecidos para o câncer de laringe. A conscientização pública sobre os riscos desses comportamentos também pode ter desempenhado um papel importante.

Esses resultados têm implicações significativas para outros serviços hospitalares, destacando a importância da prevenção, detecção precoce e tratamento eficaz do câncer de laringe, bem como a necessidade de programas de conscientização e educação pública.

**Conclusão:** Este estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo identificou uma redução nas taxas de óbitos e internamentos por neoplasias malignas de laringe no Hospital Dom Pedro de Alcântara no período de 2019 a 2022. A principal causa dessa redução pode estar relacionada à conscientização, diagnóstico precoce, avanços na terapia e mudanças nos hábitos de vida da população. Esses achados têm implicações importantes para a saúde pública e ressaltam a necessidade de programas de prevenção e educação sobre o câncer de laringe em outros serviços hospitalares e na comunidade em geral.

**Palavras-chave:** neoplasia maligna de laringe; redução de óbitos em hospital público; redução de internamento em hospital público.

PO754

**E-PÔSTER - OUTROS****PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ADULTOS AVALIADOS POR INTERCONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA EM UM HOSPITAL QUATERNÁRIO****AUTOR PRINCIPAL:** SOFIA FONTES DE OLIVA COSTA**COAUTORES:** FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO; REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL

**OBJETIVOS:** A Interconsulta Médica é uma ferramenta de grande valia no manejo adequado de pacientes em regime de internação Hospitalar. Tivemos como objetivo fazer uma análise descritiva de aspectos clínicos e epidemiológicos de avaliações de interconsulta pela equipe de Otorrinolaringologia de um hospital quaternário e o impacto que isso teve sobre a geração de exames complementares, procedimentos cirúrgicos e consultas ambulatoriais.

**METODOLOGIA:** Estudo observacional retrospectivo realizado com pacientes internados em um Hospital quaternário avaliados pela equipe de Otorrinolaringologia por pedido de Interconsulta em um período de 1 ano de avaliação, entre Março/22 até Março/23. Foram excluídos do estudo os pacientes com pedidos de interconsulta incompletos. Os dados avaliados foram obtidos através do formulário de solicitação de Interconsulta para especialidade, registrado na base de dados do GoogleForms, e complementados através de análise de prontuário eletrônico da internação. Esses dados foram exportados e analisado no programa SPSS V 23.0

**RESULTADOS:** Foram realizados 206 pedidos no período, 55 deles foram considerados inadequados e as interconsulta de 151 pacientes foram analisadas. As especialidades que mais solicitaram interconsulta foram: medicina intensiva 21,2%, clínica médica 17,2% e hematologia 13,2%. Os pacientes estavam internados em enfermaria 105(69,5%), e em UTI 46(30,5%). Os principais motivos de internação foram politrauma 24(15,9%), sepse 20(13,2%), investigação diagnóstica 19(12,6%). A rinologia foi a subespecialidade mais requisitada representando 41 (27,2%) das solicitações, seguido por via aérodigestiva/laringologia 38(25,2%), cirurgia de cabeça e pescoço 27(17,9%), otologia 25(16,6%) e cirurgia craniomaxilofacial 20(13,2%). Foram realizados procedimentos beira leito em 55 (36,4%) dos casos, sendo os principais deles controle de epistaxe 12(24%), biopsia 11(22%), limpeza otológica 10(20%), traqueostomia 4(8%). Exames complementares foram necessários em 106(70,2%) dos casos. Dentre eles os principais foram: nasofibrosopia 73(48,7%), tomografia 73(48,3%). Menos frequentemente foram realizados RNM 8(5,3%) e audiometria 6(4%). Os diagnósticos mais frequentes após a realização da interconsulta foram: laringite pós intubação 22(14,6%), fratura de face 16(10,6%), epistaxe 11(7,3%), lesões neoplásicas em cabeça e pescoço 11(7,3%). Apenas 18(12%) tiveram necessidade de realizar procedimento cirúrgico. Os procedimentos realizados foram a traqueostomia 7(36,8%), fixação de fratura de face 5(26,3%), cirurgia endonasal 4(21,1%), drenagem de abscesso cervical 2(10,5%), mastoidectomia 1(5,3%). Quase metade dos pacientes retornou ao ambulatório para continuidade dos cuidados 62(41,3%).

**DISCUSSÃO:** Sabe-se que houve uma tendência ao aumento de solicitações de interconsultas Médicas ao à medida que a Medicina foi se subespecializando. Em relação às interconsultas realizadas pela especialidade da Otorrinolaringologia, não há estudos brasileiros que discutam sobre o tema. Estudos internacionais habitualmente não distinguem as interconsultas realizadas em Pronto Socorro dos pacientes internados. A distinção dos dados é relevante, uma vez que no ambiente do pronto socorro os pacientes chegam até o serviço com queixas primariamente otorrinolaringológicas, enquanto que, as avaliações de interconsulta tratam de problemas otorrinolaringológicos secundários ao motivo da internação, e podem não estar relacionados. A despeito do caráter retrospectivo deste estudo pode potencialmente pontuar os principais pontos de integração da especialidade com o médico generalista e no ensino médico além de orientar pontos essenciais no treinamento do médico residente.

**CONCLUSÃO:** O delineamento desta população em um hospital quaternário que abriga um serviço de residência reconhecidamente qualificado pode potencialmente ajudar na formulação de um serviço de interconsulta visando a tomada de condutas mais eficazes por meio da identificação das deficiências de conhecimento e manejo dos médicos generalistas de problemas otorrinolaringológicos e na incrementação no ensino de residentes.

Palavras-chave: interconsulta médica ;residência médica;Internação hospitalar.

PO756

**E-PÔSTER - OUTROS**

Correlação entre tabagismo e internações por amigdalite aguda no Brasil entre 2013 e 2019

**AUTOR PRINCIPAL:** AMANDA BRANDÃO SOARES**COAUTORES:** FELIPE SILVA SACRAMENTO; THALIA FEITOSA DE SOUSA; GEOVANA XAVIER MARQUES; MANOELITO ARGOLO DOS SANTOS NETO; CARLOS HENRIQUE MACHADO SANTIAGO; LETÍCIA DE PAULA ERVILHA**INSTITUIÇÃO:** 1. ZARNS, SALVADOR - BA - BRASIL2. HOSPITAL BOM SAMARITANO, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL

**Objetivo:** O objetivo central deste estudo é realizar uma análise abrangente da correlação entre a ocorrência de casos de amigdalite aguda em pacientes tabagistas ativos em todo o território brasileiro durante o período de 2013 a 2019. O propósito fundamental é identificar possíveis fatores de risco associados a essa enfermidade, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada da relação entre o tabagismo e o desenvolvimento da amigdalite aguda.

**Métodos:** Este estudo adotou uma abordagem ecológica para analisar a possível relação entre o tabagismo e a amigdalite aguda no Brasil entre 2013 e 2019. Para a coleta de dados, foram utilizadas duas fontes confiáveis: o Sistema de Informações de Saúde, disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS, e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por meio de Pesquisa Telefônica (VIGITEL). Os dados obtidos foram organizados em planilhas no programa Microsoft Excel para posterior análise. A análise estatística foi conduzida utilizando a correlação de Spearman, com um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de 5%. É importante ressaltar que este estudo utilizou exclusivamente dados de domínio público, eliminando a necessidade de submissão a um comitê de ética em pesquisa.

**Resultados:** Os resultados da análise estatística revelaram uma correlação negativa forte e estatisticamente significativa entre o percentual de tabagistas ativos e os casos de amigdalite aguda, representada por um p-value de -0,0007 por meio de um gráfico de regressão linear. Esses resultados sugerem que a redução do tabagismo está associada a um aumento nos casos de amigdalite aguda.

**Discussão:** Com base nos resultados obtidos, pode-se observar uma relação inversamente proporcional entre o ato de fumar e os casos de amigdalite aguda, indicando que a diminuição do tabagismo parece estar correlacionada com um aumento na incidência da doença. No entanto, é crucial destacar a necessidade de conduzir estudos futuros com desenhos experimentais mais robustos para avaliar melhor essa relação e identificar possíveis mecanismos causais subjacentes. Essas informações são de grande relevância, pois podem orientar a formulação de ações preventivas, estratégias de diagnóstico e tratamento destinadas a reduzir o número de internações por amigdalite aguda, melhorando assim a qualidade de vida da população.

**Conclusão:** Em síntese, este estudo identificou uma relação estatisticamente significativa entre o tabagismo e a ocorrência de amigdalite aguda. No entanto, é importante ressaltar que esses achados devem ser considerados como um ponto de partida e requerem estudos experimentais adicionais para confirmar e compreender de forma mais completa essa correlação. Tais estudos podem contribuir para o desenvolvimento de conceitos fisiopatológicos sólidos, bem como estratégias de tratamento e medidas de profilaxia eficazes para combater essa doença de forma mais eficiente. Portanto, é essencial continuar a pesquisa nesse campo para aprimorar nosso entendimento das relações entre o tabagismo e a amigdalite aguda.

**Palavras-chave:** Tonsilite; Tabagismo; Otorrinolaringologia.

PO760

**E-PÔSTER - OUTROS****NEOPLASIA MALIGNA DA LARINGE NA BAHIA: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ÚLTIMOS 6 ANOS****AUTOR PRINCIPAL:** LORENA BARBOZA DE SOUSA**COAUTORES:** LARAH CERQUEIRA ALVES; MATHEUS DE ARAÚJO MOREIRA SILVA; RUTE CEDRAZ DIAS; JOÃO VICTOR PINTO GOMES; PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS; DIOGO SANTANA MOURA; GABRIEL DA ROSA SANTOS**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA, VALENÇA - RJ - BRASIL

**Objetivo:** Este estudo tem como objetivo analisar a epidemiologia e as tendências da neoplasia maligna da laringe (CID 10 - C32) no estado da Bahia durante o período de 2016 a 2022. Isso inclui a análise das taxas de mortalidade, duração média de internamento e custos médios de internamento ao longo desses anos.

**Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo de análise quantitativa. Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Morbidade Hospitalar (SIH-SUS) e incluem as taxas de mortalidade por neoplasia maligna da laringe, a duração média de internamento e os custos médios de internamento para cada ano de 2016 a 2022. Informações sobre a patologia e dados epidemiológicos foram obtidas de uma revisão literária nas plataformas do Scielo e Pubmed.

**Resultados:** Durante o período analisado, as taxas de mortalidade por neoplasia maligna da laringe no estado da Bahia apresentaram uma tendência de redução. Em 2016, a taxa de mortalidade foi de 13,79, enquanto em 2022, essa taxa diminuiu para 6,25, representando uma redução de aproximadamente 54,7%. Quanto à duração média de internamento, houve uma queda de 6,7 em 2016 para 3,8 em 2022. Em relação aos custos médios de internamento, esses variaram de R\$ 2.918,56 em 2016 para R\$ 2.361,41 em 2022.

**Discussão:**

Observa-se que os tumores de laringe vão representar 2% das neoplasias malignas no Brasil, sendo cerca de 25% dos tumores de cabeça e pescoço. A discussão sobre as neoplasias malignas da laringe destaca a importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado desses cânceres que afetam as estruturas da laringe. Composta principalmente por carcinomas de células escamosas, a laringe é uma parte vital do sistema respiratório e o responsável pela fonação, desempenhando papéis essenciais na respiração, deglutição e produção da voz.

O tratamento dessas neoplasias varia de acordo com o estágio da doença e inclui cirurgia, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia e terapias alvo específico. A escolha do tratamento é personalizada para cada paciente, visando preservar as funções da laringe e melhorar a qualidade de vida.

A redução nas taxas de mortalidade ao longo dos anos pode ser atribuída a avanços no diagnóstico precoce e tratamento, bem como a possíveis mudanças nos fatores de risco e hábitos da população. Além disso, a diminuição na duração média de internamento reflete uma melhoria na eficiência dos serviços de saúde. A redução nos custos médios de internamento pode estar relacionada a uma maior eficácia nos tratamentos ou a políticas de controle de custos. Enfatizando assim a necessidade de conscientização sobre a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado das neoplasias malignas da laringe, bem como os avanços e fatores que contribuem para a melhoria das taxas de sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes afetados por essa condição.

**Conclusão:** Este estudo demonstra uma tendência de redução nas taxas de mortalidade, duração média de internamento e custos médios de internamento por neoplasia maligna da laringe (CID 10 - C32) no estado da Bahia ao longo dos anos. Esses resultados são encorajadores e sugerem a eficácia das estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento dessa doença. No entanto, é importante continuar monitorando essas tendências e investigar os fatores que contribuíram para essa redução, a fim de direcionar futuras intervenções de saúde pública de maneira mais eficaz, para assim continuar com essa tendência de redução da mortalidade e como possível consequência aumento da qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chave:** neoplasia da laringe; neoplasia maligna laringe na bahia; estudo dos últimos 6 anos de câncer de laringe.



PO768

**E-PÔSTER - OUTROS**

**Mucormicose Rino-Órbito-Cerebral Associada com Trombose do Seio Cavernoso:  
Relato de Caso**

**AUTOR PRINCIPAL:** RAYSSA BARROS MIRANDA

**COAUTORES:** VICTORIA BERNARDES RODRIGUES DA SILVA; BEATRIZ MARIA FONTANA; GEOVANA COSTA DE MOURA; LUCAS SALES SCHERR; JOSYANE BORGES DA SILVA GONÇALVES

**INSTITUIÇÃO:** AFYA, PALMAS - TO - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Mucormicose ou zigomicose é uma infecção oportunista grave, rara, invasiva e de rápida evolução, causada por fungos da ordem Mucorales, afetando principalmente indivíduos imunossuprimidos. Apresentam manifestações clínicas variáveis. Em fases mais tardias, a lesão necrótica nasal ou sobre a mucosa oral é o sinal mais frequente. Objetivo: Apresentar um caso de mucormicose evidenciando a importância do correto diagnóstico e tratamento precoce.

**Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 68 anos de idade, refere que há 4 meses procurou atendimento médico com queixa de cefaléia frontoparietal direita, rinorréia purulenta, tosse produtiva, dor retro-orbital e diminuição da acuidade visual direita. Apresentava também astenia e inapetência importante. De antecedentes pessoais apresenta diabetes mellitus tipo 2 descompensada. Evoluiu com piora do quadro, apresentando ptose palpebral. e quatro meses após, a mesma foi avaliada pela equipe de Otorrinolaringologia que levantou a hipótese de uma sinusite fúngica invasiva, baseada no quadro clínico, o tratamento foi realizado rapidamente com Anfotericina B por 14 dias, antes mesmo do resultado do histopatológico, que confirmou a suspeita. Diante do quadro foi solicitada Tomografia Computadorizada (TC) de Seios da Face que mostrou velamento de células etmoidais anteriores e posteriores bilaterais, erosão no processo frontal da maxila a direita e região septal posterior e a Ressonância magnética de órbitas/ crânio mostrou uma massa com limites mal definidos, medindo de 2 x1 cm, junto à gordura intraconal com sinais de infiltração do nervo óptico e musculatura ocular extrínseca e também globo ocular direito, essa lesão se estendia junto à fístula orbitária superior e também junto à fossa média envolvendo as estruturas do seio cavernoso à direita. e submetida à cirurgia endoscópica nasal com remoção de áreas necróticas da concha média e superior direita, meatotomia média e etmoidectomia anteroposterior. O material necrótico foi enviado para avaliação patológica e a secreção do seio maxilar direito foi enviada para cultura bacteriana e de fungos, foi identificada a presença de *Burkholderia cepacia* complex, sensível a levofloxacina e meropenem.

**Resultado:** A paciente fez uso de Meropenem e de Anfotericina B durante 14 dias. Em seguida a paciente recebeu alta e manteve acompanhamento ambulatorial com mais 30 dias de itraconazol, desde então acompanha com VHS e PCR, além de endoscopias nasais seriadas e tomografia de seios paranasais, sem evidências de recorrência da doença fúngica invasiva, porém mantendo sinusites bacterianas de repetição que respondem rapidamente ao uso de levofloxacina. A paciente mantém amaurose, oftalmoplegia e ptose palpebral em olho direito.

**Conclusão:** Na mucormicose, o diagnóstico precoce e abordagem cirúrgica são indispensáveis, tratamento deve ser realizado de forma rápida e agressiva, através de procedimento cirúrgico e da utilização de antifúngicos sistêmicos endovenosos. Mesmo assim, há uma elevada taxa de mortalidade e morbidade. O debridamento cirúrgico abrangente e a utilização de anfotericina B, aliado ao pequeno envolvimento cerebral, foram fatores importantes no sucesso do tratamento.

**Palavras-chave:** Mucormicose Rinocerebral; Trombose do Seio Cavernoso; Tratamento.

PO770

**E-PÔSTER - OUTROS****IMPACTO DO TREINAMENTO OLFATÓRIO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS HÍGIDOS****AUTOR PRINCIPAL:** JÚLIA PERIN FERNANDES**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL

Impacto do treinamento olfatório na qualidade de vida de idosos hígidos

Autores: FERNANDES, J.P.; TOMAZINI, V.S.; FORNAZIERI, M.A.

**Objetivos:** Este estudo tem como objetivo observar se a variação nas pontuações dos testes de identificação de odor e detecção do limiar olfatório após treinamento olfatório em idosos hígidos tem efeito nas respostas relacionadas à qualidade de vida.

**Métodos:** Foram recrutados idosos com 65 anos ou mais de ambos os sexos, sem histórico de doenças que possam ter prejudicado o olfato ou condições neurodegenerativas.

Para análise do olfato foram utilizados o Teste de Identificação do Olfato da Universidade da Pensilvânia validado no Brasil (UPSIT) e o teste de limiar olfatório (Snap & Sniff Olfactory Threshold Test). Para ser incluído na pesquisa, foi necessário que o idoso obtivesse pontuação inicial menor que 30 no UPSIT, indicando perda funcional do olfato relacionada à idade.

Para quantificação da qualidade de vida relacionada ao olfato, foi utilizado o Questionnaire of Olfactory Disorders - Negative Statements (QOD-NS) em sua versão modificada, analisando a seção de perguntas objetivas sobre como as desordens do olfato afetam o cotidiano, que tem escore máximo de 57 pontos e pontuações altas indicam perda de qualidade de vida pelo olfato. Cada paciente recebeu um kit de treinamento olfatório que continha 10 canetas odoríferas que deveriam ser cheiradas diariamente com 2 inalações efetivas nos períodos da manhã e da noite durante 4 meses. Os participantes tiveram seu olfato avaliado, bem como responderam ao questionário de avaliação de qualidade de vida relacionado ao olfato, antes e depois dos 4 meses de treinamento olfatório.

**Resultados:** Foram avaliados 4 pacientes entre 66 e 71 anos (média de 68,25 anos), sendo 3 mulheres e 1 homem. Na avaliação do UPSIT, dois pacientes apresentaram piora de 3 e 5 pontos, enquanto um paciente manteve a mesma pontuação no início e depois do treinamento e um paciente apresentou melhora de 5 pontos. No teste de limiar olfatório, os pacientes que tiveram piora da pontuação do UPSIT e o paciente que manteve a pontuação apresentaram melhora do limiar olfatório de -1.25 em média. Entretanto, a paciente que apresentou melhora de 5 pontos no UPSIT, teve queda de +2.75 no limiar olfatório. Em relação ao QOD-NS, todos os pacientes apresentaram aumento da pontuação, independentemente dos seus resultados no UPSIT e no teste de limiar olfatório, com aumento médio de 4 pontos.

**Discussão:** O treinamento mostrou-se mais efetivo na melhora do limiar olfatório dos idosos, ainda que a identificação de odores tenha melhorado em um dos pacientes. A piora da pontuação do QOD-NS dos 4 pacientes indica que as variações nos testes olfatórios decorrentes do treinamento não tiveram impacto positivo na qualidade de vida dos idosos.

**Conclusão:** Os resultados do treinamento olfatório em idosos hígidos mostraram-se inconsistentes e a associação entre alterações das habilidades olfatórias e melhora na qualidade de vida não pôde ser estabelecida com os resultados preliminares desse trabalho. Resultados posteriores com maiores amostras são necessários para avaliar melhor essa associação.

**Palavras-chave:** treinamento olfatório;idosos;qualidade de vida.

PO790

**E-PÔSTER - OUTROS****AVALIAÇÃO DO USO DE IMUNOBIOLOGICOS NO CONTROLE DA RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE: UMA REVISÃO NARRATIVA.****AUTOR PRINCIPAL:** LUÍSA FERRAZ BORBA TORRES**COAUTORES:** PEDRO CARVALHO GUIMARÃES; RAFAELA RODRIGUES DE SOUZA; OTÁVIO ANANIAS DOS SANTOS MANGUALDE**INSTITUIÇÃO:** PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Objetivos:** Expor o inovador método de controle por imunobiológicos da rinossinusite crônica com pólipos nasais (RSCcPN), assim como discutir a relevância desse tratamento.

**Métodos:** Realizada uma revisão narrativa de literatura, com base nos dados de busca PubMed e Scielo. A seleção foi baseada na data de publicação, não sendo selecionados artigos publicados antes de 2021.

**Resultados:** No atual cenário científico, algumas classes de imunobiológicos vêm sendo estudadas quanto à capacidade de interferência clínica no controle da RSCcPN. Os imunobiológicos comprovadamente benéficos, até o momento, são os que atuam nos fatores inflamatórios que predisõem a reação inflamatória do tipo II - IL-4, IL-5, IL-13 e IgE.. Resultados positivos comuns que esses fármacos apresentam no controle da patologia são melhora no olfato, efeito contra sintomas nasossinusais, redução na necessidade de uso de corticosteroides sistêmicos e no risco relativo à realização cirúrgica.

O dupilumabe é um fármaco anti interleucinas (IL) 4 e 13, e foi o primeiro imunobiológico a ser aceito no controle da RSCcPN no mundo. É, atualmente, o imunobiológico com maior evidência de sucesso no controle dessa patologia. Já o omalizumabe, um fármaco anti-IgE, apresentou capacidade de redução em escores endoscópico e tomográfico, além de redução de sibilância em pacientes com asma associada à RSCcPN. Apresenta, como ponto benéfico adicional, melhorias que perpassam o final do tratamento, sem recidiva sintomática. Sua capacidade de alteração na classificação de pólio nasal segue em investigação, com controvérsia de resultado entre estudos. Finalmente, os fármacos anti IL-5, principalmente benralizumabe, mepolizumabe e reslizumabe, apresentam capacidade de redução no tamanho dos pólipos nasais. Como malefício, cita-se a eosinofilia rebote após tratamento com elevadas dosagens de aplicação.

**Discussão:** A rinossinusite é uma doença multifatorial, dividida em aguda ou crônica. A cronicidade de tal é determinada quando os sintomas perpassam 12 semanas. A RSCcPN, enfatizada no presente estudo, é determinada por uma resposta inflamatória de padrão Th2, mediada principalmente pelas interleucinas 4, 5 e 13. Os pólipos nasais, por sua vez, se apresentam majoritariamente como infiltrados eosinofílicos. A concentração de IgE nestas estruturas é, portanto, diretamente proporcional à gravidade do quadro clínico.

A apresentação clínica da RSCcPN tende a ser mais severa, associar-se a mais doenças inflamatórias, com ênfase em asma alérgica, e apresentar pior desfecho clínico, principalmente cirúrgico, do que a RSC sem polipose. As alternativas terapêuticas que apresentam nível de evidência de melhora do quadro são, principalmente, o uso de corticosteroides tópicos e orais. A abordagem cirúrgica - polipectomia nasal, é considerada em pacientes refratários aos meios de controle clínicos. O uso de imunobiológicos vem agregando significativamente esse contexto de manejo e tratamento da patologia, por meio da melhora dos sintomas clínicos e da redução de necessidade cirúrgica.

Apesar de inovador e extremamente benéfico, o tratamento com imunobiológicos apresenta um elevado custo. Nesse sentido, foram formulados critérios para determinação do uso de tais, que se baseiam na obrigatoriedade de o paciente apresentar pólipos nasais bilaterais, além de mais 3 critérios associados, caso realização pregressa de polipectomia, ou 4 associados, se não realizada cirurgia prévia. Esses, por sua vez, são presença de inflamação do tipo 2, impacto importante na qualidade de vida, diagnóstico de asma, hiposmia significativa, uso de pelo menos 2 corticoides sistêmicos no último ano e presença de inflamação do tipo II.

**Conclusão:** Destarte, o uso de imunobiológicos se apresenta como uma ferramenta de grande auxílio no controle da rinossinusite crônica com pólio nasal. No entanto, por ser um mecanismo de elevado custo, no atual cenário de saúde, somente selecionados pacientes serão capazes de se beneficiar de tal inovadora alternativa.

**Palavras-chave:** Imunobiológicos; Polipose nasal; Rinossinusite crônica.

PO807

**E-PÔSTER - OUTROS****HERPES ZOSPER FACIAL E SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** FABIANA LUIZA HORNUNG**COAUTORES:** MARCO CESAR JORGE DOS SANTOS**INSTITUIÇÃO:** PUCPR, CURITIBA - PR - BRASIL

Descrição do caso: feminina, 49 anos, procurou serviço de otorrinolaringologia por otalgia à esquerda, do tipo pontada, há 3 dias, refratária a antibioticoterapia, e dor em hemiface esquerda de forte intensidade. Negou otorreia, paralisia facial e outros sinais ou sintomas. Negou doenças prévias, infecções recentes e uso de medicações. Sem histórico médico relevante, exceto por quadro de varicela na infância. Ao exame físico, não foram identificadas alterações. Foi realizada orientação e prescrição de analgesia simples. Após 5 dias, retornou com edema palpebral importante à esquerda, impossibilidade de abrir o olho, lesões eritematosas, vesículas e crostas em fronte, região periocular e couro cabeludo à esquerda, e dor muito importante. Foi iniciado tratamento com Aciclovir 200mg 5 vezes ao dia, Aciclovir creme e analgesia com Trometamol Cetorolaco 10mg, uso de protetor solar diariamente e orientação sobre a evolução quadro. Depois de 12 dias da consulta inicial, retornou com melhora do quadro clínico, diminuição do edema palpebral e lesões cutâneas em fase de cicatrização, com crostas amarronadas, e melhora da dor. Negou alterações visuais. Foi mantido Aciclovir creme, analgesia simples e protetor solar. Com 26 dias de evolução, retornou com melhora total do edema palpebral, sem prejuízo visual, presença de manchas levemente eritematosas e leve prurido local. Foi orientada a continuar uso de protetor solar enquanto houver manchas. Evoluiu com cura do quadro infeccioso, sem complicações. Discussão: o herpes zoster é uma condição dermatológica comum, que acomete cerca de 20% da população, e é causada pela reativação do vírus varicela-zoster em nervos cranianos e gânglios das raízes espinhais dorsais, e geralmente ocorre décadas após a infecção primária, acometendo principalmente pacientes imunossuprimidos e idosos imunocompetentes. Os principais locais de acometimento são tórax e cabeça e pescoço (1)(2)(3)(4)(5). No caso descrito, a reativação ocorreu em uma paciente hígida e de meia idade, indo na contramão do que está descrito na literatura, mas com uma localização típica: a face. O quadro clínico se inicia com pródromos e evolui com o surgimento de lesões cutâneas eritematosas, vesículas e crostas (1)(3)(4)(5). No início, a queixa foi de otalgia unilateral e dor em hemiface, sem lesões visíveis. O diagnóstico e tratamento adequados contribuem para a reversão da paralisia facial nos casos de Hamsay Hunt, uma manifestação rara da doença que acomete o gânglio geniculado do nervo facial, favorece a cura das lesões, melhora a dor e evita o desenvolvimento de neuralgia pós-herpética, a complicação mais comum dessa patologia (1)(4)(6)(7)(8)(9)(10). No caso descrito, o tratamento adequado proporcionou a cura do herpes zoster facial e oftálmico, sem complicações crônicas.

Comentários finais: o caso descrito foge da epidemiologia típica do herpes zoster e apresenta manifestações clínicas que demonstram acometimento facial e de ramo oftálmico, com importante envolvimento palpebral, sem alterações visuais e sem infecção bacteriana secundária.

1. Portella AVT, et al. Neuralgia pós-herpética em área anatômica pouco usual: relato de caso Post-herpetic neuralgia in unusual anatomic area: case report. Rev dor
2. Bjekic M, et al. Penile herpes zoster: An unusual location for a common disease. Brazilian J Infect Dis
3. Vrcek I, et al. Herpes Zoster Ophthalmicus: A Review for the Internist. Am J Med
4. Jeon Y, et al. Ramsay Hunt syndrome. J Dent Anesth pain Med
5. Reuler JB, et al. Epidemiology, Clinical Features, and Management
6. Da Costa Monsanto R, et al. Treatment and prognosis of facial palsy on Ramsay Hunt syndrome: Results based on a review of the literature. Int Arch Otorhinolaryngol
7. Frost TC, et al. Milademetan is a highly potent MDM2 inhibitor in Merkel cell carcinoma
8. De Santos MAO, et al. Varicella zoster virus in bell's palsy: A prospective study. Braz J Otorhinolaryngol
9. Zainine R, et al. Ramsay Hunt syndrome. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis
10. Khan YMT, et al. Ramsay Hunt syndrome. Pan Afr Med

Palavras-chave: Herpes Zoster facial; Síndrome de Ramsay Hunt; Otalgia unilateral.

## PO814

## E-PÔSTER - OUTROS

Uso de imunobiológicos para rinossinusite crônica com pólipos nasal: uma revisão sistemática

**AUTOR PRINCIPAL:** EVELINE AUZIER BENTES NOVAIS

**COAUTORES:** LUISA SCARPA GUIMARÃES; CECILIA MENDONÇA MONTES; PAULA GONIK DIAS; FERNANDA GOMES SOBREIRA MARÇOLA; ANABEL VALE FONSECA; SINDY BOMTEMPO DE ALMEIDA LOPES; MARIANA SALZER REIS ZIMMERMANN

**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA/SUPREMA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL2. HOSPITAL CENTRO DE MEDICINA AVANÇADA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Objetivos.** Avaliar a eficácia e segurança de imunobiológicos no tratamento da rinossinusite crônica com pólipos nasais (RSCcPN).

**Métodos.** Foram analisados ensaios clínicos controlados e randomizados publicados originalmente em inglês, dos últimos 10 anos, em humanos, tendo como referência a base de dados National Library of Medicine (MedLine). A busca pelos termos utilizados foi efetuada mediante consulta ao Medical Subject Headings (MeSH), através do portal da U.S. National Library of Medicine (NLM) e os descritores utilizados foram: Immunotherapy, Sinusitis, Nasal Polyps, Therapeutic. Através de análise cruzada de referências e busca manual, foram incluídos 5 artigos adicionais, além de 1 diretriz brasileira que aborda a mesma terapia. Foram incluídos estudos discutindo o uso de imunobiológicos como escolha terapêutica para RSCcPN. Foram excluídos artigos abordando o uso da aspirina para manejo da RSCcPN ou aqueles tratando de rinossinusite fúngica ou alérgica e de doença exacerbada pelo uso de aspirina. A escala PRISMA2 foi utilizada para melhorar o relato desta revisão.

**Resultados.** Inicialmente, foram encontrados 13 estudos e aplicados critérios de inclusão e exclusão, apenas 7 artigos fizeram parte da análise final.

**Discussão.** A rinossinusite crônica (RSC) é uma afecção comum, que atinge até 12% dos adultos, e pode se manifestar pela presença ou ausência de pólipos nasais (PN)<sup>1</sup>. Os imunobiológicos surgiram como uma opção para cessar a inflamação subjacente que não era tratada pela terapia padrão adotada<sup>1</sup>. A presença de PN é frequentemente caracterizada por vias Th2 locais envolvendo inflamação eosinofílica e níveis elevados de IL-5 e IgE, considerada como a forma mais grave de RSCcPN. As terapias típicas são realizadas com macrolídeos em baixas doses de corticoides tópicos e ciclos curtos de esteróides sistêmicos quando há crises, além de cirurgia para remoção dos PN, quando não há resposta ao tratamento clínico. Uma terapia alternativa é o uso dos imunobiológicos, anticorpos monoclonais que agem bloqueando os componentes fundamentais na inflamação tipo 2 em diversas doenças<sup>1</sup>. Um dos medicamentos disponíveis é o Omalizumab, anticorpo monoclonal anti-IgE que liga-se ao receptor Fc de alta afinidade da IgE em uma variedade de células inflamatórias no sangue e no líquido intersticial, bloqueando a cascata inflamatória mediada por IgE e reduzindo significativamente as concentrações séricas de IgE livre, sendo clinicamente benéfico dada a alta incidência de eosinófilos proteína catiônica, IgE local e Staphylococcus aureus enterotoxina IgE no tecido do PN. Já o Dupilumabe é um anticorpo monoclonal anti-IL-4 que funciona bloqueando um receptor comum para IL-4 e IL-13, que desempenham papel importante na via Th2 e patogênese da formação de PN. O tratamento com Dupilumabe foi associado a desfechos clínicos, endoscópicos, radiográficos e farmacodinâmicos mais favoráveis, e melhora na qualidade de vida. Foi também o único anticorpo monoclonal que demonstrou melhora significativa do olfato, de acordo com a pontuação UPSIT (Teste de Identificação de Olfato da Universidade da Pensilvânia).<sup>3</sup>

**Conclusão.** Conclui-se que pacientes com RSCcPN podem expressar vários perfis de citocinas, os quais ajudam a orientar regimes terapêuticos individualizados. Assim, a avaliação dos biomarcadores permite a escolha de um tratamento mais específico para cada caso<sup>3</sup>. Logo, os imunobiológicos podem agir de forma mais assertiva e promover intervenção menos agressiva para RSC, considerando a alternativa cirúrgica para retirada de pólipos nasais. Porém, ainda carecem estudos avaliando seu uso.

**Palavras-chave:** Immunotherapy; Sinusitis; Nasal Polyps.

**AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI

**COAUTORES:** ANDRESSA ALENCAR SOUSA; RAFAEL HADDAD CHECHIN; CRISTIANO TONELLO; LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES; SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO; MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO; PATRÍCIA RIBEIRO SIQUEIRA

**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA USP, BAURU - SP - BRASIL2. HRAC USP BAURU, BAURU - SP - BRASIL

#### Apresentação do caso

Paciente do sexo masculino, 9 anos, desde os 2 anos tem sido acompanhado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Ao exame físico evidenciava-se agenesia de narina esquerda associada a fronte ampla e proeminente, fendas palpebrais oblíquas para cima, olho direito maior que o esquerdo, base nasal baixa e filtro labial hipoplásico. Recentemente, paciente foi submetido a rinoplastia para reconstrução nasal, realizada em 3 tempos. Em um primeiro momento, foi feita expansão de pele e subcutâneo de região frontal. A seguir, prosseguiu-se para rinoplastia com enxerto costal e rotação de retalho frontal. Na próxima etapa, foi feito emagrecimento de retalho à direita e à esquerda. Paciente apresentou boa evolução pós operatória e bom resultado estético, mantendo acompanhamento no serviço, e com vigilância ativa para possíveis necessidades de novas abordagens à medida que ocorre o crescimento da face e das estruturas vizinhas ao nariz.

#### Discussão

Aplasia heminasal é uma malformação rara, com menos de 100 casos relatados no mundo até o momento. A etiologia é desconhecida mas parece ocorrer por uma falha durante o desenvolvimento embriológico do placódio nasal. Na maioria dos casos, a aplasia heminasal vem associada com outras malformações craniofaciais como ausência do nariz externo, seio maxilar, cavidade nasal, ducto nasolacrimal, placa cribiforme. Também é comum encontrar nesses pacientes coloboma palpebral, de íris, retina, nervo óptico além de fissura de lábio e/ou palato, fissura palatina submucosa. Os exames de imagem são de importância fundamental para o estudo da ausência congênita parcial do nariz. O diagnóstico pode ser feito mesmo antes do parto, em exames ultrassonográficos seriados que indicam o defeito ao se estudar o perfil do feto. A TC pode nos mostrar as alterações ósseas e delimitar margens antes do ato cirúrgico, enquanto que a RNM auxilia na diferenciação entre tecidos de partes moles, que eventualmente podem ser confundidos com encefalocele.

#### Comentários finais

A reconstrução nasal deve ser feita sempre que possível por trazer melhor resultado estético e por promover melhora da qualidade de vida do paciente, principalmente dentro de questões psicossociais. A tendência atual é de se tratar cirurgicamente todos os casos antes que as crianças ingressem na escola, pois, apesar de conseguirem se alimentar pela via oral e respirar pela fossa nasal pérvia ou por via oral, devemos tentar minimizar os futuros traumas psicológicos que certamente podem surgir. Esta é uma vertente que deve ser levada em conta nos pacientes com anomalias craniofaciais durante todo seu acompanhamento especializado e multidisciplinar.

**Palavras-chave:** hemiarrinia; malformação nasal; aplasia heminasal.

PO822

**E-PÔSTER - OUTROS****ANÁLISE COMPARATIVA DO PRICK TEST PRÉ TEST E PÓS-IMUNOTERAPIA SUBLINGUAL PARA RINITE ALÉRGICA****AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDA LAIS SAITO**COAUTORES:** MICHEL DA SILVA; RAFAEL AUGUSTO COSTA; GABRIELA ALVES MARRONI; FLAVIO MASSAO MIZOGUCHI; EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO; GIULIANNA RITA WOLSKI RIBAS; ALINE DA SILVA PAULA**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL IPO, CURITIBA - PR - BRASIL 2. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL

A rinite alérgica é uma reação imunomediada, cujo diagnóstico pode ser complementado com o teste cutâneo de hipersensibilidade imediata pela técnica de puntura (prick test). A imunoterapia alérgeno-específica (AIT) é indicada para casos específicos, sendo o único tratamento modificador da doença. Até o momento, não conta com um marcador biológico para monitorar objetivamente sua evolução.

**Objetivos:** Comparar o grau de sensibilização cutânea pré e pós-imunoterapia sublingual (SLIT) em pacientes com rinite alérgica, visando validar o prick test como uma medida objetiva de resposta ao tratamento.

**Material e métodos:** Trata-se de um estudo observacional, analítico e retrospectivo, no qual se comparou os resultados dos testes cutâneos alérgicos pré e pós-início do tratamento de pacientes submetidos a imunoterapia sublingual (SLIT) para rinite alérgica. Pacientes de um centro especializado de rinite e alergia da cidade de Curitiba-PR, Brasil, que realizaram SLIT entre Janeiro de 2017 e Abril de 2021, tiveram seus prontuários revisados. Aqueles que apresentavam registro do prick test pré e pós-início da SLIT foram incluídos no estudo. Dados como idade, sexo, fórmula da imunoterapia e aderência ao tratamento também foram coletados. Pacientes com registros de retornos regulares ao médico prescritor da imunoterapia, configuraram boa aderência. Já pacientes cujos registros de retorno eram irregulares ou ausentes, configuraram má-aderência. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital IPO (CAAE: 58926422.9.0000.5529).

**Resultados:** 71 pacientes foram incluídos. Houve uma redução da sensibilização cutânea em pacientes submetidos a SLIT para gramíneas ( $p < 0,05$ ). Não se encontrou a mesma relevância estatística para os submetidos a SLIT para ácaros ( $p > 0,05$ ). Encontrou-se uma correlação positiva entre o intervalo dos testes cutâneos e a redução da sensibilização cutânea para *Dermatophagoides pteronyssinus*.

**Discussão:** O prick test pode ser considerado um marcador objetivo de resposta ao tratamento apenas para pacientes com rinite alérgica sazonal. O presente estudo sugere que quanto maior o tempo de SLIT, maior a redução da sensibilização cutânea, evidenciando a importância da realização completa do tratamento para melhor resultado.

**Conclusão:** O presente estudo evidenciou uma redução da sensibilização cutânea após o início da imunoterapia sublingual apenas para pacientes tratados com extrato de gramíneas mix. Desta forma, o uso do prick test como marcador objetivo de resposta ao tratamento poderia ser justificado apenas em pacientes com rinite alérgica sazonal. Embora estes resultados tenham sido estatisticamente relevantes, atenção deve ser dada à qualidade dos extratos utilizados no prick test, que poderiam ter tido sua imunogenicidade reduzida, ocasionando o achado do presente estudo. Também, o presente trabalho mostra que quanto maior o tempo de tratamento com SLIT para *Dermatophagoides pteronyssinus* maior a redução de sensibilização cutânea, mostrando a importância da realização completa do tratamento para um melhor resultado. Mais estudos ainda são necessários para encontrar um marcador de resposta à SLIT fidedigno, que se correlacione com a resposta clínica do paciente

**Palavras-chave:** teste cutâneo alérgico; imunoterapia sublingual; rinite alérgica.



PO823

**E-PÔSTER - OUTROS**

Videonasolaringoscopia e videolaringoestroboscopia: os pontos-chaves de conhecimento anatômico para um exame de qualidade

**AUTOR PRINCIPAL:** ADRIANA TORRES DA SILVA

**COAUTORES:** ANA ELIZA RIBEIRO SAMIA; GABRIELE SANTOS PONTELLO NEVES; LARISSA MARIA FERRAREZ FARIA

**INSTITUIÇÃO:** FCMMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Objetivos:** A videonasolaringoscopia e a videolaringoestroboscopia são exames utilizados para auxiliar no diagnóstico correto de patologias das vias aéreas superiores. Para isso, as referências anatômicas são importantes para a segurança durante a realização desses exames e sua melhor acurácia. Dessa forma, buscamos descrever a anatomia endoscópica da cavidade nasal e estruturas que formam seus seios, bem como as estruturas das cordas vocais para que seja possível uma avaliação diagnóstica adequada em pacientes com queixas relacionadas a essas áreas.

**Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura, composta de livros e artigos científicos, obtidos a partir dos bancos de dados PUBMED, BVS, Cochrane e Biblioteca virtual, usando os descritores: “anatomia”, “cavidade nasal” e “nasoendoscopia”. Foram selecionados artigos em inglês e português e submetidos à apreciação ética dos autores.

**Resultados:** Os artigos foram selecionados após busca e apreciação dos autores. Os estudos evidenciam que a utilização com a técnica correta de dispositivos para avaliação endoscópica na otorrinolaringologia fornece maior acurácia no diagnóstico e conduta a ser adotada. A compreensão anatômica de pontos-chave da fossa nasal, seios paranasais, laringe e faringe é de suma importância para correta realização e interpretação da videonasolaringoscopia e videolaringoestroboscopia.

**Discussão:** No que tange aos exames estudados, inicialmente deve haver a avaliação do andar inferior da fossa nasal. Sendo assim, ao introduzir o endoscópio, deve-se avaliar o vestíbulo: desvios anteriores e região de transição entre pele e mucosa. Após isso, avalia-se a fossa nasal, septo, meato inferior, concha inferior, adenóide e paredes da rinofaringe. Toda avaliação é realizada de forma que o manejo do fibroscópio seja realizado da forma mais natural possível para que o paciente sinta menos dor, então é um processo realizado por etapas. Em seguida, as estruturas a serem avaliadas são a concha média, o meato médio e, por fim, a região mais posterior, local onde pode ser identificado sangramento da artéria esfenopalatina, por exemplo. Quanto à rinofaringe a anatomia da parede posterior, palato mole, tórus tubário e óstio da tuba auditiva devem ser considerados, atentando-se ao movimento do tórus e abertura do óstio à deglutição. No orofaringe deve-se analisar a base da língua, valécula, pilares tonsilares anteriores e tonsilas palatinas. O exame faringolaringotraqueal pauta-se na investigação endoscópica sistemática da (1) Hipofaringe (incluindo os recessos piriformes, paredes laterais e posteriores da faringe) (2) Laringe I (epiglote, pregas arriepiglóticas, aritenóides, bandas ventriculares e ventrículos) e (3) Laringe II (pregas vocais, glote posterior, subglote e traqueia). Na hipofaringe, destacam-se os recessos piriformes, região lateral e contígua da laringe, nos quais 80% dos tumores se localizam. Ressalta-se também a presença de cistos de retenção nesta região faríngea.

**Conclusão:** Exames endoscópicos da cavidade nasal, seios paranasais, faringe e laringe permitem a visualização macroscópica detalhada da anatomia de tais estruturas e da execução de suas funções. Sendo assim, eles são extremamente úteis para auxiliar no diagnóstico do paciente contanto que o profissional que esteja operando esses aparelhos tenha conhecimento da realização da técnica correta a ser utilizada durante o exame e, também, da anatomia detalhada das vias aéreas superiores, para que seja possível a visualização e diferenciação dessas estruturas.

**Palavras-chave:** nasofibroscopia; videolaringoscopia; anatomia.

PO827

**E-PÔSTER - OUTROS****Osteogênese imperfeita: um diagnóstico a se pensar****AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDA TEIXEIRA PACIFICO**COAUTORES:** CAROLINA DA FONSECA BARBOSA CABRAL; CAMILA SUICA DO NASCIMENTO; FRANCIELLE TIEMY EIMORI; TAYANNE DE OLIVEIRA SILVA; IGOR ALMEIDA DOS ANJOS; LUCAS GONÇALVES PINHEIRO**INSTITUIÇÃO:** CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente de 42 anos, sexo feminino, deu entrada no Hospital Santa Marcelina devido a hipoacusia progressiva à esquerda, associada a zumbido não pulsátil, contínuo, ora em apito, ora em chiado, com início há 3 anos. Negava otorreia, otalgia. Sem queixas otológicas à direita. Negava percepção de piora otológica após gestação. Hipertensa, recém diagnosticada com neoplasia de mama em estágio inicial, história de fraturas prévias, negava diagnóstico de doenças genéticas. Em sua história familiar, possui filho com diagnóstico de osteogênese imperfeita. À ectoscopia, notavam-se escleras azuladas. Sua audiometria evidenciava à direita, normoacusia, LRF 10db, IPRF 100% em 55db, à esquerda, perda condutiva moderada, maior gap 45db em 500hz, LRF 45db, IPRF 76% dissílabos em 85db. À tomografia de ossos temporais, questionável hipoatenuação na região da físsula ante fenestram, bilateralmente. Sem demais alterações.

**Discussão:** A osteogênese imperfeita é uma desordem hereditária, autossômica dominante, sem predileção por sexo, que afeta qualitativamente ou quantitativamente a produção das fibras de colágeno, principalmente as do tipo I. Grande parte das mutações é herdada de forma dominante, mas algumas podem ser recessivas. Até o momento, são conhecidas mais de 800 mutações que afetam a síntese ou a estrutura do colágeno. Em torno de 90% dos indivíduos acometidos apresentam mutações nos genes COL1A1 e COL1A2, codificadores das cadeias do colágeno tipo I. Clinicamente, cursa com tríade clássica, sendo esta a presença de fragilidade óssea, escleras azuladas e perda auditiva. Pode ser classificada em tipo I (leve), na qual a fragilidade óssea é a menos grave, a taxa de fratura é variável, deformidade mínima, estatura normal e pode apresentar a perda auditiva. Tipos III-IX, XV, XVI (moderada a severa), evoluem com aumento progressivo do número e frequência de fraturas e deformidades, baixa estatura, anormalidades cardiovasculares, luxação ossicular, fixação do estribo ou fratura dos ossículos, resultando em perda auditiva condutiva. Já o tipo II é caracterizado pela forma letal perinatal, geralmente os indivíduos morrem no útero ou na primeira infância, apresentam fraturas graves e insuficiência pulmonar, o que contribui para acelerar a morte nesse grupo.

A perda auditiva ocorre em 42%-58% dos pacientes com osteogênese imperfeita do tipo I, sendo a condutiva a mais comum. Geralmente surge entre a segunda e a quarta década de vida e pode evoluir para uma perda auditiva do tipo mista. Ocorre devido ao processo de remodelação óssea anormal no osso temporal, levando à fixação da platina do estribo, microfraturas e microlesões das cruras, além do aumento da vascularização e hipertrofia da mucosa promontorial. O processo pode evoluir, afetando o osso pericoclear, os demais ossículos e outras estruturas ósseas temporais, podendo apresentar perda neurossensorial, também presente devido à produção de enzimas citotóxicas liberadas no processo de absorção óssea.

O diagnóstico da doença é realizado através de anamnese detalhada, com abordagem de história familiar e histórico de fraturas ou deformidades, além de exame físico completo, audiometria e tomografia de ossos temporais. É possível realizar análise de sequência de DNA para mutações em COL1A1 e COL1A2, visto que se pode detectar 90% ou mais de todas as mutações de colágeno tipo I, porém estudos negativos não excluem o diagnóstico, devido à taxa de falso-negativos. O tratamento visa reduzir a desmineralização óssea, a perda auditiva e reabilitar a função auditiva do paciente, através de uso de bisfosfonatos, aparelhos de amplificação sonora, estapedectomia, próteses de orelha média ou implante coclear.

**Considerações finais:** Embora trate-se de um diagnóstico raro, a osteogênese imperfeita deve ser lembrada, principalmente em pacientes com história familiar positiva para doença. Sua detecção precoce é fundamental para a reabilitação auditiva do indivíduo, visto que sua associação com perdas auditivas é conhecida.

**Palavras-chave:** Osteogênese imperfeita; Perda auditiva; Reabilitação auditiva.

PO835

**E-PÔSTER - OUTROS****DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DE MANDÍBULA EM SEQUÊNCIA DE PIERRE ROBIN COM SUSPEITA DE SÍNDROME DE STICKLER: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** RAFAEL HADDAD CHECHIN**COAUTORES:** THEREZINHA DA SILVA PROBST; ANDRESSA ALENCAR SOUSA; LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI; CRISTIANO TONELLO; LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES; YURI AUGUSTO NOGUEIRA SOZZI**INSTITUIÇÃO:** 1. HRAC-USP, BAURU - SP - BRASIL2. HRAC USP BAURU, BAURU - SP - BRASIL**Apresentação do caso:**

BBSS, feminina, branca, dois meses de vida, apresentando desconforto respiratório, disfagia e regurgitações frequentes com dificuldade no aleitamento, acarretando impacto no ganho ponderal e desnutrição proteico-calórica. Apresenta-se com sonda nasogástrica e cateter nasal de oxigenoterapia no ambulatório de Cirurgia Craniomaxilofacial do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Ao exame físico, os seguintes achados foram observados: fronte proeminente, micrognatia, glossoptose, fissura pós-forame incisivo incompleta ampla acometendo porção distal do palato duro, retração de fúrcula esternal, estridor inspiratório e roncos de transmissão difusos. Histórico pregresso de pré-natal de risco habitual, parto vaginal e triagem neonatal biológica sem comemorativos e histórico familiar de irmã com semelhante fissura labiopalatina e mãe com miopia alta e descolamento de retina. Tomografia computadorizada de crânio e face ratificou presença de microretrognatia, glossoptose, encurtamento anteroposterior do palato duro, configurando morfologia em “U” de palato com fissura posterior. Assim, concluímos alterações morfoestruturais faciais correlacionadas à sequência de Pierre Robin e hipótese clínica provável de síndrome de Stickler. A fim de efetivar medida primária para o alívio da obstrução das vias aéreas superiores e prevenir a necessidade de traqueostomia, foi indicada a distração osteogênica de mandíbula: realizada osteotomia transversa do corpo da mandíbula e fixado distrator interno. Procedimento ocorreu sem intercorrências e paciente apresentou evolução favorável, sem dor ou crepitação à movimentação mandibular, demonstrando melhora em seu estado respiratório dentro de alguns dias de distração. Distrator foi mantido pelo período aproximado de 3 meses, resultando em bom avanço de mandíbula.

**Discussão:**

As características da sequência de Pierre Robin são micrognatia, glossoptose e insuficiência respiratória com fissura labiopalatina frequentemente associada. O comprometimento respiratório pode levar à hipóxia, parada cardiorrespiratória, hipertensão pulmonar, retardo no crescimento e problemas de alimentação. A sequência geralmente é uma anormalidade isolada, no entanto, um terço dos casos ocorre associado a síndrome de Stickler ou síndrome velocardiofacial. Os pacientes afetados por síndrome de Stickler apresentam face média plana com ponte nasal deprimida, nariz curto, narinas antevertidas, micrognatia e podem manifestar fissura do palato. Nesses pacientes, a arquitetura anormal do vítreo é patognomônica e está associada à alta miopia, sendo que descolamento de retina ocorre regularmente. Distração osteogênica de mandíbula é eficaz no tratamento de obstrução das vias aéreas superiores nesses pacientes com hipoplasia mandibular, havendo sucesso no alívio da obstrução e taxa de cerca de 95% de prevenção de traqueostomia.

**Comentários finais:**

Difundir conhecimentos sobre a sequência de Pierre Robin e sobre suas possibilidades terapêuticas é fundamental para proporcionar intervenção precoce e prevenção de desfechos desfavoráveis. Como demonstra o caso e se observa em revisão sistemática, a distração osteogênica de mandíbula é eficaz no tratamento de obstrução das vias aéreas em pacientes pediátricos com hipoplasia mandibular

**Palavras-chave:** sequência de Pierre Robin; distração osteogênica de mandíbula; microretrognatia.

PO836

**E-PÔSTER - OUTROS****RELATO DE CASO : A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA DISFAGIA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE ELA****AUTOR PRINCIPAL:** ANNA CARLA SILVA DA COSTA**INSTITUIÇÃO:** GRANATO ENSINO E PESQUISA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Ano:** 2023.**Local:** 53º CONGRESSO BRASILEIRO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO - FACIAL.**Tema:** RELATO DE CASO : A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA DISFAGIA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE ELA.**Autores:** Anna Carla Costa, Leandro Mignot Sobrinho, Renato Ferreira Garcia, Mariana França, Isabela Pacheco de Faria, Ananda Dutra, Felipe Araujo Bastos, Claudia Valette.**Tipo:** E- Poster

**Introdução :** JGH,feminino, 39 anos, residente de Barra Mansa, interior do RJ, relata epistaxe desde a infância com piora clínica (coágulos) há 2 anos, recebendo diagnóstico de perfuração septal. Realizou biópsia da mucosa nasal com resultados inconclusivos e sorologia para Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), com resultado não reator. Há 4 meses (junho/23) houve evolução clínica com crostas nasais associadas a dor malar e engasgos para líquidos e sólidos. Realizado Videolaringoscopia apresentando retenção salivar, retenção de consistência pastosa em seios piriformes e valécula, sem aspiração ou penetração, compatível com disfagia orofaríngea moderada ( grau 2), estase salivar moderada ( grau 2) maior estase pós-deglutição, mais de três tentativas de propulsão do bolo, regurgitação nasal, redução da sensibilidade laríngea com penetração em vestibulo laríngeo, porém sem aspiração laringotraqueal. Iniciou-se tratamento com IBP e em reavaliação após 30 dias ( julho/23), refere piora dos sintomas devido ao aumento na frequência dos engasgos. Ao novo exame físico da cavidade orofaríngea, presença de miofasciculações de língua, perda de tônus e força na manobra de resistência, presença de reflexo GAG. No Vídeo Estudo da Deglutição (VED) apresentou retenção salivar em seio piriforme nas consistências pastosas e líquidas. Foi solicitado parecer da neurologia, além de exames como Ressonância Magnética de Neuroeixo, não realizados pela paciente até o momento. Há 1 mês ( agosto/23), paciente evolui com fadiga, fraqueza de MMII e piora da disfagia para sólidos.

**Objetivo:** Demonstrar a importância da avaliação clínica na disfagia, para detecção precoce de Esclerose Lateral Amiotrófica (E.L.A.)

**Metodologia:** Relato de caso obtido através das informações adquiridas em prontuário multiprofissional e relato da vivência profissional.

**Conclusão:** A disfagia pode ser um dos primeiros sintomas de patologias neuromusculares de origem bulbar e por isso a importância do Otorrinolaringologista em averiguar através de um detalhado exame físico e complementares.

**Palavras-chave:** DISFAGIA;E;L;A;; MIOFASCICULAÇÕES.

PO856

**E-PÔSTER - OUTROS****EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA EM CIRURGIA COM A EQUIPE DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO****AUTOR PRINCIPAL:** JOÃO PAULO DE MOURA NEVES**COAUTORES:** AMANDA ALMEIDA AGUIAR; PEDRO SÉRGIO BARCELOS DE BRITO; LUIZ GUSTAVO DA SILVA SOUZA; DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS; GABRIELY LERNER BIANCHI; CRISTYAN CESAR DALL AGNOL**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Objetivo:** Descrever a vivência de acadêmicos de medicina ao acompanhar residentes de otorrinolaringologia em cirurgia de sinusotomia e septoplastia em paciente idosa com rinossinusite crônica, evidenciando a significativa relevância desse contato prático dos graduandos como parte integral do processo educacional e de formação médica.

**Métodos:** Estudantes do 2º ao 6º período de medicina da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), em atividade prática, acompanharam os residentes de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), em cirurgia endoscópica de sinusotomia e septoplastia.

**Resultados:** Na prática dos estudantes no hospital, a priori foram explicadas as técnicas de antisepsia, paramentação e preparação para procedimentos cirúrgicos. Os estudantes, já paramentados, puderam observar a cirurgia por completo, que durou 4 horas. Durante toda a cirurgia, tanto os residentes quanto o docente compartilharam explicações didáticas abrangendo os procedimentos em execução, com especial ênfase na anatomia nasal.

**Discussão:** O septo nasal é uma estrutura interna composta de cartilagem e osso, que separa as duas fossas nasais. Ele desempenha um papel importante na manutenção da forma e da função do nariz. O desvio de septo ocorre quando o septo não está alinhado de forma reta, curvando-se para um dos lados. Isso pode ter causas congênitas, traumáticas ou relacionadas ao processo de envelhecimento. Tal condição pode dificultar a respiração, obstruir as narinas, induzir a uma respiração bucal e causar cefaléia. Já os seios paranasais são cavidades cheias de ar localizadas nos ossos ao redor do nariz e dos olhos. Essas cavidades estão revestidas por uma membrana mucosa e estão conectadas às passagens nasais, servindo principalmente para filtragem e umidificação do ar. Os pólipos nasais são crescimentos benignos no revestimento dos seios paranasais ou nas cavidades nasais. Eles podem obstruir as passagens nasais, causar congestão e dificultar a respiração. Posto isso, a sinusectomia e a septoplastia realizadas tiveram como objetivo retirar os pólipos nasais e reduzir o desvio de septo da paciente, melhorando também a efetividade do tratamento da rinossinusite crônica. A cirurgia foi integralmente visualizada pelos estudantes através da videoendoscopia nasossinusal.

**Conclusão:** Portanto, diante do exposto, infere-se que tal experiência proporcionou rico aprendizado aos discentes, evidenciando a importância de práticas na área cirúrgica da otorrinolaringologia para o entendimento integral de patologias frequentes na sociedade, como o desvio de septo e a polipose nasossinusal por rinossinusite crônica.

**Palavras-chave:** Prática acadêmica; sinusotomia; septoplastia.

PO860

**E-PÔSTER - OUTROS****PANORAMA DA MORBIMORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DE LARINGE NA BAHIA ENTRE 2011 E 2021****AUTOR PRINCIPAL:** CRISLAINE THÂMARA SILVA ACÁCIO**COAUTORES:** TATIANA SAMPAIO DA SILVA; DANIELE MENDES SOUZA; EMERSON RAÍ ARAÚJO AZEVEDO; MATHEUS JORGETTI CHAMORRO; RICARDO GABRIEL CARVALHO BRITO; PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA NUNES; PAULO SERGIO LINS PERAZZO**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL**Objetivos:** Descrever as características sociodemográficas, a prevalência de internações e óbitos relacionados à Neoplasia Maligna de Laringe na população da Bahia no período de 2011 a 2021.**Métodos:** Foram utilizados dados do Sistemas de Informação Hospitalar (SIH) e de Informação de Mortalidade (SIM) da plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) para identificação dos casos de Neoplasia Maligna da Laringe no Brasil e na Bahia entre 2011 e 2021. As variáveis (ano de atendimento, sexo, cor, estado civil, escolaridade, local de ocorrência dos óbitos, atendimentos eletivos e de urgência na rede pública e privada) foram tabuladas no Microsoft Office Excel® e submetidas a análises descritivas, incluindo frequências e porcentagens.**Resultados:** No período, foram registrados 127.824 casos de internamento por Neoplasia Maligna de Laringe no Brasil, dos quais 8.086 (6,3%) ocorreram na Bahia. Desses registros na Bahia, 6.741 (83,4%) foram em pacientes do sexo masculino, 6.142 (76%) estavam na faixa etária entre 30 e 69 anos, e 5.233 (64,7%) eram pessoas pardas. Em relação aos óbitos, identificamos 47.807 registros no SIM, dos quais 2.616 (5,5%) ocorreram na Bahia. Dos pacientes que faleceram, 1.720 (65,7%) estavam na faixa etária entre 60 e 69 anos, 1.550 (59,2%) eram pardos, 1.333 (59,9%) tinham até 3 anos de escolaridade, e 1.754 (67%) faleceram em unidades hospitalares. Em relação aos tipos de atendimento para internamento na Bahia, 4.747 (58,7%) foram em caráter eletivo, enquanto 2.802 (34,6%) ocorreram em regime de urgência. É importante destacar que em relação ao regime de atendimento, 5.013 (62%) casos não tinham informação disponível.**Discussão:** Os resultados deste estudo demonstram que a doença afeta ambos os sexos, porém é mais prevalente em homens (83,4%). Isso pode ser explicado pela maior exposição a fatores de risco, como alcoolismo, tabagismo, sobrepeso, infecção pelo HPV, estresse e exposição ocupacional a substâncias nocivas, assim como também à menor busca a atendimento médico pelo sexo masculino. Em 2019, as mulheres buscaram atendimento médico em maior proporção (82,3%) do que os homens (69,4%). Na Bahia, a maioria dos casos de câncer de laringe afeta pessoas pardas (64,71%), concordando com dados da American Cancer Society que indicam maior incidência em pessoas de raça preta e parda em comparação com brancos ou asiáticos. Além disso, a maioria dos casos (76%) está na faixa etária de 30 a 69 anos, sugerindo que o câncer de laringe leva anos para se desenvolver e é menos comum em pessoas jovens. Indicadores sociais têm impacto na manifestação da doença. Segundo a Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia, cerca de 33,9% dos jovens entre 25 e 29 anos não trabalham nem estudam, o que resulta em maior número de pessoas com baixa escolaridade no estado. Isso se reflete nos registros da doença, em que 59,9% dos pacientes que faleceram tinham até 3 anos de escolaridade, indicando falta de conhecimento sobre prevenção e tratamento. A falta de campanhas informativas agrava a ignorância da população sobre o tema. A importância dos serviços de saúde pública foi destacada no estudo, com 34,65% dos casos de câncer de laringe na Bahia sendo atendidos no serviço público. No entanto, 62% dos casos não tinham informações sobre o regime de atendimento, indicando uma possível limitação na amostra e falta de instrução da população e gestores de saúde sobre a notificação de casos.**Conclusão:** Na Bahia, os internamentos por causa da neoplasia maligna de laringe, nos últimos 10 anos, representam menos de 7% do total brasileiro. Além disso, o recorte sociodemográfico demonstra que os mais atingidos são pacientes pardos, do sexo masculino e na faixa etária de 30-69 anos. Os óbitos por câncer de laringe no estado, no mesmo período, ocorreram majoritariamente em regime hospitalar e a maioria das mortes ocorreu em pacientes idosos, de baixa escolaridade e pardos.**Palavras-chave:** Laringe; Doenças da Laringe; Neoplasias Laríngeas.

**AUTOR PRINCIPAL:** NICOLE TASSIA AMADEU

**COAUTORES:** MICHEL DA SILVA; PATRICIA CRISTINA SCARABOTTO; CASSIO WASSANO IWAMOTO; RAFAEL AUGUSTO COSTA; EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO; SOFIA PEREIRA TIRONI; THAÍS CRISTINA CARVALHO

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL IPO, CURITIBA - PR - BRASIL

**Introdução:** o seio frontal possui uma anatomia complexa e variada, sendo considerado desafiador na abordagem cirúrgica nasossinusal. Marcos anatômicos tomográficos, como o frontal beak (FB), são essenciais para conhecimento e planejamento de estratégias para tratamento desta região. **Objetivo:** investigar medidas tomográficas do FB e suas correlações, com enfoque no ângulo formado entre o FB, columela e óstio do seio frontal (FCO).

**Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo e analítico, baseado na revisão de estudos tomográficos de seios da face, por meio de prontuários eletrônicos de pacientes com queixa de sinusite crônica, em um centro de referência em otorrinolaringologia. o estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Hospital Paranaense de Otorrinolaringologia – Hospital IPO (CAAE: 58930722.7.0000.5529). Foram recrutados 187 exames de pacientes de ambos os sexos, de maneira aleatória, realizados no período de julho a setembro de 2022. Destes, 23 foram excluídos por serem de indivíduos menores de 18 anos, 70 porque não possuíam o corte sagital, e 44 por estarem incompletos. Ao todo, 50 tomografias de seios da face foram selecionadas e avaliadas, totalizando 100 lados para análise. Cada seio frontal (direito ou esquerdo) foi considerado como uma unidade de observação, ou seja os lados direito e esquerdo foram considerados como independentes. Todos os exames foram realizados pelo tomógrafo Imagine One 16 CT – Imex®, de 16 canais, com cortes de 0.25mm de espessura, do Centro Diagnóstico Água Verde (CEDAV). Exames realizados por tomografia cone beam foram excluídos porque os os cortes eram mais espessos e possuíam definição de imagem de qualidade inferior. Outros critérios de exclusão do estudo foram a presença de malignidade endonasal ou cirurgia do recesso do seio frontal prévia, porém não foram encontrados entre os casos selecionados. A presença de células frontais foi considerada conforme padronização da International Frontal Sinus Anatomy Classification (IFAC), e realizada por meio dos cortes sagitais, coronais e axiais. A avaliação das imagens foi realizada online pelo sistema da instituição (software PACS®). As aferições foram realizadas conforme padronização estabelecida. As medidas foram feitas utilizando os cortes sagitais ao nível imediatamente subsequente do desaparecimento do canal lacrimal, de lateral para medial. A escolha do canal lacrimal como referência se deu por esta ser uma estrutura constante, presente em todos os pacientes, e referenciada nos maiores estudos de anatomia do seio frontal como padrão para as medições. As medidas foram realizadas por dois otorrinolaringologistas, de forma independente. Os dados considerados para análise consistiram na média das duas aferições. Medidas com diferença  $\geq 2$ mm ou  $\geq 2$  graus foram aferidas por um terceiro avaliador, cirurgião otorrinolaringologista mais experiente também de forma independente, e, nestes casos, esta passou a ser a medida considerada para análise.

**Resultados:** Tomografias de 50 pacientes de 19 a 73 anos foram estudadas, totalizando 100 imagens. A distância columela-FB e espessura do FB foram maiores em homens ( $p \leq 0,001$ ); o tamanho do óstio frontal (FOD) foi menor quanto maior o número de células frontais ( $p=0,012$ ) e ângulo FCO ( $p=0,003$ ); o ângulo FCO teve variação conforme a posição do FB (FOG) ( $p < 0,001$ ), nível de dificuldade cirúrgica ( $p < 0,001$ ) e distância columela-FB ( $p=0,017$ ); a célula frontal mais prevalente foi a agger nasi (97%).

**Discussão:** A espessura e localização do FB, bem como o FOD, estão sabidamente relacionados a dificuldade de acesso cirúrgico ao recesso do frontal, e o ângulo FCO apresentou correlação significativa com as medidas estudadas.

**Conclusão:** O frontal beak é uma estrutura constante, cujas medidas e correlações, como o ângulo FCO, podem configurar uma ferramenta auxiliar para o otorrinolaringologista e servir de base para estudos futuros.

**Palavras-chave:** frontal beak;tomografia computadorizada;sinusite crônica.



PO867

**E-PÔSTER - OUTROS****IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 SOBRE O NÚMERO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS NO BRASIL****AUTOR PRINCIPAL:** MATHEUS VINICIUS DE ARAÚJO LUCENA**COAUTORES:** LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS; SILVIO JOSE DE VASCONCELOS**INSTITUIÇÃO:** HC UFPE, RECIFE - PE - BRASIL

**Objetivos:** Este estudo busca analisar o impacto da pandemia da COVID-19 sobre o número de procedimentos cirúrgicos otorrinolaringológicos no Brasil.

**Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico de tendência temporal. A análise se concentrou em uma lista de 32 procedimentos otorrinolaringológicos contidos na tabela do SIGTAP do SUS, distribuídos em quatro grupos: rinologia, otologia, laringologia e faringologia, e cirurgia cérvico-facial. Em cada grupo foram incluídos cinco procedimentos ou grupo de procedimentos. Após isso, foram obtidos, a partir da tabela do DATASUS, os números referentes a internações hospitalares em quatro recortes temporais distintos: março de 2019 a fevereiro de 2020 (período pré-pandemia), março de 2020 a fevereiro de 2021 (período da pandemia / isolamento social), março de 2021 a fevereiro de 2022 (1º ano após isolamento social) e março de 2022 a fevereiro de 2023 (2º ano após isolamento social), tomando como referência o mês de março de 2020, quando foi instituída oficialmente a pandemia da COVID-19 no Brasil.

**Resultados:** Entre os procedimentos analisados, o número total de cirurgias otorrinolaringológicas no Brasil foi de 85922 no período pré-pandemia, com uma redução de 48,96% nos 12 meses seguintes (período da pandemia / isolamento social). No 1º ano após o isolamento social esse número foi de 52016 cirurgias, chegando a 74922 no ano seguinte, uma recuperação de 73,88%. A redução no período da pandemia / isolamento social foi maior entre os procedimentos de otologia, com uma redução de 56,93%, e menor entre os procedimentos de cirurgia cérvico-facial, 42,78%. Nos procedimentos de rinologia e de laringologia e faringologia, a redução foi de 55,55% e 47,62%, respectivamente. Comparando os números do período pré-pandemia com os números do período do 2º ano após o isolamento social, houve uma maior recuperação nos procedimentos de cirurgia cérvico-facial (96,26%) e de rinologia (93,12%), seguidos dos procedimentos de laringologia e laringologia (70,75%), sendo os procedimentos de otologia os que tiveram uma menor recuperação (63,65%).

**Discussão:** A pandemia da COVID-19 evoluiu de forma rápida, impondo desafios significativos aos serviços de cirurgia no Brasil, incluindo aqueles da otorrinolaringologia. Em resposta à urgência da situação, a principal estratégia adotada foi o adiamento de cirurgias eletivas para priorizar a segurança dos pacientes e profissionais de saúde. Os números revelam que o impacto da pandemia e das medidas de isolamento social foi expressivo durante os primeiros 12 meses da crise, resultando em uma queda acentuada no número de procedimentos cirúrgicos. Com o afrouxamento progressivo das medidas de isolamento e a implementação da vacinação em massa, observou-se uma recuperação gradual desses números.

**Conclusão:** A pandemia da COVID-19 teve um impacto significativo nas cirurgias otorrinolaringológicas, resultando em uma queda acentuada nos procedimentos não urgentes. Embora haja uma recuperação gradual, os números ainda não retornaram aos níveis pré-pandêmicos, indicando a existência de uma volumosa demanda reprimida. Para lidar com essa situação, são necessárias estratégias e políticas públicas que incluam alocação adequada de recursos, redução das listas de espera e planos abrangentes para atender às necessidades dos pacientes.

**Palavras-chave:** COVID-19;Otorrinolaringologia;Procedimentos Cirúrgicos.

PO908

**E-PÔSTER - OUTROS**

Infecções em rinosseptoplastia funcional e estética: revisão narrativa de literatura

**AUTOR PRINCIPAL:** MELISSA ERN BENEDET**COAUTORES:** THAÍS CRISTINA CARVALHO; SOFIA PEREIRA TIRONI; EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO; MARCELO HANNEMANN TOMIYOSHI; GIULIANNA RITA WOLSKI RIBAS; ALINE DA SILVA PAULA; RAFAEL AUGUSTO COSTA**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL IPO, CURITIBA - PR - BRASIL2. INSTITUTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE MINAS GERAIS, IPATINGA - MG - BRASIL

**Introdução:** A rinosseptoplastia está entre os procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo e sua busca apresentou um aumento importante no último ano. A infecção pós-operatória é a segunda maior complicação, além disso ainda não há um consenso sobre o uso de antibiótico na profilaxia pré, intra e/ou pós operatória. Rinoplastia apresentou crescimento exponencial na sua procura no ano de 2021. Somente no ano de 2020 segundo a International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), foram realizados cerca de 852,554 mil rinoplastias em todo o mundo, um aumento de cerca de 3.7% quando comparada ao ano anterior da pesquisa (American Society of Plastic Surgeons, 2020). A complicação mais grave desse procedimento é a infecção de sítio cirúrgico, ocorrendo em aproximadamente 2.6% a 5.3% das rinosseptoplastias, segundo JO et. Al. (2007) (JOO, et al., 2007 ). A infecção após rinosseptoplastia varia de uma celulite de tecido mole, abscesso, ou até uma complicação severa como abscesso cerebral ou meningite, embora extremamente raro (EYTAN; WANG, 2022). Apesar de raras, as infecções nessas cirurgias podem ser extremamente desastrosas. Os principais fatores de risco para tal são: rinosseptoplastia aberta, reoperações, uso copioso de enxertos, maior tempo intra operatório e uso abusivo de antibióticos (JOO, et al., 2007 ).

**Metodologia:** Uma revisão bibliográfica de artigos dos últimos dez anos foi realizada de maneira a descrever e a debater os benefícios ou não do uso da antibioticoprofilaxia nos procedimentos de rinosseptoplastia funcional e estética.

**Resultados:** Foram encontrados doze artigos sobre o tema, analisando sobre as infecções pós-operatórias em rinosseptoplastia e o uso de antibióticos.

**Discussão:** A infecção, apesar de ser a segunda principal complicação após o procedimento de rinosseptoplastia, é considerada rara. O uso de antibiótico profilático é recomendado em livros que descrevem o procedimento, no entanto, estudos mostram que não há grande benefício na sua utilização sem uma boa avaliação pré operatória. Outros dois estudos ainda sugerem que a cultura do local a ser operado poderia melhor auxiliar o uso do antimicrobiano.

**Conclusão:** Conclui-se que a infecção na Rinosseptoplastia, apesar de ser a segunda principal complicação, é incomum. A antibioticoprofilaxia deve ser indicada com cautela pois pode favorecer a resistência antimicrobiana. Apesar disso, o uso de antibióticos pode estar relacionado com a queda do número dessa complicação. A grande variabilidade de técnicas para estas cirurgias, e os inúmeros protocolos de antibioticoterapia pré e pós operatório realizados nas pesquisas dificultam a padronização de estudos que avaliem os reais benefícios do uso de antimicrobianos. Ademais, também faltam estudos Brasileiros que avaliem em nossa população os principais agentes e a porcentagem de infecções no pós operatório.

**Palavras-chave:** Rinoplastia; Rinosseptoplastia; Infecção de sítio cirúrgico.

PO925

**E-PÔSTER - OUTROS**

Publicidade médica e uso de imagens: atualizações

**AUTOR PRINCIPAL:** AMANDA NAIARA BARBON DE ALMEIDA**COAUTORES:** IGOR GIACOMETI PARREIRA**INSTITUIÇÃO:** UNICESUMAR, MARINGÁ - PR - BRASIL

**Objetivos:** Este artigo tem como objetivo principal explorar os desafios éticos e regulatórios enfrentados pela publicidade médica, bem como discutir seu papel na tomada de decisão do paciente e o uso responsável de imagens médicas. Além disso, o estudo visa analisar as atualizações nas diretrizes do Conselho Federal de Medicina (CFM) relacionadas ao uso de imagem na publicidade médica.

**Método de Pesquisa:** A pesquisa foi conduzida por meio de revisão bibliográfica de artigos científicos, análise de regulamentações governamentais e revisão das diretrizes do CFM. Foram também explorados casos notáveis de publicidade médica para ilustrar desafios éticos e regulatórios.

**Discussão:** A discussão neste artigo abrange vários aspectos da publicidade médica. Inicialmente, explora-se a importância da publicidade médica na indústria de saúde e sua evolução, especialmente com o advento da internet e das redes sociais. Em seguida, são discutidos os princípios éticos que regem a publicidade médica e os desafios comuns enfrentados pelos profissionais de saúde ao promover seus serviços. O papel das imagens na publicidade médica, com foco no Brasil, é examinado, ressaltando a necessidade de um uso responsável e do consentimento do paciente.

As diretrizes regulatórias que controlam a publicidade médica são exploradas em detalhes, destacando casos notáveis de publicidade concentrada e seu impacto. Além disso, é discutido o impacto da publicidade médica na tomada de decisão do paciente, enfatizando como as mensagens persuasivas podem influenciar escolhas de tratamento.

O uso responsável de imagens médicas também é abordado, com ênfase nas diretrizes éticas e na importância do consentimento do paciente. São apresentadas dicas e diretrizes para incorporar imagens de forma ética e respeitosa.

Por fim, o artigo analisa as atualizações das diretrizes do CFM relacionadas ao uso de imagem na publicidade médica, destacando a importância de manter-se informado sobre essas mudanças regulatórias.

**Conclusão:** A conclusão destaca a importância de enfrentar os desafios futuros na publicidade médica, incluindo a proteção da privacidade do paciente, o uso responsável das redes sociais, o acesso igualitário aos cuidados de saúde e a adoção de tecnologias emergentes. A ética e a integridade devem ser centrais em todas as estratégias de publicidade médica, garantindo que os pacientes sejam tratados com transparência e qualidade de informações. A colaboração entre profissionais de saúde, especialistas em marketing e profissionais de ética será essencial para enfrentar esses desafios e garantir que a publicidade médica continue a promover cuidados de saúde de alta qualidade e éticos.

**Palavras-chave:** Uso de imagem; publicidade médica; divulgação médica.

PO939

**E-PÔSTER - OUTROS**

Métodos terapêuticos com corticosteróides e seus efeitos na surdez súbita

**AUTOR PRINCIPAL:** CRISLAINE THÂMARA SILVA ACÁCIO**COAUTORES:** ANÁLIA PEREIRA MARQUES SANTOS; CAIO CACIQUINHO ANDRADE; ELLEN SUENIZZE GOMES CANTARELLI; HELBERT PINTO DE ALMEIDA; VERÔNICA YASMIM DE OLIVEIRA RIOS; PAULO SERGIO LINS PERAZZO**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL**Objetivos:** Ressaltar informações e evidências da literatura atualizada acerca dos efeitos do uso de corticoide sistêmico e intratimpânico, utilizados no tratamento farmacológico da surdez súbita.**Métodos:** Foi realizada pesquisa bibliográfica do tipo revisão sistemática na base de dados PubMed, usando as palavras chaves "Deafness", "Effects" e "Glucocorticoid" com operador booleano "AND". Foram incluídos trabalhos na língua inglesa, portuguesa e espanhol, publicados entre 2018 e 2023. Dentre os 34 resultados encontrados, foram selecionados 6 trabalhos que trazem perda súbita auditiva e glicocorticoide como assunto principal.**Resultados:** A surdez súbita é descrita como a perda auditiva repentina de pelo menos 30 dB unilateral ou bilateral, e seu tratamento se dá pelo uso dos corticosteróides, via sistêmica ou local. Apesar da boa acurácia, a via sistêmica possui efeitos adversos como flutuações na glicemia e pressão arterial, distúrbios gastrointestinais e de sono. Muitos autores atualmente destacam o papel do tratamento local, dentre elas, a injeção pós-auricular e a terapia intratimpânica. A aplicação dos esteróides via intratimpânica é considerada segura e eficaz, utilizada como terapêutica primária ou secundária, é indicada quando há falha na terapia com corticóides sistêmicos ou quando este requer cautela, como em diabéticos, hipertensos ou doentes renais crônicos. Com relação aos benefícios da terapia intratimpânica destaca-se: fácil administração, ambulatorial, baixo risco e utilização de anestesia tópica. No entanto, além do caráter invasivo, os malefícios desse método englobam perfuração da membrana timpânica, dor, inflamação na orelha e vertigem. Uma pesquisa retrospectiva realizada entre os anos de 2010 e 2017, concluiu que o uso combinado de esteroidal sistêmico e local no tratamento da perda auditiva neurossensorial súbita idiopática é superior ao uso isolado. Em uma metanálise realizada com 3.609 participantes com perda auditiva neurossensorial súbita, observou-se que a via intratimpânica apontou melhor benefício em relação à terapia sistêmica. Em um estudo randomizado, a administração de dexametasona intratimpânica em pacientes acometidos com tempo de início inferior a uma semana, reduziu significativamente a perda auditiva em regiões de baixa e média frequência. A metilprednisolona também tem ganhado espaço em pesquisas através do potencial em aumentar a eficácia terapêutica da injeção pós-auricular.**Discussão:** Dentre os métodos de corticoterapia local, a injeção pós-auricular é mais conveniente, eficaz e seguro para o paciente, com indícios de ênfase no tratamento de doentes com perda auditiva grave. . Devido à sua conhecida segurança e eficácia, a terapia com esteróides intratimpânicos (IT-S) aparenta ser particularmente adequada em pacientes tratados com esteróides sistêmicos (SS) que têm doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão ou insuficiência renal crônica. Sendo assim, dentre as vantagens do tratamento intratimpânico, destaca-se: procedimento bem tolerado, fácil de ser realizado ambulatorialmente sob anestesia local e boa aceitação dos pacientes. Dentre as complicações, tem-se dor local, perfuração da membrana timpânica, otite média, vertigem temporária e perda auditiva irreversível.**Conclusão:** O uso de corticosteróides é de significativa relevância no tratamento da surdez súbita, sendo importante comparar o risco-benefício entre as terapias sistêmica e local. Embora ambas tenham eficácia relevante, destaca-se o papel da terapia local como redutora de danos sistêmicos secundários ao uso do fármaco, além da sua fácil administração, trazendo a importância de se discutir o uso da corticoterapia intratimpânica como primeira linha. Entretanto, apesar de oferecer menores adversidades, esta terapêutica pode gerar desconfortos e danos otológicos ao paciente. Portanto, embora a terapêutica com injeção de corticosteróides pós-auricular seja promissora pelo seu reduzido número de reações adversas, alguns trabalhos apontam os tratamentos oral e sistêmico concomitantemente como a melhor conduta.**Palavras-chave:** Corticosteroide; Perda súbita auditiva; Surdez.

PO955

**E-PÔSTER - OUTROS****RELATO DE CASO - SÍNDROME DE GOLDENHAR****AUTOR PRINCIPAL:** ERIKA YUMI NAKAGAWA**COAUTORES:** LETICIA LEAHY; CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR; FERNANDO AZEVEDO FERREIRA; ANDRE RICARDO MERKLE; AURENZO GONÇALVES MOCELIN; LOUISE FERREIRA IUNKLAUS**INSTITUIÇÃO:** HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL**Introdução:**

A síndrome de Goldenhar é uma rara associação de anomalias adquiridas esporadicamente que resulta de um defeito no desenvolvimento do primeiro e segundo arcos branquiais. Essa condição de distúrbio afeta a órbita, mandíbula, orelha, nervo facial, tecidos moles, conhecida pela sigla OMENS. As anormalidades ocorrem em combinações variáveis e faixa clínica.

**Objetivos.**

O presente relato descreve uma paciente do sexo feminino, 25 anos, com Síndrome de Goldenhar, que apresentou anormalidades desta rara condição e necessitou de 36 correções cirúrgicas ao longo da vida.

Relato Resumido: Mulher de 25 anos, com síndrome de Goldenhar, procurou nosso serviço de otorrinolaringologia.

Ela apresentava alterações incluindo hipoplasia mandibular e zigomática, fenda palatina esquerda e atresia completa do conduto auditivo externo direito.

Ela foi acompanhada clinicamente pela equipe de cirurgia plástica e ao longo da vida passou por 36 reconstruções cirúrgicas, incluindo reconstrução da comissura oral, reconstrução da orelha, reposicionamento maxilar, avanço mandibular e aumento de tecidos moles para melhorar forma e função.

Procurou atendimento de otorrinolaringologia devido à atresia do conduto auditivo externo, pois apresentava perda auditiva condutiva na orelha direita e apresentava problemas com prótese auditiva padrão. Indicamos um dispositivo implantável de condução óssea. Os implantes de condução óssea representam uma opção cirúrgica de baixo risco, capaz de aumentar o benefício do aparelho e a qualidade sonora para muitos pacientes nesta situação.

**Discussão:**

O espectro de anormalidades do SG varia de leves a graves e inclui pacientes com assimetria facial quase imperceptível até defeitos faciais muito pronunciados com anormalidades mais ou menos graves de órgãos internos e/ou esqueleto. É caracterizada mais comumente por comprometimento do desenvolvimento dos olhos, ouvidos, lábios, língua, palato, mandíbula, maxila, estruturas zigomáticas e orbitais e deformações das estruturas dentárias. A etiopatogenia é multifatorial e dependente de fatores genéticos e ambientais, mas ainda existem muitas incógnitas sobre a síndrome que devem ser reveladas.

**Conclusão:** Como esta síndrome é caracterizada por anomalias otológicas com consequências graves é importante que o otorrinolaringologista a reconheça. O diagnóstico precoce da síndrome de Goldenhar pode melhorar a qualidade de vida e diminuir as complicações desta condição rara.

Palavras-chave: Goldenhar syndrome; abnormalities; oculoauriculovertebral syndrome.

PO961

**E-PÔSTER - OUTROS****MORTALIDADE POR HEMORRAGIA DAS VIAS RESPIRATÓRIAS: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE 10 ANOS (2012 A 2021)****AUTOR PRINCIPAL:** ANA BEATRIZ DE ANDRADE BARROS**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL

**OBJETIVO:** Compreender as mudanças no perfil epidemiológico da mortalidade permite que os sistemas de saúde pública identifiquem áreas de preocupação e aloquem recursos de forma adequada, favorecendo grupos populacionais mais vulneráveis e contribuindo para estratégias de prevenção. Assim, este estudo visa avaliar o perfil epidemiológico da mortalidade por hemorragia das vias respiratórias no Brasil no período de 2012 a 2021.

**MÉTODO:** Esse estudo é do tipo, retrospectivo, descritivo e transversal. Os dados utilizados foram obtidos a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo estes retirados da categoria de Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM por local de residência no Brasil. Foram considerados casos registrados entre os anos de 2012 e 2021. As variáveis incluíram: ano de processamento, faixa-etária, sexo, taxa de mortalidade, óbitos e categoria de causas.

**RESULTADOS:** Constatou-se que o total de óbitos entre 2012 e 2021 foi 737. Destes, o ano com a maior prevalência de casos foi 2016 com 13,16% do total de óbitos. Quanto às regiões brasileiras, apresentaram os seguintes quantitativos: 63 óbitos na região Norte, 201 no Nordeste, 362 no Sudeste, 72 no Sul e 39 no Centro-Oeste. As regiões de maior e menor incidência são, respectivamente, Sudeste e Centro-Oeste. Em relação à faixa etária, o intervalo de idade com maior taxa de falecimento foi de 50 a 59, com 113 óbitos e 60 a 69 anos, com 96 óbitos, seguido de pessoas entre 20 e 29 anos, com 94. Além disso, o menor número de mortes por hemorragia de vias respiratórias foi entre crianças de 1 a 4 anos. Ademais, houve um maior quantitativo do gênero masculino, contando com 64,7% dos casos.

**DISCUSSÃO:** As hemorragias das vias respiratórias representam uma preocupação médica de grande relevância, dada sua associação com níveis significativos de morbidade e mortalidade. Esses episódios hemorrágicos podem ser desencadeados por uma ampla variedade de condições subjacentes, como trauma, doenças pulmonares, infecções, tumores e distúrbios hemorrágicos. O estudo observa variações na mortalidade ao longo do período analisado, as quais podem estar correlacionadas com avanços nas práticas médicas, modificações nas políticas de saúde, elevação da conscientização pública e até flutuações sazonais nas condições de saúde. Além disso, tornam-se evidentes disparidades regionais, com a região Sudeste apresentando um número mais elevado de óbitos em comparação com a região Centro-Oeste. Essa diferença pode ser atribuída a fatores como densidade populacional, acesso a serviços de saúde de alta qualidade, disponibilidade de recursos médicos e prevalência de fatores de risco. Observa-se que adultos de meia-idade e homens são mais suscetíveis a óbitos decorrentes de hemorragias das vias respiratórias, apontando uma possível influência de fatores de gênero e comportamentais. Isso enfatiza a necessidade de estratégias preventivas e de rastreamento direcionadas a esses grupos. Incluindo a identificação precoce de fatores de risco, promoção de hábitos saudáveis, controle de condições médicas subjacentes, garantia de acesso aos cuidados de saúde e aplicação de intervenções terapêuticas apropriadas.

**CONCLUSÃO:** Esse estudo analisou a mortalidade por hemorragia das vias respiratórias, apontando que, entre 2012 e 2021, ocorreram 737 óbitos por esse revés no Brasil, acentuando a importância crítica das hemorragias das vias respiratórias como um desafio significativo para a saúde pública, com variações na mortalidade ao longo do tempo e disparidades regionais notáveis. Por fim, esses dados destacam a necessidade de estratégias preventivas e de intervenção direcionadas para reduzir essa preocupante tendência de mortalidade.

**Palavras-chave:** Hemorragia das vias respiratórias ;Análise de mortalidade ;Saúde no Brasil.

PO963

**E-PÔSTER - OUTROS**

Triagem auditiva neonatal nas maternidades brasileiras: uma revisão de escopo

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIANA DE CARVALHO LEAL GOUVEIA**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL**Objetivo:** Avaliar através de revisão de escopo os dados da literatura a respeito da cobertura da TAN em maternidades brasileiras.

**Método:** Trata-se de uma revisão de escopo com base no guia Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis Protocols, com o protocolo de pesquisa registrado no Open Science Framework (<https://osf.io/qfsm5/>). Para a formulação da questão norteadora, usou-se a estratégia (PCC), sendo População – Maternidades; Conceito – Cobertura da triagem auditiva neonatal (TAN); e Contexto – Brasil, com a seguinte pergunta: Qual a cobertura da TAN nas maternidades brasileiras? A busca eletrônica realizou-se nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Embase, Cochrane Library, Pubmed, Scopus, Web of Science e na literatura cinzenta, sem restrição de ano de publicação e idiomas. Foram utilizados os descritores Decs/Mesh: “Neonatal Screening”, “Hearing Loss” e o sinônimo “hypoacusis”, e o termo livre: “hearing newborn program”. Sendo combinados com os conectivos booleanos “AND” e “OR”, estruturando a estratégia de busca: “Neonatal Screening” AND “Hearing Loss” AND “hearing newborn program” AND (Hearing Loss OR hypoacusis). Seguindo, foram incluídos artigos que relatassem o nível de cobertura, dados quantitativos e qualitativos da TAN e realizados em maternidades brasileiras. Foram excluídos artigos que utilizaram a TAN como instrumento de coleta de dados ou que referiam resultados da TAN relacionados à cuidadores. Para a seleção dos artigos houve a leitura dos títulos, resumos e textos na íntegra, obtendo como facilitador a plataforma Rayyan para a eliminação dos artigos duplicados e seleção dos artigos.

**Resultados:** Foram encontrados 2.835 artigos, excluídos duplicadas 1.367, seguido pela exclusão por título, resumo e leitura na íntegra, resultando em 13 artigos e uma dissertação. Foram possíveis os resultados de cobertura da TAN por Regiões brasileiras: no período entre 2006-2018, Norte (40%), Nordeste (60%), Centro-oeste (75%), Sudeste (80%) e Sul (80%) (OLIVEIRA; PASCHOAL; CAVALCANTI, 2021), no entanto houve aumento destes percentuais no período de 2019-2020, no país de 24,1% para 67,6%, segundo Oliveira; Paschoal; Cavalcanti, 2021. No entanto, esse aumento foi destacado principalmente nas Regiões Sudeste e Sul (99,96% e 95%, respectivamente), já as demais Regiões, apesar do crescimento, não conseguiram atingir o índice recomendado de 95% de cobertura.

**Discussão:** A evolução da cobertura da TAN foi acompanhada do discreto aumento da oferta de fonoaudiólogos e de equipamentos para realizar a triagem no Sistema Único de Saúde na maioria das unidades federativas (MIRANDA et al., 2015). Tais achados podem ser justificados pela Lei Federal 12.303, de 2 de agosto de 2010, que tornou obrigatória a realização gratuita das Emissões Otoacústicas em todos os hospitais e maternidades (CRUZ, FERRITE, 2014). As boas taxas de cobertura da TAN concentrada na Região Sudeste coincidem com a centralização das diferentes modalidades de serviço de saúde auditiva, sendo resultado do pioneirismo na implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PASCHOAL; CAVALCANTI; FERREIRA, 2016). A região Sul concentra oito regiões Intermediárias de Articulação Urbana com taxas maiores que 95% (HIRIBOGA; SIDERI; FERRARESI; CHIRIBOGA, 2021). As piores taxas estão centradas nas Regiões do Norte e Nordeste, pois quase metade dos hospitais que não realizam a TAN se concentram nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. Também são regiões mais extensas territorialmente e consequentemente podem possuir um acesso ao serviço difícil (OLIVEIRA; MELO; CAVALCANTI, 2015).

**Conclusão:** Dado isso, a cobertura da triagem auditiva neonatal nas maternidades brasileiras, se encontra em crescimento, mas essa progressão se apresenta de forma desigual entre as Regiões brasileiras, estando a Região Norte e Nordeste com índice abaixo do recomendado pela legislação.

**Palavras-chave:** Triagem Auditiva Neonatal; Programa de Triagem Auditiva; Perda Auditiva.



PO966

**E-PÔSTER - OUTROS****ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA ATUAÇÃO DA OTORRINOLARINGOLOGIA EM PACIENTES TRANSPLANTADOS DE MÉDULA ÓSSEA E UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO TERCIÁRIO: ESTUDO RET****AUTOR PRINCIPAL:** WENDELL ALLAN HANZAWA**COAUTORES:** AMANDA THIEMY MANO SHIMOHIRA; PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA; RAFAELA DESIDERIO SAAD; RENAN CÉSAR DE FREITAS; WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA; PAULO RENATO BARCHI; ATILIO MAXIMINO FERNANDES**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL

**Introdução:** O transplante de medula óssea (TMO) é um tratamento indicado para doenças malignas e não-malignas hematológicas. Ele consiste na substituição de uma medula óssea (MO) doente por células normais, com o objetivo de reconstituição de uma nova MO saudável (1,8). Durante o período em que estas células ainda não são capazes de produzir glóbulos brancos, em quantidade suficiente para se manterem dentro da normalidade, o transplantado de medula óssea predispõe-se a múltiplas infecções e suas complicações (8). A literatura evidencia que pacientes submetidos ao TMO estão entre os mais suscetíveis a infecções nasossinais, com uma incidência de 37%, contra 23% na população imunocompetente. Na maioria das vezes o paciente é praticamente assintomático ou apresenta sintomas frustrantes e inespecíficos, exceto pela febre. O diagnóstico preciso e imediato pode diminuir a mortalidade e sequelas destes pacientes (6). Este trabalho objetiva avaliar de forma retrospectiva a frequência, motivo, perfil, conduta e desfecho das solicitações de avaliação otorrinolaringológica para pacientes pós TMO em um hospital terciário entre 2021 e 2022.

**Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo com delineamento epidemiológico das avaliações realizadas pela equipe de otorrinolaringologia (ORL) em um hospital terciário, entre 01 de janeiro de 2021 a 1 de fevereiro de 2022, por meio de revisão de prontuário digital. Para o levantamento de dados, foram analisados 2477 prontuários de pacientes que foram avaliados pela equipe de ORL, no período descrito. Em seguida foram selecionados 8 prontuários pós TMO, que apresentavam queixas ORL. Os parâmetros avaliados nesses prontuários foram o gênero, idade, topografia da queixa otorrinolaringológica, conduta e desfecho.

**Resultados:** Dos 8 prontuários analisados, 4 eram do sexo feminino e 4 do sexo masculino. De acordo com a faixa etária do paciente, 1 era uma criança de até 9 anos, 2 adolescentes entre 10 a 19 anos, 5 adultos de 25 a 59 anos. Em relação a topografia da queixa, 6 dos pacientes apresentavam queixas rinossinais, 1 queixa bucofaringea, 1 queixa em região cervical. Desses pacientes, 7 foram tratados clinicamente para as queixas e 1 cirurgicamente. Como prognóstico, 5 tiveram melhora clínica e 3 (37.5%) evoluíram para óbito.

**Discussão:** Pelos dados obtidos, pode-se verificar que o perfil de paciente submetidos ao TMO no período avaliado foi de adultos, com pouca discrepância entre gêneros. Foi observado uma prevalência de queixas em topografia rinossinais, corroborando com o que é relatado em literaturas. Além da anamnese e exame físico otorrinolaringológico, os paciente avaliados foram submetidos a nasofibroscopia flexível e tomografia computadorizada de seios da face para melhora diagnóstico e conduta. De acordo com Savage te al. existe uma probabilidade de ocorrência de rinossinite nos primeiros dois anos após o transplante de medula óssea, em torno de 36,9%. Isso ocorre, provavelmente, devido a facilidade de acesso do meio ambiente com as vias aéreas, sendo este, muitas vezes, o primeiro sítio de infecção e contaminação (5). Além de que, há uma predisposição de destas infecções, devido o quadro imunológico deficiente de tais pacientes. Estes apresentam múltiplos fatores predisponentes intrínsecos ao processo do transplante (radioterapia de corpo inteiro, condicionamento, antibioticoterapia por longo período, neutropenia, doença do enxerto contra o hospedeiro, quimioterapia), acarretando em imunodeficiência (3,5).

**Conclusão:** Com este estudo concluímos que no ano de 2022 o perfil de pareceres de pacientes TMO para a equipe de otorrinolaringologia foi, predominantemente, de sintomatologia nasossinusal. Isso corrobora com a literatura já que uma das principais infecções oportunistas nesses pacientes é a rinossinite. Sendo assim, este é um grupo de pacientes que necessitam de uma avaliação otorrinolaringológica e pós transplante de medula óssea, devido a alta taxa de incidência e ao potencial de gravidade que esta doença pode causar no indivíduo imunossuprimido.

**Palavras-chave:** transplante de medula óssea;imunossupressão;otorrinolaringologia.

PO002

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****NEUROESTIMULAÇÃO DO GÂNGLIO ESFENOPALATINO PARA TRATAMENTO DE CEFALÉIAS PRIMÁRIAS – ACESSO PERCUTÂNEO GUIADO POR ENDOSCOPIA TRANSNASAL****AUTOR PRINCIPAL:** MIGUEL SOARES TEPEDINO**COAUTORES:** PEDRO MINO VIANNA; CARLOS HENRIQUE AMARO BRAVO BAPTISTA**INSTITUIÇÃO:** 1. UERJ, UERJ RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL2. POLICLINICA DE BOTAFOGO, POLICLINICA DE BOTAFOGO RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A cefaleia em salvas é considerada trigêmino-autônômica, podendo cursar com sintomas característicos de ativação simpática/parassimpática no lado da hemiface acometido, com descarga nasal, lacrimejamento e hiperemia conjuntival. Considerando os desafios e limitações do tratamento farmacológico, terapias invasivas vêm sendo descritas, com o objetivo de reduzir o uso de medicações e o impacto dos seus efeitos adversos, principalmente nos casos refratários e de difícil manejo. Estas conjugam os benefícios de uma terapia contínua e modulável estabelecida através de procedimento cirúrgico único, garantindo assim a adesão terapêutica a longo prazo, associada a uma relação custo-efetividade favorável, já que é comum o uso de medicações por longos períodos. Neste sentido, alguns procedimentos têm sido realizados no gânglio esfenopalatino (GEP) para tratamento de cefaléia, como alcoolização percutânea, aplicação local de lidocaína ou corticosteróides, além de ablação por radiofrequência. A neuroestimulação, recentemente descrita, se tornou uma opção interessante para a abordagem desta estrutura.

**OBJETIVO:** Descrever a viabilidade de uma nova técnica cirúrgica para neuroestimulação do gânglio esfenopalatino, através de dissecação em cadáver.

**MATERIAL E MÉTODO:** A técnica foi desenvolvida através de dissecação de 2 cabeças de cadáver. Dividimos este procedimento em duas vias de abordagem, a via endoscópica transnasal, para exposição do GEP e confirmação do posicionamento dos eletrodos e a via cervico-facial, na qual foi realizada a introdução do feixe de eletrodos e posicionamento da unidade interna geradora. A tomografia computadorizada confirmou o posicionamento do implante ao final do procedimento.

**DISCUSSÃO:** A “teoria do portão da dor” sugere que pulsos elétricos entregues a tecidos neurais são capazes de modular a atividade neuronal, para controle de dor nociceptiva ou neuropática. Alguns trabalhos já demonstraram a eficácia e segurança da neuroestimulação do GEP. Apresentamos uma nova abordagem cirúrgica onde a incisão externa é realizada na região retroauricular, já consagrada para o implante coclear. Com isso, espera-se uma diminuição da incidência de sequelas perioperatórias, principalmente relacionadas a dor e edema em região oral, que foram descritas em abordagens anteriores. O dispositivo utilizado nesse estudo permite que o próprio paciente possa modular a potência dos estímulos, personalizando a abordagem, reduzindo ou até tornando desnecessária a terapia medicamentosa.

**CONCLUSÃO:** O presente artigo apresenta uma nova abordagem, por acesso percutâneo guiado por endoscopia transmaxilar, que está associado à uma grande precisão no posicionamento do feixe e provável diminuição da morbidade perioperatória, combinando vantagens de acessos endoscópicos e a via retroauricular.

**Palavras-chave:** GÂNGLIO ESFENOPALATINO;NEUROESTIMULAÇÃO;CEFALÉIA EM SALVAS.

PO007

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ESTENOSE CONGÊNITA DE ABERTURA PIRIFORME EM LACTENTE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS MARCONDES SPEGIORIN**COAUTORES:** ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS; MAÍRA SOARES TORRES; ANDRÉIA ROBERTA SILVA E SOUZA; MARIANA DE CASTRO MACHADO; FLAVIO BARBOSA NUNES; ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES; GIANCARLO BONOTTO CHEROBIN**INSTITUIÇÃO:** HCUFGM, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Lactente, sexo masculino, 53 dias de vida, apresentando insuficiência respiratória e necessitando de oxigênio suplementar. Histórico de evolução na sala de parto com desconforto respiratório precoce, sendo realizada ventilação com pressão positiva e encaminhado à unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal. Desde então apresentando dispneia, esforço em ar ambiente e dificuldade de amamentação. Não foi possível progredir sonda nasointestinal, sendo iniciada dieta por sonda orogástrica. Broncoscopia sem alterações. Na avaliação otorrinolaringológica apresentava sinais de esforço respiratório em ar ambiente, megaincisivo central e não foi possível progredir o aparelho de endoscopia nasal flexível de 3mm por ambas as fossas nasais. Na tomografia de seios da face (TCSF) apresentava estreitamento da abertura piriforme, com medida de 4,16 mm, sem outras malformações nasais.

Lactente submetido a cirurgia para correção da estenose sob anestesia geral no 55º dia de vida. Utilizado acesso sublabial com descolamento subperiosteal e exposição da abertura piriforme. Realizado, então, broqueamento cauteloso das bordas inferolaterais e incisão de alívio na mucosa nasal. Fechamento da incisão com fio absorvível e passagem de tubos endotraqueais tamanho 2.5 pelas fossas nasais e fixados na face.

Paciente encaminhado à UTI pediátrica e extubado no dia seguinte ao procedimento. Apresentou, na sequência, respiração nasal predominante sem sinais de esforço respiratório ou necessidade de oxigênio suplementar. Realizadas limpezas frequentes dos tubos com soro fisiológico e aspiração, além de dexametasona tópica nasal. Os tubos utilizados como stents foram removidos após 22 dias e o paciente evoluiu com bom padrão respiratório e teve alta da UTI. Atualmente em seguimento ambulatorial sem novas intercorrências respiratórias.

**DISCUSSÃO:** A estenose congênita da abertura piriforme é uma afecção rara cuja incidência estimada é de 1 a cada 25.000 a 50.000 nascidos. Ela ocorre devido ao crescimento exagerado do aspecto medial do processo nasal da maxila que leva ao estreitamento da cavidade nasal. Não se sabe exatamente a causa desta malformação, mas ela é associada com o espectro da holoprosencefalia e com o megaincisivo central, apesar de poder aparecer de forma isolada na minoria dos casos.

As manifestações clínicas ocorrem nas primeiras semanas de nascimento, quando a criança evolui com dispneia e sinais de esforço respiratório, dificuldade de amamentação e, nos casos mais severos, falência respiratória. Pode ser observado melhora dos sintomas durante o choro, quando a criança apresenta respiração oral. A rinoscopia anterior evidencia fossas nasais estreitadas e a tentativa de progressão de sonda de aspiração ou do aparelho de endoscopia nasal flexível de 2.2mm pode não ser possível.

TCSF deve ser solicitada para avaliar a largura da abertura piriforme a nível do meato inferior no corte axial – valor <11mm em RN a termo confirma o diagnóstico – além de excluir outras malformações nasais.

O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, a depender da gravidade dos sintomas e da obstrução. Nos casos leves pode-se tentar tratamento clínico com uso de descongestionantes nasais, solução salina nasal, aspiração de secreções e uso de chupeta de McGovern – que permite respiração oral. Em casos graves ou medida uma medida de 5.7 mm, segundo Wormald et al indicam necessidade de tratamento cirúrgico. É realizada uma incisão sublabial com exposição da abertura piriforme e ampliação, com brocas, de suas bordas infero-laterais, seguida de colocação de tubos orotraqueais utilizados como stents das cavidades nasais para manter sua patência.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O estreitamento da abertura piriforme aumenta significativamente a resistência de uma via aérea já estreita, causando esforço respiratório nos recém-nascidos, uma vez que são, preferencialmente, respiradores nasais. O reconhecimento deve ser rápido, visto que o quadro pode ser fatal e necessita que condutas sejam tomadas em tempo hábil.

**Palavras-chave:** Estenose congênita; Abertura piriforme; Malformação.

PO015

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****MUCOCELE DE ACOMETIMENTO EM SEIO FRONTAL DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO:  
RELATO DE CASO CLÍNICO****AUTOR PRINCIPAL:** HENRIQUE DE MORAES PAIVA MOISES ARABE**COAUTORES:** LIS LAUAR GODINHO; LUCAS MIRANDA RIBEIRO DE PAULA; AMANDA MARTINS PEREIRA PITTA; DÉBORAH RIBAS RUSSO; RAMONA SALERI; BRUNA DOS REIS MENDES PEREIRA SILVA; CICERO MATSUYAMA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente MDMS, feminino, 75 anos, natural e procedente de Monte Santo/BA, encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia para controle de sinusopatia crônica. Na primeira consulta, já queixava de sintomas oculares há 3 meses. Ao exame físico, apresentava edema palpebral à esquerda, indolor, com retração de derme, sem restrição à movimentação ocular. Tomografia de Seios da Face demonstrou lesão circunscrita na região periorbitária à esquerda, com características expansivas. A investigação diagnóstica foi complementada com Ressonância Magnética dos Seios da Face, evidenciando conteúdo com características de partes moles obstrutivo em seios frontais, associado a efeito expansivo sobre o teto orbitário esquerdo, sugestivo de mucocele, tendo como diagnóstico diferencial sinusopatia fúngica. Optou-se como escolha terapêutica a cirurgia endoscópica endonasal, seguida de coleta de material para avaliação anatomopatológica. O resultado evidenciou mucosa do tipo respiratória, com processo inflamatório crônico inespecífico, pertinente ao diagnóstico proposto.

**Discussão:** O muco nasal, produzido pelo epitélio ciliado que reveste os seios paranasais, tem como principal objetivo proteger contra elementos nocivos, entretanto, devido algumas condições patológicas, não há renovação contínua de muco, fazendo com que este fique retido dentro das cavidades. A mucocele é uma lesão benigna de caráter expansivo devido à obstrução dos seios paranasais, sendo as principais causas de obstrução: variação anatômica, infecção, quadro alérgico crônico, traumas e cirurgias prévias. A associação da obstrução dos seios paranasais com a produção contínua do muco resulta na erosão dos seios, bem como expansão da lesão para regiões adjacentes, tais como órbita, cavidade nasal e cavidade intracraniana. A mucocele apresenta epidemiologia igual entre os sexos masculino e feminino, e é um achado mais comumente unilateral. Os principais seios afetados são os frontais, seguidos pelos seios etmoidais e esfenoidais. Este estudo tem como objetivo salientar a importância de considerarmos a mucocele como um importante diagnóstico diferencial, principalmente com tumores. As complicações mais comuns desta doença são as oftalmológicas e neurológicas, por vezes graves, tais como empiema cerebral ou perda progressiva da visão.

**Comentários Finais:** A mucocele, apesar de ser uma patologia benigna, possui característica expansiva. Desta forma, ao ser diagnosticada, deve sempre ser tratada, para assim prevenir complicações.

**Palavras-chave:** mucocele;seios paranasais;cirurgia endoscópica.

PO017

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ANÁLISE DOS ÍNDICES DE SINUSITE CRÔNICA NO BRASIL ENTRE 2018 E 2022: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA FERNANDA CARVALHO MARTINS MOREIRA**COAUTORES:** LUANA COUTO AMPARO**INSTITUIÇÃO:** ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL**Objetivo:** Descrever o quantitativo de internações por sinusite crônica no Brasil entre o período de 2018 e 2022.

**Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico com abordagem quantitativa, realizado mediante a coleta de dados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) vinculado ao DATASUS, segundo as variáveis de internações e regiões brasileiras. As hospitalizações investigadas foram aquelas atribuídas à Sinusite Crônica, no Brasil, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022 e que aconteceram na população brasileira no total da faixa etária, não sendo atribuídos especificações aos critérios de gênero e cor/raça. São dados secundários de domínio público, portanto não houve necessidade de submeter ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

**Resultado:** Entre 2018 e 2022, constatou-se que o total de hospitalizações por sinusite crônica no Brasil foi de 12.795. Deste resultado, 2.868 ocorreram em 2018, 3.022 em 2019, 1.644 em 2020, 2.058 em 2021 e 3.203 casos em 2022. Em relação às regiões brasileiras, as internações apresentaram os seguintes quantitativos: 219, na região Norte; 2.249, no Nordeste; 6.760, no Sudeste; 2.756, no Sul e 811, no Centro-Oeste. Percebe-se que houve um aumento do quantitativo de internações de 2018 a 2022 e a região Sudeste apresentou o maior número de hospitalizações.

**Discussão:** Uma análise minuciosa da literatura revela que a sinusite crônica é uma patologia cuja determinação de incidência, etiologia e patogênese é desafiadora, uma vez que os sintomas são, muitas vezes, pouco específicos e confundidos com outras doenças. Tal achado pode comprometer a acurácia da quantificação das hospitalizações por sinusite crônica. Ademais, a maior concentração de casos no Sudeste pode, a priori, se relacionar com o fato de que esta é a região mais populosa no país, segundo estudos epidemiológicos. Porém, não se pode excluir o impacto do clima no estado da arte deste dado, o que revela a necessidade de mais pesquisas sobre esta correlação. Outro aspecto a ser analisado com os resultados é a redução do número de internações em 2020, o que pode sugerir um quadro de subnotificação das hospitalizações no período da pandemia do COVID-19.

**Conclusão:** Os dados apresentados revelam um aumento de casos entre 2018 e 2019 e uma diminuição em 2020, seguida por um aumento entre 2021 e 2022. As limitações deste estudo residem na subnotificação das internações e na incapacidade de realizar associações de causalidade. Com isso, estudos que busquem compreender a redução de hospitalizações em 2020 e políticas que ofereçam a promoção em saúde da população brasileira são imprescindíveis à prevenção de internações por sinusite crônica.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; Sinusite; Crônica.

PO019

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE ARTÉRIA MAXILAR INTERNA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO**COAUTORES:** KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS; LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI; TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA; PRISCILA CAVALIERI MASSON; LUCAS CHOI MARCHESANO; ALINE LAMOUNIER GONÇALVES; JOSE ARRUDA MENDES NETO**INSTITUIÇÃO:** IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente sexo masculino, 84 anos, atendido no pronto socorro da otorrinolaringologia com epistaxe volumosa por fossa nasal esquerda de difícil controle. Relato de queda da própria altura com trauma de face 5 dias antes. Nega perda de consciência ou vômitos no momento da queda e episódio epistaxe autolimitada. Antecedentes patológicos pessoais de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, fibrilação arterial paroxística e aneurisma de aorta abdominal e poplíteia em 2010. Em uso de anticoagulante oral e antiplaquetário. O paciente já estava em seguimento ambulatorial com a equipe da bucomaxilofacial por diagnóstico de fratura cominutiva da parede anterior lateral e posterior do seio maxilar esquerdo, com hemossinus associado. Fratura do assoalho e parede lateral da órbita esquerda, sem desvios. E fratura cominutiva do arco zigomático, com afundamento de até 0,5 cm, diagnosticadas por tomografia realizada no momento do trauma. Sem indicação de abordagem cirúrgica até o momento.

Optado pela internação do paciente para monitorização do sangramento e realização dos novos exames. Após controle do sangramento com tamponamento nasal e controle clínico, foi planejada retirada dos tampões nasais em centro cirúrgico, porém abordagem foi suspensa após visualização em angiotomografia achado de pseudoaneurismas em território de artéria maxilar interna a esquerda, com porção da artéria no interior do seio maxilar de provável origem pós-traumática.

Caso discutido com a equipe da cirurgia vascular do serviço e optado por realização de embolização de artéria maxilar interna após emergência da artéria palatina maior, com esferas e molas de destaque controlado, procedimento realizado sem intercorrências. Sendo posteriormente, após um período de observação, retirados tampões nasais de gases bilateralmente e realizada cauterização de mucosa de fossa nasal bilateral em centro cirúrgico. No seguimento pós-operatório, paciente evoluiu estável e sem novos episódios de sangramentos nasais importantes.

**Discussão:** A epistaxe causada por traumatismo craniano é muito comum e muitas vezes acompanhada de fratura da base do crânio. Porém se ocorrer epistaxe maciça ou repetidas tardias, é necessário considerar a possibilidade de lesão da artéria carótida externa. O pseudoaneurisma traumático da artéria maxilar interna, ramos da artéria carótida externa, é uma lesão vascular rara e potencialmente fatal causado por trauma contuso ou penetrante que causa ruptura parcial das camadas internas das paredes das artérias, com risco de sangramento intenso por ruptura total do vaso, até semanas a meses após a lesão. Embora normalmente protegida pela maxila, a localização dessa artéria na fossa infratemporal a torna suscetível a fragmentos maxilares mobilizados durante osteotomia ou fratura traumática.

Atualmente, a angiotomografia e a angiografia são os critérios padrões no diagnóstico de pseudoaneurismas da região de cabeça e pescoço. A angiografia permite a localização do local do sangramento e determinação da arquitetura dos vasos sanguíneos. Devido à localização anatômica profunda da artéria maxilar, é difícil controlar o sangramento nesta artéria por pressão direta, devendo-se então ser realizada a embolização do vaso via radiologia intervencionista ou intervenção cirúrgica.

A embolização endovascular é superior ao tratamento cirúrgico, pois permite o acesso direto a áreas de difícil acesso cirúrgico, além da localização precisa e oclusão seletiva da lesão, o diagnóstico e o tratamento podem ser realizados simultaneamente. Sendo ainda possível o tratamento de múltiplos pseudoaneurismas.

**Comentários Finais:** Pseudoaneurismas da região da cabeça e pescoço são relativamente raros. Consequentemente, há poucos relatos na literatura. No entanto, é crucial estar vigilante no caso de sangramento maciço pós-traumático. Angiotomografia ou angiografia devem ser realizadas o mais rápido possível para confirmar o diagnóstico. E a terapia endovascular é o tratamento mais seguro e eficaz para pseudoaneurismas traumáticos da artéria maxilar interna.

**Palavras-chave:** EPISTAXE;PSEUDOANEURISMA;EMBOLOGIAÇÃO.



PO022

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RINOSSINUSITE FÚNGICA DE SEIO ESFENOIDAL COM DEISCÊNCIA DO CANAL DO VIDIANO E ACOMETIMENTO DO NERVO OCULOMOTOR****AUTOR PRINCIPAL:** KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS**COAUTORES:** INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO; LORENZO SILVESTREIN SARTORELLI; LUCAS CHOI MARCHESANO; PRISCILA CAVALIERI MASSON; TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA; PEDRO SAMPAIO ALMEIDA; RENATA CHADE AIDAR BALASSO**INSTITUIÇÃO:** IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Apresentação do caso: E.D.C, homem, 58 anos, hipertenso, diabético não insulino-dependente, com ptose palpebral, diplopia à direita e cefaléia hemicraniana direita, com duração de horas e intermitentes há 5 meses. À nasofibroscopia, apresentava secreção purulenta em recesso esfenotmoidal à direita. A tomografia de seios da face evidenciava antro esfenoidal direito preenchido de material com atenuação de partes moles, espessamento e esclerose parietal difusa do esfenóide, alargamento do óstio, focos de descontinuidade óssea/deiscência para o canal vidiano do mesmo lado. Paciente tratado com amoxicilina-clavulanato por 4 semanas, evoluindo com melhora da cefaleia, ptose e diplopia palpebral, porém com persistência da secreção purulenta em recesso esfenotmoidal. Em ressonância magnética de face havia conteúdo com isossinal em T1 e sinal heterogêneo em T2, com realce periférico ao meio de contraste, obliterando o seio esfenoidal direito e recesso esfenotmoidal, sugestivo de bola fúngica, além de sinais de invasão do seio cavernoso. Foi submetido a esfenoidotomia direita, com aspecto intra-operatório de tecido mucoso friável em recesso esfenotmoidal, secreção purulenta, além de material de aspecto crostoso amarronzado. Realizada limpeza, retirada de material para culturas e anatomopatológico. Cultura de secreção evidenciou *Staphylococcus haemolyticus* e *Klebsiella aerogenes*. Anatomopatológico compatível com bola fúngica, com presença de estruturas fúngicas que morfologicamente favoreciam *Aspergillus* sp. Fez uso de ceftriaxona, clindamicina e anfotericina B durante a internação e seguimento ambulatorial em conjunto com infectologia com uso de voriconazol via oral por 8 semanas. Paciente em follow-up de 01 ano, com controle de imagens com boa evolução pós-operatória e sem recidiva do quadro.

Discussão: As rinossinusites etmoidais e esfenoidais apresentam maior risco de complicações orbitais, visto a proximidade com várias estruturas vitais. Os sintomas relacionados ao acometimento do esfenóide são a cefaléia, de longa duração e localização variável, perda visual e paralisia de nervos cranianos. Dentre os nervos cranianos afetados por rinossinusites esfenoidais, o nervo óptico é o mais afetado, seguido do abducente, trigêmeo e oculomotor. O III par, oculomotor, trata-se de um nervo motor que inerva os músculos extrínsecos do bulbo ocular, incluindo o elevador da pálpebra superior, podendo causar, portanto, diplopia e ptose palpebral. Infecção fúngica dos seios deve ser suspeitada quando a rinossinusite não responde a antibióticos, se acometimento de um único seio ou destruição óssea. A infecção por *Aspergillus*, embora rara, é a infecção fúngica mais comum dos seios paranasais e o envolvimento do esfenóide tem prognóstico pior, pelo risco de trombose do seio cavernoso, infecção do sistema nervoso e comprometimento dos nervos cranianos, principalmente em pacientes diabéticos ou imunodeprimidos. A tomografia computadorizada é o padrão ouro para diagnóstico de complicações orbitais e doença esfenoidal, mostrando material hipoatenuante ou espessamento em seios, com envolvimento ósseo ou não. Exames confirmatórios incluem testes de imunodifusão, cultura da cavidade nasal e identificação microscópica do fungo por biópsia, com hifas septadas dicomatosas e ramificações em 45°. Achados operatórios de granulações acinzentadas ou marrom escuras sugerem infecção por *Aspergillus*. A aspergilose paranasal pode responder a tratamento cirúrgico que restabelece a aeração do seio. Em casos de aspergilose invasiva ou envolvimento de seio esfenoidal há indicação de cirurgia com remoção do material necrótico e debridamento do tecido adjacente em conjunto com o uso de agentes antifúngicos orais, por tempo prolongado e acompanhamento multidisciplinar.

Comentários finais: O presente relato tem como interesse expor um caso de rinossinusite fúngica por aspergilose com acometimento do III par craniano e a importância do acompanhamento multidisciplinar, tratamento cirúrgico e tratamento antifúngico associados.

Palavras-chave: Rinossinusite fúngica; Nervo oculomotor; Aspergilose.



PO023

## RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

## PÓLIPO DE KILLIAN E SUA ABORDAGEM CIRÚRGICA

AUTOR PRINCIPAL: STEPHANIE DRAGO

COAUTORES: CICERO MATSUYAMA; ANDREZA VIRE TONON; HENRIQUE DE MORAES PAIVA MOISES ARABE; LIS LAUAR GODINHO; LUCAS MIRANDA RIBEIRO DE PAULA; RAMONA SALERI; FLÁVIA FERRAZZO

INSTITUIÇÃO: CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

## APRESENTAÇÃO DO CASO:

Paciente J.S.M, 35 anos, sexo feminino, hígida, procurou atendimento otorrinolaringológico em julho de 2023 devido quadro de obstrução nasal progressiva pior a esquerda associada a hiposmia e roncos. Ao exame físico evidenciou-se uma tumoração de aspecto polipoide em fossa nasal esquerda. Realizados exames complementares de videonasofibroscopia e tomografia computadorizada dos seios da face que apresentou lesão expansiva ocupando seio maxilar esquerdo, com amplo alargamento do complexo óstio-meatal, estendendo-se para cavidade nasal até a orofaringe. Foi optado por tratamento o cirúrgico de polipectomia por técnica endoscópica, a qual baseou-se na remoção total da lesão, incluindo a inserção da lesão localizada na parede posterior do seio maxilar. Os achados intraoperatórios evidenciaram lesão única de aspecto cístico implantada em parede lateral maxilar esquerda. Após a exérese da lesão, a mesma foi encaminhada para estudo histopatológico, tendo como resultado pólio nasal inflamatório.

## DISCUSSÃO:

Os Pólipos coanais são classificados de acordo com sua origem, sendo eles: antrocoanais, esfenocoanais (seio esfenoidal) e etmoidocoanais (seio etmoidal). Os pólipos antrocoanais ou Pólipos de Killian são tumores benignos, de crescimento progressivo, com maior incidência em crianças e jovens. O pólio de Killian representa entre 4-6% de todos os pólipos nasais da população em geral, enquanto na população pediátrica, esta porcentagem atinge 33%. São fisiopatologicamente distintos de outras formas de polipose nasal e não estão associados a atopia. São predominantemente unilaterais (60-70%) sendo, portanto, o principal sintoma a obstrução nasal unilateral. Possuem, na maioria das vezes, origem nos seios maxilares, deslocando-se através do óstio acessório ou do óstio principal para a cavidade nasal, próximo às raízes dentárias e podendo migrar para a cavidade nasal, cavum e até orofaringe. A teoria mais aceita sobre a etiologia é a obstrução de glândula mucosa, com a formação de um cisto de retenção que percorre o seu trajeto tipicamente até as coanas. Histologicamente, o pólio é revestido por epitélio respiratório com infiltrado inflamatório aumentado e tem um aspecto cístico envolvido por um estroma edematoso. O diagnóstico é clínico e exames de imagem como a videonasofibroscopia e a tomografia computadorizada avaliam a extensão da lesão. A descrição típica da imagem é de uma massa contínua em seio maxilar que se estende até a coana, podendo ocorrer também um alargamento do complexo ostio-meatal devido a presença da lesão sem erosão óssea. A polipectomia é o tratamento de escolha para esse tipo de lesão, sendo a técnica endonasal o padrão ouro para sua realização. A remoção completa da lesão, incluindo o pedículo de implantação é fundamental na prevenção da recidiva. Quando se trata de recorrência, a exérese incompleta da lesão é a principal causa, uma vez que parte da inserção da lesão permanece no interior do seio maxilar. Com isso, é necessária a identificação da origem do pólio, pois o componente sinusal deve ser totalmente ressecado, na tentativa de evitar a recidiva da tumoração.

## COMENTÁRIOS FINAIS:

O diagnóstico precoce reduz morbidade e fornece maior qualidade de vida ao paciente, além de permitir uma abordagem cirúrgica com maiores chances de sucesso definitivo. Conclui-se que o sucesso cirúrgico depende em grande parte da identificação do ponto de inserção da lesão para assim remoção completa, evitando recidivas e necessidade de reabordagem.

Palavras-chave: PÓLIPO DE KILLIAN; PÓLIPO ANTROCOANAL; CIRURGIA ENDONASAL.

**PO025****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****SINUSITE MAXILAR ODONTOGÊNICA COMPLICADA COM FÍSTULA OROANTRAL:  
SÉRIE DE CASOS****AUTOR PRINCIPAL:** INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO**COAUTORES:** KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS; LUCAS CHOI MARCHESANO; LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI; PRISCILA CAVALIERI MASSON; TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA; LUIS FERNANDO DE ALMEIDA CHAVES MARSIGLIA; RENATA CHADE AIDAR BALASSO**INSTITUIÇÃO:** IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente VSES, feminino, 57 anos, com história de implante dentário em arcada superior direita, com evolução após 20 dias para cacosmia, facialgia em peso e rinorreia esverdeada ipsilateral. Fez uso de 4 antibióticos no período sem resolução do quadro.

Segundo paciente, RRG, masculino, 72 anos, com queixa de secreção purulenta drenando na gengiva superior há mais de um ano, associada a halitose, dor local e cacosmia. Nega traumas locais. Nega cirurgias na região no último ano. Faz uso de prótese dentária fixa há 10 anos, porém refere história de retirada de 2 implantes em hemimaxila esquerda há 1 mês por drenagem de secreção purulenta.

Terceiro paciente, AMSC, feminino, 62 anos, com história de fístula oroantral a esquerda, após implante dentário em 2004. Queixa-se de rinorreia purulenta frequente a esquerda, associado a dor local em peso, hiposmia, sem febre associada, além de saída de secreção purulenta por fistula oroantral. Relata necessidade de antibioticoterapia para tratamento de episódios de 5 vezes ao ano desde o surgimento da fistula, com recorrência da saída de secreção após tratamentos.

No exame físico dos casos descritos acima, foram evidenciadas presença de orifício de drenagem de secreção purulenta em gengiva superior nos locais dos procedimentos dentários prévios, em comunicação com seio maxilar ipsilateral. Na endoscopia nasal, visualizada drenagem de secreção mucopurulenta em meato médio ipsilateral. Complementada investigação dos casos com tomografia computadorizada de seios da face, evidenciando velamento de seio maxilar ipsilateral ao procedimento dentário, com densidade de partes moles e material heterogêneo, além de solução de continuidade em rebordo alveolar e seio maxilar.

Os pacientes foram tratados com antibioticoterapia para controle clínico e avaliados pela equipe de otorrino e bucomaxilofacial para abordagem cirúrgica. Realizado nos três casos, sinusectomia maxilar do seio acometido via endonasal e fechamento fistula oroantral com retalho de mucosa palatal no mesmo tempo cirúrgico. Pacientes evoluíram bem sem recidiva após procedimentos.

**Discussão:** A comunicação oroantral é uma comunicação anormal entre a cavidade oral e o seio maxilar e, quando não fecha espontaneamente, permanece patente e epitelizada, por pelo menos 48 a 72 horas, de modo que a fístula oroantral (FOA) se desenvolve. A FOA atua como uma via de penetração de bactérias e fungos, levando à sinusite maxilar odontogênica (SMO) ou pan-sinusite em 60% dos casos. Pode ocorrer por várias causas, como extração de dentes posteriores superiores, cirurgia de implantes, enucleação de cistos e tumores, cirurgia ortognática, osteomielite e traumas.

O diagnóstico de FOA deve ser baseado em um exame médico e odontológico completo, incluindo avaliação dos sintomas do paciente e histórico médico anterior. Os principais sintomas relacionados à FOA são dor ou pressão facial, congestão nasal, rinorréia purulenta unilateral, cacosmia, escape nasal de líquidos e gotejamento pós-nasal. Exames radiográficos permitem avaliação do defeito alveolar. A comunicação entre a cavidade oral e o seio maxilar pode ser confirmada com tomografia computadorizada, além de permitir notar presença de sinusite.

FOA com menos de 3 mm, cicatrizam espontaneamente, enquanto aquelas com mais de 3 a 5 mm de tamanho não cicatrizam sem reparo cirúrgico, sendo necessário retalhos de avanço bucal ou retalhos palatinos. Entretanto, antes do reparo cirúrgico do defeito, a eliminação da patologia do seio maxilar é essencial para o sucesso do tratamento. Sendo indicada sinusectomia maxilar, necessária para eliminar o tecido de granulação e manter patente o complexo osteomeatal.

**Comentários finais:** O manejo da FOA depende do tamanho do defeito, tempo de diagnóstico e presença de sinusite. Seus diagnósticos requerem cuidadoso exame clínico e radiológico. A fonte dentária da infecção deve ser eliminada para prevenir a recorrência. Estudos mais recentes têm apoiado que o manejo concomitante da sinusectomia e cirurgia odontológica foi o mais eficaz, garantindo a resolução completa da infecção.

**Palavras-chave:** Sinusite Maxilar;Fístula Oroantral;Retalhos Cirúrgicos.

PO028

## E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

## TUMOR DE POTT PUFFY: UM RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: GUSTAVO TREVISAN

COAUTORES: BÁRBARA ROCIO DELATORRI LEITE; FRANSÉRGIO EMÍLIO MANTOVANI CAVALLARI

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SANTA CASA DE BARRETOS, BARRETOS - SP - BRASIL

**RELATO DE CASO:** P.L.M.S., sexo masculino, 14 anos, sem comorbidades prévias, atendido no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barretos com história de obstrução nasal e rinorreia por 3 meses, progredindo para rinossinusite aguda com tumefação de região frontal esquerda. Fez uso de Azitromicina 500mg/dia por 5 dias e Ceftriaxone IM 500mg/dia por 7 dias, em outra unidade no início do quadro, sem resolução. Na avaliação pela equipe de otorrinolaringologia, paciente apresentava rinorreia amarelada, febre, peso em face, obstrução nasal, edema periorbitário e tumefação visível e palpável em região frontal esquerda. Iniciado Amoxicilina com Clavulanato 2g, endovenoso de 8/8h, e visualizado em Tomografia Computadorizada de seios da face e crânio “velamento de seios maxilares, células etmoidais a esquerda e seios frontais, com erosão de parede anterior e posterior do seio frontal esquerdo, com extensão provável para partes moles da região frontal e periorbitaria bilateralmente, e espaço epidural, mais evidente a esquerda, sem alterações de parênquima cerebral”.

Estabelecida a hipótese de Tumor de Pott, com manutenção da antibioticoterapia e programação cirúrgica. No sétimo dia de internação, foi realizada abordagem cirúrgica combinada, externa e endonasal, por meio da técnica de Lynch e Draf I, respectivamente. Na abordagem endoscópica, realizado antrostomia maxilar bilateral e antrostomia etmoidal e frontal a esquerda. Por via externa, realizado acesso supraciliar de osso frontal à esquerda, sendo possível observar descontinuidade de tábua óssea anterior e posterior. Realizada trepanação óssea, debridamento de mucosa inflamatória e coleta de fragmento ósseo e secreção para cultura. Para correção de defeito em parede posterior de osso frontal, foi realizado enxerto com fáscia do músculo temporal. No pós-operatório, paciente evoluiu com melhora dos sintomas, permanecendo internado em serviço para antibioticoterapia e resultado de culturas. No 14o dia de internação, em conjunto com equipe de infectologia, após amostras de culturas negativas e boa evolução do quadro, realizado alta hospitalar, com antibioticoterapia domiciliar por via oral até completar tratamento. Em acompanhamento ambulatorial paciente manteve boa evolução clínica e sem outras alterações.

**DISCUSSÃO:** O Tumor de Pott Puffy é uma condição rara onde ocorre formação de um abscesso subperiosteal associado a osteomielite do osso frontal, resultante principalmente de rinossinusites ou traumas. Apresenta maior incidência na faixa etária pediátrica, predominantemente adolescentes. Os principais sintomas são obstrução nasal, rinorreia e tumefação de região frontal, podendo evoluir para complicações graves devido a estreita relação com a órbita e o cérebro. O exame de escolha é a tomografia computadorizada de crânio e seios da face, mas a ressonância magnética também pode ser útil.

O tratamento do tumor de Pott envolve abordagem cirúrgica em conjunto com antibioticoterapia de amplo espectro. Em alguns casos com complicação intracraniana é necessário associar a craniotomia. Os principais microorganismos envolvidos descritos na literatura são *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp* e anaeróbios, vale destacar a alta prevalência de culturas polimicrobianas. No caso descrito, o resultado da cultura foi negativo, possivelmente devido a vigência de antibioticoterapia prévia ao procedimento cirúrgico. A luz do exposto, é importante ressaltar a gravidade desta entidade, a alta morbimortalidade se não tratada corretamente e o fator tempo é imperativo no desfecho do caso.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A rinossinusite aguda é uma enfermidade relativamente comum, principalmente na otorrinolaringologia, de diagnóstico conhecido e boa resposta ao tratamento. Sendo assim, a fim de evitar suas complicações, devemos estar atentos ao tratamento adequado e evitar negligenciar tais situações. Caso progrida com complicações, é essencial atentar-se ao diagnóstico precoce e para uma intervenção eficaz.

Palavras-chave: TUMOR DE POTT; RINOSSINUSITE AGUDA; SINUSITE FRONTAL.

PO033

## E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

### FÍSTULA LÍQUÓRICA NASAL PÓS-TRAUMÁTICA

**AUTOR PRINCIPAL:** GUILHERME HENRIQUE FERREIRA DAMASCENO

**COAUTORES:** JOSE VICTOR MANIGLIA; FABIO DE AZEVEDO CAPARROZ; FELIPE LUCIO CORDEIRO FREITAS; MARIANA NEVES CERATTI; PAULA BELONE GARCIA; JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE; GUILHERME DAMASCENO FILHO

**INSTITUIÇÃO:** 1. HIORP/INSTITUTO MANIGLIA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL2. LABORATÓRIO SÃO JOÃO, RONDONÓPOLIS - MT - BRASIL

#### FÍSTULA LÍQUÓRICA NASAL PÓS-TRAUMÁTICA - Relato de caso

**Apresentação do caso** - Pct CV, 39 anos, início de rinorreia hialina há 9 meses, intermitente, piora com flexão do pescoço e se agachar. Comorbidades, Rinite Alérgica (intermitente/leve). Em atendimento ORL relatou exacerbação da rinorréia após quadro de IVAS moderado, diagnosticada como SARS-cov através de exame de PCR por swab rinofaríngeo. Foi submetido a exame de videonasoendoscopia flexível com presença de secreção hialino tipo "água de rocha" drenando do recesso eseno-etmoidal esquerdo, exacerbada à manobra de Valsalva, não visualizado fistula em teto nasal. Coletado material, após análise mostrou dosagem de glicose >20mg/dl e à TC SPN foi demonstrado falha óssea em região de lâmina cribiforme. Em programação cirúrgica endoscópica nasal para correção.

**Discussão** - Fístulas Líquóricas Nasais são uma comunicação do espaço subaracnóide com a cavidade nasal/seios paranasais. Espontâneas ou traumáticas (80%), estas por causas acidentais ou cirúrgicas. Áreas de maior risco para FLN são a placa cribiforme do etmóide e o etmóide anterior. A história do paciente é típica: descarga nasal de líquido claro, intermitente, que emana quando o paciente se inclina para frente ou aumenta a pressão intracorpórea. O uso de fitas de diabetes para avaliar o líquido colhido do nariz junto da dosagem da glicose apontam à favor de fístula, se apresentar se >30mg/dl. O teste mais confiável é a dosagem da beta-2 transferrina, proteína específica do líquido. Outro método é a injeção 1-2mL de fluroscéina 5 % no espaço subaracnóideo, seguido de paciente em Trendelenburg e avaliado endoscopicamente. A TC SPN deve ser solicitada sempre, para diagnóstico e programação cirúrgica. Associação com RNM em T2 para visualização do líquido (sensibilidade de 90% e 85% de especificidade). Cisternografias em casos duvidosos. Para tratamento, medidas conservadoras são eficazes para defeitos pequenos - elevação da cabeça em 30°, punção lombar dealívio, uso de Acetazolamida e vacinação anti-pneumocócica. Quando insucesso, a exploração cirúrgica é indicada. Os acessos - por craniotomia, acesso de Lynch, osteotomia Le Fort 1 ou via endonasal, sendo esta a preferida. Material utilizado para reparar as falhas em base de crânio são: enxerto de periósteo de mastóide, fâscia temporal, gordura abdominal, fâscia lata, retalhos de corneto médio ou inferior, cartilagem nasal septal. Cuidados pós-operatórios - dieta laxativa, decúbito elevado, repouso absoluto por 5 dias, ceftriaxona/24h ou e ainda uso de tampões nasais. Das complicações, a mais frequente na FLN pós-traumáticas é a meningite (5-10%), em relação à abordagem endoscópica nasal, sangramento intracraniano, anosmia e tecido de granulação local.

**Considerações finais** - As FLN são muito presentes na prática clínica do ORL, o diagnóstico é óbvio, porém em muitos casos se torna um desafio devido a difícil localização da fístula. Têm resultados cirúrgicos muito eficazes (90%) mas que exigem grande habilidade do cirurgião.

**Palavras-chave:** Fístula Líquórica Nasal; Cirurgia endoscópica nasal; Rinologia.

PO035

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO DO HAMARTOMA ADENOMATÓIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO****AUTOR PRINCIPAL:** AMANDA AZEVEDO**COAUTORES:** LUIZ CLAUDIO COSTA PINTO DA SILVA; ROSANE SICILIANO MACHADO BARCELOS; LUCAS ABREU ARANTES; GRAZIELA MORAIS LOURENÇO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente, sexo feminino, A.D.S.C, 66 anos, com história de dor em hemiface e obstrução nasal a esquerda há 08 meses após passagem de sonda nasointestinal em fossa nasal esquerda. De história patológica pregressa negava comorbidades e uso contínuo de medicação. Realizado gastrectomia devido lesão gástrica. Ao exame otorrinolaringológico apresentou hipertrofia de corneto médio a esquerda, sem visualização de massa. A endoscopia nasal evidenciou lesão em fossa nasal esquerda ocupando todo o meato médio, de contornos regulares e coloração de mucosa habitual. Tomografia computadorizada de seios da face com contraste revelou material de densidade de partes moles ocupando etmóide a esquerda e meato médio esquerdo. Posteriormente realizado ressonância magnética de seios da face com laudo de formação alongada, sólida, de permeio as células etmoidais e a fossa nasal a esquerda, medindo cerca de 3,9 x 3,5 x 1,4cm nos maiores eixos, obliterando parcialmente as células etmoidais e envolvendo os cornetos nasais médio e inferior ipsilaterais, possuindo baixo sinal em T1, elevada em STIR e realce heterogêneo após o contraste. Paciente foi submetida a procedimento cirúrgico para exérese da lesão com laudo histopatológico de hamartoma adenomatóide epitelial respiratório, ausência de malignidade.

**Discussão:** O hamartoma é um dos tumores benignos da cavidade nasal em que apresenta uma proliferação glandular importante com localização mais comum em septo nasal posterior com caráter de crescimento desorganizado excessivo e autolimitado, raramente bilateral. Segundo a literatura, o subtipo da nossa paciente (hamartoma adenomatóide epitelial respiratório - HAER) é raro, com uma proporção maior em homens adultos (7 homens para 1 mulher) na 3ª e 9ª décadas de vida.

Conforme apresentado pela paciente do caso, um dos principais sintomas é a obstrução nasal e a dor/pressão em hemiface. Entretanto, outros sintomas também podem ser observados, como ronco, epistaxe, e quando volumosos, dificuldade respiratória.

Como diagnóstico diferencial para patologia, deve-se pensar em pólipos inflamatórios, papilomas invertidos, pólipo antrocoanal e até mesmo adenocarcinoma de baixo grau. Não há nenhum sinal específico visto a tomografia computadorizada ou ressonância dos seios da face que ajude a diferenciar o HAER das outras patologias, entretanto, tais exames são importantes para um planejamento cirúrgico adequado.

Como tratamento, é de escolha a ressecção completa da lesão em monobloco através da cirurgia endoscópica devido ao alto poder curativo dessa doença e com confirmação histopatológica.

**Comentários finais:** Por se tratar de uma lesão rara com sintomatologia inespecífica e comum a outras entidades clínicas, tal doença é importante de ser relatada para melhor conhecimento da patologia. Deve-se levar em consideração os diagnósticos diferenciais do HAER, sendo essa doença confirmada através de histopatológico. O tratamento deve ser cirúrgico, com um excelente prognóstico.

**Palavras-chave:** Hamartoma; Tumor benigno; Lesão nasal.

PO039

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Bola fúngica em seio esfenoidal: um sítio diferente do comum

**AUTOR PRINCIPAL:** EDUARDO VIEIRA COUTO**COAUTORES:** FLAVIA CAROLINE KLOSTERMANN; ISABELLA RIBEIRO DE SOUSA; FLAVIA EDUARDA NUNES ATAIDE; VANESSA THAÍSS MORAES ARAUJO; LUIZ HENRIQUE CHEQUIM**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE, LAGES - SC - BRASIL2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL

A bola fúngica é uma infecção não invasiva dos seios paranasais, é identificada pela opacificação no interior dos seios por uma macrocolônia fúngica, sendo constituída de um emaranhado de hifas juntamente com células inflamatórias, muco, fibrina e restos celulares, desse modo, apresentando material com áreas hiperdensas metálicas, associadas ao processo inflamatório crônico e remodelamento ósseo dessa região. A colonização por fungos na região esfenoidal é uma manifestação atípica da rinossinusite que muitas vezes se confunde com tumores dos seios paranasais. A rinossinusite consiste na inflamação da mucosa nasal e dos seios da face, constituindo uma das afecções mais prevalentes das vias aéreas superiores, podendo apresentar diferentes etiologias como quadro virais bacterianos alérgicos e fúngicos. O quadro clínico apresenta sintomatologia de edema da mucosa respiratória associado a secreção mucopurulenta ocasionada por um processo crônico, logo, definido como sinusite crônica pelo tempo de evolução e manifestação de sintomas ao longo prazo. O objetivo do presente estudo é relatar o caso de uma paciente adulta com diagnóstico de bola fúngica em seio esfenoidal, além de revisar a literatura, atualizando os métodos de diagnósticos e do manejo através da técnica cirúrgica. Relata-se o caso de uma paciente do sexo feminino com histórico de obstrução nasal e rinorréia purulenta crônica, confirmada a presença de bola fúngica em seio esfenoidal direito através de exames de imagens e, assim, dando seguimento ao tratamento terapêutico e cirúrgico realizado pelo médico otorrinolaringologista com boa evolução clínica. O diagnóstico da patologia citada é realizado através da sintomatologia clínica, nasofibrovideolaringoscopia e associado a exames complementares de imagem que indiquem o local da lesão e confirmem sua localização precisa, além da confirmação de etiologia fúngica da massa através da coleta do material e realização de biópsia anatomopatológica caracterizando suas alterações. Conclui-se que o diagnóstico da bola fúngica em seios paranasais, nesse caso esfenoidal, constitui um diagnóstico de etiologia incomum presente nas rinossinusites crônicas, sendo fundamental sua identificação precoce a partir de consulta com otorrinolaringologista experiente e exames diagnósticos com o propósito de permitir um tratamento favorável, conduzir o paciente ao melhor prognóstico e evitando casos severos de comprometimento do sistema nervoso central, como desenvolvimento de futuras displasias.

**Palavras-chave:** Aspergillus; Rinossinusite Fúngica Alérgica; Seio Esfenoidal.

PO040

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Prevalência de Transtornos de Ansiedade em pacientes com Rinite Alérgica

AUTOR PRINCIPAL: ANA LARA PINHEIRO MARCO

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS - WALLACE THADEU DE MELLO E SILVA, CURITIBA - PR - BRASIL

**Introdução:** A ansiedade é uma desordem mental bastante comum na população em geral e possui alta correlação com diversas doenças crônicas. Similarmente, a rinite alérgica acomete uma generosa parcela populacional e acaba por influenciar negativamente a qualidade de vida dos pacientes. A associação e interrelação entre essas duas afecções gera questionamentos entre os profissionais. Especula-se que indivíduos com rinite alérgica possuam temperamento ansioso significativamente maior.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de transtorno de ansiedade em pacientes com rinite alérgica. Ademais, outros objetivos apresentados são: correlacionar a intensidade dos sintomas de rinite alérgica com a gravidade dos sintomas ansiosos e analisar vínculos com características demográficas da população estudada como sexo, idade e comorbidades.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal do tipo caso-controle. Os participantes do estudo estavam em acompanhamento no ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – HURCG. Para dividir os grupos casos e controles, foi aplicado o questionário SFAR (Score For Allergic Rhinitis), o qual possibilita, associado ao exame físico, o diagnóstico clínico de RA. Após a identificação e classificação da RA, os pacientes responderam à Escala Beck - BAI para avaliação de sintomas ansiosos. Por fim, os dados obtidos de ambos os grupos foram analisados estatisticamente e correlacionados entre si.

**Resultados:** Na análise geral, houve diferença estatisticamente significativa nos resultados obtidos no escore SFAR em pacientes com e sem diagnóstico clínico de RA. As respostas foram mais elevadas no grupo com doença alérgica. Entretanto, os resultados oriundos da escala BAI, apesar de haver uma diferença numérica, foram estatisticamente insignificantes. Quanto a classificação de RA segundo o ARIA, os participantes enquadrados em portadores de rinite alérgica intermitente leve obtiveram as maiores somas na escala BAI enquanto os classificados como persistente leve pontuaram os menores valores.

**Conclusões:** Observamos que pacientes com diagnóstico de Rinite Alérgica possuem mais sintomas ansiosos, evidenciado por somas mais altas na Escala BAI (Beck Anxiety Products on hand), mas não estatisticamente significativo. Além disso demonstrou-se que pontuações maiores no Escore SFAR (Score for Allergic Rhinitis) se correlacionaram com pacientes com diagnóstico clínico de Rinite Alérgica de maneira estatisticamente significativa.

Palavras-chave: Rhinitis;Anxiety;Allergy.



PO041

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Avaliação da eficácia da irrigação nasal em alto volume e baixa pressão de Budesonida versus Soro Fisiológico 0,9% após cirurgia endoscópica para rino

**AUTOR PRINCIPAL:** ANA LARA PINHEIRO MARCO

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS - WALLACE THADEU DE MELLO E SILVA, CURITIBA - PR - BRASIL

**Objetivo:** esse trabalho visa comparar a eficácia do tratamento clínico de Budesonida nasal em irrigação de alto volume e baixa pressão versus Soro Fisiológico 0,9% em alto volume e baixa pressão após tratamento cirúrgico endoscópico. A população foi dividida população geral e em subgrupos específicos, como divisão por faixa etária e comorbidades.

**Metodologia:** estudo prospectivo tipo caso-controle. Os pacientes serão avaliados no pré-operatório (tempo zero - t0), utilizando o escore de qualidade de vida amplamente validado na literatura médica SNOT-22 (sinonasal outcome test) e o escore endoscópico nasal Lund-Kennedy, e no pós operatório nos tempos t1 (30 dias) e t2 (90 dias). Comparou-se lavagem nasal com Soro Fisiológico versus lavagem nasal com Budesonida, ambos em alto volume e baixa pressão.

**Resultados:** Na análise geral, não houve diferença estatisticamente significativa entre quem recebeu Budesonida e quem não recebeu, em cada momento no escore Lund-Kennedy. Também não houve diferença entre os momentos em cada grupo utilizando o mesmo escore. Avaliando-se o escore SNOT-22, apesar de haver uma diferença numérica, esta não foi estatisticamente significativa entre os grupos em cada momento de avaliação. No entanto, quando foram avaliados os grupos por intervenção (com e sem Budesonida), houve diferença significativa entre os momentos.

**Discussão:** A RSC é uma doença predominantemente inflamatória cujo tratamento pode ser clínico, baseado em corticoterapia, e/ou cirúrgico através de abordagem endoscópica. O pilar do tratamento tem como objetivo a redução da inflamação da mucosa respiratória, principalmente com uso de corticoides tópico. Na literatura médica, observou-se que o tratamento com irrigação nasal com Budesonida em alto volume e baixa pressão trouxe benefícios no pós-operatório de FESS. Cada vez mais têm-se demonstrado a importância desses resultados mostrando assim a relevância do uso de irrigações de maneira contínua mesmo após a cirurgia. O presente estudo demonstrou que o uso de Budesonida em alto volume e baixa pressão obteve melhores resultados quando comparado ao uso de solução salina em alto volume e baixa pressão, no que diz respeito ao escore LundKennedy, na população geral do estudo, num seguimento de 90 dias pós-operatório, porém sem significância estatística.

**Conclusão:** observamos que a lavagem nasal com Budesonida em alto volume e baixa pressão, na população geral, apresentou resultados estatisticamente significativos apenas quando se analisou o escore SNOT-22.

**Palavras-chave:** corticosteroid;rhinitis;chronic.

PO045

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Angioleiomioma de fossa nasal: relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** GIOVANNI HENRIQUE BARBOSA SANTOS DA SILVA**COAUTORES:** FERNANDO DE SOUZA LEO; ANA CAROLINA CAVALCANTI ACCIOLY; GABRIELA SILVESTRE RIBEIRO DA COSTA GOMES; MARCELLA FERREIRA BARROS; FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS; IAN PASSOS SILVA; ISABELA DE SOUSA SARAIVA**INSTITUIÇÃO:** IMIP, RECIFE - PE - BRASIL**Apresentação do Caso:**

Paciente JMS, 76 anos, sexo masculino, natural e procedente de Pernambuco, procurou do Serviço de Otorrinolaringologia do IMIP apresentando quadro de epistaxes intermitentes há cerca de 6 anos da sua primeira consulta. Relatava sangramento de pequena monta, com início e fim espontâneos, unilateral (à esquerda), sem fatores desencadeantes. Negava obstrução nasal, rinorreia, facialgia ou outras queixas otorrinolaringológicas. À videonasofibroscopia foi evidenciada mucosa nasal pálida bilateralmente, com lesão de base pediculada em topografia anterior de corneto inferior esquerdo, sem aspectos infiltrativos, com margens bem delimitadas. Como propedêutica, foi submetido à biópsia excisional da lesão, com histopatológico e imunohistoquímica sugestivos de angioleiomioma: “actina (clone HHF35): positivo; actina de músculo liso (clone 1A4): positivo; CD34 Class II: positivo em células endoteliais; Beta-catenina: positivo em células endoteliais; e S100: negativo”.

**Discussão:**

O angioleiomioma é um tumor benigno que acomete o músculo liso, tendo o útero como seu principal e mais comum sítio de apresentação. Menos de 1% dessas lesões se apresentam na região de cabeça e pescoço, e destes, apenas 3% na cavidade nasal, sendo o primeiro caso relatado em 1996. Essa baixa frequência de acometimento é explicada pela pequena quantidade de músculo liso presente nesta região, exceto na parede dos vasos sanguíneos. Há predomínio no sexo feminino em meia idade, parecendo haver influência hormonal. As teorias apoiam a hipótese de que tal tumor surja justamente a partir da proliferação das paredes dos vasos sanguíneos ou ainda de músculos piloerectores da região anterior do vestibulo nasal ou de mesênquima indiferenciado aberrante. Têm crescimento caracteristicamente lento, apresentando-se principalmente por obstrução nasal, epistaxe, facialgia e cefaleia, em ordem decrescente de frequência. A localização mais frequente na cavidade nasal é no corneto inferior, septo nasal e vestibulo nasal, fato que pode ser explicado pela grande quantidade de vasos contráteis nesses locais, que contêm músculo liso em sua composição. O diagnóstico é histopatológico, tendo os exames de imagens como tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética seu papel estabelecido de maior importância na avaliação de diagnósticos diferenciais (como angiofibroma e hemangioma) e extensão tumoral. O tratamento é baseado na exérese completa da lesão com margens livres para evitar recorrência, sem necessidade de tratamentos coadjuvantes.

**Comentários Finais:**

O caso apresentado, além de sua raridade em termos de incidência e prevalência, manifestou-se no sexo masculino, o que o torna ainda mais relevante, haja vista que o tumor em questão parece ter influência hormonal e consequentemente acomete mais o sexo feminino. Percebe-se que o paciente apresentou algumas características comuns ao angioleiomioma, como epistaxe, que chega a ser uma das principais manifestações clínicas, acometimento do corneto inferior e crescimento lento (cerca de 6 anos). O diagnóstico deu-se de forma histopatológica e imunohistoquímica. O mesmo segue em acompanhamento clínico e com videonasofibroscopia periódica desde o tratamento (excisão cirúrgica) e até então não houve recidiva da epistaxe ou de lesão na mesma topografia.

**Palavras-chave:** Angiomioma; Cavidade Nasal; Epistaxe.

PO046

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Síndrome do seio silente

AUTOR PRINCIPAL: BRANDA CAVALCANTE DOURADO

COAUTORES: PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS; PAULA COLI MENDES LIMA

INSTITUIÇÃO: 1. OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. UEFS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL3. HOSPITAL OTORRINOS, SALVADOR - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino, 24 anos, portadora de rinite alérgica, comparece à consulta ambulatorial queixando-se de rinorreia hialina, obstrução nasal de longa data, cefaleia tipo pulsátil e dor intensa em hemiface esquerda, sobretudo em região maxilar, há 12 dias. Ao exame físico, apresenta oroscopia normal, porém rinoscopia anterior com mucosa nasal pálida, hipertrofia de concha nasal inferior e secreção hialina, sendo todos esses achados visualizados na videonasofibroscopia (VNF), que também mostra pouca secreção purulenta drenando de meato médio à esquerda e desvio septal para fossa nasal esquerda. A paciente já estava em uso de amoxicilina com clavulanato e corticoide injetável. Foi realizada uma Tomografia Computadorizada (TC) de seios da face, a qual evidenciou desvio de septo nasal para esquerda com esporão ósseo ipsilateral; sinusopatia envolvendo seio maxilar esquerdo e células etmoidais anteriores ipsilateral, além de hipoplasia deste seio maxilar. Os achados clínicos associados a exame complementar levantaram a suspeita de Síndrome do Seio Silente (SSS), embora não houvesse enoftalmia. Foi mantida a antibioticoterapia, instituído corticoide intranasal e analgesia otimizada. No retorno, houve persistência da cefaleia e dor facial, otalgia reflexa ipsilateral e melhora parcial da obstrução nasal mantendo rinorreia hialina. A conduta adotada foi de instituir nova antibioticoterapia, com claritromicina; analgesia com codeína e paracetamol, amitriptilina e ciclobenzaprina; iniciar corticoide oral, e repetir a TC de face. Devido à evolução do quadro, optou-se por abordagem cirúrgica com septoplastia associada a turbinectomia e antrostomia maxilar ampla à esquerda. No 15º dia pós-operatório, o paciente retorna referindo melhora de dor e sintomas obstrutivos nasais.

**Discussão:** A Síndrome do Seio Silente é uma entidade clínica relativamente rara, cujo conceito originou-se de um artigo de Soparkar et al, que caracterizou a comorbidade como reabsorção óssea e remodelação do assoalho orbital devido a doença do seio maxilar assintomática, associada à hipoplasia do seio maxilar ipsilateral, e não totalmente explicada por qualquer lesão cística no antro maxilar. Atualmente, a doença é definida como atelectasia maxilar crônica, enoftalmia assintomática e hipoglobus. Pode resultar em colapso orbitário e sinusite maxilar. O quadro clínico geralmente envolve sintomas nasossinais como obstrução nasal e dor facial; se deformidade do assoalho da órbita, pode haver diplopia. O diagnóstico leva em conta, além dos memorativos clínicos, achados de exames de imagem, como tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RNM). A endoscopia nasal revela colapso lateral da concha média e apófise unciforme, além de retração da fontanela posterior do seio maxilar comprometido. A TC e RNM mostram seio maxilar opacificado e hipoplásico, processo uncinado lateralizado e depressão do assoalho orbital. Atualmente, a principal abordagem da SSS é a cirúrgica, que visa restabelecer a perviedade do complexo ostiomeatal. A cirurgia endoscópica funcional dos seios da face ganha destaque, optando-se pela uncinectomia e antrostomia maxilar e retirada de tecido mole obstrutivo. Reconstrução do assoalho orbitário pode ser necessária.

**Comentários finais:** Devida a sua raridade, a Síndrome do Seio Silente ainda apresenta lacunas no conhecimento científico quanto a sua definição, diagnóstico e manejo. Destarte, são imperativos mais estudos acerca dessa afecção. Apesar da baixa prevalência, essa entidade clínica não deve ser desprezada, haja vista que traz grandes impactos na qualidade de vida dos pacientes acometidos.

**Palavras-chave:** seio silente; dor facial; antrostomia maxilar.

PO050

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Carcinoma de células escamosas invasivo em nasofaringe de paciente jovem: relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS

**COAUTORES:** JULIO CEZAR SILVA SANTOS FILHO; MARIA MARTINEZ KRUSCHEWSKY; DAVI SANDES SOBRAL

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTO ANTÔNIO - OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE, SALVADOR - BA - BRASIL

O paciente R.S.S., com 22 anos de idade, buscou atendimento médico devido a uma queixa persistente de obstrução nasal unilateral no lado direito. Além dessa obstrução, ele relatava rinorreia amarelada e, ainda mais preocupante, episódios recorrentes de sangramentos nasais que o levaram a múltiplas hospitalizações ao longo de aproximadamente um ano. A natureza persistente desses sintomas o levou a buscar avaliação médica especializada em otorrinolaringologia. Após uma avaliação minuciosa, a equipe médica decidiu que era necessário proceder com uma cirurgia para realizar uma biópsia da lesão nasal, a fim de esclarecer a origem desses sintomas debilitantes. A cirurgia foi realizada em 23 de dezembro de 2022, e o resultado do exame anatomopatológico, incluindo análise imunohistoquímica, revelou um diagnóstico de carcinoma invasivo. Diante desse diagnóstico, o paciente foi prontamente encaminhado para um tratamento oncológico e passou a ser acompanhado de forma regular por um serviço especializado. O tratamento incluiu sessões de quimioterapia e radioterapia.

**Discussão:** O carcinoma de nasofaringe, como identificado neste caso, é uma condição clínica que apresenta desafios significativos. Esse tipo de câncer é notório por seu prognóstico desfavorável quando comparado a outros tumores malignos de cabeça e pescoço. Existem várias razões para esse sombrio prognóstico, incluindo a proximidade anatômica da nasofaringe à base do crânio e a outras estruturas vitais, a natureza invasiva do tumor, sua tendência a causar sintomas apenas em estágios mais avançados da doença e a dificuldade na realização de exames de rotina para avaliação da nasofaringe. O presente caso salienta a importância crucial de uma avaliação médica metódica em situações de obstrução nasal unilateral, mesmo em pacientes que não se encaixem no perfil epidemiológico esperado para esse tipo de câncer. Embora o paciente fosse jovem e não apresentasse os fatores de risco usuais associados ao carcinoma de nasofaringe, como consumo de tabaco ou exposição a certos vírus, o diagnóstico surpreendente sublinha que a vigilância médica diligente é essencial em todos os casos de sintomas nasais persistentes e preocupantes.

**Considerações Finais:** O diagnóstico precoce é um dos pilares fundamentais para o sucesso no tratamento de condições graves, como o carcinoma de nasofaringe. Uma vez estabelecido o diagnóstico, a prontidão e a abordagem adequada em um centro especializado em oncologia são cruciais não apenas para a recuperação do paciente, mas também para minimizar os efeitos colaterais e as complicações associadas ao tratamento. Este caso destaca a importância de uma equipe médica bem coordenada e experiente, capaz de oferecer não apenas um diagnóstico preciso, mas também um plano de tratamento abrangente e eficaz que visa proporcionar ao paciente a melhor qualidade de vida possível durante o curso da terapia.

**Palavras-chave:** Carcinoma; Nasofaringe; Jovem.

PO051

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PAPILOMA ONCOCÍTICO: TRATAMENTO E PROGNÓSTICO DO PAPILOMA SCHNEIDERIANO****AUTOR PRINCIPAL:** MAYRON DUARTE MELO**COAUTORES:** ARYANNE SILVA BARROS VIEIRA; JÉSSICA DE SOUZA SILVA**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL**Apresentação do Caso:**

Paciente de 48 anos, masculino, professor, chegou a esse serviço após queixas de anosmia, roncos e obstrução nasal, com crescimento de tecido esponjoso em narina esquerda. Paciente relata ausência de comorbidades. Nega tabagismo e etilismo. Devido a queixa apresentada e verificação de fossas nasais por meio do exame físico, foi solicitado tomografia computadorizada de crânio e seios da face, que revelou material polipoide obliterando quase totalmente o seio maxilar esquerdo, associado a um adelgamento de parede medial, apresentando extensão a fossa nasal e com direcionamento posterior formando componente lobulado expansivo ao nível de nasofaringe (T3 em estadiamento de Krouse). Após resultado, o paciente foi encaminhado para a realização de exérese da tumoração nasal à esquerda. Nesse procedimento, foi realizada a retirada total do tumor da narina esquerda, sendo este enviado para estudo patológico, que revelou como diagnóstico papiloma oncocítico. Ao exame microscópico, foi evidenciada amostra fragmentada com padrão de crescimento exófito, revestimento epitelial colunar pseudoestratificado com citoplasma granular eosinofílico abundante e núcleos uniformes discretamente hiper cromáticos, além da presença de cistos mucinosos intraepiteliais e microabscessos neutrofílicos. O paciente teve boa recuperação pós intervenção cirúrgica, sem complicações e está sendo acompanhado para controle de recidivas.

**DISCUSSÃO**

Papiloma oncocítico ou papiloma de células cilíndricas (OSP) é o tipo de tumor schneideriano mais raro existente, de caráter epitelial, é formado a partir da membrana schneideriana, de origem ectodérmica que reveste o nariz e os seios paranasais. A camada de Schneider é composta por três subdivisões, o revestimento epitelial, lâmina própria e interfície óssea. A membrana schneideriana pode originar três tipos de papilomas, os papilomas invertidos, fungiformes e oncocíticos, sendo estes chamados de papilomas schneiderianos, que têm certas semelhanças, mas também possuem características próprias, diferenciando-se entre si, principalmente por suas características histológicas. O papiloma inicia-se com maior frequência na parede lateral da cavidade nasal, mas também na parede do seio e, mais raramente, no seio frontal e esfenoidal, sendo descrito histologicamente como células grandes rosadas.

Quanto aos aspectos epidemiológicos, a OSP não tem predileção por sexo e ocorre majoritariamente em pacientes com idades maiores que 50 anos. Os papilomas schneiderianos são incomuns e representam apenas 4-4,7% de todas as neoplasias de cavidade oral e seios paranasais. O papiloma oncocítico é o mais raro, sendo responsável por apenas 3-5% destes casos. Em torno de 4-7% do total das OSP são associadas a malignidade, decorrente do efeito displásico, ocasionando os carcinomas de células escamosas.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Tendo em vista, que o quadro clínico dos papilomas de células cilíndricas contempla obstrução nasal (barreira física), coriza, hemorragia, sinusite e dor local, a importância no diagnóstico e abordagem precoce do paciente é bastante relevante. Vale ressaltar que, majoritariamente, a conduta é cirúrgica com exérese total ou em casos de invasão de estruturas nobres pelo tumor, opta-se por exérese parcial e/ou radioterapia apesar de sua benignidade. Dessa forma, o manejo e condução apropriada melhoram não somente o prognóstico, como também a qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chave:** Papiloma;Anosmia;Neoplasias dos Seios Paranasais.

PO052

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CISTO DE THORNWALDT UM ACHADO INCIDENTAL DURANTE UMA RINOPLASTIA****AUTOR PRINCIPAL:** EUVALDO NETO BORGES TOMAZ**COAUTORES:** GABRIEL BORGES TOMAZ DE SOUZA; PALOMA FEITOSA PINHO GOMES; ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA; FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA; HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA; RAYANE CARNEIRO DE AMORIM; ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA MARTA, BRASÍLIA - DF - BRASIL**INTRODUÇÃO**

Os cistos da nasofaringe são raros, sendo o cisto de Thornwaldt, clinicamente muito típico. Também chamada de bursa nasofaringea, foi observado e descrito por Mayer em 1840 pela primeira vez, e por Luschka em 1868. Coube a Thornwaldt em 1885 atribuir-lhe sintomas e padrões clínicos, tendo publicado a primeira série de casos documentada. Seu orifício de drenagem localiza-se imediatamente acima das fibras superiores do músculo constritor superior da faringe e dá acesso a um canal, acima do tubérculo faríngeo da apófise basilar do occipital. A obstrução do seu orifício de drenagem, ocasiona o acúmulo de secreção mucóide, gerando um cisto cujo tamanho pode ser variável, com sintomatologia, variando de obstrução nasal e rinorréia posterior, até a hipoacusia e cefaléia.

**RELATO DO CASO**

Paciente 29 anos, feminina, procurou serviço de otorrinolaringologia do Hospital Santa Marta, com queixa de obstrução nasal bilateral de longa data, laterorrhinia e desconforto com o dorso do seu nariz.

Ao exame otorrinolaringológico, foi observado desvio septal, hipertrofia de cornetos e palidez da mucosa nasal (+3/+4). Foi submetida a tomografia computadorizada dos seios da face que não evidenciou nenhuma alteração do cavum.

O tratamento proposto foi cirúrgico, para correção de desvio septal, turbinectomia e rinoplastia. A visualização do cisto de 1cm/ 0,8 cm foi durante o procedimento cirúrgico quando ocorria a turbinectomia com visualização sob sistema de vídeo. Foi realizada sua ressecção completa do cisto, havendo extravazamento de líquido mucoide. O anátomo-patológico mostrou processo inflamatório crônico, compatível com parede de mucocelo. Diante destes achados, ficou compatível o diagnóstico de cisto de Thornwaldt. Todos os procedimentos propostos foram realizados, inclusive a rinoplastia e o paciente apresentou melhora completa do quadro respiratório no processo de evolução pós-operatória.

**DISCUSSÃO**

O cisto de Thornwaldt pode surgir precocemente na vida embrionária e pode persistir após o nascimento. Supoem os autores que tal persistência depende da continuidade da união de segmento faringeal da notocorda, com o ecdoderma faringeal, durante o período de degeneração da notocorda. Tal atividade ocorre sobre o processo basilar do osso occipital. Predominam no sexo masculino, e na faixa etária dos 14 aos 65 anos de idade.

Estes cistos podem ser de pequeno tamanho, não gerando sintomatologia clínica, como no caso apresentado, porém podem atingir grandes proporções, obstruindo a nasofaringe. Também podem infectar-se levando à formação de abscessos, gerando cefaléia occipital que piora com a movimentação cefálica, rinorréia posterior, halitose, rigidez cervical e sintomatologia otológica por compressão das tubas auditivas.

Através da nasofibroscopia ou da rinoscopia posterior é possível visualizar massa submucosa lisa na parede posterior da nasofaringe, na linha média. À tomografia computadorizada, aparece como massa na nasofaringe, na linha média que não se impregna contraste. No caso descrito o cisto era tão pequeno que foi despercebido pela radiologia. O diagnóstico diferencial é feito com cisto adenoideano, cisto da bursa de Rathke, encefalocele, mucocelo do seio esfenoidal, meningocele e cisto de retenção das glândulas seromucosas.

**CONCLUSÃO**

O tratamento do cisto de Thornwaldt é a drenagem através da marsupialização, neste caso, a marsupialização foi realizada, pois havia uma tomografia evidenciando o pequeno cisto e afastando outros diagnósticos como uma mielocelo. O ato cirúrgico pode ser realizado através de acesso transoral, nasal, como neste caso; transpalatino, que oferece melhor visualização e remoção total do cisto, diminuindo as possibilidades de recidiva.

Palavras-chave: cisto de Thornwaldt;rinoplastia;bursa nasofaringea.

PO056

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****LEIOMIOSARCOMA DA CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** EUVALDO NETO BORGES TOMAZ**COAUTORES:** GABRIEL BORGES TOMAZ DE SOUZA; ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA; PALOMA FEITOSA PINHO GOMES; RAYANE CARNEIRO DE AMORIM; FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA; HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA; ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA MARTA, BRASÍLIA - DF - BRASIL**RELATO DE CASO**

E.B.N., sexo masculino, 36 anos, procurou o serviço de otorrinolaringologia do Hospital Santa Marta com relato de epistaxe de repetição e obstrução nasal à esquerda há 06 meses, sem outras queixas otorrinolaringológicas. À rinoscopia anterior visualizava-se uma massa tumoral de aspecto sólida, em região posterior de fossa nasal esquerda, obstruindo o cavum deste lado.

A tomografia de seios da face mostrava uma lesão expansiva polipoide, de contornos lobulados e densidade de partes moles na nasofaringe à esquerda, com extensão inferior para a orofaringe, medindo cerca de 3,2 x 2,0 x 2,2 cm. À nasofibrosopia foi possível visualizar uma massa sólida e de aspecto friável pediculada com inserção em cauda de corneto inferior esquerdo. Sob visão endoscópica com optica de 30º, foi realizado a exérese da lesão que ocupava toda rinofaringe esquerda com ressecção do pedículo tumoral da cauda do corneto inferior esquerdo. O material foi enviado para exame anatomopatológico e estudo imunohistoquímico, os quais confirmaram se tratar de um leiomiossarcoma de alto grau.

Cerca de 30 dias após o diagnóstico, o paciente foi novamente submetido a procedimento cirúrgico para ampliação das margens cirúrgicas com ressecção de cauda de corneto inferior esquerdo. No pós-operatório não apresentou intercorrências. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial, com equipe multidisciplinar, incluindo oncologia, mantendo-se assintomático e sem evidências de recidiva.

**DISCUSSÃO**

O relato de caso expõe a presença extremamente rara do leiomiossarcoma em cavidade nasal. Provavelmente provindo das células musculares lisas da camada média das paredes dos vasos que se localizam no nariz, uma vez que são as únicas estruturas que possuem células musculares lisas nesta região anatômica. Essa hipótese é corroborada pela maior frequência desses tumores na porção posterior do nariz, pois esta região é mais vascularizada que a anterior.

O diagnóstico de LMS nasal costuma ser difícil, pois os pacientes costumam se apresentar tardiamente devido aos sintomas inespecíficos, bem como aos achados clínicos e radiológicos. Esses sintomas incluem obstrução nasal unilateral ou bilateral, rinorréia, epistaxe, pressão facial, dor, gotejamento pós-nasal ou redução, ou perda da sensação do olfato. Os achados do exame clínico macroscópico na nasoendoscopia também são inespecíficos, inclui lesão polipóide unilateral, pediculada, de coloração acinzentada, podendo ter características adicionais, como necrose, ulceração ou hemorragia.

O diagnóstico definitivo será obtido por estudo histopatológico. A esse respeito, deve-se fazer uma série de considerações. A biópsia do tumor deve ser realizada com cautela devido à facilidade de sangramento. Em segundo lugar, deve-se notar que embora o diagnóstico de malignidade do tumor seja relativamente fácil de obter, este não é o caso pela sua natureza histológica, sendo por vezes muito difícil de diferenciar de outras entidades como carcinomas epiteliais, fibrossarcoma, neurofibrossarcoma, rabdomiossarcoma ou mesmo leiomioma, para os quais estudos imunohistoquímicos são essenciais para sua correta caracterização. Além da ressecção do tumor, o tratamento cirúrgico deve ser estendido às cadeias ganglionares caso haja suspeita clínica ou radiológica da existência de linfadenopatia látero-cervical, visto que em cerca de 20% dos casos ocorrem metástases cervicais.

**CONCLUSÃO**

É difícil tirar conclusões definitivas sobre o comportamento do tumor, uma vez que não existem séries de casos suficientes na literatura para tal estudo. No entanto, certos fatos aparecem repetidamente: leiomiossarcomas da cavidade nasal são tumores de difícil diagnóstico histológico e são altamente agressivos. Portanto, apesar de sua raridade, o LMS deve ser lembrado no diagnóstico diferencial de tumores nasossinais. Recomenda-se uma avaliação cuidadosa dos sintomas clínicos e o acompanhamento periódico para avaliação de recidivas.

Palavras-chave: LEIOMIOSARCOMA NASAL; LEIOMIOSARCOMA; NEOPLASIA NASAL.



PO058

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE NASAL****AUTOR PRINCIPAL:** RAFAELA AGUIAR ROCHA DE CARVALHO**COAUTORES:** BRUNA DOS REIS MENDES PEREIRA SILVA; GUSTAVO BRUNO NASCIMENTO SANTOS; HENRIQUE DE MORAES PAIVA MOISES ARABE; LIS LAUAR GODINHO; RAMONA SALERI; LUCAS MIRANDA RIBEIRO DE PAULA; CICERO MATSUYAMA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

EJS, masculino, 53 anos, compareceu em serviço otorrinolaringológico com queixa de obstrução nasal crônica e rinorreia recorrente. Paciente portadora de asma controlada, associava sua atividade laboral de pintura artística com verniz a piora dos sintomas nasais. Ao exame físico, a partir da rinoscopia anterior, observou-se sinais de rinopatia, havendo hipertrofia dos cornetos inferiores. Ao exame de nasofibrolaringoscopia, obteve-se, além da já identificada rinopatia a presença de polipose nasal à direita. Para avaliação da extensão da polipose nasal, foi solicitado tomografia computadorizada dos seios da face, que evidenciou polipose nasal bilateral em meatos médios, sendo a extensão da polipose em fossa nasal direita mais expressiva, estendendo-se até a coana. Optado por tratamento clínico baseado em lavagem nasal e corticoterapia nasal. Contudo, paciente não apresentou melhora após 3 meses, realizado então procedimento cirúrgico de polipectomia.

A rinossinusite crônica (RSC) é definida como uma condição inflamatória envolvendo a mucosa nasal e os seios paranasais, por período superior a 12 semanas. A RSC, embora com baixa mortalidade, associa-se há grande morbidade. Dentre os fenótipos de RSCs, tem-se a Rinossinusite crônica sem Polipose nasossinusal (RSCsPN) e a Rinossinusite crônica com Polipose nasossinusal (RSCcPN). A última, em geral iniciada no meato médio com degeneração polipoide desta mucosa e dos seios paranasais envolvidos. O diagnóstico baseia-se na anamnese associada a achados endoscópicos e/ou tomográficos. A expressão clínica predominante consiste em obstrução e congestão nasal, rinorreia anterior e/ou posterior, pressão ou dor facial, hiposmia ou anosmia. Além da rinoscopia anterior, deve-se realizar nasofibroscopia flexível ou rígida, identificando-se a extensão de degeneração polipoide dentro da cavidade nasal. Para avaliar, contudo, a extensão da doença no interior dos seios paranasais, o exame mais indicado é a tomografia computadorizada dos seios da face. Como tratamento de primeira linha, lança-se mão do manejo clínico por meio de lavagem nasal com solução salina hipertônica e corticosteroides intranasais. Agudizações, no entanto, são tratadas com antibióticos sistêmicos. A cirurgia nasossinusal é reservada a situações refratárias. A cirurgia estendida (excisão radical com abertura e desobstrução de todos os seios paranasais) não gera melhores resultados do que procedimentos cirúrgicos limitados (polipectomia simples de pólipos nasais). A maioria dos pacientes com RSC apresentam resposta semelhante ao tratamento clínico e ao procedimento cirúrgico, orienta-se, portanto, que a cirurgia seja reservada às condições de refratariedade ao tratamento medicamentoso.

Uma meta-análise sobre o impacto da cirurgia endoscópica dos seios paranasais nos sintomas nasossinusais e na qualidade de vida em adultos com RSC, demonstrou, com nível II de evidência, a efetividade da cirurgia endoscópica em ambos os parâmetros, mostrando vantagens no alívio da obstrução nasal, hiposmia e rinorreia, com melhora da qualidade de vida.

Palavras-chave: polipose nasal; rinossinusite; cirurgia endoscópica.

PO060

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****SINUSITE ODONTOGÊNICA: diagnóstico a partir de corpo estranho nasal****AUTOR PRINCIPAL:** CLARA GOMES FRANCISCO**COAUTORES:** LAURA BASTOS FERREIRA; ROBERTO BECKER GUIMARAES; MARCIA CRISTINA DE PAULA GOMES; ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL. 2. NÚCLEO DE OTORRINO BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino, 57 anos, atendida pela primeira vez no dia 09 de Agosto de 2022, com história de rinossinusites de repetição há cerca de seis anos. Queixa de dor malar direita, obstrução nasal pior do lado direito, hiposmia e cacosmia subjetiva. Relata também episódios de infecção dentária em dentes superiores com presença de secreção purulenta. Aos 18 anos foi submetida a procedimento cirúrgico para remoção dos sisos, porém o odontologista somente lhe apresentou três dos quatro dentes sisos removidos, informando que o outro havia se perdido durante o procedimento. O exame físico demonstrou hipertrofia dos cornetos inferiores. Para a propedêutica foram realizados teste de olfato (Connecticut), o qual evidenciou anosmia e tomografia computadorizada de seios da face, a qual evidenciou pansinusopatia crônica com sinusite maxilar direita odontogênica, presença de elemento dentário na fossa nasal direita e concha média bolhosa esquerda. Foi realizada cirurgia no dia 27 de Agosto de 2022 sob visão endoscópica para ressecção de corpo estranho em cavidade nasal direita, em região de meato médio, com consistência endurecida, tratando-se provavelmente de um dente. Realizada uncinectomia, exposição e ampliação de óstio principal de drenagem de seio maxilar, além de aspiração de conteúdo grumoso em interior de seio maxilar direito. Ademais, foi realizada lavagem do seio maxilar direito utilizando soro fisiológico, aspiração de todo material residual, ressecção de células etmoidais anteriores e correção de concha média bolhosa à esquerda com posterior cauterização de cornetos inferiores bilateralmente. Boa evolução pós-cirúrgica, sem intercorrências. Realizada nova tomografia computadorizada de seios da face de controle após a cirurgia, evidenciando seios paranasais normotransparentes, presença de alargamento do óstio natural de drenagem do seio maxilar direito, uncinectomia, ausência de células etmoidais anteriores do lado direito e concha média bolhosa corrigida.

**Discussão:** A sinusite maxilar é definida como a inflamação da membrana sinusal que cobre a cavidade paranasal. Cerca de 10-12% tem como fator predisponente uma infecção dentária, levando a sinusite odontogênica. Quando há presença de inflamação, infecção ou iatrogenias de origem dentária, pode haver acometimento da integridade do assoalho do seio, tendo em vista a proximidade das raízes dos dentes maxilares posteriores com o seio maxilar. Ademais, lesões periapicais em dentes cuja raiz se localiza próximo ao seio maxilar pode provocar reações inflamatórias no revestimento mucoso e, posteriormente, o desenvolvimento de sinusite odontogênica. Os sintomas comuns são: obstrução/congestão nasal com presença de secreção amarelada, dor/pressão na face, cefaleias, sensibilidade na região maxilar e infraorbitária, dor ocular, gotejamento pós-nasal e mau odor e costumam se manifestar unilateralmente. Os pacientes geralmente apresentam também sintomas dentários: dor aguda decorrente de inflamação até dor de uma infecção dentária com acometimento ósseo. O diagnóstico da sinusite odontogênica engloba anamnese detalhada e exame físico. Além disso, exames de imagem podem fornecer informações significativas, como a Tomografia computadorizada dos seios da face evidenciando imagem radiopaca no interior do seio maxilar, associada a corpos estranhos no seio, comunicações buco-sinusais ou inflamações e infecções oriundas de doenças periodontal e/ou endodôntica. Entretanto, a radiografia periapical e panorâmica não estimam a quantidade de perda óssea e não permitem a visualização completa do seio maxilar.

**Comentários finais:** O caso da paciente torna-se singular uma vez que o diagnóstico de sinusite odontogênica foi realizado 39 anos após a extração dentária mal-sucedida e a tomografia computadorizada de seios paranasais evidenciou imagem radiopaca dentro do nariz no meato médio direito e não dentro do seio maxilar, como esperado nas sinusites odontogênicas. A cirurgia endoscópica dos seios paranasais foi bem sucedida e consequentemente trouxe resolução do caso, proporcionando uma boa qualidade de vida para a paciente.

**Palavras-chave:** Sinusite Odontogênica; Seios paranasais; Cirurgia endoscópica.

PO063

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO: IMUNOBIOLOGICO NO PACIENTE COM ASSOCIAÇÃO DE ASMA, RINOSSINUSITE CRÔNICA COM PÓLIPOS NASAIS E OTITE MÉDIA CRÔNICA EOSINOFÍLICA****AUTOR PRINCIPAL:** SUSAN BALACIANO TABASNIK**COAUTORES:** CAROLINA ALVES FAGUNDES; VIVIAN BENAION TABASNIK; KARINA DUMKE CURY; MARCOS VINICIUS CHAGAS SOUSA; PAULA SOUZA RAMOS; GABRIELLE LUTTERBACH ERTAL; LARISSA CORDEIRO MOSTACEDO LASCANO**INSTITUIÇÃO:** POLICLÍNICA DE BOTAFOGO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente, sexo feminino, brasileira, 48 anos. Apresenta asma grave sem controle no estágio 5 do Gina, em uso de corticoide inalatório e LABA há mais de 10 anos. Já realizou cirurgia nasal endoscópica para rinossinusite crônica com pólipos nasais, sendo identificado presença de eosinófilos na biópsia tecidual intraoperatória. Essa paciente teve recidiva dos pólipos nasais com frequentes agudizações de rinossinusite, evoluindo com hiposmia. Na classificação do SNOT 22 teve um resultado de 54. Além disso, há 3 anos começou a apresentar otite média crônica supurativa em ouvido esquerdo, sem melhora com antibioticoterapia. Realizada coleta de material para avaliar otorreia, em que foi apresentado taxas elevadas de eosinófilos tecidual. A paciente então foi diagnosticada com otite média crônica eosinofílica. Uma nova cirurgia para remoção dos pólipos nasais foi contraindicada devido apresentar cardiopatia severa como doença de base, e por seus riscos inerentes, optamos pelo tratamento com imunoterapia. Após classificar a paciente com endofenótipo de inflamação tipo 2, priorizamos o uso de dupilumabe.

**Discussão:**

A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo. A principal característica fisiopatogênica da asma é a inflamação brônquica, resultante de um amplo e complexo espectro de interações entre células inflamatórias, mediadores e células estruturais das vias aéreas. A rinossinusite crônica é uma doença inflamatória crônica da mucosa nasal e dos seios paranasais, apresentando-se sem ou com pólipos. O diagnóstico clínico da RSCcPN é confirmado pela presença de sintomas sinonasais por 12 ou mais semanas e pela visualização de pólipos na cavidade nasal por endoscopia nasal ou tomografia computadorizada. Até 60% dos pacientes apresentam comprometimento das vias aéreas inferiores, coexistindo com asma de início na vida adulta. Na maioria dos casos de RSCcPN, o tratamento é realizado com corticosteroide tópico e lavagem nasal com solução salina. Além destes, os pacientes sintomáticos graves necessitam de ciclos de corticosteroide e antibioticoterapia sistêmicos por períodos prolongados, sendo a polipectomia endoscópica indicada para os casos refratários. Os casos resistentes à terapia esteroidal e com pólipos recidivantes cursam com piora progressiva da qualidade de vida, necessitando de tratamento com imunobiológicos específicos. Tal especificidade é determinada pelo mecanismo fisiopatológico/imunológico envolvido na formação dos pólipos, sendo a resposta imune tipo 2 encontrada em quase 90% dos casos. A otite média eosinofílica é uma otite média de difícil tratamento, caracterizada por acúmulo eosinofílico na mucosa da orelha média. A OME está fortemente associada à asma e à rinossinusite crônica com pólipos nasais. No Brasil, quatro imunobiológicos estão aprovados para uso. Considerando a heterogeneidade e a complexidade da doença e o pressuposto de que a droga escolhida deva ser dirigida para um determinado fenótipo/endotipo, essa abordagem requer experiência. Adicionalmente, o tratamento com imunobiológicos depende de diferenças no sistema local de saúde, políticas de reembolso e acessibilidade, devendo, por isso, ser conduzido por especialistas. Nesse contexto, o primeiro imunobiológico aprovado para o tratamento da RSCcPN não controlada em adultos foi o dupilumabe.

**Comentários finais:**

A paciente se encontra no quarto mês de tratamento e apresentou melhora significativa do quadro clínico geral. O ouvido manteve seco desde o primeiro mês de uso, além do controle da asma e não apresentou novas agudizações de rinossinusite. Além disso, houve melhora do olfato com nova classificação no SNOT 22, para 36. Dessa forma, o dupilumabe tem se mostrado seguro e clinicamente eficaz no tratamento de doenças com resposta imune tipo 2, melhorando consequentemente a qualidade de vida desses indivíduos.

É de total importância e dever do médico a avaliação do paciente como um todo, devido a elevada frequência da associação de doenças no mesmo paciente com esse perfil inflamatório.

Palavras-chave: imunobiológico; rinossinusite crônica com pólipos; otite média crônica eosinofílica.

**PO064****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****SINUSITE FÚNGICA EM SEIO ESFENOIDAL COM EXPANSÃO INTRACRANIANA : UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES**COAUTORES:** PAULA CORRÊA COTTA; DÉBORA GONÇALVES PEREIRA GUIMARÃES; LAISSON RONNAN SILVA DE MELO; JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO; LARISSA CARVALHO SILVESTRE; LEANDRO RENATO GUSMAO DUARTE; ANA PAULA MARQUES MACHADO**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL OTORRINO CENTER - LTDA, MONTES CLAROS - MG - BRASIL. 2. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA, MONTES CLAROS - MG - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente J.N.M, 80 anos, compareceu ao serviço de otorrinolaringologia com quadro crônico de cefaléia e dor facial, com início há mais de 2 anos, sem outros sintomas associados. De antecedentes, alegava apenas insônia em tratamento com Clonazepam. Ao exame endoscópico nasal, foi evidenciado desvio de septo semi-obstrutivo para a esquerda, hipertrofia de cornetos inferiores e secreção purulenta escoando de recesso esfenoidal esquerdo em direção ao cavum. Dessa forma, foi solicitada tomografia de seios paranasais, com achados de remodelamento ósseo e esclerose dos seios esfenoidais, preenchidos por materiais de partes moles e múltiplas calcificações grosseiras de permeio, associado a extensa descontinuidade da parede óssea do esfenóide e base de crânio (FIGURAS 1,2 E 3). Tendo em vista os achados da tomografia, suspeitou-se de rinossinusite fúngica não invasiva do tipo bola fúngica em seios esfenoidais, com diagnóstico diferencial de mucocoele, devido à extensa erosão óssea. A paciente foi então submetida a cirurgia endoscópica nasal, com equipe conjunta da neurocirurgia e otorrinolaringologia, para correção das alterações obstrutivas, além de ampla abertura dos seios esfenoidais e correção da falha óssea na base do crânio e de possível fístula liquórica. Durante a cirurgia, após abertura dos seios esfenoidais via transnasal e remoção de grande quantidade de material enegrecido sugestivo de colonização fúngica, foi confirmada grande falha óssea em paredes superior, posterior e lateral dos seios esfenoidais, com ampla visualização da dura mater (FIGURA 4), sem fístula liquórica associada. Paciente segue em cuidados pós-operatórios, sem complicação pós cirúrgica.

**DISCUSSÃO:** A rinossinusite fúngica (RSF) compreende diferentes processos de doença, que variam em apresentação, aspectos histológicos e significado clínico. É classificada como não invasiva ou invasiva com base no fato de os fungos terem invadido o tecido submucoso nasossinusal. Sua correta classificação é importante para escolha do tratamento efetivo. A bola fúngica, o subtipo mais comum das RSF não invasivas, é caracterizada por um emaranhado de hifas no interior do seio, sem invasão tecidual e com mínima reação inflamatória da mucosa. O seio envolvido geralmente é único, e o hospedeiro, imunocompetente. A ordem de acometimento dos seios é, em ordem decrescente, maxilar, esfenoidal, frontal e etmoidal. Em cerca de 97% dos casos a bola fúngica é unilateral. A apresentação clínica pode ser semelhante à RSC bacteriana, com obstrução nasal, rinorreia e cacosmia crônicos. A TC pode mostrar áreas de densidade metálica no interior de um seio paranasal, porém o diagnóstico definitivo é feito pelo estudo histopatológico do material. As culturas são positivas em metade dos casos, com destaque para o *Aspergillus* sp. O tratamento, mesmo em assintomáticos, consiste em remoção cirúrgica e aeração do seio comprometido. O acometimento do seio esfenoidal por essa patologia, gera grande preocupação devido à proximidade anatômica do esfenóide com importantes estruturas intracranianas, com possibilidade de evolução grave do quadro. No caso apresentado, a paciente não apresentou complicações, mas a qualquer momento poderia evoluir com destruição de alguma estrutura nobre, devido a ampla destruição das paredes ósseas dos seios esfenoidais, com contato da bola fúngica com a dura mater.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Ressalta-se a relevância do caso devido à grande proximidade anatômica que o seio esfenoidal tem com estruturas intracranianas nobres, como a artéria carótida interna, nervos óptico, maxilar e vidiano, entre outras. Dessa forma, é de extrema importância que casos semelhantes a este sejam conduzidos com muita cautela e solucionados o mais prontamente possível, para evitar complicações catastróficas.

**Palavras-chave:** BOLA FÚNGICA;ESFENOIDE;EXPANSÃO INTRACRANIANA.

PO074

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Mucocele Frontoetmoidal à direita decorrente de pólipos inflamatório em cavidade nasal ipsilateral – Relato de Caso

**AUTOR PRINCIPAL:** CAROLINA SARCINELLI SPINELLI

**COAUTORES:** VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ; GABRIELA RECH; ISADORA ELY

**INSTITUIÇÃO:** 1. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL 2. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** J.D.R., 67 anos, feminina, procedente de Porto Alegre – RS. Paciente procurou atendimento em serviço de otorrinolaringologia em Julho de 2022 por queixa de abaulamento em região supraorbitária direita com evolução de um ano. Refere que o tamanho da lesão flutua e que apresenta drenagem espontânea de secreção purulenta por canto medial do olho direito. Refere já ter realizado previamente tratamentos para rinossinusite aguda bacteriana. Negava cirurgias prévias nasais ou traumas em face. Paciente com histórico de hipertensão arterial sistêmica e tabagista prévia. No exame físico, abaulamento depressível suprapalpebral direito, sem restrição de movimentação ocular extrínseca ou queixa de redução de acuidade visual. Negava sintomas intracranianos. Na endoscopia nasal foi evidenciado edema em região de concha média direita com obliteração de meato médio direito e recesso frontoetmoidal ipsilateral. Encaminhado paciente para avaliação com equipe da oftalmologia e solicitado tomografia de seios da face e crânio sem contraste e RNM de crânio e seios da face com contraste. O resultado dos exames de imagem evidenciou formação expansiva ocupando o seio frontal direito compatível com mucocele com remodelamento ósseo com indefinição da parte óssea do osso frontal. A lesão causava efeito expansivo sobre a órbita, com deslocamento do músculo reto superior e do globo ocular, causando exoftalmia. Existia evidente formação polipoide com realce periférico ao meio de contraste que se situava inferiormente à mucocèle descrita, causando expansão do recesso frontoetmoidal e ocupando parcialmente a cavidade nasal direita. Após as avaliações pré-operatórias, a paciente foi submetida a abordagem cirúrgica em conjunto com a equipe da oftalmologia para drenagem externa suprapalpebral de mucocèle à direita e ressecção de lesão polipoide em cavidade nasal direita endoscopicamente (anatomopatológico: pólipo inflamatório). Procedimento realizado sem intercorrências e a paciente segue em acompanhamento com ambas as equipes via ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** A mucocèle é uma lesão cística preenchida por muco que acomete os seios paranasais e apresenta um crescimento lento e caráter expansivo. Sua etiologia ainda não é bem definida, mas acredita-se que seja ocasionada primariamente por obstrução do óstio de drenagem do seio paranasal comprometido, porém sabe-se que pode ser em decorrência de traumas faciais, cirurgias prévias ou neoplasias nasais. Elas ocorrem mais comumente nos seios frontais e etmoidais. As mucocèles tem propensão em remodelar e reabsorver as paredes ósseas do seio paranasal acometido e eventualmente comprometer áreas vizinhas como a região da órbita e a cavidade intracraniana. O quadro clínico varia conforme a região acometida sendo comum abaulamentos em regiões suprapalpebrais, cefaleia e deslocamento do globo ocular. O diagnóstico é realizado através de exames de imagem e o tratamento é cirúrgico, sendo que as vias de acesso podem ser externas e/ou endonasal.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As mucocèles são lesões benignas de caráter expansivo que podem ocasionar complicações a nível orbitário e intracraniano. Desta forma, as mesmas devem ser diagnosticadas e tratadas precocemente.

**REFERÊNCIAS:**

1. Tratado de Otorrinolaringologia /Organização Shirley Shizue Nagata Pignatari, Wilma Terezinha Anselmo-Lima. – 3a. Ed – Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
2. Vicente, Andy de Oliveira; Chaves, Adriana Gonzaga; Takahashi, Ernesto Narutomo; Akaki, Fernanda; Sampaio, Antônio Augusto; Matsuyama, Cícero (2004). Mucocèle frontoetmoidal: relato de casos e revisão da literatura. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 70(6), 850–854. doi:10.1590/s0034-72992004000600026.

Palavras-chave: Mucocèle; Frontoetmoidal; Complicação orbitária.

PO075

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Rinossinusite fúngica crônica invasiva por Mucormicose e Actinomicose – Relato de Caso

AUTOR PRINCIPAL: CAROLINA SARCINELLI SPINELLI

COAUTORES: VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ; GABRIELA RECH; ISADORA ELY

INSTITUIÇÃO: 1. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL2. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** E.V.D.S, masculino, 70 anos, obesidade e diabético prévio. Internação em hospital terciário em setembro de 2022 por otalgia à esquerda há 5 meses associada a plenitude auricular, paralisia facial ipsilateral e cefaleia. No momento da primeira avaliação, paciente apresentava queixa de rinorreia fétida à esquerda, negava outras queixas. No exame físico, evidenciado movimentação ocular preservada, escala de House Brackmann V (paralisia facial de caráter periférico à esquerda), otoscopia com presença de otite média serosa em ouvido esquerdo e conduto auditivo externo sem alterações (ouvido direito dentro da normalidade), acumetria com diapasão 512 Hz compatível com perda auditiva condutiva à esquerda. Realizado nasofibrolaringoscopia com presença de crostas amareladas na cabeça do corneto inferior esquerdo, meato médio livre. Presença de lesão em assoalho inferior de fossa nasal esquerda encoberta também por crostas de aspecto amarelado. Cavum livre e óstios das tubas auditivas livres. Fossa nasal direita sem alterações. Sugerido realização de tomografia de ouvidos e mastoide/seios da face com contraste associado a RNM de crânio/seios da face/ouvidos e mastoide com contraste. Além disso, sugerido realização de audiometria tonal e vocal e imitanciométrica. O resultado dos exames de imagem sugeriu processo infiltrativo com densidade de partes moles na rinofaringe posterior e tuba auditiva à esquerda, com extensão à fossa pterigoide e às paredes inferior e lateral da fossa nasal nesse lado, inclusive associado a irregularidades ósseas no canal carotídeo ósseo, processo pterigoide, paredes posteriores e inferior do seio maxilar, forame esfenopalatino e porção anterior do seio esfenoidal de natureza inflamatória crônica. Paciente foi então submetido a biópsia de fossa nasal esquerda e culturais de crostas nasais associado a tubo de ventilação ipsilateral. O resultado do procedimento foi de osteomielite de base de crânio e rinossinusite fúngica crônica invasiva causada por mucormicose e actinomicose. Recebeu tratamento com Anfotericina B e Amoxicilina durante a internação hospitalar. Após 6 semanas de tratamento hospitalar, recebeu alta com Amoxicilina e Itraconazol até obter Isavuconazol judicialmente. Segue em acompanhamento com a equipe da Otorrinolaringologia e da Infectologia, estável em exames de imagem e endoscópicos.

**DISCUSSÃO:** A rinossinusite fúngica invasiva crônica é comumente negligenciada devido a sua progressão gradual. No início do quadro clínico, geralmente a infecção é localizada na mucosa nasal e na parede óssea de um único seio da face. Com a evolução, pode gradualmente ir invadindo os seios paranasais adjacentes e a cavidade nasal como um todo. A sintomatologia não é clássica, mas tem como principais achados a cefaleia, sintomas oculares, exoftalmia, dor ocular, hipertensão, diabetes e síndrome nefrótica. A maioria das lesões pode ser diagnosticada baseadas nas alterações em exames de imagem e exame histopatológico. O tratamento é realizado através de cirurgia endoscópica nasal com desbridamento cirúrgico, quando os locais de acesso endoscópicos permitem tal manejo, associado a tratamento medicamentoso com antifúngicos, sendo os mais comumente utilizados a Anfotericina B e o Itraconazol. Recomenda-se tratamento endovenoso por 2 semanas no mínimo e via oral por 3 a 6 meses.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A rinossinusite fúngica invasiva crônica é uma infecção rara que tem por característica acometer paciente imunocompetentes. A evolução da doença é de semanas a meses e requer alta suspeição para seu diagnóstico.

**REFERÊNCIAS:**

1. Tratado de Otorrinolaringologia /Organização Shirley Shizue Nagata Pignatari, Wilma Terezinha Anselmo-Lima. – 3a. Ed – Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
2. Wang, T., Zhang, L., Hu, C., Li, Y., Wang, C., Wang, X., ... Zhou, B. (2019). Clinical Features of Chronic Invasive Fungal Rhinosinusitis in 16 Cases. Ear, Nose & Throat Journal, 014556131882339. doi:10.1177/0145561318823391.

Palavras-chave: Rinossinusite Fúngica Invasiva Crônica;Mucormicose;Actinomicose.



PO082

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Mucormicose de evolução arrastada e atípica: relato de caso

AUTOR PRINCIPAL: MAYSA VARGAS DUZANSKI

COAUTORES: JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO; FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO; VITOR TAKASHIBA; MAYARA ROSANELLI; GUSTAVO CONRADO BRASSAROTO; ANDRÉ ARMANI; LAURA LAVARIAS GESSNER

INSTITUIÇÃO: UEL, LONDRINA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso**

Paciente masculino, 51 anos, com diagnóstico recente de diabetes mellitus tipo 2 insulínico dependente, com história de 30 dias antes do atendimento apresentar espontaneamente dor em região frontal e periorbital a direita de forte intensidade, acompanhada de edema palpebral e oftalmoplegia com rápida evolução, impedindo abertura ocular já no primeiro dia. Obstrução nasal crônica contralateral decorrente de mucocele era o único sintoma antecedente.

Na admissão apresentava-se com edema palpebral a direita, proptose, oftalmoplegia, incapacidade de abertura ocular espontânea, ausência de reflexo fotomotor direto e consensual, com distinção visual apenas para luz. Não apresentou febre ou rinorreia na evolução. Biópsia externa sugeria presença de hifas não caracterizadas, tendo sido iniciado tratamento com anfotericina empíricamente e submetido a nova biópsia via endoscópica nasal, com material de órbita livre e seio etmoidal com hifas, sem presença de malignidade.

Como paciente se apresentava em bom estado geral, afebril, sem alterações significativas em exames laboratoriais e ausência de necrose no primeiro ato operatório em que foi realizado apenas biópsia, além de visão contralateral comprometida por trauma prévio com corpo estranho aguardando transplante de córnea, foi mantido em tratamento clínico até completar 30 dias de uso de anfotericina, quando ressonância de controle evidenciou piora da invasão das estruturas periorbitárias, sem acometimento encefálico, sendo então submetido a exenteração de órbita direita com preservação palpebral, cujo anatomopatológico apresentou presença de miosite e neurite, associado a presença de fungos esféricos, com hifas largas e pauci-septadas e o resultado da cultura fúngica foi prejudicado devido crescimento de bactérias. Ficou internado até completar 60 dias de tratamento com anfotericina e permaneceu estável dentro de 6 meses de acompanhamento, com ressonância de controle favorável, aguardando confecção de prótese ocular.

**Discussão**

A mucormicose é uma doença rara e oportunista, sendo a forma rino-orbita-cerebral a mais comum e na maior parte das vezes associada a imunossupressão por diabetes mellitus. É causada pela inalação de esporos de fungos cenocíticos dos gêneros *Rhizopus* e *Mucor*, ambos universais e saprófitos, com alta taxa de mortalidade.

A fisiopatologia se baseia na angioinvasão com necrose tecidual, sendo os sintomas mais comuns a congestão nasal, febre, rinorreia e cefaleia, além de celulite periorbitária, quemose, proptose e oftalmoplegia. Com a extensão da doença pode ocorrer drenagem de material necrótico da cavidade nasal, olho e palato em cerca de metade dos casos.

Há suspeita de invasão intracraniana quando ocorre alteração do estado mental, déficits neurológicos focais ou trombose do seio cavernoso. Cegueira pode ocorrer por infarto do nervo ótico ou da artéria central da retina. O diagnóstico deve sempre incluir cultura e anatomopatológico, pois a ausência de crescimento das estruturas fúngicas na cultura não é incomum. O tratamento se baseia no controle adequado dos fatores de risco, extenso desbridamento cirúrgico e terapia antifúngica com anfotericina, a qual pode durar meses.

**Comentários finais**

A mucormicose é uma doença rara, causada por fungos saprófitos, sendo a forma mais comum a rino-orbita-cerebral, que deve ser suspeitada em pacientes com sintomas de sinusite aguda de rápida evolução, principalmente na presença de imunossupressão, seja por diabetes mellitus ou menos comumente em transplantados de órgãos sólidos, usuários crônicos de corticoterapia ou portadores de malignidades. A terapia deve ser prontamente instituída para redução da mortalidade.

Palavras-chave: Mucormicose;Evolução atípica;Rino-orbita-cerebral.



PO089

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Rare spontaneous formation of abscess in the septum and nasal pyramid

AUTOR PRINCIPAL: ANA PAULA BRANDAO SILVA

COAUTORES: ANA LÚCIA CHUNG CARAVANTE; BRUNA SOARES GAZZETTA; GABRIEL DONATO AMORIM; CAIO VINICIUS SAETTINI; JULIANA RODRIGUES MARTINS; AMANDA CARVALHO VILLA DE CAMARGO; FERNANDA WILTGEN MACHADO

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

Case Presentation: L.H.F.R. female, 75 years old, married, retired and born in São Paulo. She mentions that 15 days ago a lesion appeared in the region of the nasal septum on the right "internal pimple". She used non-steroidal anti-inflammatory drugs, without improvement. Evolved with pain and swelling in the contralateral region. After two days, she progressed with edema, redness and pain in the nasal tip, infraorbital region and cheeks. She denies fever but reports sporadic chills. She complained of the appearance of blood clots and crusts in the nasal cavity, which she related to rhinitis and started on its own Busonid 1x/day. She denied too many complaints. The patient denied having previously performed aesthetic procedures or any nose surgery. From pathological antecedents she presented High blood pressure, allergic rhinitis and history of angioplasty 10 years ago. Continuous use medications: Rosuvastatin, AAS, Ezetimibe, Candesartan.

Discussion: On physical examination, there was nothing noteworthy in otoscopy or oroscopy. At ectoscopy, presence of edema and significant erythema in the infraorbital and bilateral malar region, as well as a columella extending to the tip and nasal dorsum. Rhinoscopy with slightly bulged septum, without pathological secretions in meatus. The patient was admitted and started on Ceftriaxone 1 g every 12 hours and Clindamycin 600 mg every 6 hours, associated with hydrocortisone. Biochemical tests (C-reactive protein 6.65 and leukocytes 13,440) and CT scan of the sinuses with contrast were requested. In image exam: presence of abscess in the nasal pyramid, reaching the region of inferior and superior cartilage and nasal septum around 1.1 cm<sup>3</sup>. The patient underwent drainage of an abscess in the operating room, already showing signs of cartilaginous destruction in the anterior septum. The patient evolved well clinically and in the laboratory in the following 48 hours, going from discharge soon after.

Final Comments: By definition, septal abscess is a purulent collection in the space between the cartilaginous or bony nasal septum and its overlying perichondrium or periosteum. Most septal abscesses develop secondary to an infected septal hematoma, which most commonly occurs after nasal trauma (75% of cases), among which we can mention previous surgeries, probes, nasotracheal intubation and recently, some cases after covid 19 with swab. In addition to folliculitis, furunculosis and very rarely spontaneous presentations. As the septal cartilage is avascular and derives its nourishment from the perichondrium, removal of the perichondrium that occurs during abscess formation can cause ischemic necrosis and subsequent septal perforation, which can result in nose deformities, highlighting the importance of its rapid approach.

Palavras-chave: Septal abscess;Septal cartilage;Case report.

PO091

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ABORDAGENS FARMACOLÓGICAS NO TRATAMENTO DA RINITE GUSTATIVA:  
REVISÃO SISTEMÁTICA****AUTOR PRINCIPAL:** THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA**COAUTORES:** RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES; TARCÍSIO REDES XAVIER; IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO; VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA; KARINA DOS SANTOS ALENCASTRO; MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINO, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Introdução:** A rinite gustativa, embora rara, tem um impacto significativo na vida dos indivíduos que dela sofrem. As abordagens farmacológicas no tratamento da rinite gustativa podem ser categorizadas em várias classes, cada uma direcionada a um aspecto específico da condição. Agentes antialérgicos e anti-inflamatórios, como corticosteroides intranasais, têm sido explorados para diminuir a inflamação nas vias aéreas e aliviar os sintomas alérgicos.

**Objetivo:** Evidenciar as principais opções farmacológicas para o tratamento da rinite gustativa. **Metodologia:** A metodologia selecionada para embasamento deste estudo foi a de revisão sistemática da literatura, de abordagem descritiva, tendo como pergunta norteadora definida: Quais as principais opções farmacológicas para o tratamento da rinite gustativa? A pesquisa foi realizada por meio de buscas de dados através das bases científicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), sobe aplicabilidade dos descritores cadastrados no DeCS: Farmacologia, Rinite e Tratamento por meio do operador booleano AND. Após análise e seleção inicial, os artigos irão passar pelos critérios de inclusão e exclusão para que só assim, possam compor a amostra final que irá fazer parte desta revisão, os estudos serão limitados em artigos dos últimos 3 anos nos idiomas inglês ou português.

**Resultados e Discussões:** Foram selecionados 7 artigos para compor o estudo. A rinite gustativa é uma condição pouco comum e menos estudada em comparação com outras condições relacionadas ao olfato e paladar, como a anosmia (perda do olfato) ou ageusia (perda do paladar). No entanto, a literatura apresentou algumas informações sobre as abordagens farmacológicas que podem ser consideradas eficientes para o tratamento da rinite gustativa com base nas pesquisas disponíveis até o momento. A rinopatia gustativa é caracterizada por distorções no paladar, geralmente manifestando-se como sensações anormais de sabor quando não há estímulos gustativos presentes. Pode ser desencadeada por diversos fatores, como infecções, trauma, doenças nasais, distúrbios neurológicos, entre outros. O tratamento eficaz da rinite gustativa pode depender da causa subjacente da condição. Alguns estudos sugerem que terapias intranasais com corticosteroides podem ser eficazes para tratar a rinopatia gustativa, especialmente quando associada a inflamação nas vias nasais. Os corticosteroides podem ajudar a reduzir a inflamação, aliviar os sintomas e restaurar parcialmente a função gustativa normal. Como sempre, é importante destacar que qualquer tratamento farmacológico deve ser realizado sob a supervisão de um profissional de saúde qualificado.

**Conclusão:** Embora a pesquisa nessa área seja limitada, a compreensão em constante evolução das bases fisiológicas e moleculares da rinopatia gustativa pode levar a avanços significativos no desenvolvimento de terapias farmacológicas mais direcionadas e eficazes. Portanto, incentiva-se a continuação dos esforços de pesquisa para aprimorar a compreensão dessa condição rara e, assim, melhorar as opções de tratamento disponíveis para os pacientes que dela sofrem.

**Palavras-chave:** Farmacologia;Rinite;Tratamento.

PO093

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Apresentação nasossinusal de Doença de Rosai-Dorfman- Relato de Caso

AUTOR PRINCIPAL: CAROLINA SARCINELLI SPINELLI

COAUTORES: VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ; GABRIELA RECH; ISADORA ELY

INSTITUIÇÃO: 1. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL2. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

Apresentação do caso: J.A.R.L, masculino, 34 anos, com história médica pregressa de Doença de Rosai Dorfman e anteriormente submetido a 4 cirurgias endoscópicas e radioterapia em serviço externo entre 2019 e 2020. Após perder seguimento foi encaminhado ao serviço de otorrinolaringologia de hospital terciário por quadro de tumoração indolor, com aumento progressivo há 1 ano, em órbita direita. Ao exame físico apresentava-se com abaulamento em região medial de órbita direita, sem alterações em campo visual e com motricidade ocular preservada, em exame de endoscopia nasal foi constatada perfuração septal ampla, ausência de cornetos médios bilateralmente e aparentes células etmoidais remanescentes à direita sem presença de abaulamentos. Foi solicitada tomografia computadorizada de seios da face sem contraste demonstrando acúmulo de material com densidade de partes moles nos seios frontais e na porção anterior do labirinto etmoidal de aspecto insuflativo no seio frontal direito sugestivo de mucocele frontoetmoidal cursando com abaulamento do contorno superomedial da órbita direita.

Paciente foi submetido à cirurgia endoscópica nasal com antrostomia maxilar direita, remoção de células frontais até o óstio do seio frontal direito e trepanação de seio frontal direito, apresentando melhora evidente do posicionamento ocular. Durante acompanhamento ambulatorial pós-operatório, após 9 meses, paciente iniciou com nova queixa de sensação de abaulamento em região superior da órbita direita. Assim, foi encaminhado para realização de nova drenagem de mucocele em bloco cirúrgico por via externa em conjunto com a equipe de oftalmologia. Atualmente, o paciente segue em acompanhamento ambulatorial multidisciplinar.

Discussão: A Doença de Rosai-Dorfman é uma histiocitose benigna de origem desconhecida. Sua prevalência é de aproximadamente 100 novos casos por ano nos Estados Unidos. A doença geralmente se manifesta através de linfonodomegalia cervical indolor associada a leucocitose, aumento da taxa de hemossedimentação e hipergamaglobulinemia. Cerca de 43% dos pacientes apresentam pelo menos um sítio de lesão extranodal, como na pele (20,8%), na cavidade oral (27,3%), na cavidade nasal (22,9%), no trato respiratório inferior (22,3%), na órbita (22,3%) e na laringe (16,7%). O diagnóstico se dá através de um conjunto de sinais e sintomas associado a histopatologia por meio de biópsia. O tratamento é realizado por meio de ressecção cirúrgica associada ou não a quimiorradioterapia, corticoterapia e/ou lenalidomida (ou outros imunomoduladores).

Comentários finais: A doença de Rosai- Dorfman com apresentação nasal é de origem desconhecida e pode se manifestar por meio de episódios de exacerbação e remissão. A formação de mucocele frontoetmoidal não é descrita como sintomatologia, mas acredita-se que seja em decorrência dos tratamentos instituídos.

## Referências:

1. Abla, O., Jacobsen, E., Picarsic, J., Krenova, Z., Jaffe, R., Emile, J.-F., ... Diamond, E. L. (2018). Consensus recommendations for the diagnosis and clinical management of Rosai-Dorfman-Destombes disease. *Blood*, 131(26), 2877–2890. doi:10.1182/blood-2018-03-839753.
2. Bruce-Brand, C., Schneider, J. W., & Schubert, P. (2020). Rosai-Dorfman disease: an overview. *Journal of Clinical Pathology*, jclinpath–2020–206733. doi:10.1136/jclinpath-2020-206733.

Palavras-chave: Rosai-Dorfman;Rinologia;Mucocele.

PO099

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****SARCOMA DE EWING DE FOSSA NASAL****AUTOR PRINCIPAL:** LUCAS EDUARDO DE OLIVEIRA**COAUTORES:** ALEX MIRANDA DE OLIVEIRA; BÁRBARA DANTAS MARQUES OLIVEIRA; JOÃO COELHO NETO; LUCAS AFONSO BARBOSA SARAIVA; VINÍCIUS GOMES DE FRANÇA ALMEIDA; YANA MENDONCA NASCIMENTO; CLARA MONICA FIGUEIREDO DE LIMA**INSTITUIÇÃO:** UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente masculino, 21 anos, estudante, comparece a primeira consulta referindo obstrução nasal à direita iniciada há cerca de 2 meses, associada à perda ponderal de 16 kg. Ao exame, apresentava lesão de aspecto carnososo em fossa nasal direita (FND), abaulando septo para esquerda, sem outras alterações faciais e otorrinolaringológicas. Trazia tomografia de seios paranasais (TCSSPP) evidenciando lesão em FND, sendo submetido a biópsia incisional ambulatorial com diagnóstico inconclusivo de tecido necrótico. Retorna após cerca de 20 dias com obstrução nasal bilateral, cefaleia intensa, proptose ocular e turvação visual bilateralmente. Internado em caráter de urgência, sendo realizados novos exames de imagem e submetido a biópsia incisional em centro cirúrgico, com resultado anatomopatológico e imunoistoquímica compatíveis com Sarcoma de Ewing Nasossinusal. Encaminhado para equipe de oncologia, que iniciou tratamento com ciclos de quimioterapia (QT), apresentando melhora importante dos sintomas, durante seguimento, sendo proposta radioterapia (RT) após término do oitavo ciclo de QT.

**DISCUSSÃO**

O Sarcoma de Ewing é um tumor ósseo maligno raro (2/1.000.000 pessoas/ano), mais comum na faixa etária pediátrica e em adultos jovens. A grande maioria desses tumores se desenvolve em ossos dos membros inferiores, pelve, parede torácica e tronco, sendo menos de 1/5 dos casos ocorrentes na cabeça e pescoço. Os sintomas mais comuns são dor óssea, alterações anatômicas no sítio tumoral e perda de peso. Após diagnóstico anatomopatológico, é importante estadiamento da doença, geralmente via Cintilografia e/ou PET-CT, para definição terapêutica. Como a doença desse paciente já invadia sistema nervoso central (SNC) de forma agressiva, optou-se pelo tratamento quimioterápico com ciclos de combinações entre as drogas cisplatina, etoposídeo, ifosfamida, mesna, vincristina e adriamicina.

Outros tratamentos podem ser definidos, a depender do estágio da doença e de sua localização, como a ressecção cirúrgica e a radioterapia.

Para o paciente em questão, a terapia disponível e escolhida no serviço foi a quimioterapia citada acima, prevista para ser realizada em 8 ciclos, sendo posteriormente o paciente encaminhado para realização de RT em serviço externo. No momento do diagnóstico, pelo grande avanço local do tumor no SNC, o tratamento cirúrgico não seria uma opção terapêutica.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O sarcoma de Ewing, apesar de ser um tumor extremamente raro, sobretudo com sítio primário em cavidade nasal, quando diagnosticado e tratado precocemente, assim como outros cânceres, apresenta uma melhora importante dos sintomas, da qualidade e expectativa de vida, bem como a possibilidade de cura para esses pacientes.

É importantíssimo atentar-se para casos que evoluam de forma rápida e atípica, priorizando realização de abordagens diagnósticas mais eficientes e conclusivas, de modo a iniciar precocemente os tratamentos mais adequados.

Palavras-chave: SARCOMA DE EWING; TUMOR DE FOSSA NASAL; SARCOMA NASOSSINUSAL.

PO107

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Serum IgE 1,000 ng/mL in patients with chronic rhinosinusitis: co-morbidities diagnoses.

**AUTOR PRINCIPAL:** NATHÁLIA FERNANDA DA SILVA**COAUTORES:** IVIS ANDREA MARQUES FERRO; RENAN TORRES DE CARVALHO; NATASHA CAROLINE CRISTINA SANTANA DE AGUIAR; PRISCILA NOVAES FERRAILO; MARISE DA PENHA COSTA MARQUES; SERGIO DUARTE DORTAS JUNIOR**INSTITUIÇÃO:** UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Objetivos:** The goal is to estimate the prevalence of respiratory reactions induced by aspirin and other nonsteroidal anti-inflammatory drugs (N-ERD) and/or allergic bronchopulmonary aspergillosis (ABPA) in patients with chronic rhinosinusitis (CRS) and serum IgE measurement > 1,000 ng/mL.

**Métodos:** the descriptive study was carried out in a series of 135 adult patients diagnosed with CRS without cystic fibrosis that had IgE serum measured, who were followed by in an university hospital and selected throughout medical record review. Those patients with IgE > 1,000 ng/mL underwent diagnostic investigation for ABPA, including: prick test reactivity to A. Fumigatus, specific IgE A. Fumigatus measurement, spirometry with bronchodilator test, anamnesis for asthma diagnosis and lung CT-scan. Greenberger, in 2002, established a set of minimal essential criteria for ABPA: asthma, immediate cutaneous reactivity to A. fumigatus, total serum IgE > 1,000 ng/mL, elevated specific IgE or IgG A. Fumigatus and central bronchiectasis in the absence of distal bronchiectasis. For N-ERD diagnosis, patients were submitted to anamnesis and, if needed, oral aspirin challenge test.

**Resultados:** Considering a group of 135 (100%) patients with the diagnosis of chronic rhinosinusitis and serum IgE measured, 13 (9%) of them presented with IgE > 1,000 ng/mL. Among this group, 12 patients presented with CRS and nasal polyposis and 1 patient with CRS without nasal polyposis. The prevalence of ABPA was 3% (n=4) and of N-ERD was 3% (n=4). Five patients (3%) with CRS and IgE > 1,000 ng/mL were not diagnosed neither with ABPA or N-ERD.

**Discussão:** Among 135 patients from the studied sample, 3% were diagnosed with ABPA. In literature, we could not find articles, either in English or Portuguese language, describing the prevalence of ABPA in patients with CRS. This indicates that there is not a suspected disease in this group of patients, therefore not investigated. Out of 13 patients with CRS and IgE > 1,000 ng/mL, 30% were diagnosed with ABPA. The request of an affordable blood test with minimal morbidity as IgE measured could lead to an active search for ABPA and early treatment, preventing potentially fatal pulmonary lesions. Out of 13 patients with CRS and IgE > 1,000 ng/mL, 30% were diagnosed with N-ERD. N-ERD's prevalence in literature varies from 1.8-44%. The prevalence of N-ERD in this CRS ambulatory is 10%, therefore in patients with IgE > 1,000 ng/mL the prevalence of N-ERD was 3 times higher. This illustrates the importance of an active search for this disease, since this diagnosis influences the treatment and prognosis for these patients.

**Conclusão:** As a result of the analysis, considering that 60% of the patients with IgE > 1,000 ng/mL were diagnosed with one of the two comorbidities, we encourage the IgE measure in all patients with CRS diagnosis, as well as careful investigation for ABPA and N-ERD.

**Palavras-chave:** chronic rhinosinusitis;allergic bronchopulmonary aspergillosis;N-ERD.

PO115

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

**Benefícios Clínicos Sustentados em Pacientes com Rinossinusite Crônica com Pólipos Nasais 24 semanas pós tratamento com mepolizumabe**

**AUTOR PRINCIPAL:** MARTIN DESROSIERS

**COAUTORES:** ZUZANA DIAMANT; PAOLO CASTELNUOVO; PETER W HELLINGS; JOSEPH HAN; ELISAMA QUEIROZ BAISCH; PHILIPPE GEVAERT; ANJU T PETERS

**INSTITUIÇÃO:** 1. 1FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE MONTREAL, MONTREAL, CANADÁ, MONTREAL - CANADA2. 2DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA IMUNOLOGIA E TRANSPLANTE, KU LEUVEN, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE LOVAINA, LOVAINA, BÉLGICA, LOVAINA - BELGICA3. DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA IMUNOLOGIA E TRANSPLANTE, KU LEUVEN, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE LOVAINA, LOVAINA, BÉLGICA, LOVAINA - BELGICA4. DIVISÃO DE RINOLOGIA E CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA BASE DO CRÂNIO E DIVISÃO DE ALERGIA, FACULDADE DE MEDICINA DE EASTERN VIRGINIA, VA, EUA, VIRGINIA - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA5. GSK, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL6. 6LABORATÓRIO DE PESQUISA DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, UNIVERSIDADE DE GHENT, GHENT, BÉLGICA, GHENT - BELGICA7. 7DIVISÃO DE ALERGIA-IMUNOLOGIA, NORTHWESTERN UNIVERSITY, CHICAGO, ILLINOIS, EUA, CHICAGO - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA

**Introdução:**

SYNAPSE, um estudo de Fase 3 em pacientes com rinossinusite crônica grave com pólipos nasais (RSCcPN), demonstrou redução significativa da gravidade da doença com 52 semanas de mepolizumabe 100 mg por semana versus placebo. A durabilidade das melhoras clínicas após a interrupção do tratamento não foi estabelecida.

**Métodos:** Os efeitos induzidos por Mepolizumabe versus placebo foram avaliados por 24 semanas pós-tratamento. Os desfechos exploratórios foram a mudança média em relação à linha de base (CFB) em: escore endoscópico total de PN (NPS) na Semana 76 e pontuação na escala visual analógica (EVA) de obstrução nasal nas semanas 73–76, em pacientes sem cirurgia (analisados post hoc); Pontuação total do teste de resultados nasossinusais com 22 itens (SNOT-22) na semana 76 na população geral de seguimento.

**Resultados:** 134 pacientes (mepolizumabe n=69; placebo n=65) entraram em acompanhamento, e 26 pacientes com cirurgia durante SYNAPSE foram excluídos. Houve uma redução maior no NPS do início da linha de base até a Semana 52 com mepolizumabe versus placebo (CFB médio [DP]: -1,5 [1,8] vs -0,6 [1,4]), que persistiu durante todo o período de acompanhamento. Para o escore EVA de obstrução nasal, a melhora do resultado inicial com mepolizumabe versus placebo foi mantida das semanas 49–52 (-5,5 [2,9] vs -3,9 [3,0]) para as semanas 73–76 (-4,4 [3,2] vs -3,9 [3,3]). Melhorias maiores no escore total do SNOT-22 com mepolizumabe versus placebo foram mantidas durante o seguimento (Semana 52: -40,7 [22,4] vs -17,1 [24,7]; Semana 76: -28,5 [26,8] vs -16,7 [25,8]).

**Discussão:** Após o tratamento, os pacientes com RSCcPN grave mantiveram a melhora induzida pelo mepolizumabe no tamanho e nos sintomas da PN.

**Conclusão:** Esses achados sugerem que a inibição direcionada da inflamação tipo 2 mediada pela interleucina-5 oferece uma resposta crônica durável nesses pacientes.

**Objetivo Educacional:** Após a conclusão desta sessão, os participantes devem ser capazes de avaliar a durabilidade das respostas ao tratamento com mepolizumabe e discutir os benefícios potenciais do tratamento a longo prazo.

**Conflitos de interesse:**

- EB é funcionária da GSK e não possui ações.
- MD recebeu financiamento de ensaios clínicos da AstraZeneca, GSK, Probiom Therapies e Sanofi, participou de conselhos consultivos da Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi e detém participação na Probiom Therapies.
- ZD recebeu honorários ou honorários de palestrante servindo em conselhos consultivos ou como consultor de: ALK, AstraZeneca, Antibio, Boehringer Ingelheim, GSK, HAL Allergy, Merck Sharp & Dohme, QPS-Netherlands e Sanofi-Genzyme-Regeneron, todos fora do trabalho submetido.
- PC participou do conselho consultivo e recebeu honorários de palestrante da AstraZeneca, GSK, Novartis, Regeneron e Sanofi Genzyme.
- PWH é palestrante e/ou beneficiário de bolsa de pesquisa da Sanofi, Regeneron, Novartis, GSK, Stallergenes, ALK e Viatris.
- JKH recebeu honorários de consultoria da Sanofi Genzyme, Regeneron, Genentech, AstraZeneca, GSK e Gossamer Bio.
- ATP recebeu honorários pessoais da Sanofi Regeneron, doações da Sanofi Regeneron, Optinose e AstraZeneca e participou de conselhos consultivos para Sanofi Regeneron, Optinose, AstraZeneca e GSK.
- PG participou de conselhos consultivos e recebeu honorários de palestrante da ALK-Abelló, Argenx, AstraZeneca, Genentech, GSK, Novartis, Regeneron, Roche, Sanofi Genzyme e Stallergenes-Greer.
- Financiamento: GSK [ID:205687/NCT03085797]

**Palavras-chave:** rinossinusite crônica com pólipos nasal;mepolizumabe;benefícios sustentados.

PO116

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Uso de dupilumabe como tratamento para rinossinusite crônica com polipose nasal

**AUTOR PRINCIPAL:** BEATRIZ ROCHA CUZZUOL**COAUTORES:** VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES; MÁRCIO MOREIRA CAJAHIBA JÚNIOR; CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS**INSTITUIÇÃO:** 1. UFBA-CAT, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL2. UESB, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL3. FASA, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL4. NÚCLEO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E MEDICINA DO SONO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Objetivos:** Avaliar a efetividade do uso de dupilumabe para o tratamento de rinossinusite crônica com polipose nasal**Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática com estudos clínicos randomizados. Procedeu-se a busca nas bases de dados PubMed, LILACS e MEDLINE, por meio dos descritores “chronic rhinosinusitis AND dupilumab” e “chronic rhinosinusitis AND nasal polyps”. Como critérios de inclusão, definiu-se: artigos no idioma inglês e estudos a partir do ano de 2016. Foram excluídos artigos em outro idioma e com datação menor que 2016.**Resultados:** A partir da busca nas bases de dados, foram encontradas 16 referências. Depois de eliminadas as duplicidades e trabalhos com critérios de exclusão, foram selecionados 6 estudos para essa revisão sistemática, totalizando 2.715 pacientes. Os resultados demonstraram que o uso de dupilumabe foi capaz de reduzir o tamanho dos pólipos, sintomas de congestão nasal e severidade dos sintomas ( $P < 0.0001$ ).**Discussão:** A rinossinusite crônica é definida por inflamação do nariz e seios paranasais por um período maior ou igual a 12 semanas, com pelo menos 2 dos seguintes sintomas: congestão ou obstrução nasal, secreção nasal ou pós nasal purulenta, dor ou pressão facial e anosmia ou hiposmia. A associação com pólipos nasais, lesões inflamatórias que se projetam na cavidade nasal, está presente em 25-30% dos pacientes com rinossinusite crônica. O dupilumabe é um anticorpo monoclonal totalmente humano, que atua inibindo a sinalização das interleucinas IL-4 e IL-13, fundamentais no mecanismo de inflamação tipo 2. Uma revisão sistemática que analisou a eficácia e segurança dos anticorpos monoclonais para o tratamento de sinusite crônica demonstrou melhora na qualidade de vida dos pacientes que fizeram uso do dupilumabe, atingindo mais benefícios e segurança em relação aos outros anticorpos também analisados. Nos estudos analisados para essa revisão, observou-se a resposta ao uso do dupilumabe em cerca de 16-24 semanas, com a maioria dos pacientes atingindo melhora no sentido de olfato e paladar, opacificação sinusal, tamanho dos pólipos e redução nos níveis de marcadores bioquímicos sistêmicos e nasais ( $P < 0.001$ ). Além disso, foi registrado que os efeitos adversos mais comuns, como nasofaringite, cefaleia, eritema no local da injeção e piora da polipose nasal e asma foram mais observados no grupo placebo do que no grupo controle com dupilumabe.**Conclusão:** As evidências demonstram que o uso de dupilumabe é uma terapêutica promissora para o tratamento de rinossinusite crônica com polipose nasal, capaz de atuar em sintomas tanto locais quanto sistêmicos. No entanto, mais estudos são necessários para compreender qual é o agente biológico mais efetivo, os possíveis efeitos adversos e os resultados a longo prazo do uso de anticorpos monoclonais, com destaque para o uso do dupilumab.**Palavras-chave:** Rinossinusite crônica;Polipose nasal;Dupilumabe.



PO117

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Eficácia de mepolizumabe em pacientes com granulomatose eosinofílica com poliangite e um fenótipo vasculítico

**AUTOR PRINCIPAL:** MICHAEL E WECHSLER

**COAUTORES:** BENJAMIN TERRIER; DAVID RW JAYNE; BERNHARD HELLMICH; JANE H BENTLEY; ELISAMA QUEIROZ BAISCH; PRAVEEN AKUTHOTA; PANEZ KHOURY

**INSTITUIÇÃO:** 1. DEPARTMENT OF MEDICINE, NATIONAL JEWISH HEALTH, DENVER, CO, USA, DENVER - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA2. SERVICE DE MÉDECINE INTERNE, HÔPITAL COCHIN, PARIS, FRANCE, PARIS - FRANÇA3. DEPARTMENT OF MEDICINE, UNIVERSITY OF CAMBRIDGE, CAMBRIDGE, UK, CAMBRIDGE - INGLATERRA4. KLINIK FÜR INNERE MEDIZIN, RHEUMATOLOGIE & IMMUNOLOGIE, MEDIUS KLINIKEN, UNIVERSITÄT TÜBINGEN, KIRCHHEIM-TECK, GERMANY, KIRCHHEIM - ALEMANHA5. GSK, MIDDLESEX - INGLATERRA6. GSK, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL7. DIVISION OF PULMONARY, CRITICAL CARE, AND SLEEP MEDICINE, DEPARTMENT OF MEDICINE, UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN DIEGO, LA JOLLA, CA, USA, SAN DIEGO - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA8. HUMAN EOSINOPHIL SECTION, LABORATORY OF PARASITIC DISEASES, NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES, NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, BETHESDA, MD, USA, BETHESDA - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA

**Introdução:** Pacientes com granulomatose eosinofílica com poliangite (GEPA) podem apresentar fenótipos vasculíticos ou eosinofílicos. 1 O estudo MIRRA de Fase III demonstrou que os pacientes com GEPA passaram mais tempo em remissão e reduziram o uso de corticosteroide oral (OCS) com mepolizumabe versus placebo. <sup>2</sup>

**Objetivos:** Avaliar a eficácia do mepolizumabe em pacientes com fenótipo de GEPA vasculítica incluídos no estudo MIRRA

**Métodos:** MIRRA foi um ensaio clínico de fase III, multicêntrico e, duplo-cego, de grupo paralelo em pacientes adultos com GEPA recidivante/refratária e tratamento estável de  $\geq 4$  semanas com COS. Os pacientes foram randomizados para receber tratamento padrão mais mepolizumabe (300 mg por via subcutânea a cada 4 semanas) ou placebo por 52 semanas. Os desfechos primários foram: semanas acumuladas de remissão (definidas como Birmingham Vasculitis Activity Score [BVAS] de 0 e dose de COS  $\leq 4$  mg/dia de prednisona ou equivalente) durante o período de estudo de 52 semanas categorizado em semanas (0,  $>0$  a  $<12$ , 12 a  $<24$ , 24 a  $<36$  e  $\geq 36$  semanas) e a proporção de pacientes em remissão nas semanas 36 e 48. Esta análise post hoc usou dados do estudo MIRRA para avaliar esses desfechos de acordo com a história de anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) dos pacientes (teste positivo atual ou anterior para mieloperoxidase[MPO]/proteínase 3[PR3]-ANCA no início do estudo versus sem história de um teste positivo de MPO/PR3-ANCA no início do estudo), BVAS basal ( $=0$  vs  $>0$ ) e escore do Índice de Dano Vasculítico (IDV) ( $<5$  vs  $\geq 5$ ). Também foram descritos os tipos de recidiva da doença (vasculite [BVAS  $>0$ ], asma [sintomas e/ou sinais ativos de asma com piora no escore do Questionário de Controle da Asma-6] e nasossinusal [doença nasal e/ou sinusal ativa com piora em  $\geq 1$  questões de sintomas nasossinusais]) relatadas durante o período de tratamento. As características da doença GEPA com foco nos componentes vasculíticos foram avaliadas em pacientes que obtiveram ou não remissão em nenhum momento durante o estudo.

**Resultados:** Dos 136 pacientes do estudo, 26 (19%) tinham história de teste ANCA positivo no início do estudo e 110 (81%) não. Além disso, 51 (38%) tinham BVAS  $=0$  no início do estudo e 85 (63%) tinham BVAS  $>0$ ; 74 (54%) tinham IDV  $<5$  no início do estudo e 62 (46%) tinham IDV  $\geq 5$ . A duração da remissão acumulada foi maior com mepolizumabe versus placebo, independentemente do status positivo para ANCA, BVAS basal ou escore IDV basal. Em todos os subgrupos, uma proporção maior de pacientes alcançou remissão nas semanas 36 e 48 com mepolizumabe versus placebo. Entre os pacientes que receberam mepolizumabe, o número (proporção) de pacientes que alcançaram remissão nas semanas 36 e 48 foram: 7 (54%) para pacientes com história de teste positivo para ANCA e 15 (27%) para pacientes sem história de teste positivo para ANCA; 14 (45%) nos grupos BVAS  $=0$  e 8 (22%) nos grupos BVAS  $>0$ ; 11 (29%) no escore de VDI  $<5$  e 11 (37%) no escore de IDV  $\geq 5$  grupos.

**Discussão:** Mepolizumabe reduziu todos os tipos de recidiva da doença avaliados durante o período de tratamento, incluindo vasculite, asma e recidivas nasossinusais, em comparação com o placebo. As características vasculíticas, incluindo neuropatia, glomerulonefrite, hemorragia alveolar, púrpura palpável e positividade para ANCA, foram geralmente semelhantes entre os pacientes que alcançaram ou não remissão durante o estudo.

**Conclusão:** Mepolizumabe está associado a benefícios clínicos em pacientes com GEPA, incluindo aqueles com e sem fenótipo vasculítico.

**Referências:**

1. Latorre M et al. 2013;42(Suppl 57):1797.
2. Wechsler ME et al. 2017;376(20):1921–32.

**Financiamento:** GSK (MEA115921; NCT02020889);

Divisão de Pesquisa Intramural, NIAID, NIH financiou em tempo parcial, gasto nesse resumo por um dos autores (PK).

**Palavras-chave:** GEPA;mepolizumabe;vasculite ANCA .

PO123

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****SCHWANNOMA DE TETO NASAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** CAROLINA SANDI KUNZ**COAUTORES:** NATÁLIA REBELATTO VANZ; MURIEL FERREIRA DA SILVA; NICOLE KRAEMER REDEKER; RENATO ROITHMANN**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL (ULBRA), CANOAS - RS - BRASIL

A.C, 27 anos, sexo masculino. Procurou atendimento otorrinolaringológico devido obstrução nasal em fossa nasal esquerda, coriza, sensação de pressão nasal e diminuição do olfato com início há 1 ano. Ao exame endoscópico nasal apresentava lesão de aspecto polipóide de coloração acinzentada em fossa nasal esquerda. Realizou tomografia computadorizada e ressonância magnética que mostraram lesão em fossa nasal esquerda, em ambos exames não foi possível identificar o local de inserção da lesão. Paciente foi submetido a cirurgia endoscópica nasal para ressecção da lesão, durante o trans-operatório foi possível identificar que a lesão tinha origem no teto nasal da fossa nasal esquerda, foi realizada ressecção completa da lesão e enviado material para anatomopatológico e imuno-histoquímico. O exame imuno-histoquímico veio positivo para proteína S-100, sendo compatível com diagnóstico de Schwannoma.

Schwannoma é um tumor benigno derivado das células de Schwann, provenientes das cristas neurais. Apresenta-se como uma massa encapsulada, circunscrita, geralmente ligada ao nervo. A localização mais comum é no nervo vestibulococlear, sendo raro na região nasal (4%). No nariz, podem se originar das fibras nervosas autônomas ou do ramo maxilar do nervo trigêmeo. Se apresenta, geralmente, entre a 4ª a 6ª década de vida e não tem predileção por sexo. Normalmente os schwannomas nasais ocorrem unilateralmente, entretanto, portadores de neurofibromatose podem apresentar schwannomas em mais de uma localização. Em ordem decrescente os locais mais acometidos são o seio etmoidal, seio maxilar, fossa nasal e seio esfenoidal, sendo raro o envolvimento do seio frontal. A sua malignização é rara, presente em 2%, embora possa ocorrer recidiva local após ressecção incompleta da lesão. O schwannoma nasal apresenta como principal sintoma a obstrução nasal unilateral progressiva, acompanhada ou não de epistaxe, hiposmia, cefaléia e deformidade da pirâmide nasal. Ao exame físico, geralmente, a única alteração é uma massa acinzentada na fossa nasal. Pode ter aspecto de lesão vegetante ou polipóide, muito vascularizada e sangrante. Nasofibrosopia e exames de imagem são necessários para avaliar a extensão tumoral e para programação cirúrgica. Na tomografia computadorizada o schwannoma paranasal geralmente tem focos hipodensos na região central, com realce periférico após injeção de contraste e na ressonância magnética apresenta intensidade de sinal iso nas imagens ponderadas em T1, alta intensidade de sinal nas imagens ponderadas em T2 e realce heterogêneo nas imagens T1 com gadolínio. O diagnóstico é confirmado pelo histopatológico (áreas Antony A e Antony B) e imuno-histoquímica positiva para anticorpo contra a proteína S-100. Tem como diagnósticos diferenciais polipose nasal, pólipos antrocoanal, rinossinusite crônica, concha bolhosa, cisto de retenção, mucocoele, carcinoma, sarcoma, linfoma, angiofibroma juvenil, papiloma invertido, meningioma, neurofibroma, melanoma e neuroblastoma olfatório (estesioneuroblastoma). O tratamento é a exérese cirúrgica do tumor através de rinotomia lateral ou remoção por via endoscópica, sendo na maioria dos casos curativo. A radioterapia é reservada para casos de tumores malignos da bainha nervosa. A abordagem através de cirurgia endoscópica tem a vantagem de causar menor morbidade, não apresentar cicatriz externa e apresentar menor tempo de internação hospitalar no pós-operatório. Se o tumor está confinado nos seios paranasais, o prognóstico é excelente.

O schwannoma é um tumor raro na região nasal, tem como principal sintoma a obstrução nasal e geralmente ocorre unilateralmente, como apresentado pelo paciente do caso. Apesar de ocorrer mais comumente entre a 4ª a 6ª década de vida, o paciente do relato possui idade inferior a média de casos relatados. Por ser um tumor raro, a suspeita diagnóstica de schwannoma nasal, em geral, não é inicialmente levantada, sendo o diagnóstico confirmado pelo exame histopatológico e imuno-histoquímico. O tratamento é a ressecção cirúrgica completa da lesão, sendo a cirurgia endoscópica nasal a técnica com menor morbidade.

Palavras-chave: Schwannoma nasal; Obstrução nasal; Pólipo nasal.

PO124

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ANGIOLIPOMA DE PAREDE NASAL: UM RELATO DE CASO.****AUTOR PRINCIPAL:** DANIELE WEBER**COAUTORES:** CAROLINA SANDI KUNZ; NATÁLIA REBELATTO VANZ; RENATO ROITHMANN**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL (ULBRA), CANOAS - RS - BRASIL**Apresentação do caso:**

D.W., 46 anos, masculino, professor, hipertenso, procurou atendimento otorrinolaringológico devido obstrução nasal em fossa nasal esquerda. O paciente relata surgimento de lesão em fossa nasal esquerda há aproximadamente 8 anos, com crescimento progressivo. Nega dor, prurido, rinorreia, dor local ou epistaxe. Paciente com histórico de trauma facial com fratura nasal aos 19 anos de idade. Ao exame otorrinolaringológico visualizou-se lesão de aspecto polipóide proveniente da parede lateral do vestíbulo nasal da fossa nasal esquerda. A tomografia computadorizada de seios paranasais mostrou uma lesão nodular com densidade de partes moles, bem delimitada, sem sinais de invasão das demais estruturas anatômicas adjacentes e de natureza indeterminada. Foi solicitado como exame complementar uma ressonância magnética dos seios paranasais que mostrou pequena lesão nodular no vestíbulo nasal à esquerda, bem delimitada, sólida e com impregnação homogênea, medindo aproximadamente 0,9 cm de diâmetro e de natureza indeterminada. O resultado dos exames foi inconclusivo acerca da natureza da lesão, mas como estava bem delimitada, foi optado por remoção cirúrgica através de cirurgia endoscópica nasal, sendo o material enviado para estudo anatomopatológico. Os resultados do exame anatomopatológico identificaram o nódulo como sendo um angioliipoma, com 1,3 x 1,0 x 0,8 cm de dimensões. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, apresentou melhora completa da obstrução nasal e não apresentou recidivas nos primeiros 6 meses após ressecção da lesão.

**Discussão:**

O angioliipoma é uma neoplasia benigna e um subtipo raro do lipoma, representando somente cerca de 15% dos lipomas. É comumente localizado em tronco e extremidades e dificilmente são encontrados relatos de casos na região da cabeça e pescoço. Configuram nódulos bem delimitados que não costumam ultrapassar 2 cm de diâmetro. Apresentam como principal sintoma a dor local, a qual está relacionada a presença de trombos intravasculares ou ao ingurgitamento vascular com edema associado. Existem duas formas histopatológicas do tumor: circunscrito e infiltrante. O primeiro consiste em agregados de células de tecido adiposo unilocular e capilares envoltos em uma camada de tecido fibroso, normalmente encontrados no tecido subcutâneo. O segundo tipo, ocorre predominantemente em tecidos moles, como na massa muscular, podendo atingir estruturas anatômicas adjacentes pelo ausente encapsulamento. Para fins de diagnóstico, os exames de imagem são imprescindíveis. A tomografia computadorizada expõe o lipoma pelos seus baixos valores de atenuação, podendo ser facilmente distinguido do tecido circundante. Com o uso do contraste na tomografia, é realçada ainda mais a intensa vascularização do lipoma. Outros exames também auxiliam no diagnóstico, como ressonância magnética ou ultrassonografia. O tratamento de escolha é cirúrgico seja o subtipo infiltrante ou o circunscrito. No primeiro caso, é feita excisão local com margens livres maiores com intuito de evitar recorrência do tumor. Quando circunscrito, a cirurgia tem potencial curativo. Devido a ausência de casos de angioliipoma com potencial transformação maligna relatados, o prognóstico geral é positivo.

**Comentários finais:**

Existem poucos casos na literatura de angioliipoma nasal, como no caso relatado. Apesar de o principal sintoma ser a dor local, o paciente do caso apresentava apenas obstrução nasal progressiva. O tratamento padrão ouro é a excisão cirúrgica com margens livres, no caso em questão foi optado pela abordagem através de cirurgia endoscópica nasal, o que causa menos trauma e menos tempo de recuperação pós procedimento.

**Palavras-chave:** Angioliipoma; Angioliipoma nasal; Obstrução nasal.

PO128

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO: PACIENTE COM RSCcPN, ASMA E DERMATITE ATÓPICA GRAVE EM USO DE IMUNOBIOLOGICO****AUTOR PRINCIPAL:** VIVIAN BENAION TABASNIK**COAUTORES:** SUSAN BALACIANO TABASNIK; CAROLINA ALVES FAGUNDES; PAULA SOUZA RAMOS; MARCOS VINICIUS CHAGAS SOUSA; BRENDA RODRIGUES TORRES FERREIRA; LARISSA CORDEIRO MOSTACEDO LASCANO; GABRIELLE LUTTERBACH ERTAL**INSTITUIÇÃO:** POLICLÍNICA DE BOTAFOGO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

A.A.L.R., sexo masculino, 20 anos, estudante, encaminhado pelo pneumologista com diagnóstico de asma grave há 5 anos, sendo classificado no STEP 5 do GINA, com diagnóstico de dermatite atópica (DA) severa com piora das lesões cutâneas nos últimos meses e rinossinusite crônica (RSC) com pólipos nasais. Faz uso inalatório contínuo de fumarato de formoterol di-hidratado com budesonida e em casos de exacerbação faz uso de sulfato de salbutamol além de hidroxizina para o prurido noturno. Faz uso de syndet, hidratante corporal e pomada de betametasona. Apresentou falha no tratamento com ciclosporina para DA grave. Foi realizado tomografia de seios paranasais evidenciando pansinusopatia com polipose nasal. Apresenta grau 4 na classificação NPS ou seja, o pólio obstruía completamente a cavidade nasal. Pelo estadiamento de Lund-Mackay, é classificado como 18. Foi aplicado o SNOT 22, o qual obteve 105 pontos e após 45 dias de tratamento com imunobiológico (IMB), houve redução para 30 pontos. Em exames o paciente apresentou contagem de eosinófilos de 1.490, IgE > a 5 mil e a biópsia do pólio evidenciou mais que 250 eos/campo. A obstrução nasal, gotejamento pós nasal e prurido foram os principais sintomas.

A DA é uma doença inflamatória crônica cutânea, caracterizada por prurido e eczema, podendo ser incapacitante na forma grave. Apesar de não ser letal, apresenta uma carga psicossocial importante para os pacientes e familiares. O tratamento envolve a hidratação cutânea e medicações anti-inflamatórias. Em casos mais graves, há necessidade de terapia sistêmica com imunossuppressores como ciclosporina, metotrexato e azatioprina. Alguns imunobiológicos estão em desenvolvimento para controle da DA. Como o dupilumabe, que é um anticorpo monoclonal com ação dupla anti-IL-4/IL-13, liberado para crianças a partir de 6 anos com DA grave e adolescentes/adultos com DA moderada a grave. A RSC é caracterizada pela inflamação dos seios paranasais por no mínimo que 3 meses. É classificada como RSC com ou sem pólio nasal. A RSC é associada à alta morbidade e considerada um problema de saúde pública devido a sua prevalência, o custo para a sociedade, alterações do sono REM, absenteísmo e baixo rendimento escolar. Alguns estudos relacionam a intensidade dos sintomas com perturbações psicossomáticas ao desfecho drástico como suicídio. Alguns estudos relacionam a intensidade dos sintomas com perturbações psicossomáticas ao desfecho drástico como o suicídio. Ademais, a RSC está associada a diversas comorbidades como DA, distúrbios respiratórios do sono, otite média, asma e transtornos sociais. A asma é uma doença inflamatória crônica heterogênea das vias aéreas. É subdividida em inflamação T2 alta e T2 baixa. A T2 alta é caracterizada pela presença de eosinófilos e atopia. A do tipo T2 baixa tem predomínio no padrão não-eosinofílico. Essa diferenciação é fundamental para escolha do tratamento, sobretudo com os biológicos. Este é um método inovador e direcionado. Seus efeitos têm como base a inibição de alvos moleculares ou células específicas que estão diretamente envolvidas na patogênese da asma. O paciente apresenta critérios como dermatite atópica grave, sem melhora com a medicação oral e tópica. Foi iniciado o dupilumabe e após 45 dias apresentou melhora significativa e controle clínico, com redução das lesões cutâneas, prurido e obstrução nasal, os quais mais afetavam a vida do paciente.

Estudos mostram que a maioria dos pacientes com asma grave com perfil T2 alto, quando elegíveis ao uso de imunobiológicos apresentam resposta satisfatória. A DA é outra doença que interfere negativamente na qualidade de vida, portanto, é necessário individualizar estratégias de tratamento e adoção de medidas que minimizem o impacto da doença. A terapia com biológicos, apesar do alto investimento financeiro, é uma alternativa inovadora que possibilita melhor desempenho, refletindo em menor frequência de eventos colaterais, exacerbações, internações, cirurgias e uso de corticosteroides sistêmico. Paciente apresentou melhora da qualidade de vida após dupilumabe.

**Palavras-chave:** rinossinusite crônica com pólio; dermatite atópica grave; imunobiológicos.

PO130

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

O que as revisões sistemáticas Cochrane dizem sobre o uso de corticoides intranasais

**AUTOR PRINCIPAL:** JOSE MAURICIO TERCÍ DE ABREU**COAUTORES:** AMANDA ANDRAUS SIMONIAN; FERNANDO BRUNO MERELLO; CLARA MELNICK FERNANDES; OSMAR CLAYTON PERSON; FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR; PRISCILA BOGAR**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL**Objetivos:** Identificar, apresentar e sintetizar as evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre o uso de corticoides intranasais, considerando sua segurança e eficácia como tratamento de condições nasais**Métodos:** Trata-se de um overview de revisões sistemáticas. Foram analisadas todas as revisões sistemáticas realizadas pela Cochrane relativas à utilização de corticoides intranasais como tratamento de doenças nasais. Para tal, procedeu-se à busca na base de dados da Cochrane Library, em 09/2023, utilizando a palavra-chave 'intranasal steroids'. Os resultados dos estudos foram compilados em tabela, analisando a eficácia do tratamento, sua segurança e efeitos adversos.**Resultados:** Foram incluídas 8 revisões sistemáticas Cochrane que avaliaram o uso de corticoide intranasal nas seguintes condições: rinite alérgica, rinite não alérgica, rinossinusite aguda, resfriado comum, rinossinusite crônica, controle de asma em pacientes com rinite coexistente, hipertrofia adenoideana. Nos 8 estudos, foram avaliados um total de 91 ensaios clínicos randomizados (n=11347 participantes). 3 estudos descreveram a ocorrência de evento adverso significativo, epistaxe (RR= 2,31; IC95% 1,74 – 3,9).

Para o tratamento de rinossinusite aguda, o uso de corticoide nasal se mostrou benéfico (RR = 1.11; IC95% 1.04 - 1.18). Em pacientes com rinossinusite crônica, o tratamento mostrou uma chance de melhora (RR = 2,78; IC95% 1.76 - 4.40), porém a qualidade da evidência é baixa e sem diferença entre drogas (furoato de fluticasona, furoato de mometasona e dipropionato de beclometasona). No tratamento de rinite não-alérgica, se mostrou eficaz após 4 semanas de uso, apesar de evidência de baixa qualidade (SMD -0,74; IC95% -1,15 - -0,33).

Quando usados para tratamento de resfriado comum, não houve redução no número de dias sintomáticos no grupo que utilizou corticoides intranasais em relação ao grupo placebo (10,4 dias x 10,4 dias; p=0,72)

Crianças com rinite alérgica, não tiveram evidência de melhora após tratamento com corticoides nasais, os estudos não criaram estatística relevante. Ainda no tratamento de crianças, a corticoterapia tópica nasal se mostrou eficaz na redução de sintomas nasais e redução de adenoide em pacientes com hipertrofia adenoideana, reduzindo a necessidade de abordagem cirúrgica em 76% (p&lt;0,05).

**Discussão:** O uso de corticoides intranasais é recorrente na prática clínica do médico generalista, do pediatra e do otorrinolaringologista. Seu uso é frequente em diferentes tipos de rinite, em casos de rinossinusite aguda e crônica, e até mesmo para resfriado comum.

Apesar do uso recorrente das medicações, as revisões sistemáticas Cochrane não apresentam, em sua maioria, evidências consistentes sobre o benefício do uso de corticoide intranasal. Grande parte das revisões sistemáticas avaliadas revelam que muitos estudos sobre o tema são de baixa qualidade, comprometendo a relevância dos achados. As evidências sobre uso de corticoide intranasal foram em sua maioria, baixa ou muito baixa. O que se observou com maior evidência, foi a segurança do uso do tratamento e a baixa ocorrência de efeitos adversos em adultos. Os efeitos adversos em crianças ainda precisam de mais estudos. Também foi possível evidenciar de forma mais consistente que o aumento da posologia não possui relação com melhora clínica, apenas aumentando a ocorrência de eventos adversos.

**Conclusão:** A revisão de revisões sistemáticas Cochrane revela que o uso de corticoides intranasais, apesar de frequente, ainda carece de estudos que comprovem sua eficácia, a despeito de sua comprovada segurança. Novos estudos, com desenho adequado, número de pacientes maior e seguimento adequado, podem compor de forma mais assertiva, revisões sistemáticas futuras que embasem o uso de corticoides intranasais nas condições avaliadas.**Palavras-chave:** corticoide intranasal; revisão Cochrane; rinite alérgica.

PO136

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Perfil de sensibilização a alérgenos em município do semiárido baiano

**AUTOR PRINCIPAL:** VICENTE DA SILVA MONTEIRO**COAUTORES:** ÍVINE SANTOS CARVALHO; WILLIAMES MATHEUS MALAQUIAS DA SILVA; MÉRCIA VALERIA ALVES DA SILVA; MATHEUS RODRIGUES LOPES**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO (UNIVASF), PAULO AFONSO - BA - BRASIL**Objetivos:** Avaliar o perfil de sensibilização à alérgenos em município do semiárido baiano.

**Métodos:** Trata-se de estudo analítico retrospectivo, realizado por meio da análise de 81 prontuários de pacientes submetidos ao teste cutâneo por punção (Prick Test), em uma clínica particular do município de Paulo Afonso, Bahia, no período de março de 2022 a agosto de 2023. Foram avaliados a sensibilização de 13 alérgenos, a citar, ácaros (*Dermatophagoides Farinae*, *Blomia tropicalis* e *Dermatophagoides pteronyssinus*), epitélio de cão (*Canis familiaris*), epitélio de gato (*Felis domesticus*), pólen (gramíneas), fungos do ar, barata, pernilongo, camarão, tomate, ovo e leite. Os dados foram analisados descritivamente na forma de frequência absoluta e relativa. O teste qui-quadrado foi utilizado para testar a hipótese da relação entre os alérgenos e o sexo dos pacientes. O nível de significância adotado para o estudo foi de 5%.

**Resultados:** Dentre os 81 pacientes, 52 eram do sexo feminino (64,2%) e 29 do sexo masculino (35,8%). A prevalência de sensibilização foi de 82,7% (n=67). A maior positividade para ácaros (71,6%; n=58), sendo mais prevalentes o *D. Farinae* (60,5%; n=49), seguido do *D. pteronyssinus* (59,2%; n=48) e *B. tropicalis* (29,6%; n=24). A prevalência de positividade para epitélio (cão e/ou gato) foi de 40,7% (n=33), destes 37,0% para epitélio de gato (n=30) e 9,9% para epitélio de cão (n=8). A positividade para alimentos foi de 34,6% (n=28), a especificar, camarão foi de 24,7% (n=20), tomate de 7,4% (n=6), ovo de 8,6% (n=7) e leite de 8,6% (n=7). A prevalência de positividade para pólen foi de 16,0% (n=13), enquanto a de fungos do ar foi de 6,2% (n=5). Por fim, a positividade para insetos foi de 18,5% (n=15), sendo 8,6% para barata (n=7) e 13,6% para pernilongo (n=11). Dos 81 pacientes, 14 não apresentaram nenhuma sensibilidade (17,3%), 8 eram sensibilizados para apenas um alérgeno (9,9%), 14 para dois alérgenos (17,3%), 14 para três (17,3%), 14 para quatro (17,3%) e 17 para cinco ou mais alérgenos (21%). Não houve diferença significativa no perfil de sensibilização entre os sexos dos indivíduos tanto na comparação de grupos de alérgenos quanto na análise individual de cada tipo de alérgeno testado (p>0,05).

**Discussão:** A predominância de positividade à ácaros é esperada, as espécies avaliadas têm sido descritas como componentes da poeira domiciliar, especialmente em regiões tropicais, como o Brasil, e são reconhecidas como causa importante na indução da síntese de IgE, estando assim, implicadas em doenças como rinite alérgica e asma. Além disso, a maior porcentagem de *D. farinae* parece estar relacionada a sua preferência por regiões de maior temperatura, compatível com o semiárido baiano. A sensibilização simultânea a mais de um alérgeno ocorreu em 59 pacientes (73,7%), essa sensibilização múltipla pode ser resultado de sensibilidade cruzada ou co-sensibilização verdadeira. A baixa positividade aos fungos pode ser em razão da utilização de extratos padronizados para a realização do Prick Test, desconsiderando a microbiota fúngica local, que pode não coincidir com os espécimes padronizados.

**Conclusão:** Os achados obtidos neste estudo indicam padrão de sensibilização com predominância à ácaros, seguido de epitélio animal, alimentos, insetos, pólen e fungos do ar respectivamente. Conhecer esse perfil de sensibilização à alérgenos de cada paciente é importante para realizar abordagem clínica direcionada ao controle do ambiente e da exposição a agentes sensibilizadores. Possibilitando, dessa forma, melhor manejo às doenças atópicas e, quando indicado, à realização de imunoterapia específica com melhora significativa da qualidade de vida dessa população.

**Palavras-chave:** Alérgenos; Hipersensibilidade; Alergia à Ácaros.



PO154

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE MUCOCELE ETMOIDAL COM ACOMETIMENTO MAXILAR: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA**COAUTORES:** JOÃO PAULO LINS TENORIO; OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR; LELIA MARIA ALVES DUARTE; PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE; ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR; PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIÓ - AL - BRASIL

**Apresentação do Caso:** M.I.O.V, sexo feminino, 48 anos, com queixa de obstrução nasal progressiva, algia facial esquerda e cefaleia há cerca de 1 ano, evoluindo com episódios de rinossinusite recorrente. Ao exame físico, observou-se desvio de septo nasal à direita, hipertrofia de conchas nasais inferiores e mucosa pálida. A videoendoscopia nasal evidenciou abaulamento de área de concha média esquerda e bloqueio completo de meato médio ipsilateral. Foi solicitada uma tomografia computadorizada de seios paranasais sem contraste, que por sua vez mostrou imagem ovalada na topografia de corneto médio esquerdo, insinuando-se para o seio maxilar ipsilateral, apresentando conteúdo homogêneo e paredes finas, com discretos focos de calcificação, remodelamento das trabéculas etmoidais e obliteração do infundíbulo, medindo 3,1 x 2,7 x 2,7 cm, podendo corresponder a mucocèle.

A abordagem cirúrgica por via endoscópica nasal consistiu na etmoidectomia e sinusectomia maxilar esquerdas, com drenagem de conteúdo purulento e marsupialização da lesão. O procedimento foi realizado sem intercorrências. A paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, com melhora importante dos sintomas iniciais, e ao exame endoscópico de controle, realizado 1 mês após o procedimento, foi visualizada epiteliação completa da cavidade etmoidal, com bom status de antrostomia maxilar e sem sinais de recidiva.

**Discussão:** As mucocèles dos seios paranasais consistem em formações císticas benignas, revestidas de epitélio do tipo respiratório, de caráter expansivo, resultantes do acúmulo e retenção de secreção mucosa por obstrução da drenagem do seio paranasal. Surgem primariamente nos seios frontais (60% a 65%), seguida por acometimento dos seios etmoidais (20% a 25%), maxilares (10%) e raramente esfenoidais (1% a 2%). Seu pico de incidência é observado entre a terceira e quarta décadas de vida, podendo surgir em qualquer faixa etária, e não havendo predominância entre os sexos.

Apesar de seu aspecto benigno, pode resultar em complicações graves, devido ao potencial expansivo, com comprometimento de estruturas adjacentes. O quadro clínico cursa com sintomas insidiosos e de progressão lenta, podendo estar associado à algia e pressão facial, cefaleia, obstrução nasal, alterações oftalmológicas, dacriocistite e odontalgia.

O diagnóstico consiste na avaliação clínica e radiológica. A Tomografia Computadorizada (TC) e a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) são os exames de escolha. A TC de crânio é classificada como exame de eleição, pois possibilita a visualização do grau de expansão sinusal, destruição óssea e o envolvimento de estruturas adjacentes. Além de ser importante no diagnóstico diferencial com neoplasias, já que a mucocèle não sofre qualquer realce com a administração de contraste.

O tratamento das mucocèles é cirúrgico, visando o restabelecimento da drenagem do seio paranasal acometido. A cirurgia endoscópica, atualmente, é considerada a via de acesso de escolha das mucocèles de seios paranasais, e seu principal objetivo consiste na remoção da lesão por completo e da mucosa sinusal, prevenindo, assim, os casos de recidiva.

**Comentários Finais:** É indispensável reconhecer os aspectos comuns e as diversas formas de apresentação da mucocèle para realização do diagnóstico precoce. Com auxílio dos métodos de imagem e com o acesso endoscópico nasal, pode-se observar redução da morbidade e maior taxa de sucesso no tratamento cirúrgico das mucocèles de seios paranasais.

**Palavras-chave:** Mucocèle; Seios paranasais; Cirurgia endoscópica nasal.



PO156

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ANÁLISE DA TAXA DE RECORRÊNCIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A RESSECÇÃO DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL****AUTOR PRINCIPAL:** EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA**COAUTORES:** VIVIANE CARVALHO DA SILVA; ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES; MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA; TINO MIRO AURÉLIO MARQUES; ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO; JOANA CYSNE FROTA VIEIRA; SAULO EDSON SOARES TIMBÓ**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA - CE - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL**Objetivo:** Avaliar os fatores relacionados à taxa de recorrência tumoral de pacientes submetidos a ressecção de nasoangiofibroma juvenil em um serviço de referência

**Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo, exploratório, transversal, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo todos os pacientes submetidos a ressecção cirúrgica em um serviço de referência que apresentaram resultado no histopatológico de nasoangiofibroma juvenil, entre 2002 e 2022. Os dados de pesquisa foram coletados a partir do preenchimento de formulário semiestruturado, por meio revisão de dados do prontuário do paciente. Foram analisadas as variáveis: Sexo, idade, comorbidades, tempo de aparecimento dos sintomas, quadro clínico, estadiamento (segundo a classificação de Andrews-Fisch), embolização pré-operatória, técnica cirúrgica, e o desfecho recorrência, definido como a evidência de tumor residual confirmado por histopatológico de nova reabordagem cirúrgica, sendo definido tempo mínimo de acompanhamento de 01 ano para estabelecimento da taxa de recidiva. Foram excluídos da análise os casos em que não foi possível obter dados do pós-operatório superiores a 01 ano de acompanhamento. As variáveis foram apresentadas em média e desvio-padrão, e em mediana, percentis, mínimo e máximo, frequência e taxa de prevalência. Na análise das características dos participantes foi utilizado o teste U de Mann-Whitney, verificada a não aderência dos dados à distribuição gaussiana. Na investigação de associação entre as variáveis categóricas utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. Adotou-se um nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa estatístico R e Microsoft Excel 2016. O trabalho foi aprovado em Comitê de Ética e Pesquisa.

**Resultados:** Foram identificados 41 pacientes submetidos a cirurgia para ressecção de nasoangiofibroma juvenil entre os anos de 2002 e 2022. Verificou-se que todos eram do sexo masculino, com idade média de 18,5 anos. Os sintomas mais comumente relatados foram obstrução nasal e epistaxe de leve intensidade. A taxa de recorrência para tumores em estágios I e II pela classificação de Fischer foi de 78%, e dos estágios III e IV, 22%, mas os dados não apresentaram significância estatística ( $p=0,686$ ). A média de idade na época da primeira de cirurgia para os pacientes que apresentaram recorrência foi de 14,4 anos, sendo inferior à média de idade dos pacientes que não apresentaram recorrência (média de 19,6 anos), e esse dado apresentou significância estatística ( $p=0,006$ ). O tempo transcorrido do início relatado dos sintomas à cirurgia nos pacientes que apresentaram recorrência foi de 11 meses, sendo inferior ao tempo transcorrido entre os pacientes que não apresentaram recorrência (28 meses), mas sem significância estatística ( $p=0,076$ ). A duração média da cirurgia entre quem apresentou recorrência do tumor foi de 283 minutos, sendo superior à de quem não apresentou recorrência (221 minutos), com significância estatística ( $p=0,022$ ). A taxa de recorrência foi de 5,6% para a técnica endoscópica, 42% para técnica combinada e 100% para técnica aberta, e essa diferença apresentou significância estatística ( $p=0,003$ ). Não houve correlação entre sintomas e comorbidades apresentados e taxa de recorrência.

**Discussão:** Alguns estudos identificaram alta prevalência de receptores hormonais no nasoangiofibroma juvenil. A recorrência neste estudo foi maior em pacientes jovens. Tal achado pode sugerir que a expressão de fatores hormonais seja um fator independente para recidiva do tumor. A maior recorrência com a técnica cirúrgica aberta comparado com a endoscópica é controversa, podendo ser atribuída a características específicas do paciente e do estadiamento.

**Conclusão:** Mais estudos são necessários para identificar os fatores associados à maior recorrência do nasoangiofibroma juvenil em jovens e a técnica cirúrgica ideal para esse tumor.

**Palavras-chave:** Angiofibroma; Recorrência; Perfil Epidemiológico.

PO159

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA**COAUTORES:** MARCOS ROSSITER DE MELO COSTA; OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR; LELIA MARIA ALVES DUARTE; PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE; ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR; PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIÓ - AL - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente G.R.S. do sexo feminino, 55 anos, foi encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia por apresentar queixa de obstrução nasal bilateral, mais importante à direita, há cerca de 2 anos, associada à hiposmia, tosse irritativa, roncocal e rinorreia persistente.

Ao exame físico, visualizava-se tumoração de aspecto pardacento em cavidade nasal direita, em região de concha média. A videonasofibroscoopia descrevia lesão de aspecto polipoide em meato médio direito com extensão à topografia de coana ipsilateral, além de desvio de septo nasal à esquerda e hipertrofia de conchas inferiores.

Realizada a tomografia computadorizada de seios paranasais sem contraste, evidenciou-se lesão com densidade de partes moles ocupando a fossa nasal direita, em íntimo contato e indistinto dos cornetos médio e inferior desse lado e que se insinuava para orofaringe, sugerindo degeneração polipoide.

A paciente foi então submetida à abordagem cirúrgica por via endoscopia nasal, com remoção completa da lesão, associada à etmoidectomia e sinusectomia maxilar à direita. A lesão, medindo 4,2x2,8x2,0cm, apresentava superfície externa irregular e brilhante, de coloração parda e de consistência fibroelástica.

O estudo anatomopatológico revelou neoplasia fusocelular com áreas frouxas, vascularizadas, com denso colágeno de permeio, podendo representar o diagnóstico de tumor fibroso solitário (TFS). Na imuno-histoquímica, os anticorpos CD99, STAT6 apresentaram positividade, enquanto CD34, Desmina e Proteína S-100 foram negativos, definindo o diagnóstico de tumor fibroso solitário (TFS). A paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, sem intercorrências, e sem sinais de recidiva ao exame endoscópico realizado 2 meses após o procedimento cirúrgico.

**Discussão:** O tumor fibroso solitário (TFS), também conhecido como mesotelioma fibroso benigno ou fibroma submesotelial, consiste em uma neoplasia mesenquimal, descrita por Klemperer e Rabin<sup>1</sup> em 1931. Acomete principalmente a pleura, porém também tem sido relatado em outros órgãos como bexiga urinária, rim, pulmão, meninges, próstata, regiões de extremidades, tórax, mediastino, abdome e cabeça e pescoço. Sua ocorrência na cavidade nasal e nos seios paranasais é extremamente rara, havendo relato de apenas cerca de 30 casos na literatura internacional. Manifesta-se com mais frequência em indivíduos adultos, não havendo preferência por sexo.

Quando se desenvolve na cavidade nasal, o tumor geralmente ocasiona obstrução progressiva, podendo também estar relacionado a epistaxe, rinorreia, alterações olfatórias, cefaleia, algia facial e distúrbios visuais por compressão orbitária, entre outros.

No estudo imunoistoquímico, expressa difusamente vimentina e proteína CD34, focalmente bcl-2 e CD99 e são negativos para marcadores de células musculares e epiteliais, como desmina e S-100. A presença de CD34 na imuno-histoquímica é um achado típico, porém inespecífico; e mais da metade de todos os tumores também são CD99 positivo. Já o STAT6 (nuclear) é um marcador altamente sensível e específico (próximo de 100%), mas pode ser perdido em casos indiferenciados.

O diagnóstico diferencial de TFS nasossinusal deve incluir papiloma invertido, hemangioma, schwannomas, angiofibroma juvenil, pólipos angiomatosos e hemangiopericitoma. Para o TFS da cavidade nasal, a excisão endoscópica é a abordagem cirúrgica preferida, embora rinotomia lateral, maxilectomia medial, etmoidectomia externa e abordagens endoscópicas transfaciais tenham sido descritas. O prognóstico depende principalmente da possibilidade de ressecção cirúrgica.

**Comentários Finais:** Por configurar uma neoplasia de caráter benigno, apesar de rara, o reconhecimento do tumor fibroso solitário (TFS) como diagnóstico diferencial das tumorações de cavidade nasal se faz necessário e de suma importância, por meio de cautelosa investigação com auxílio de métodos de imagem e da confirmação diagnóstica por estudo anatomopatológico associado à imuno-histoquímica.

**Palavras-chave:** Tumor fibroso solitário; Tumor nasal; Diagnóstico diferencial.

PO162

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ESTENOSE COANAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE**COAUTORES:** MARCOS ROSSITER DE MELO COSTA; LELIA MARIA ALVES DUARTE; MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA; ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR; PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ; OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIÓ - AL - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo feminino, 46 anos, procurou serviço de Otorrinolaringologia devido queixa de obstrução nasal crônica com pouca melhora ao realizar tratamento clínico. Quando questionada, negava comorbidades, além de não referir histórico cirúrgico, intubação ou trauma prévio. Ao exame físico não apresentava outras malformações congênitas, em rinoscopia anterior apresentava desvio de septo nasal e hipertrofia de conchas inferiores, sem demais achados ao exame. Ao realizar nasofibrosopia foi evidenciada estenose coanal, diagnóstico esse até então desconhecido pela paciente.

**DISCUSSÃO**

Atresia de coanas é uma malformação congênita rara em que há uma falha no desenvolvimento da comunicação entre a cavidade nasal posterior e nasofaringe. Quando ocorre de forma incompleta recebe o nome de estenose coanal. Geralmente essa atresia está mais associada ao sexo feminino (numa relação 2:1), sendo os defeitos unilaterais mais comuns que os bilaterais, com acometimento maior da narina direita. Há relatos de associação com síndromes genéticas, além de várias teorias para seu desenvolvimento, sendo síndrome CHARGE (C= coloboma; H= doença cardíaca congênita; A= atresia coanal; R= desenvolvimento e crescimento retardados; G= anomalias genitais; E=anomalias da orelha e hipoacusia) a mais envolvida. A atresia unilateral pode passar despercebida durante muitos anos devido menor dificuldade respiratória envolvida, podendo cursar com uma rinorreia tardia e obstrução nasal unilateral, tendo assim seu diagnóstico retardado, diferente da forma bilateral que cursa com sintomas desde nascimento e é potencialmente mais grave, com possibilidade de evoluir para insuficiência respiratória. Exames de imagem (como tomografia computadorizada de seios paranasais e nasofibrosopia) são essenciais para confirmação diagnóstica. O tratamento está baseado de acordo com a gravidade do quadro e em casos mais graves visa-se inicialmente a manutenção da via aérea oral com posterior correção cirúrgica. Para realização da abordagem cirúrgica, são descritas quatro formas de acesso: transpalatino, transeptal, transantral e transnasal.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Estenose coanal é uma forma incompleta de atresia de coana, sendo possível ser uni ou bilateral. Apesar de rara, seu diagnóstico deve ser suscitado diante de sintomas nasais obstrutivos e dificuldade de progressão de sonda em nasofaringe em recém-nascidos, mesmo assim é possível que sua descoberta seja tardia caso sintomas não sejam severos.

Palavras-chave: ESTENOSE;COANAL;NARIZ.

PO164

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****NEOPLASIA MALIGNA EPITELIOIDE/RABDOIDE INI1/SMARCB1 DEFICIENTE: Relato de caso****AUTOR PRINCIPAL:** LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO**COAUTORES:** LUCIANO HENRIQUE ANTONIOLI; LUIZ FELIPE SALOMÃO SIQUEIRA CUNHA; ANDRE LUIZ MAION CASARIM; FABRICIO EGIDIO PANDINI; VICTORIA LIMA TISEO; ISADORA SEROTINI PERTINHEZ**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE MEDICINA JUNDIAI, JUNDIAÍ - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 67 anos, sexo masculino, ex-tabagista, previamente hígido. História de abaulamento de crescimento progressivo em região frontal e periorbitária esquerda com início em Junho de 2022. Apresentava também epífora, hiposmia e epistaxe autolimitada. Negava alteração visual ou de mobilidade ocular. Ao exame físico, presença de tumoração em região frontal, endurecida, pele íntegra, com extensão a periórbita à esquerda e proptose ocular. A tomografia computadorizada (TC) de crânio evidenciou lesão expansiva heterogênea, medindo 4,0x5,7x7,8cm, envolvendo seios maxilar, frontal, etmoidal e esfenoidal insinuando-se à cavidade nasal, com erosão óssea da lâmina papirácea e assoalho da órbita ipsilateral, deslocando globo ocular esquerdo. Além de invasão de osso frontal e fossa anterior do crânio. TC de tórax, abdome e pelve sem alterações significativas. Realizado acesso transcutâneo para diagnóstico, resultando em neoplasia maligna epitelióide/rabdoide INI-1/SMARCB1-deficiente. As possibilidades diagnósticas foram de tumor teratóide/rabdoide atípico, Carcinoma INI-1/SMARCB1-deficiente, carcinoma medular do rim metastático e sarcoma epitelióide. Após resultado histológico, paciente foi encaminhado ao oncologista para avaliação e programação do tratamento preconizado. Realizado quimiorradioterapia, com término em março de 2023, com importante redução da lesão tumoral. Sem indicação de abordagem cirúrgica devido invasão agressiva em base de crânio. Paciente manteve seguimento ambulatorial com equipe Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Oncologia Clínica e equipe de Cuidados Paliativos, evoluindo com recidiva da lesão e aumento significativo da tumoração, vindo a falecer em Junho de 2023.

**DISCUSSÃO:** Os tumores deficientes em SMARCB1/INI são definidos pela perda de função de ambos os alelos de SMARCB1, um gene supressor de tumor. Eles abrangem um espectro cada vez maior de tumores, variando de tumores benignos, altamente agressivos a uma série de malignidades mesenquimais e epiteliais. A proteína SMARCB1/INI1 envolvida na regulação da expressão gênica, está presente em todos os tecidos humanos. Acredita-se que a perda da expressão dessa proteína, decorrente de mutações e deleções, caracteriza um grupo de neoplasias, como tumor teratóide rabdoide atípico (TTRA), sarcoma epitelióide, carcinoma nasossinusal e tumores epiteliais. Todas elas caracterizadas pela perda da expressão de INI1 por meio de detecção imuno-histoquímica. O tumor teratóide rabdoide atípico geralmente se apresenta ao nascimento ou se desenvolve na infância e ocorre no sistema nervoso central, rins e tecidos moles. A melhor terapêutica para o TTRA continua obscura. Embora não exista um regime curativo padronizado, a quimioterapia e radioterapia também desempenham um papel importante no tratamento, porém ainda há relatos de recorrência tumoral durante a terapia. O Carcinoma nasossinusal INI-1/SMARCB1 é uma variante do carcinoma indiferenciado nasossinusal, um subtipo de tumor raro, altamente agressivo com mau prognóstico. Afeta os sexos igualmente em uma ampla faixa etária, com predileção pelos seios etmoidais. Nesses tipos de tumores há um escasso nível de evidência a respeito do melhor tratamento preconizado. Embora as taxas de sobrevivência para carcinoma nasossinusal melhoraram dramaticamente nas últimas décadas, a morbidade permanece alta.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os tumores SMARCB1/INI1 deficiente abrange uma classe de neoplasias raras, recentemente descritas, atingem diversas faixas etárias e variam de benigno a altamente agressivo. O teste imuno-histoquímico com perda de expressão do gene INI1 tem sido considerado fundamental na confirmação do diagnóstico histológico desses tumores. A melhor terapêutica para o TTRA continua obscura e as taxas de sobrevivência para carcinoma nasossinusal melhoraram dramaticamente nas últimas décadas, mas a morbidade permanece alta. Ainda há um escasso nível de evidência a respeito do melhor tratamento preconizado nesses tumores.

**Palavras-chave:** SMARCB1/INI1 deficient sinonasal carcinoma; malignant rhabdoid tumor; SMARCB1.

PO167

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**  
MUCOCELE FRONTOETMOIDAL**AUTOR PRINCIPAL:** NATALY SANT'ANA DE MATOS**COAUTORES:** PEDRO FELIPE VICENTE; ANNINE SOARES DE SOUZA; MONIK MIRMOVICZ; CAROLINA OLIVER BRANDÃO; GABRIELA BERALDO BELÃO; PATRÍCIA FRANCINA LIMA GOMES MAI; ANDY DE OLIVEIRA VICENTE**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL 2. HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

MUCOCELE SÃO CISTOS DE REVESTIMENTO EPITELIAL QUE ACOMETE OS SEIOS PARANASAIS. DE CRESCIMENTO LENTO E APESAR DE BENIGNAS POSSUEM POTENCIAL DESTRUTIVO POR SUA EXPANSÃO CRÔNICA, REMODELAMENTO E EROÇÃO OSSEA. TODAVIA COM SUA FISIOPATOLOGIA OBSCURA ACREDITA-SE QUE A OSTEÓLISE É PRODUZIDA PELA DIMINUIÇÃO DA VASCULARIZAÇÃO DO OSSO DEVIDO MECANISMO DE COMPRESSÃO E/OU PELA AÇÃO DE MEDIADORES INFLAMATÓRIOS PRESENTES NO COMPONENTE MUCOSO DESTA AFECÇÃO COMO AS CITOCINAS (IL1, IL6), MOLÉCULAS DE ADESÃO VASCULAR, PROSTAGLANDINAS QUE PROVOCA A PRODUÇÃO CONTÍNUA DE SECREÇÕES EM SEU INTERIOR. ESTA, PODENDO INFECTAR-SE, DENOMINANDO PIOMUCOCELE. SUA APRESENTAÇÃO COSTUMA SER ENTRE A 3° E 6° DÉCADA DE VIDA, SEM PREDILEÇÃO POR GÊNERO. SUA TOPOGRAFIA PREVALENTE É O SEIO FRONTAL (60% A 65% DO TOTAL DE CASOS) E DE SEIO ETMOIDAL (20 A 30%), SEGUINDO EM ORDEM MENOS FREQUENTE OS SEIOS MAXILARES E ESFENOIDAIAS.

O QUADRO CLÍNICO VARIA CONFORME A REGIÃO ENVOLVIDA, PODENDO APRESENTAR DOR FACIAL, CEFALÉIA, OBSTRUÇÃO NASAL, DIPLOPIA, DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE VISUAL, DESLOCAMENTO DO GLOBO OCULAR, EDEMA FACIAL, ABSCESSO CEREBRAL (ORBITÁRIA OU INTRACRANIANA). EM NOSSO CASO RELATADO A QUEIXA DO PACIENTE ENVOLVEU PRINCIPALMENTE QUADRO DE OBSTRUÇÃO NASAL, RINORREIA E DESLOCAMENTO DA ÓRBITA A DIREITA.

O DIAGNÓSTICO É FEITO ATRAVÉS DOS EXAMES DE IMAGEM SENDO A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC) O EXAME DE ELEIÇÃO, EVIDENCIANDO O ENVOLVIMENTO ÓSSEO, AVALIANDO A EXTENSÃO E AUXILIANDO NO PLANEJAMENTO CIRÚRGICO. NO PACIENTE RELATADO OBSERVAMOS NA TC EROÇÃO DA LÂMINA PAPIRÁCEA DIREITA ESTENDENDO-SE PARA A ÓRBITA IPSILATERAL COM DESLOCAMENTO DO MÚSCULO RETO MEDIAL E EXTENSÃO PARA GOTEIRA OLFATÓRIA A DIREITA. PARA COMPLEMENTAR A INVESTIGAÇÃO E DESCARTAR PROCESSOS NEOPLÁSICOS (DIAGNOSTICO DIFERENCIAL) SOLICITAMOS RESSONANCIA MAGNETICA COM CONTRASTE, NESTE CASO, OBSERVAMOS HIPERSINAL EM T1 E T2, PEQUENA DESCONTINUIDADE NA LAMELA LATERAL DA PLACA, COMPRESSÃO E EROÇÃO DO DUCTO NASOLACRIMAL A DIREITA E POSSÍVEL MUCOCELE DE 2,5 X 2 CM COM ESPESSEAMENTO MUCOSO DOS SEIOS PARANASAIS.

O TRATAMENTO DAS MUCOCELES É CIRÚRGICO, SENDO AS VIAS DE ACESSO EXTERNA E/OU ENDONASAL. A ABORDAGEM EXTERNA (PROCEDIMENTO DE LYNCH) É REALIZADA ATRAVÉS DA FRONTOETMOIDECTOMIA OU PELOS RETALHOS OSTEOPLÁSTICOS COM OU SEM OBLITERAÇÃO DO SEIO FRONTAL E EXANTERAÇÃO TOTAL DA MUCOSA, ATUALMENTE RESERVADOS PARA CASOS EXTREMOS COM EXTENSÃO INTRACRANIANA OU ORBITÁRIA SIGNIFICATIVAS. A TENDÊNCIA ATUAL É REALIZAR UMA ABORDAGEM FUNCIONAL, POUCO INVASIVA E COM BAIXA MORBIDADE, ATRAVÉS DA CIRURGIA ENDOSCÓPICA NASOSSINUSAL, COM MARSUPIALIZAÇÃO E DRENAGEM ABRANGENTES DA LESÃO, PRESERVANDO SEU EPITÉLIO DE REVESTIMENTO. NO PACIENTE DESCRITO FOI REALIZADA ETMOIDECTOMIA E SINUSOTOMIA FRONTAL À DIREITA VIA ENDOSCÓPICA COM DRENAGEM E MARSUPIALIZAÇÃO DA MUCOCELE. O SEGUIMENTO AMBULATORIAL DOS PACIENTES COM ENDOSCOPIA NASAL DE ROTINA É FUNDAMENTAL PARA O CONTROLE DA DOENÇA. OS EXAMES DE IMAGEM (TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA DE SEIOS DA FACE) PODEM SER ÚTEIS, ESPECIALMENTE QUANDO HÁ SUSPEITA DE RECIDIVA DA LESÃO.

Palavras-chave: MUCOCELE;SEIOS PARANASAIS;CIRURGIA ENDOSCÓPICA.

PO169

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Abscesso de septo nasal em paciente adulto após manipulação digital de acne

**AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO**COAUTORES:** VITORIA FERREIRA KHOURI; MARCO AURÉLIO FORNAZIERI; VINICIUS SIMON TOMAZINI; VITOR TAKASHIBA; MAYARA ROSANELLI; JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO; MAYSA VARGAS DUZANSKI**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL, LONDRINA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo masculino, 28 anos, compareceu ao atendimento otorrinolaringológico do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina apresentando abaulamento nasal após manipulação de acne em vestíbulo esquerdo em transição mucocutânea. Paciente referiu ter evoluído com febre, dor, edema e obstrução nasal. Relatou uso de Cefalexina e Penicilina Benzatina, contudo não apresentou melhora, sendo que foi encaminhado com 7 dias de evolução. Ao exame físico, apresentava edema de ponta nasal. Na rinoscopia anterior, foi verificado abaulamento bilateral amolecido, compatível com abscesso em septo nasal, hipótese diagnóstica confirmada por tomografia computadorizada. Foi realizada, então, drenagem do local com anestesia local, seguida da inserção bilateral de tampões nasais anteriores. Além disso, introduziu-se um novo esquema de antibióticos, combinando Ceftriaxona e Clindamicina via endovenosa durante 48 horas até a retirada do tampão. Por fim, o paciente recebeu alta com uso de Amoxicilina e Clavulanato e foi orientado a retornar em 48 horas, 7 dias e 30 dias. Paciente evoluiu com melhora do quadro, sem acúmulo de material nos retornos.

**Discussão:** O abscesso de septo nasal é uma condição incomum, porém com grande potencial de evoluir para complicações graves. Pode ser definido como uma coleção de pus entre a cartilagem ou o osso do septo nasal e o mucopericôndrio ou mucoperiósteo, manifestando-se ao exame pelo edema uni ou bilateral, acompanhado de eritema e pode ser acompanhada por sintomas como: dor local, dor de cabeça, obstrução nasal e febre. Esse quadro pode se desenvolver em adultos saudáveis, sendo que alguns dos seus fatores predisponentes são: traumas, diabetes mellitus não controlada, sinusite, infecção por influenza e furúnculos nasais. Quanto ao diagnóstico, baseia-se principalmente nas manifestações clínicas, sendo indicada a realização de tomografia computadorizada para obter, entre outras informações, o tamanho e a localização precisa do abscesso. Recomenda-se, visando otimizar as probabilidades de cura, que os abscessos sejam drenados para evacuar o pus e realizar o desbridamento necrótico, sendo possível aplicar anestesia tópica durante o procedimento. Nesse momento, é possível obter uma amostra de pus para cultura antes da administração de antimicrobianos, sempre que possível. A terapia empírica deve considerar os microrganismos mais prováveis, a severidade do quadro e as comorbidades do paciente, de maneira que é importante realizar a cobertura para *Staphylococcus aureus*, incluindo os resistentes à meticilina. Para abscessos nessa localização, é importante também realizar cobertura para *Streptococcus beta-hemolíticos*, *H. influenzae* e *S. pneumoniae*. Pode-se optar, como terapia empírica, pela administração de Oxacilina associada à Clindamicina até que os resultados da cultura fiquem prontos. Caso seja constatado posteriormente a presença de patógenos produtores de beta-lactamase ou resistentes a penicilina, é indicada a associação de um inibidor de beta lactamase a uma penicilina, por exemplo, um esquema de Amoxicilina e Clavulanato. Nessa condição, a via de administração de escolha é a parenteral, principalmente pela manifestação de sinais de toxicidade pelo paciente em questão (febre).

**Comentários finais:** O abscesso de septo nasal é uma condição rara, mas que merece atenção especial por sua potencialidade de evoluir para complicações graves e letais, como infecções intracranianas. É de grande importância orientar os pacientes a evitarem manipular digitalmente acnes e interrupções da barreira cutânea, tendo em vista o aumento da probabilidade de evolução para abscessos e estes, por sua vez, evoluírem para quadros graves. Destaca-se, ainda, a importância de identificar e tratar essa condição de forma rápida, conduzindo-a pela drenagem do acúmulo purulento e possíveis áreas de necrose, bem como pela administração de antibióticos parenterais.

**Palavras-chave:** ABCESSO;SEPTO;DRENAGEM.



**PO173****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PAPILOMA ONCOCÍTICO DE SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO**COAUTORES:** DIEGO GADELHA VAZ; ITAIANA PEREIRA CORDEIRO DA SILVA; NAIADÉ DE OLIVEIRA DO AMARAL; PAULO ANDRÉ GONÇALVES DA CUNHA; CAMILA ARAUJO OLIVEIRA; FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA; RAISSA ANDRADE DO NASCIMENTO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL BETTINA FERRO DE SOUSA, BELEM - PA - BRASIL

Paciente do sexo feminino, 63 anos, foi encaminhada para avaliação otorrinolaringológica devido a quadro de sintomas obstrutivos persistentes em fossa nasal esquerda, associado a repetidos episódios de epistaxe, pela mesma fossa nasal. Início dos sintomas há dois anos, com piora progressiva, evoluindo com desconforto respiratório e odinofagia.

No exame físico, foram observadas anormalidades na rinoscopia e oroscopia. Apresentava lesão de aspecto polipóide obstruindo completamente a fossa nasal esquerda com insinuação para orofaringe e drenagem de secreção mucocatarral.

Foram solicitados exames de imagem, como tomografia computadorizada (TC) de seios paranasais, que revelou imagem com formação expansiva sólida, heterogênea de contornos mal definidos, ocupando toda fossa nasal esquerda, obliterando unidade osteo-meatal e recesso fronto-etimoidal, se insinuando posteriormente para rinofaringe (Figura 1).

A ressonância magnética (RNM) do crânio identificou uma lesão com aspecto polipóide, de realce intenso e heterogêneo pelo contraste (Figura 2)

Com base nos achados, o diagnóstico presumido foi de lesão polipóide expansiva com alargamento de complexo osteomeatal, a esclarecer com histopatológico. Conduta cirúrgica, para exérese da lesão e investigação laboratorial, optou-se pela remoção da tumoração nasal através de acesso endoscópico associado ao Cladwell Luc. O exame histopatológico trouxe resultado de Papiloma Oncocítico ou de células cilíndricas, patologia rara.(Figura 3).

No pós-operatório imediato, a paciente experimentou uma melhora significativa na queixa de obstrução nasal. Posteriormente, ela foi tratada com antibiótico oral, lavagem nasal de alto fluxo e corticóide tópico, a paciente foi submetida a uma vídeo endoscopia nasal, que observou antrostomia maxilar pérvia, mucosa com bom aspecto, sem sinequias ou processo infeccioso aguda.

Atualmente, ela está sob acompanhamento clínico e radiológico, com exames de tomografia computadorizada de seios paranasais e vídeo endoscopia nasal anuais, revelando apenas evidências de intervenção cirúrgica anterior, sem sinais de recidiva.

O papiloma oncocítico ou de células cilíndricas é o mais raro dos três tipos morfológicos de papilomas que podem ocorrer na mucosa nasal. Tem sua origem na membrana schneideriana, mucosa de origem ectodérmica que reveste a cavidade nasal e os seios paranasais, sendo responsável por 3-5% dos casos de Papilomas Schneiderianos.

A apresentação clínica não é bem definida devido ao pequeno número de casos disponíveis na literatura mundial. O sintoma mais comum é obstrução nasal unilateral, epistaxe unilateral e dor. O epitélio pode ainda sofrer transformação maligna levando a diferentes tipos de carcinoma invasivo. Os achados mais frequentes são alterações radiográficas unilaterais e o tratamento é sempre cirúrgico.

Apesar da natureza rara, é fundamental que o otorrinolaringologista compreenda as características do papiloma de células cilíndricas, uma das variantes do papiloma schneideriano nasossinusal. O papiloma oncocítico deve ser considerado como diagnóstico diferencial em pacientes que apresentam lesões nasais polipóides unilaterais, especialmente em idosos. Além disso, a cirurgia endoscópica associada ao acesso Cladwell Luc pode fornecer uma abordagem mais adequada para a remoção completa do tumor.

Palavras-chave: papiloma;maxilar;Cladwell Luc.



PO175

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CARCINOMA ADENOÍDE CÍSTICO: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** RENAN GOMES VIANA NIERO**COAUTORES:** BARBARA SOUZA LEÃO SANTIAGO; JOÃO PAULO BISPO GONÇALVES; TAIS FERREIRA VILELA; SOFIA HIOKI SANTOS; STEFANI GARBULIO AMARAL; BRUNA ALMEIDA SILVA; OSMAR CLAYTON PERSON**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE SANTO AMARO (UNISA), SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente masculino, 66 anos. Procurou o ambulatório com queixa de obstrução nasal progressiva em fossa nasal esquerda associada a rinorreia hialina e hiposmia há 4 anos. Apresentava histórico de tabagismo 1 maço/dia por 4 anos. Negava epistaxe, dor ou sintomas auditivos. Ao exame físico observamos lesão ocupando toda fossa nasal esquerda, proveniente de parede lateral até septo alto, de aspecto pálido com aumento de vascularização. Na tomografia computadorizada de seios paranasais, notou-se imagens de aspecto polipóide, com atenuação de partes moles, apresentando realce heterogêneo pelo meio de contraste, preenchendo a fossa nasal esquerda. Além de leve espessamento mucoso do assoalho dos seios maxilares e presença de cornetos nasais assimétricos, íntegros. Realizado biópsia durante consulta, cujo resultado foi processo inflamatório do córion, sem atipias. Optou-se por exérese de lesão em fossa nasal esquerda em centro cirúrgico. Enviado o material para anatomopatológico e imuno-histoquímica evidenciou-se carcinoma adenoide cístico em mucosa nasossinusal esquerda com atipia nuclear moderada e baixo índice de proliferação celular. Após cirurgia, o paciente foi encaminhado aos cuidados da oncologia e cirurgia de cabeça e pescoço.

**DISCUSSÃO**

O carcinoma adenoide cístico (CAC) é um tumor epitelial glandular maligno raro. Ocorre em menos de 1% de todos os tumores malignos de cabeça e pescoço, 10% das neoplasias de glândulas salivares e 15 % de todos os tumores paranasais.

Como os outros tumores de seios paranasais, seu início pode ser insidioso. O carcinoma adenoide cístico tem um crescimento lento e progressivo podendo recorrer localmente e provocar metástases à distância que podem ocorrer até décadas depois do aparecimento do tumor primário.

O tumor tem a característica de estender-se através dos planos de tecido submucoso e fibroso a partir do sítio do tumor primário com tendência à disseminação perineural.

Em uma avaliação inicial, a maioria dos pacientes apresentam sintomas inespecíficos (dor, obstrução nasal, epistaxe e sintomas auditivos), já com doença avançada.

Múltiplas modalidades de diagnósticos têm sido descritas incluindo tomografia computadorizada e ressonância magnética que podem mostrar um tumor de padrão expansivo e destrutivo, bem como metástase à distância. Outras modalidades incluem punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e análise histopatológica.

Em relação ao tratamento, a cirurgia seguida de radioterapia representa a primeira opção, resultando em melhor sobrevida e controle geral. O prognóstico do paciente depende do estágio clínico, subtipo histológico, abordagem terapêutica e metástases à distância.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Diante do exposto, pelo carcinoma adenoide cístico ser um tumor pouco comum nos seios paranasais, a suspeição clínica pode ser baixa, levando a um diagnóstico tardio e consequentemente a um mau prognóstico. Com isso, para pacientes com massa em região nasossinusal associada a dor, obstrução nasal, epistaxe e até sintomas auditivos, a hipótese de carcinoma adenoide cístico deve ser levantada.

Palavras-chave: Carcinoma adenoide cístico; Carcinoma; Nasal.

**PO183****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**  
**SARCOMA NASOSSINUSAL BIFENOTÍPICO****AUTOR PRINCIPAL:** LAÍSE OLIVEIRA RESENDE**COAUTORES:** RENATO TADEU BARUFI; ELSON RODRIGUES**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE FRANCA, FRANCA - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo feminino, 39 anos, com histórico de rinossinusite crônica de longa data, sem apresentar melhora com tratamento clínico. Com auxílio da tomografia computadorizada de face, foi constatada a presença de rinossinusite crônica e polipose nasal. A primeira abordagem cirúrgica foi a polipectomia esquerda. Resultado do anatomopatológico: sarcoma nasossinusal bifenotípico. A segunda abordagem cirúrgica consistiu na realização de maxilectomia total a esquerda, partindo da incisão de Weber-Ferguson, ampliada para a pálpebra superior esquerda. Foi realizada reconstrução da cavidade, com utilização de miniplacas e parafusos de titânio, com relevância para o recorte de tela, mimetizando a hemiface desde o zigoma até a parede lateral nasal e inferiormente assoalho do seio maxilar. Todas essas margens com mucosas íntegras e periosteos livres, permitindo a fixação completa. Material enviado para análise: parede medial do septo nasal: mucosa de revestimento pavimentoso com alterações reparativas, ausência de neoplasia; parede posterior: material constituído por fibrina e neutrófilos; parede lateral: material constituído predominantemente por fibrina e neutrófilos, ausência de neoplasia; assoalho inferior: material constituído por fibrina e neutrófilos, ausência de neoplasia; parede superior: mucosa de revestimento pavimentoso com alterações reparativas, ausência de neoplasias. Portanto, constata-se que as margens retiradas estavam livres. Imunohistoquímica: Fossa nasal esquerda: sarcoma nasossinusal bifenotípico, de baixo grau, com diferenciação neural e miogênica. Expressão focal para proteína S-100 e actina de músculo liso, com positividade para pan TRK (TRK A, B e C), conforme figuras 1 e 2.

**DISCUSSÃO**

O sarcoma nasossinusal bifenotípico é um tumor raro. Uma variedade de neoplasias nasossinusais, incluindo schwannoma, glomangiopericitoma, fibrossarcoma, leiomiossarcoma, tumor maligno da bainha do nervo periférico, sarcoma sinovial, tumores fibrosos solitários e a fibromatose podem mimetizar patologicamente o sarcoma nasossinusal. Devido à raridade, não há dados na literatura referentes à sobrevida e protocolos de atendimento consolidados. Consiste em um tumor de baixo grau de diferenciação neural e miogênica. Este sarcoma se desenvolve no trato nasossinusal, principalmente na cavidade nasal e no seio etmoide. Acomete prioritariamente mulheres e apresenta sintomas inespecíficos, tais como: obstrução das vias aéreas, congestão nasal e epistaxe. Demonstra um crescimento lentamente progressivo com invasão local e possibilidade de recidiva. Em contrapartida, metástases são raras. Devido à raridade desta neoplasia, pode ocorrer demora no diagnóstico e abordagem terapêutica adequada e eficaz. A análise imuno-histoquímica e a hibridização in situ fluorescente são importantes para a caracterização adequada desse raro sarcoma nasossinusal. O tratamento de escolha para este tumor é a excisão cirúrgica com margens livres. O tratamento adjuvante é motivo de debate na literatura, já que não existem protocolos universalmente aceitos. A irradiação adjuvante pode ser administrada em caso de margens cirúrgicas microscópicas positivas e em caso de lesão perineural disseminada e/ou invasão linfovascular. A quimioterapia adjuvante à base de cisplatina pode ser administrada concomitante à irradiação em casos de persistência macroscópica da doença em locais críticos irrissecáveis.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O sarcoma nasossinusal bifenotípico é um tumor raro e localmente agressivo. Envolve principalmente a cavidade nasal e os seios paranasais, pode haver invasão de base de crânio. A cirurgia demonstrou eficácia e segurança para o tratamento inicial. A irradiação adjuvante deve ocorrer em casos de margens cirúrgicas comprometidas e em casos de recidiva. Metástases são raras. A análise imuno-histoquímica e estudos moleculares são importantes para confirmar o diagnóstico com precisão. Destaca-se a relevância de continuidade das pesquisas referentes à esta doença, para melhor definição e otimização do diagnóstico e prognóstico para este raro subtipo de sarcoma.

Palavras-chave: sarcoma nasossinusal; rinossinusite crônica; polipose nasal.

PO190

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Mucormicose nasal: a importância do diagnóstico precoce

**AUTOR PRINCIPAL:** BRUNA SOUZA MAGALHÃES**COAUTORES:** GABRIELA MARTINS DE MORAES; LEONARDO DE MOURA VOLPI; RICARDO LANDINI LUTAIF DOLCI; GUILHERME PINHO MORORÓ; ELISA INES DEMUNER VALLANDRO; SACHA TAMARA NOGUEIRA NISSAN; VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente masculino, 44 anos, internado por equipe de Hematologia devido a diagnóstico recente de leucemia linfoblástica aguda. No 20º dia de quimioterapia com vincristina, daunorrubicina e PEG-asparaginase, paciente evolui com pico febril e leucopenia, sendo aventada hipótese de neutropenia febril e iniciado cefepime. Foi solicitada avaliação otorrinolaringológica devido a relato de episódio único e auto-limitado de epistaxe, bem como rinorréia hialina bilateral, relacionada pelo paciente com o ar condicionado do hospital. Paciente negava demais sintomas nasais.

Ao exame de nasofibrosopia, foi identificada pequena região de coloração enegrecida recoberta por crostas em região de cabeça de corneto médio esquerdo. Não havia tecido necrótico ou massas. Tendo visto histórico, considerada possibilidade de lesão fúngica invasiva.

Dessa forma, foi iniciado tratamento empírico com anfotericina B 450mg endovenosa. Optado por desbridamento cirúrgico diagnóstico e terapêutico, composto de antrostomia com etmoidectomia anteroposterior ampla e turbinectomia total média e superior. O anatomopatológico demonstrou processo inflamatório com áreas de necrose em mucosa nasal e osso de corneto médio, assim como hifas não segmentadas com angulação de 90º, confirmando assim o diagnóstico de mucormicose.

Paciente permaneceu internado para manutenção de anfotericina B endovenosa, lavagem nasal e desbridamento ambulatorial diário. Paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta após 12 semanas de tratamento anti-fúngico.

**DISCUSSÃO**

A mucormicose é uma infecção fúngica invasiva causada por fungos da família Phycomycetes. É uma doença oportunista é potencialmente fatal, mais observado na população diabética ou em tratamento hematológico (1,2). A manifestação clínica mais comum é a forma rinocerebral, cujo caráter invasivo deriva da capacidade de extensão angiolinfática. O diagnóstico é confirmado pelo exame anatomopatológico, evidenciando hifas não septadas, com ramificações em angulo reto, invadindo vasos sanguíneos (3,4).

No entanto, o exame do anatomopatológico pode demorar até dias para seu resultado, e o atraso para início do tratamento confere piora significativa no prognóstico. Os exames de imagem, principalmente tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), podem apresentar alterações precoces da infecção fúngica invasiva, caracterizados usualmente por pequenas áreas de isquemia ou necrose (5,6). Pode ser optado pelo tratamento somente com informações clínicas e exames complementares (7).

No caso descrito, o paciente apresentou mucormicose com acometimento nasal localizado, oligossintomático, sem alterações na ectoscopia ou exames de imagem, sendo somente identificado por meio da nasofibrosopia. Outros autores já descreveram a importância da realização de exames de visualização direta para investigação de lesões sugestivas de infecção fúngica invasiva, bem como para acompanhamento do tratamento (8). O principal sítio acometido é o corneto médio, em seguida o septo nasal, palato e corneto inferior e a alteração mais precoce observada é alteração na coloração da mucosa, comumente anterior às alterações radiológicas (8). Sendo assim, haveria papel de nasofibrosopia de screening para pacientes recebendo terapia onco-hematológica?

O tratamento usualmente associa abordagem cirurgia ao controle da doença de base e início precoce de terapia antifúngica sistêmica. Com diagnóstico precoce, sem invasão de tecidos profundos, é possível o desbridamento amplo e completo da lesão, com melhora da sobrevida e morbidade destes pacientes (9,10).

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Relatamos aqui um caso raro de diagnóstico precoce da mucormicose, com desfecho positivo, contrariando a epidemiologia encontrada em literatura. Acreditamos que o diagnóstico realizado por meio da nasofibrosopia e abordagem cirúrgica ambos realizados precocemente foram indispensáveis para aumentar as chances de evolução favorável com melhor prognóstico da doença, bem como para diminuição de comorbidades futuras.

Palavras-chave: mucormicose;fúngica;cirurgia endoscópica nasal.

PO193

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RINOSSINUSITE CRÔNICA ASSOCIADA A DISMORFISMO FACIAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA**COAUTORES:** LORENA GONCALVES RODRIGUES; VANESSA THAIS DE ASSIS ALMEIDA FALCÃO; NAIADÉ DE OLIVEIRA DO AMARAL; CAMILA ARAUJO OLIVEIRA; BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO; GIOVANA GOMES FERNANDES; ISABELLE SOUZA DO ROSARIO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA, BELÉM - PA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 24 anos, proveniente de Santa Bárbara no estado do Pará, foi encaminhado ao Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza por quadro de abaulamento septal em fossa nasal esquerda, de aspecto expansivo, promovendo comprometimento ocular, turvação visual e dor orbitária. Estava em uso de antibioticoterapia com diminuição discreta dos sintomas. Tomografia computadorizada dos seios da face evidenciou pansinusopatia à esquerda com alargamento do complexo ostio meatal ipsilateral, sem desvios significativos do septo nasal. À endoscopia nasal notou-se ao importante edema de mucosa nasal (parede septal e lateral) em áreas I, II, III à esquerda, além de meatos inferiores obstruídos pela hipertrofia dos cornetos inferior e médio e presença de secreção mucoide drenando no recesso esfenetmoidal. Foi submetido à investigação laboratorial para a pesquisa de tuberculose, criptococose, histoplasmo e neoplasia, contudo negativas. Paciente foi submetido a cirurgia de sinusopatia transmaxilar bilateral com turbinectomia inferior e média bilateralmente e septoplastia com material coletado para biópsia e cultura. Anatomopatológico com células gigantes multinucleadas, sendo a pesquisa de fungos negativa. No 42º dia de pós-operatório, havia importante melhora do edema facial ao nível de fossa nasal esquerda, bem como dos sintomas oculares. Mantém acompanhamento com a infectologia, reumatologia e a otorrinolaringologia para controle clínico.

**DISCUSSÃO:** ressalta-se a importância de levantar hipóteses para um adequado diagnóstico diferencial em casos refratários aos tratamentos habituais, além da participação de diversas especialidades médicas em prol da qualidade de vida do paciente em questão. O paciente apresentava obstrução nasal crônica, rinorreia hialina, edema facial importante, dor orbitária e cefaleia que são achados em boa parte dos pacientes com quadro inflamatório como na rinossinusite crônica. Contudo, o edema desse paciente é mais expressivo por conta do atraso no diagnóstico e da falta de manejo médico adequado que retardaram o seu encaminhamento para a equipe da otorrinolaringologia para que fosse feita a abordagem cirúrgica.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** levantar hipóteses, investigar diagnósticos diferenciais, elucidar a etiologia de doenças que acometem as estruturas nasais e os seios paranasais é fundamental em casos como esse que realmente necessitam de ação conjunta até mesmo com outras especialidades para tratamento e acompanhamento do paciente.

**Palavras-chave:** RINOSSINUSITE; PANSSINUSIPATIA; DISMORFISMO .

**PO199****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Relato de caso: Glomangiopericitoma com recidiva

**AUTOR PRINCIPAL:** JESSICA ABREU DOS SANTOS**COAUTORES:** RODRIGO DA SILVA SANTOS; ISADORA ROLLEMBERG CALDAS MENEZES; LARISSA PRADO MEIRA; ALINE DOS SANTOS CORRÊA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE (HU-UFS), ARACAJU - SE - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente do sexo feminino, 58 anos, apresentava queixa de obstrução nasal bilateral há 6 meses, associada à sensação de dor e pressão em face em região frontal e rinorreia purulenta. Negava sangramento nasal, alteração de olfato, perda de peso. Negava uso de medicamentos intranasais e comorbidades

Videolaringoscopia: lesão tumoral volumosa de superfície lisa, eritematosa e aspecto benigno em fossa nasal direita, ocupando meatos superior e médio, chegando a rinofaringe; desvio septal obstrutivo a esquerda tocando concha inferior.

Tomografia de seios da face sem contraste: lesão sólida polipoide medindo 3,8 cm que ocupa parte da cavidade nasal direita e raras células etmoidais ipsilaterais com extensão superior ao seio esfenoidal direito. Está em amplo contato com as conchas nasais inferior e média sem sinais de erosão óssea

Ressonância magnética de seios da face sem contraste: componente mucoso de aspecto expansivo das conchas nasais média e inferior direita medindo 3,8 cm.

**Discussão:**

Paciente foi submetida a sinusectomia em fossa nasal direita e septoplastia.

Ao exame anatomopatológico: lesão de fossa nasal direita compatível com neoplasia com matriz fibrilar e mixoide, sendo necessário estudo imunohistoquímico complementar.

Ao imunohistoquímico: achados compatíveis com glomangiopericitoma sinusal (baixo potencial maligno, comportamento indolente e risco de recidiva em cerca de 30% dos casos).

O glomangiopericitoma representa 0,5% dos tumores de nariz e seios paranasais e tem sua apresentação mais comum em cavidade nasal. Fatores de risco principais: trauma, uso de corticosteroide, hiperglicemia, hipertensão e gravidez. Apresenta uma clínica inespecífica (obstrução nasal, cefaleia associada a sinusite e epistaxes). A imagem característica é representada por características vasculares com impregnação por contraste (homogênea ou heterogênea), sem invasões, bem delimitado. O tratamento principal é a cirurgia para a retirada da lesão podendo ser associada a radioterapia e quimioterapia adjuvantes.

**Comentários finais:**

Após tratamento cirúrgico inicial, paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial seriado, realizando tomografia de seio da face para avaliar possível recidiva, detectando-se sinal de recidiva após sete meses de primeiro procedimento cirúrgico. Paciente foi submetida a reoperação com anatomopatológico e imunohistoquímica semelhantes ao primeiro, mantendo seguimento ambulatorial até o momento, com melhora significativa do quadro de obstrução nasal.

Palavras-chave: Obstrução nasal; Glomangiopericitoma ; Tumor.

PO200

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Rinossinusite Aguda com Complicações Orbitária e Craniana, um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** GUILHERME SCHLINDWEIN ZANINI**COAUTORES:** FABIO DURO ZANINI; GUILHERME GABRIEL MARTINI; ANA CAROLINA BUZZI MORAIS; LARISSA LENZ KNIPHOF DA CRUZ; POLIANA MEDEIROS ULIANA; ISABELLA DA SILVA VIEIRA; BIANCA QUAGLIOTO MARQUES**INSTITUIÇÃO:** 1. UNISUL, PALHOÇA - SC - BRASIL. 2. HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL**Apresentação do caso**

Paciente, J.S, 16 anos, masculino, vem ao atendimento de emergência otorrinolaringológica do Hospital Governador Celso Ramos com queixa de edema e dor periorbitário à direita associada a sintomas nasossinusais (dor dentária e maxilar direita, cefaléia parietal direita, tosse produtiva) associado a febre de 39,5 C°. Ao exame físico apresentava ptose e edema palpebral à direita além de dor a palpação ocular e região fronto parietal à direita. Na suspeita de rinossinusite bacteriana com complicação orbitária o paciente foi internado, realizado TC de crânio e de seios da face e posterior RNM. As imagens evidenciaram velamento dos seios frontal, maxilar e etmoidal anterior direitos, abscesso supra-orbitário lateral à direita e empiema epidural frontal superior (23 x 9mm) e inferior (24 x 6,8mm). Paciente foi encaminhado para avaliação oftalmológica e neurocirúrgica e, como paciente previamente hígido, em bom estado geral e sem alterações neurológicas ou visuais, optou-se em conjunto por iniciar tratamento conservador com antibioticoterapia e monitoramento clínico rigoroso. Na chegada hospitalar, paciente havia iniciado ceftriaxona, clindamicina e dexametasona. Em discussão com equipe da infectologia, manteve-se ceftriaxona e corticoide endovenoso e acrescentado vancomicina. Como evidenciada boa melhora clínica com as medidas instituídas, manteve-se tratamento proposto. Durante a internação, realizou-se controle tomográfico dos empiemas cerebrais e coleção orbitária, observando-se redução gradual das mesmas. Evoluiu com alta hospitalar após completar 21 dias de antibioticoterapia EV. Segue em acompanhamento ambulatorial com a equipe da otorrinolaringologia e neurologia.

**Discussão**

A RSA, caracterizada pela inflamação das mucosas da cavidade e seios nasais, é uma condição que afeta uma grande parcela da população, chegando a 14% da população de países desenvolvidos como os EUA. Sendo uma inflamação de mucosas, muitas vezes por complicação de uma IVA, ela pode se espalhar para a região orbitária e causar celulite orbital ou periorbital, sendo inclusive, um dos principais fatores de predisposição para a CO e CPO, que se caracterizam como infecções na região da órbita, anteriores ou posteriores ao septo orbitário. No caso descrito, ficou evidente a importância de iniciar a cortico e antibioticoterapia imediata no manejo de paciente com uma grave complicação orbitária e intracraniana, com necessidade de se adequar as doses e medicações. Também cabe ressaltar a importância da interação entre as equipes da neurocirurgia, neurologia, oftalmologia e otorrinolaringologia, que puderam manter sob controle as complicações orbitária e craniana (empiema), evitando possíveis sequelas e evolução desfavorável.

**Comentários finais**

É importante atentar que a rinossinusite bacteriana pode evoluir com complicações orbitárias e intracranianas. Tendo isso em vista, é importante que os profissionais estejam atentos para essas afecções, bem como para os quadros que predisõem para as complicações.

Palavras-chave: rinossinusite aguda;celulite orbitária;complicação orbitária.

PO202

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Importância da suspeita clínica precoce e estudo anatomopatológico dos tumores nasais

**AUTOR PRINCIPAL:** JÉSSICA CAMPELO DE ALMEIDA

**COAUTORES:** AGATHA MOL MARCELO; MARCUS VINÍCIUS OSHIO MARIANO; MAÍRA ARAÚJO CATANZARO; VINICIUS MARQUES TAVARES; WILKER LUCIAN ROCHA FERNANDES

**INSTITUIÇÃO:** OTORHINUS, SÃO PAULO - SP - BRASIL

#### Apresentação do caso

Paciente, V.S.F., 58 anos, sexo masculino, natural e procedente de São Paulo, ferroviário, procurou o serviço com queixa de dor em região de seio maxilar direita há cerca de 6 meses, intermitente, intensidade 6/10, com irradiação para ouvido direito, causando otalgia, hipoacusia, sensação de plenitude auricular e zumbido eventual do tipo apito à direita, além de odinofagia moderada, pigarro e sensação de “afundamento do céu da boca” há 1 mês. Nega tabagismo, comorbidades, uso de medicações contínuas, perda de peso acentuada ou cirurgias prévias, refere apenas etilismo social. Realizou tratamentos nasais prévios para rinossinusite crônica com cerca de cinco ciclos de antibioticoterapia, sem melhora clínica.

Ao exame apresentava na oroscopia lesão úlcero infiltrativa na transição do palato duro e palato mole; otoscopia à direita com membrana timpânica íntegra, abaulada e com nível líquido de coloração acastanhada, otoscopia à esquerda dentro da normalidade; nasofibrolaringoscopia com erosão da parede lateral e conchas nasais à direita, principalmente superiores, de aspecto úlcero infiltrativo, com presença de crostas amareladas em toda porção do meato médio até a rinofaringe. Palpação cervical sem alterações e exame dos pares cranianos dentro da normalidade. O exame de tomografia dos seios paranasais evidenciou sinais de pansinusopatia crônica à direita, porém a unidade óstio meatal não caracterizada, sendo questionado status pós cirúrgico. Audiometria perda auditiva condutiva leve à direita. Exames laboratoriais para rastreio de granulomatose, sorologias e radiografia de tórax dentro da normalidade. Paciente evoluiu progressivamente com piora importante da dor em região maxilar à direita com irradiação para ouvido direito, e sangramento nasal leve associado a secreção amarelada em pequena quantidade ao realizar lavagem nasal, inapetência e fadiga. Sendo proposto abordagem cirúrgica endoscópica endonasal e tubo de ventilação à direita. No sétimo dia pós operatório evoluiu com melhora importante do quadro de dor em hemiface e ouvido direito.

Lauda anatomopatológica: carcinoma epidermoide grau II infiltrativo. O paciente foi encaminhado ao serviço oncológico de referência, e submetido a maxilectomia direita com reconstrução microcirúrgica associado a traqueostomia. Posteriormente realizou 33 sessões de radioterapia e 5 sessões de quimioterapia.

#### Discussão

Os tumores malignos de nariz e seios paranasais são infrequentes, representando cerca de 3% dos cânceres em cabeça e pescoço e 0,8% de todos os cânceres humanos. Em geral, esses tumores têm uma apresentação clínica inespecífica, não raramente simulando processos inflamatórios, e podem, também, apresentar dificuldade na determinação histológica exata. Esses fatores, associados à baixa incidência dos tumores nasossinusais, talvez sejam os responsáveis pelo retardo no diagnóstico e na indicação de terapêutica adequada. Logo, é de se esperar que, no momento do diagnóstico, os tumores malignos do nariz e seios paranasais estejam avançados e localmente invasivos, como observado por Brandwein (1997). Este relato de caso propõe salientar a importância da suspeita clínica precoce, associado a necessidade do diagnóstico anatomopatológico preciso para condução adequada de cada caso.

#### Considerações finais

As neoplasias malignas da cabeça e pescoço são raras, constituindo apenas 3% dos casos de câncer em geral, sendo o carcinoma epidermoide o tipo histológico mais frequente. Apesar da baixa incidência, estes tumores são clinicamente significativos, por seu prognóstico reservado. A gravidade da doença se deve ao estágio avançado no momento do diagnóstico e às dificuldades em se propor tratamento adequado. A inespecificidade dos sintomas costuma retardar o diagnóstico. Em vista disso, o profissional deve estar atento à diversidade de patologias que podem acometer essa região, sendo o diagnóstico histopatológico imprescindível para a condução adequada de cada caso.

Palavras-chave: rinofaringe; tumores malignos; tumores nasossinusais.



PO203

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****EPISTAXE COMO APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA SINONASAL INDIFERENCIADO (SNUC) EM JOVEM SEM FATORES DE RISCO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO**COAUTORES:** LARA CASSEMIRO MULLER; VITOR TAKASHIBA; VINICIUS SIMON TOMAZINI; MAYARA ROSANELLI; MAYSA VARGAS DUZANSKI; JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO; GUSTAVO CONRADO BRASSAROTO**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL, LONDRINA - PR - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente feminina, 27 anos, é encaminhada ao serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário (HU) de Londrina, com história prévia de epistaxe, em ambas as narinas, de moderada intensidade, após assoar o nariz, que cessou espontaneamente. Apresentou aumento de linfonodos de cadeia submandibular bilateralmente, no mesmo período. Sem história de trauma ou IVAS recente. Negava febre ou perda de peso. Evoluiu com queixa de obstrução nasal, abaulamento cervical, dispneia e paresia em hemiface esquerda. Ao exame físico, notou-se uma massa cervical em região de área 2 de 8x5cm, fixa, de consistência endurecida associado uma tumoração obstruindo toda cavidade posterior, localizado em fossa nasal esquerda. Optou-se então por realizar a nasofibrolaringoscopia, na qual, foi confirmado a lesão em terço médio-posterior de fossa nasal esquerda com presença de coágulos, sem sangramento ativo. Realizou, logo após, uma TC de face e pescoço com contraste identificado uma lesão expansiva e infiltrativa comprometendo terço posterior da fossa nasal e células etmoidais a esquerda, com realce em parede medial de seio maxilar esquerdo, de provável natureza neoplásica. Resultado do anatomopatológico: neoplasia maligna com ninhos de células pequenas redondas e azuis envolto por infiltrado linfocitário. Pela imuno-histoquímica positivo para os antígenos AE1/AE3 e CROMOGRAMINA A. Encaminhada, então, para seguimento com oncologista e cirurgião de cabeça e pescoço.

**DISCUSSÃO**

O Carcinoma sinonasal indiferenciado (SNUC) é uma neoplasia altamente agressiva, de histogênese indefinida, que acomete principalmente homens, entre a quinta e sexta década de vida. Quando encontrado apresenta-se com disseminação local extensa, podendo envolver base de crânio, órbita e estruturas intracranianas. Segundo uma revisão do banco de dados SEER de 2015 com 318 casos identificados, concluiu-se que a taxa de sobrevivência geral de 5 e 10 anos em pacientes com SNUC foram de 34,9% e 31,3% respectivamente e a sobrevivência global média foi de 22,1 meses. O quadro clínico é inespecífico, visto que, epistaxe, obstrução nasal, dor facial, cefaleia, diminuição da acuidade visual ou mesmo a diplopia, são sintomas e sinais encontrados em outras patologias. Cerca de 10-30% dos pacientes possuem comprometimento de linfonodos cervicais, observados durante o diagnóstico inicial. Após a suspeita, é fundamental exames de imagem, primeiramente tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RNM) para concluir o grau de invasão e metástases adjacentes, e em seguida o PET-CT e TC de tórax para avaliação de disseminação a distância, apesar de ser incomum nesse perfil de carcinoma. O SNUC é considerado por muitos como parte das neoplasias neuroendócrinas nasossinusais. Expressam reações positivas para marcadores epiteliais como: pancitoqueratinas (AE1/AE3), citoqueratinas de baixo peso molecular e queratinas simples (CK 7, 8 e 19). O tratamento padrão é feito primeiramente com a ressecção do tumor, seguida da radioterapia ou quimioterapia. Muitos pacientes possuem já doença local avançada, com invasão orbital e intracraniana as quais muitas vezes são irremediáveis.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O carcinoma sinonasal indiferenciado apesar de raro, precisa ser considerado entre os diagnósticos diferenciais de neoplasias do nariz. Devido seu crescimento relativamente rápido e presença de alta angiogênese, há uma facilidade de sangramento espontâneo visto a partir das queixas de epistaxe. Nesse caso relatado a paciente não se enquadrava na epidemiologia clássica do tumor, porém pela imuno-histoquímica e histologia a peça da biópsia provou o diagnóstico final.

Palavras-chave: CARCINOMA; SINONASAL; EPISTAXE.

PO205

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM TUMOR DE POTT E ABSCESSO ORBITÁRIO PÓS-SEPTAL - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA RECH**COAUTORES:** LAURA KLEIN; VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ; CAROLINA SARCINELLI SPINELLI**INSTITUIÇÃO:** GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do caso:** M.F.S, 12 anos, comparece à emergência pediátrica da instituição devido a quadro de edema periorbitário à esquerda com extensão para a face, precedido em 5 dias por rinorreia, obstrução nasal, dor facial em peso e picos febris. Paciente confuso ao dialogar em entrada no hospital, referindo cefaleia importante. Realizada pesquisa para Influenza A na chegada, com resultado positivo. Paciente com proptose importante ao exame físico, presença de secreção purulenta à rinoscopia anterior e drenando de seios paranasais em nasofibrolaringoscopia. Em seguida, solicitada tomografia de seios da face, crânio e órbita com contraste, que demonstrou velamento de seios maxilar e esfenoidal esquerdos, além de coleção com bolhas gasosas de permeio comprometendo a região extraconal pós-septal medial da órbita esquerda, associados a coleção subperiosteal na região frontal extracraniana, contendo pequena quantidade de ar, com espessura de 0,6cm. Possível erosão óssea da face anteromedial das células etmoidais anteriores esquerdas. Identificada também pequena coleção epidural perifascínea frontal bilateralmente, associada à suspeita de trombose venosa de seio sagital associada. Foram realizados exames laboratoriais, com leucocitose de 15050 (sem desvio) e PCR de 210 na primeira medida. Procedeu-se à drenagem cirúrgica no mesmo dia pela equipe da otorrinolaringologia, por meio de sinusotomia endoscópica, sendo visualizada necrose de corneto inferior esquerdo (confirmada por anatomopatológico posteriormente), identificada erosão em lâmina papirácea, e realizada punção transcutânea de seio frontal, com drenagem de secreção purulenta (encaminhada para culturais). A equipe da oftalmologia realizou também drenagem de abscesso em parede orbitária medial por via conjuntival. Cultura de secreção coletada demonstrou *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina (MRSA). Avaliado pela equipe da neurocirurgia, que optou por não realizar intervenção intracraniana. O paciente permaneceu internado por 6 semanas, com realização de metronidazol e vancomicina por via endovenosa. Evoluiu de forma positiva clinicamente, sem novos picos febris, e apresentou normalização laboratorial em medida antes da alta hospitalar. Realizada nova tomografia de crânio para controle após, com seios paranasais aerados e ausência de coleção frontal. Paciente mantém acompanhamento clínico no serviço, sem recorrência desde então.

**Discussão:** As complicações das rinossinusites agudas representam extensões do processo, sendo classificadas em orbitárias (60-80%), intracranianas (15- 20%) e ósseas (5%). Se não diagnosticadas e tratadas prontamente, podem levar a comprometimento visual, cerebral ou até mesmo ao óbito do paciente. Dentre as complicações, as celulites orbitárias são as mais frequentes, sendo as pré-septais mais comuns. O tumor de Pott é descrito como uma osteomielite do osso frontal com abscesso subperiosteal associado, gerando edema local. Ocorre mais comumente em adolescentes, devido ao processo de pneumatização do seio frontal durante o desenvolvimento. É uma entidade rara, com incidência ainda incerta na literatura. O tratamento inclui drenagem cirúrgica e antibioticoterapia endovenosa por 4 a 6 semanas.

**Comentários finais:** O tumor de Pott é uma complicação rara das rinossinusites agudas, sendo ainda mais raro quando encontrado associado a outras complicações, como no caso apresentado, a abscesso orbitário pós-septal. O diagnóstico e intervenção precoces são essenciais para que o tratamento cirúrgico e clínico possa ser realizado de forma a não deixar sequelas ao paciente, muitas vezes necessitando de avaliação e acompanhamento por múltiplas especialidades médicas.

**Palavras-chave:** rinossinusite aguda;tumor de Pott;Abscesso orbitário.

PO206

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Adenoma Pleomórfico de Cavidade Nasal

AUTOR PRINCIPAL: LEONARDO ASSIS SILVESTRI

COAUTORES: FERNANDA COELHO ATAYDES SEABRA; LUCAS MORAES COSTA; LARISSA GOMES ESPINOSA; GABRIEL MELO ALEXANDRE SILVA; MARCELL DE MELO NAVES

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL

## Resumo:

Uma mulher de 45 anos com histórico de 3 meses de obstrução nasal severa no lado esquerdo, epistaxe, dores de cabeça e cacosmia. O exame endoscópico nasal revelou uma massa lisa e avermelhada pálida que surgia do corneto médio na cavidade nasal esquerda. Devido à expansão da massa, o septo estava desviado marcadamente para a direita. O exame físico não revelou linfonodos cervicais aumentados nem achados anormais na cavidade oral ou faringe. Tomografia computadorizada (TC) mostrou uma massa com densidade de tecido mole, medindo aproximadamente 30x40x20mm, na cavidade nasal esquerda exibindo captação heterogênea ao contraste. O tumor estava se expandindo anteriormente, sem erosão do maxilar ou obstrução rinofaríngea. Uma biópsia confirmou o diagnóstico de adenoma pleomórfico. Foi realizada uma cirurgia endoscópica endonasal para ressecção da lesão. A base do tumor estava aderida ao corneto médio esquerdo. A massa foi ressecada com uma margem de segurança de 5 mm, incluindo parte da cartilagem septal, parte do corneto médio e grande parte do corneto inferior. O pós-operatório transcorreu sem complicações. A análise patológica revelou um adenoma pleomórfico típico, sem evidências de malignidade. Não houve sinais de recorrência local no paciente durante o período de acompanhamento de 2 anos.

## Discussão:

Os adenomas pleomórficos são tumores comuns das principais glândulas salivares, mas apenas 8-10% dos tumores têm origem nas glândulas salivares menores. Eles raramente estão presentes na cavidade nasal. Por esse motivo, pouco é estudado a respeito desta incomum apresentação. No entanto, é importante fornecer informações adicionais sobre o padrão clínico e o manejo desse tumor. Os adenomas pleomórficos nasais têm origem nas glândulas salivares nasais, predominantemente localizadas no septo nasal, e afetam relativamente mais mulheres. Geralmente ocorrem em pessoas entre a terceira e a sexta década de vida. O principal sintoma apresentado é a obstrução nasal, além de epistaxe, deformidade externa, inchaço nasal, rinorreia mucopurulenta e epífora. Os sintomas são detectados precocemente, mesmo em tumores menores. Tumores grandes, como visto em nosso caso, são raros. O diagnóstico de adenoma pleomórfico nas regiões sinonasais/nasofaríngeas é desafiador, pois os sintomas não são característicos e os achados radiológicos geralmente são inespecíficos. A TC geralmente fornece pistas confiáveis para diferenciar lesões benignas e malignas. O adenoma pleomórfico geralmente se apresenta como densidade de tecidos moles bem definidas e homogêneas, com alterações ósseas expansivas. A presença de osteólise é um sinal indireto de malignidade. As manifestações de ressonância magnética são variadas, mas frequentemente definidas como iso ou hipointensas em T1 e hiperintensas em T2. O diagnóstico de adenoma pleomórfico é confirmado por exame histopatológico, que consiste em 3 elementos essenciais, incluindo células epiteliais, células mioepiteliais e elementos mesenquimais/estromais. Seu diagnóstico histológico pode ser confirmado por coloração imuno-histoquímica para expressão positiva de fatores como citoqueratinas, vimentina, proteína S100, actina de músculo liso e proteína ácida fibrilar glial. Os adenomas pleomórficos da cavidade nasal têm taxas de recorrência mais baixas do que os das principais glândulas salivares. Seu tratamento definitivo é a excisão total do tumor com margens de ressecção claras. Com os avanços em cirurgias minimamente invasivas, a cirurgia endoscópica tornou-se a escolha preferida. Os adenomas pleomórficos respondem mal à quimioterapia e radioterapia. Além disso, a radiação pode induzir a transformação maligna dos tumores.

## Comentários Finais:

A raridade do Adenoma Pleomórfico originado na cavidade nasal e nos seios paranasais enfatiza a importância de documentar e analisar tais casos para ampliar nossa compreensão desse tipo de tumor, contribuindo com informações valiosas sobre a apresentação clínica, o diagnóstico e o manejo adequado. Em nosso caso, a paciente foi diagnosticada e tratada em momentos oportunos, o que contribuiu para o sucesso da intervenção.

Palavras-chave: Adenoma;Raro;Sinonasal.

PO216

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**  
**SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** VANESSA MACIEL DE MENDONÇA RIBEIRO**COAUTORES:** MONIQUE SOUTO DE ANDRADE SOUZA; RAVI RODRIGUES DE LIMA; LILAYNE KARLA DE SOUZA ARAUJO; REBECCA GALLARDO FRANCO DE ANDRADE; EMANUELA YUMI FUGISAWA DE MELLO ALCÂNTARA; FABIO TADEU MOURA LORENZETTI**INSTITUIÇÃO:** PUC SP, SOROCABA - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** M.I.T.D.O, 59 anos, sexo feminino, natural e procedente de Sorocaba-SP, encaminhada ao ambulatório de otorrinolaringologia da PUC-SP referindo quadros de epistaxes de repetição há 8 anos, episódios diários, de grande volume e desencadeados após o toque ou espirros. Concomitantemente apresenta telangiectasias em região de mãos, pés, lábios e língua. Como antecedente apresenta DM, em uso de Gliclazida e Metformina, não faz uso de medicação à base de salicilatos. Está em acompanhamento no ambulatório de hematologia há 1 ano por quadro de anemia, em tratamento com sulfato ferroso. Sem histórico de sangramento ou acometimento visceral. O histórico familiar revelava pai com múltiplas telangiectasias pelo corpo e irmão com epistaxes de repetição. Ao exame físico, foram evidenciadas lesões telangiectásicas disseminadas pelos dedos das mãos, lábio inferior e língua. À rinoscopia anterior, presença de pontos hemáticos em mucosa septal bilateral e de concha nasal inferior direita. Presença ainda de crostas hemáticas em mucosa septal direita. Exames hematológicos mostraram Hb 12g/dl, Ht 36,6%.

**Discussão:** Síndrome de Rendu-Osler-Weber ou telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) é uma doença hereditária, com transmissão autossômica dominante, com prevalência relatada entre 1:5.000 e 1:8.000 em diferentes regiões. A epistaxe é o principal sintoma de apresentação ocorrendo em 95% dos casos. Telangiectasias são características da doença, manifestando-se como lesões friáveis e hiperêmicas, ocorrendo frequentemente em lábios, língua e mucosa gastrointestinal. As manifestações clínicas são secundárias a sangramentos, podendo afetar qualquer parte do organismo. O diagnóstico é clínico, feito com base nos Critérios de Curação, representado pela tabela abaixo. Sendo diagnóstico confirmado pela presença de 3 ou mais critérios. O tratamento é paliativo, com cuidados para proteção da mucosa nasal contra o ressecamento, além de múltiplas modalidades desde tamponamentos anteriores e posteriores, cauterização elétrica e/ou química, terapia com laser, ligadura dos vasos, dermosseptoplastia, técnica de Young modificada e os retalhos locais e microvasculares.

**Comentários finais:** A epistaxe decorrente da Síndrome de Rendu-Osler-Weber, apesar de rara, deve ser lembrada em quadros de sangramentos recorrentes. O diagnóstico precoce faz-se necessário para seguimento do caso e prevenção de complicações sistêmicas da doença. Em nosso caso a paciente continua em acompanhamento ambulatorial no serviço sendo orientada a respeito do manejo dos quadros de sangramento, prescrito lavagem nasal com soro fisiológico e gel nasal, mantendo também o seguimento com hematologia.

**Palavras-chave:** epistaxe;telangiectasia hemorrágica hereditária;telangiectasias.

PO226

## E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

## SCHWANNOMA NASOSSINUSAL EM PACIENTE IDOSA: RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: MATEUS HENRIQUE NEVES BRACCO

COAUTORES: RENATA JANEIRO MARQUES; THAYS ALMEIDA CLEMENT OLIVEIRA; CAUÊ DUARTE; MARINA CANÇADO PASSARELLI SCOTT; FELIPE GABRIEL GARCIA

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL

## APRESENTAÇÃO DE CASO

Paciente de 72 anos iniciou acompanhamento com equipe de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Santos em 2022 devido à obstrução nasal há aproximadamente 1 mês, associado à coriza e à cefaléia. Relata história prévia de fratura nasal em 2006, sendo submetida a duas intervenções cirúrgicas. Ao exame físico, foi notada laterorrhinia para esquerda e desvio do septo nasal ipsilateral. Submetida a tomografia dos Seios da Face, que evidenciou velamento parcial das células etmoidais à direita, associado à formação ovalada hipoatenuante de 2,9x1,8cm, com extensão para cavidade nasal e contato com corneto nasal médio à direita. Foi então indicada intervenção cirúrgica para remoção da massa tumoral e análise laboratorial. Submetida à intervenção cirúrgica em Dezembro de 2022, realizado excisão de massa tumoral em meato superior à direita com auxílio de ótica de 30° e microdebridador, e enviado material para análise anatomopatológica e imunohistoquímica. O anatomopatológico não evidenciou malignidade, e o imunohistoquímico sugeriu tumor de origem mesenquimal, com diferenciação neural, sugestivo de Schwannoma. Solicitado uma Nasofibrolaringoscopia com 4 meses de pós-operatório, visualizada tumoração benigna nasal ovalada em região de meato superior, com contato íntimo com teto nasal, achado indicativo de recidiva da lesão tumoral. Até o momento, a paciente apresenta melhora dos sintomas nasais, e mantém acompanhamento ambulatorial para avaliação do comportamento da doença.

## DISCUSSÃO

Na literatura, há cerca de apenas 70 relatos de Schwannoma nasal, e a grande maioria dos pacientes portadores estão entre a quarta e sexta década de vida, diferente da paciente relatada que se encontra atualmente na sétima década de vida. O Schwannoma é uma neoplasia benigna derivada das células de Schwann, oriundas da crista neural, geralmente bem circunscritos e encapsulados, atados ao tecido nervoso. Na região da cabeça e pescoço afligem principalmente o 8º par craniano (Vestibulococlear), compõem de 30 a 45% dos casos de tumores benignos extracranianos, sendo que 4% destes são situados no nariz e seios paranasais. Quando localizado na cavidade nasal, é mais encontrado no seio etmoidal, seguido do maxilar, fossa nasal e seio esfenoidal. O caso relatado apresenta a presença do tumor na fossa nasal, localizado no meato superior direito, uma região menos frequente. Sintomas variam de obstrução nasal, uni ou bilateral, hiposmia e cefaléia. Dentro dos relatos na literatura, a história prévia de lesão nasal é comum. O diagnóstico diferencial para massas nasais incluem: polipose nasal, pólipos antrocoanal (Killian), papiloma invertido, hemangioma nasal, mucocele, displasia fibrosa, meningioma, mixoma, fibromixoma, carcinoma de células escamosas, condrossarcoma, esteseuroblastoma, neuroangiofibroma, entre outros. Devido a essa variedade de doenças, não é possível firmar o diagnóstico de Schwannoma na Tomografia de Seios da Face e Nasofibrolaringoscopia, porém, estes auxiliam em identificar o seu sítio de origem na cavidade nasal e o posterior planejamento terapêutico. O tratamento consiste em excisão cirúrgica completa da lesão e envio do material para análise anatomopatológica e imunohistoquímica para confirmação diagnóstica.

## COMENTÁRIOS FINAIS

Os Schwannomas provenientes da cavidade nasal são raros, e seu manejo e diagnóstico podem ser difíceis devido à variedade de diagnósticos diferenciais. Portanto, sua suspeita deve sempre ser mantida em mente quando há massas nasais unilaterais de aspecto benigno. A cirurgia endoscópica nasal, associada ao estudo imunohistoquímico, deve ser realizada para confirmação diagnóstica e tratamento curativo.

Palavras-chave: SCHWANNOMA NASOSSINUSAL; TUMOR NASAL BENIGNO; TUMOR NASOSSINUSAL.

PO227

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CARCINOMA SCHNEIDERIANO IN SITU METACRÔNICO NOVE ANOS APÓS RECIDIVA DE PAPILOMA INVERTIDO: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** HELOÍSA HELENA DELAI BIEZUS**COAUTORES:** IAN SELONKE; GIOVANA LOIACONO GAVAZZONI; FÁBIO LUIGI CRISIGIOVANNI; GABRIELLE GONÇALVES; VICTÓRIA GAYOSO NEVES SOARES PEREIRA; VITOR STANISLAUKI NAGATA; LÍVIA PERINI MALUCELLI**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA - CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL

**RELATO** Paciente do sexo masculino, aos 61 anos procura serviço em 2009 com queixa de obstrução nasal contínua e rinorreia purulenta. Após avaliação clínica e radiológica completa, observou-se lesão polipóide em narina esquerda com necessidade de exérese pela associação da abordagem endoscópica intranasal (FESS) a um acesso utilizando a técnica de Caldwell-Luc. O exame anatomopatológico da lesão revelou papiloma invertido. O acompanhamento da evolução foi feito no mesmo serviço.

Um ano depois, o paciente apresentou nova queixa de saída de crostas da narina esquerda. Frente a uma tomografia computadorizada de seios nasais evidenciando novo material de densidade de partes moles em seio maxilar esquerdo, obteve-se nova biópsia, a qual confirmou recidiva do papiloma invertido. Optou-se pela terapêutica via maxilectomia medial endoscópica para melhor acesso à parede anterior do seio maxilar, feito exérese ampla e cauterização rigorosa da base de implantação.

Após anos de seguimento clínico, em 2017, o paciente voltou a referir sintomas nasais, com importante obstrução e rinorreia. A nasofibroscopia evidenciou nova lesão pedunculada, irregular e crostosa, levantando suspeita de nova recidiva da doença. No entanto, o anatomopatológico demonstrou malignização da lesão, laudado como carcinoma schneideriano in situ. A exérese do carcinoma foi feita via acesso de Denker endoscópico a fim de ampliar o acesso anterior, realizando mucosectomia ampla e drilagem rigorosa da região de implantação tumoral.

Após cerca de um ano da exérese da lesão maligna, observou-se à nasofibroscopia de seguimento presença de crostas e secreção amarelada em cavidade nasal à esquerda. Foi realizado swab maxilar com envio de material para cultura. Evidenciou-se crescimento de *Staphylococcus aureus* multissensível, sendo prescrito antibioticoterapia adequada. Uma nova biópsia do seio maxilar esquerdo afastou qualquer recidiva de malignidade. Seguiu manejando a queixa de secreção purulenta e crostas ambulatorialmente. Atualmente, o paciente encontra-se bem clinicamente, e em vigilância para sinais de recidiva.

**DISCUSSÃO** Os papilomas nasossinusais são tumores benignos relativamente raros, incidindo em 0,75 a 1,5 a cada 100.000 indivíduos anualmente. O papiloma invertido é o subtipo mais prevalente e, ao mesmo tempo, localmente agressivo com potencial de malignização em 5-15% dos casos. O caso de papiloma invertido aqui descrito segue um padrão bem documentado de recorrência, descrito em até 78% dos casos pela literatura. Sabe-se que ela costuma ocorrer nos três primeiros anos após a cirurgia, do mesmo modo da primeira recidiva no caso relatado.

O paciente do caso apresentou ainda, anos após a recidiva de papiloma invertido, o diagnóstico de um carcinoma schneideriano in situ. Cerca de 11% dos casos de papiloma invertido estão associados a carcinoma. A maioria desses carcinomas ocorre de forma síncrona ao papiloma invertido, no entanto existe a possibilidade de carcinoma metacrônico, ocorrendo anos após a ressecção do papiloma. Dessa forma, o caso em questão apresenta uma neoplasia metacrônica devido ao histórico de cirurgias para os papiloma invertido prévios.

Em relação ao tratamento do carcinoma schneideriano associado ao papiloma invertido, a radioterapia é uma abordagem comumente utilizada. No entanto, não é recomendada para lesões in situ, como a do caso apresentado. Dessa forma, a abordagem terapêutica escolhida foi a ressecção cirúrgica. O caso aqui apresentado sinaliza a importância de um seguimento contínuo a longo prazo de pacientes com papiloma invertido, tendo em vista a importante taxa de recorrência em até seis anos da excisão, e o potencial de malignização.

**COMENTÁRIOS FINAIS** Nessa perspectiva, o papiloma invertido é uma patologia com altas taxas de recorrência e elevado potencial de transformação maligna. Dessa forma, é importante reconhecê-los frente a lesões unilaterais e o seguimento deve ser periódico e contínuo. Devido à consciência do perfil agressivo dessas lesões e o acompanhamento a longo prazo do paciente em questão, foi possível tratá-lo adequadamente sem maiores acréscimos à morbidade.

**Palavras-chave:** Abordagem endoscópica nasal; Obstrução nasal; Técnica de Caldwell-Luc.



PO229

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Carcinoma neuroendócrino de pequenas células em cavidade nasal como diagnóstico diferencial de esteseuroblastoma: Relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ

**COAUTORES:** ISADORA ELY; CAROLINA SARCINELLI SPINELLI; GABRIELA RECH

**INSTITUIÇÃO:** GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**Apresentação do caso:**

A.S.F, 70 anos, com história médica pregressa de DM2, HAS, IC, cardiopatia reumática, estenose aórtica grave e fibrilação atrial. Foi encaminhado ao ambulatório de otorrinolaringologia de hospital terciário pela equipe de cardiologia devido impossibilidade de manter uso de anticoagulantes apesar de indicação clínica por quadros de epistaxe volumosa e recorrente, inclusive com necessidade de hemotransfusão em emergência. Ao exame físico foi identificada a presença de lesão polipóide avermelhada entre corneto médio e septo nasal em fossa nasal direita por meio de endoscopia nasal. Foi solicitado TCSF na qual observou-se presença de lesão com densidades de partes moles, medindo 5,9 x 2,7 x 2,4 cm com aparente início em seio esfenoidal e células etmoidais à direita estendendo-se caudalmente até o terço médio da cavidade nasal, e cranialmente até a lâmina cribiforme com erosão da mesma. Frente ao resultado da TSCF foi solicitada RNM complementar de seios da face e crânio, a qual evidenciou presença de componente intracraniano de 2,2cm e componente nasal de 3,0 (crânio-caudal) da lesão, sendo componente intracraniano com realce mais heterogêneo e áreas císticas, já o componente nasal apresenta um realce mais homogêneo. Ambos apresentando restrição à difusão. Sugerindo possibilidade de esteseuroblastoma.

Paciente seguiu investigação com biópsia em bloco cirúrgico sob anestesia geral e material coletado enviado para anatomopatológico com resultado de neoplasia maligna indiferenciada, sendo assim encaminhado para estudo imuno-histoquímico que confirmou carcinoma neuroendócrino de pequenas células. Frente ao resultado do exame, condições clínicas do paciente e extensão da lesão foi optado pela não realizar abordagem cirúrgica. Paciente foi encaminhado para avaliação com equipe da Oncologia sendo indicado quimio e radioterapia. Atualmente o paciente segue acompanhamento com equipe da otorrinolaringologia e oncologia no hospital.

**Discussão:**

O trato nasossinusal é uma localização anatômica de acometimento para uma ampla variedade de tumores malignos, principalmente em mucosa olfatória por apresentar características epiteliais e neurais coexistentes no mesmo tecido. Sintomas mais comuns associados à presença de tumor são obstrução nasal e epistaxe, geralmente com manifestação unilateral. Esteseuroblastoma é um tumor incomum que surge do neuroepitélio olfatório, normalmente localizado na porção superior da cavidade nasal (corneto superior, teto nasal e placa cribiforme) com tendência à invasão de crânio e órbita. Durante a investigação de quadro sugestivo de esteseuroblastoma é importante levar em consideração o diagnóstico com outras patologias que podem ser confundidas histologicamente como o carcinoma sinusal indiferenciado, carcinoma neuroendócrino e de pequenas células. Reforçando a importância de confirmação com estudo imuno-histoquímico para iniciar devida abordagem terapêutica.

Carcinoma neuroendócrino de pequenas células em cavidade nasal e seios da face é um tumor maligno raro com comportamento clínico agressivo e prognóstico restrito reservado com taxa de sobrevivência em 5 anos de 13%. Comumente surgem da cavidade nasal superior ou posterior com tendência de extensão para seio maxilar e etmoidal, em casos avançados pode apresentar invasão para base de crânio, intracranial e órbita. Devido ao número restrito de casos na literatura ainda não foi definido um tratamento padrão, existindo variação nas modalidades de tratamento incluindo cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A maioria da literatura aponta para cirurgia radical associada à radioterapia em tumores iniciais ou bem limitados e quimioterapia como abordagem reservada para casos localmente avançados.

**Comentários finais:**

Por meio do caso exposto destaca-se a importância dos carcinomas neuroendócrinos e do subtipo de pequenas células como possível diagnóstico diferencial em casos com suspeita clínica e radiológica de esteseuroblastoma. Reforçando a importância da análise histológica minuciosa e com complementação de imunohistoquímica.

**Palavras-chave:** Carcinoma neuroendócrino;Esteseuroblastoma;Cavidade nasal.



PO232

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO – RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** VICTTORIA RIBEIRO DE ALENCAR ARARIPE FERREIRA**COAUTORES:** BEATRIZ BRAGA SILVA; LUCCA GRAVINA RODRIGUES; JANINE OLIVEIRA SANTOS GUÉRCIO; NATALIA NUNES DA SILVA; GABRIELA LEMES DAVID; ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO; WILSON BENINI GUERCIO**INSTITUIÇÃO:** 1. HU-UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL2. FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL3. SEM INSTITUIÇÃO, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL**Apresentação do Caso**

Paciente J.C.L.T., 13 anos, masculino, realizou em 02/06/2023 procedimento de obturação do terceiro molar à direita, evoluindo após cerca de dez dias com dor local importante, facialgia, edema periorbitário ipsilateral e febre, a despeito do uso de anti-inflamatórios não esteroidais prescritos por profissional realizador do procedimento. Procurou pronto atendimento sob suspeita de celulite periorbitária secundária à sinusite odontogênica.

À admissão, em 12/06/23, foi evidenciada em Tomografia Computadorizada de Seios da Face (TCSF) acúmulo de secreção em seio maxilar direito, com irregularidade de sua cortical, em íntima relação com a raiz do terceiro molar ipsilateral, assim como acometimento de etmoide e frontal à direita e conteúdo gasoso junto ao músculo reto superior da cavidade orbitária direita. Em vias da ausência de melhora com tratamento clínico o paciente foi encaminhado para realização de nova TCSF em 15/06/23, que evidenciou densificação do compartimento extraconal associada à celulite a direita, com componente inflamatório/infeccioso pré e pós septal. O paciente foi encaminhado para intervenção cirúrgica imediata em equipe multidisciplinar, incluindo cirurgia bucomaxilofacial e otorrinolaringologista.

Durante o procedimento cirúrgico, foi constatada a presença de massa em região de fossa nasal, seio etmoidal e maxilar à direita, com exérese da mesma e encaminhamento da peça para estudo anatomopatológico. O paciente manteve acompanhamento à nível ambulatorial, com regressão importante do quadro clínico e tomográfico.

O estudo anatomopatológico do paciente, associado à imuno-histoquímica, evidenciou o diagnóstico de Cisto Ósseo Aneurismático.

**Discussão**

O cisto ósseo aneurismático (COA) é uma lesão não neoplásica pertencente ao grupo de lesões ósseas pseudotumorais. Configura-se como uma lesão rara, acometendo 1,4 casos para 100.000 indivíduos – apenas 1% dos tumores ósseos, sendo incomum nos ossos maxilares. Quanto ao grupo de maior incidência, verifica-se um predomínio em crianças e adultos jovens. O COA apresenta capacidade de mimetizar lesões malignas, assim como se assemelhar à outras lesões que se desenvolvem mais frequentemente no complexo maxilo-mandibular nos aspectos clínico-radiográfico.

Diante do fato de que a causa e patogênese do COA ainda carecem de uma definição pacífica na literatura, cumpre destacar que três hipóteses têm sido propostas: causa traumática, em consequência de possível hemorragia subperiosteal ou intramedular pós-traumática; malformação arteriovenosa do osso, com significativo crescimento devido ao desarranjo e à degeneração do estroma; e lesão causada por anomalias cromossômicas na banda genética 16q22, que induzem a alterações vasculares intraósseas. Com relação ao seu diagnóstico e identificação, é indicado que antes da biópsia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética sejam utilizadas em conjunto ao exame radiográfico, visando estabelecer o diagnóstico diferencial bem como determinar o estágio de evolução da doença. A realização de biópsia, exames complementares, e conhecimento da fisiopatologia da lesão são essenciais para diagnóstico eficaz, o qual efetiva o estabelecimento de uma terapêutica adequada, proporcionando um prognóstico mais favorável e diminuindo as chances de recidiva.

**Comentários Finais**

Apesar de incomum, o diagnóstico diferencial dos quadros de acometimentos primários e secundários do seio maxilar devem sempre ser levados em consideração, principalmente tratando-se da possibilidade de complicação secundária, neste caso, quadros de celulite periorbitária e celulite orbitária.

Palavras-chave: Cisto ósseo aneurismático;Maxilar;Tumor.

PO243

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ALTERAÇÕES OLFATÓRIAS E COGNITIVAS OBSERVADAS NA SÍNDROME PÓS-COVID-19****AUTOR PRINCIPAL:** FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA**COAUTORES:** GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY; JESSICA RAMOS TAVARES; THAIS NATIVIDADE DOS REIS; BRUNA EDUARDA VERAS DA SILVA; HENDERSON DE ALMEIDA CAVALCANTE; JUSSANDRA CARDOSO RODRIGUES; JOSE ROBERTO BENTES CAPELONI**INSTITUIÇÃO:** HUBFS/UFPA - HOSPITALAR BETTINA FERRO, BELÉM - PA - BRASIL**Objetivo:** Caracterizar as alterações olfatórias e cognitivas persistentes em pacientes pós-COVID-19.

**Metodologia:** Pesquisa transversal, observacional, descritiva e analítica, envolvendo 51 indivíduos com síndrome pós-COVID-19, atendidos na unidade de otorrinolaringologia de um Hospital Universitário. Queixas de olfato e cognição foram avaliadas com questionário confeccionado pelos pesquisadores, seguida de avaliação quantitativa e qualitativa por meio do teste olfatório de Connecticut, do teste Montreal Cognitive Assessment (MoCA-A) e do Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B). Foram analisadas a prevalência das queixas, mensuradas as alterações olfatórias e cognitivas e realizadas correlações entre essas variáveis.

**Resultados e discussão:** Houve predominância significativa de mulheres (80,4%) na amostra, com a faixa etária mais frequente entre 60 e 69 anos (41,2%). Observamos uma variação na gravidade da infecção primária, com 52,9% dos pacientes apresentando infecção leve e 43,1% moderada, sendo o diagnóstico predominantemente feito por sorologia (54,9%). A disosmia (62,7%,  $p = 0,0093$ ) foi a queixa mais frequente, seguida pela obstrução nasal (43,1%) e coriza hialina persistente (23,5%). A rinoscopia identificou alterações em 78,4% dos participantes, incluindo hipertrofia de cornetos (56,9%) e desvio septal (31,4%). O teste olfatório de Connecticut destacou a hiposmia severa como a alteração mais comum (41,2%). Quanto às funções cognitivas, prevaleceram queixas relacionadas à memória, especificamente na memória de curto prazo (80,4%) e memória de trabalho (68,6%). Na avaliação unificada do MoCA, comprometimento cognitivo leve foi identificado em 81,57% dos pacientes, afetando 75,8% dos pacientes com escolaridade maior de 12 anos e 100% dos pacientes com menos de 12 anos de estudo. Houve correlação fraca, não significativa, entre os resultados dos testes MoCA e de Connecticut. Este estudo apresenta algumas limitações. A abordagem transversal com número amostral pequeno, conduzida em um centro de referência em otorrinolaringologia, limita a aplicabilidade geral de seus resultados. Além disso, a falta de dados formais relacionados ao histórico clínico prévio dos participantes e às fases agudas da COVID-19 representa um potencial viés de confusão. No entanto, para mitigar essa limitação, utilizamos protocolos validados para mensurar de forma mais objetiva as queixas relatadas. Este estudo destaca a importância de avaliações padronizadas das funções olfativas e cognitivas na síndrome pós-COVID-19, a fim de identificar essas alterações e abordar de forma adequada as sequelas sensoriais e cognitivas.

**Conclusão:** Pacientes com síndrome pós-COVID-19 exibem alta prevalência de distúrbios olfatórios, com destaque para a hiposmia severa, e significativas alterações cognitivas, principalmente na memória de curto prazo e de trabalho. A ausência de correlação estatística nos testes padronizados utilizados sugere que essas alterações podem ter origens e fisiopatologias diversas.

**Palavras-chave:** POST-ACUTE COVID-19 SYNDROME; COVID-19; OTORHINOLARYNGOLOGIC DISEASES.

PO251

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Lesões ulceradas em orofaringe e nasofaringe: Granulomatose de Wegener?

**AUTOR PRINCIPAL:** JULIANA DAL PONTE CARVALHO**COAUTORES:** BEATRIZ DIB GAIARIM; LAIS SIQUEIRA DE MAGALHAES; BEATRICE HAASE CECCON; LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY; BEATRIZ VILLANO KRENTZ; FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR; PRISCILA BOGAR**INSTITUIÇÃO:** FMABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL**Apresentação do Caso**

Mulher, 35 anos, tabagista, ex-usuária de cocaína, com história de lesão dolorosa em fossa nasal direita, de crescimento progressivo, há 3 anos. Nos últimos 2 anos, referia lesões dolorosas e friáveis em orofaringe, com consequente disфония e odinofagia. Assim, passou a ingerir somente alimentos líquidos e/ou pastosos devido à dor, resultando em uma perda ponderal de 10kg em 1 ano. Por fim, apresentava também lesões genitais dolorosas, hiperemia ocular e lacrimejamento.

À oroscopia, visualizavam-se lesões ulceradas e erosivas em palato mole e pilares amigdalíneos anteriores, e úvula com exulceração. À rinoscopia anterior, crostas em ambas fossas nasais, inicialmente sem perfuração septal.

Foi realizada tomografia computadorizada de seios da face, que demonstrou perda de integridade em palato duro e palato mole, além de destruição do septo nasal. A tomografia computadorizada de tórax não evidenciou anormalidades.

Para melhor investigação, a paciente foi submetida a uma biópsia de orofaringe e fossas nasais, sendo observada perfuração septal extensa com tecido de supuração no intraoperatório. O anatomopatológico evidenciou processo inflamatório agudo supurativo, com erosão e reparação de epitélio. Optou-se, então, por realizar novas biópsias em centro cirúrgico, que mostraram apenas lesões ulceradas com crosta fibrinoleucocitária e tecido de granulação, sem conclusão diagnóstica.

Em amostras distintas de exames laboratoriais, apresentou ANCA reagente (C-ANCA 1/40 e P-ANCA 1/80), com ureia, creatinina e urina tipo I sem alterações. Ademais, a pesquisa de leishmania, blastomicose e demais provas reumatológicas e sorologias não foram reagentes.

Pela positividade do ANCA, atualmente a paciente está em investigação para granulomatose de Wegener com equipe de Reumatologia, em uso de prednisolona 30mg ao dia e azatioprina 150 mg ao dia, com melhora do quadro inflamatório e da dor, mas ao exame otorrinolaringológico evoluiu com necrose de palato gerando fenda palatina posterior e destruição de cavidade nasal.

**Discussão**

A Granulomatose de Wegener (GW) é uma vasculite necrosante que afeta vasos de pequeno e médio porte, condição pertencente ao grupo do anticorpo citoplasmático antineutrófilo (ANCA). Sua incidência mundial varia de 10 a 20 casos por milhão de habitantes, com pico de incidência na 7ª década de vida, sendo muito rara na infância e nos adultos jovens.

Acredita-se que a imunopatogênese do GW decorra de gatilhos ambientais ou infecciosos em um indivíduo geneticamente predisposto à intolerância aos autoantígenos ANCA. A apresentação clínica da granulomatose de Wegener e sua morbidade variam consideravelmente dependendo dos sistemas de órgãos envolvidos (diversos tecidos podem ser afetados), do número e da gravidade das exacerbações.

Lesões orais ocorrem em 6% a 13% dos casos de GW e são a característica de apresentação inicial em apenas 2% dos casos. Todavia, a prevalência de lesões orais tende a aumentar em pacientes com doença mais avançada. Os sintomas orais mais comuns são dor e sangramento.

Não existem critérios diagnósticos para GW: o diagnóstico se baseia em uma combinação de sintomas, sorologia ANCA positiva e evidência histológica de vasculite necrosante, glomerulonefrite necrosante ou inflamação granulomatosa de um órgão relevante na biópsia. Vale ressaltar que a sorologia positiva para ANCA não é essencial para o diagnóstico de GW, caso o quadro clínico e histológico apontem para o reconhecimento da doença. Ainda, os achados histológicos nem sempre estão presentes na biópsia do tecido envolvido - raramente são encontrados em pequenas biópsias como as nasais e paranasais, e estão notavelmente ausentes de lesões orais.

Por razões prognósticas, o diagnóstico de pacientes com GW é importante, uma vez que existem medicações eficazes para induzir a remissão da doença.

**Comentários finais**

A GW é uma vasculite necrosante que pode afetar diversos órgãos do corpo humano. Seus sintomas são generalizados e, ao mesmo tempo, inespecíficos, o que pode prolongar e dificultar o diagnóstico correto, se não houver um alto índice de suspeita.

Palavras-chave: Granulomatose com Poliangiíte;Úlcera;Nasofaringe.

PO256

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Uso de montelucaste no pós-operatório da Rinossinusite Crônica com Polipose Nasossinusal

**AUTOR PRINCIPAL:** NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO

**COAUTORES:** RENATA ISIS DE OLIVEIRA CABRAL; THATIANA PEREIRA SILVA; JULYANA CARNEIRO GOMES; MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO; BRANDA CAVALCANTE DOURADO; WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA; MARCELO ROSA LIMA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Trata-se de um paciente de 57 anos, acompanhado em hospital no município de Feira de Santana – Bahia, diagnosticado com Rinossinusite Crônica com Polipose Nasossinusal (RSCcPNS) e submetido a 04 cirurgias endoscópicas nasais prévias. Além do histórico cirúrgico, o paciente já havia realizado tratamento com budesonida através de lavagem nasal com alto volume 400mcg/dia. O paciente mesmo com diversos tratamentos, mantinha queixas de obstrução nasal bilateral, pior em fossa nasal direita. Optou-se dessa forma por realizar uma nova cirurgia, observando retorno de lesões polipoides com 14 dias de pós-operatório. Foi optado por prescrever o uso de montelucaste 40mg/dia, durante oito semanas e posterior redução da dosagem medicamentosa para 10mg/dia durante seis meses, sendo identificado regressão importante na quantidade e tamanho de pólipos no pós-operatório. O paciente até dado momento segue em acompanhamento com melhora dos sintomas obstrutivos e sem efeitos colaterais da medicação.

**DISCUSSÃO:**

Os leucotrienos, que são mediadores inflamatórios, estão presentes em diversas doenças do trato respiratório. Sendo assim, os antagonistas dos receptores de leucotrienos, como o montelucaste, são indicados no controle da asma grave e na rinite. Estes apresentam bons resultados nos casos de Rinossinusite Crônica com Polipose Nasossinusal, já que reduzem a inflamação eosinofílica. No caso em questão, mesmo sem outras patologias associadas, foi possível observar uma boa evolução utilizando o montelucaste durante oito semanas, em altas dosagens, como terapia complementar no pós-operatório de cirurgias endoscópicas. Quando avalia-se a literatura o montelucaste, algumas pesquisas relatam o uso de doses superiores à comercializada de 10 mg por dia, em adultos. Dosagens de até 200mg por dia durante 22 semanas foram utilizadas sem alteração o perfil de tolerabilidade.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

Estudos abertos mostram bons resultados na melhora dos sintomas pós-operatórios do uso do montelucaste em pacientes portadores de Rinossinusite Crônica com Polipose Nasossinusal, principalmente aqueles associados a asma grave. Porém, faltam estudos controlados para comprovar a sua eficácia em casos como terapia adjuvante em doses mais altas na RSCcPN, além de ser importante ressaltar a importância de cuidado com os possíveis efeitos colaterais. O presente caso ilustra a possível efetividade do tratamento, a ser mais bem estabelecida por estudos com melhor nível de evidência científica.

Palavras-chave: Montelucaste; Rinossinusite Crônica; Polipose Nasossinusal.

PO257

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ADENOMA PLEOMÓRFICO NASAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MILENA SAYURI OTSUKI**COAUTORES:** DIEGO FERNANDO COSTA; LETÍCIA AITA; VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA; BRUNA PUPO; DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH; GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA; VITORIA YURI MIAZAKI VILLANOVA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA - PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL**Apresentação do caso**

Paciente feminina, 38 anos de idade, procurou o serviço de Otorrinolaringologia com queixa de massa em cavidade nasal direita de crescimento progressivo e associado a epistaxe, iniciados há 8 meses. À rinoscopia anterior e ao exame de videonasofibroscopia foi observado presença de lesão cística aderida ao septo nasal a direita impossibilitando a visualização de teto nasal anterior a direita. A paciente foi submetida a exérese cirúrgica do tumor via endoscopia nasal sendo possível a sua remoção em bloco, uma vez que a lesão não infiltrava cartilagem quadrangular do septo nasal. O material medindo 2,5 x 2 x 1 cm foi enviado ao estudo anatomopatológico que revelou neoplasia expansiva mista, bem delimitada e com crescimento romboide, constituída por três componentes celulares distintos: estromal, caracterizado por se apresentar de forma mixoide e mixocondroide; epitelial ductal, formando túbulos anastomosantes e ninhos arredondados e mioepitelial modificado, cujas células pequenas e alongadas revestem e amparam os lúmens das áreas tubulares. Diante dos achados, estabeleceu-se o diagnóstico de adenoma pleomórfico nasal. A paciente apresentou boa evolução no pós-operatório e manteve-se sem queixas. Não se evidenciou recorrência.

**Discussão**

O adenoma pleomórfico é a neoplasia benigna glandular mais comum em cabeça e pescoço, acometendo mais frequentemente as glândulas salivares maiores, principalmente a parótida, e raramente se apresenta em cavidade nasal, faringe, laringe e outros locais de região cervico-facial. A maioria dos pacientes acometidos pelo adenoma pleomórfico se encontram na faixa etária de 30 a 60 anos de idade e são, predominante, mulheres. Os sintomas do adenoma pleomórfico nasal podem incluir obstrução unilateral, massa indolor em cavidade nasal e epistaxe. Para o diagnóstico anatomo-patológico do adenoma pleomórfico devem estar presentes os componentes mesenquimal e epitelial e/ou mioepiteliais. A abordagem dessa neoplasia consiste na excisão cirúrgica com margem de segurança via endoscopia transnasal.

**Considerações finais**

Os tumores nasais frequentemente apresentam sintomas inespecíficos como massa em fossa nasal, obstrução e epistaxe unilateral, havendo grande abrangência de diagnósticos diferenciais de lesões benignas e malignas em fossa nasal que devem ser considerados. Apesar de ser incomum nesta localização, o adenoma pleomórfico é uma neoplasia benigna que deve ser incluída no diagnóstico diferencial de lesões nasais com apresentação clínica de obstrução nasal e epistaxe.

**Palavras-chave:** Tumor nasal; Neoplasia benigna; Epistaxe.

PO260

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Evolução incomum de lesão nasal: leishmaniose e CEC concomitantes?

**AUTOR PRINCIPAL:** LAIS SIQUEIRA DE MAGALHAES**COAUTORES:** LAYLA RIVA ISMAIL; BEATRIZ DIB GAIARIM; SOFIA REIS BOTELHO; LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY; MARINA SIMÕES FÁVARO; FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR; PRISCILA BOGAR**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL**Apresentação do Caso**

Paciente do sexo masculino, 79 anos, natural de Alagoas, ex-residente em Goiás e Distrito Federal, procedente de Santo André, com história de hiperemia de ponta nasal há 3 meses, sem outros comemorativos, com posterior evolução rápida para o dorso nasal, além da formação de crostas amareladas no nariz.

Para melhor investigação do quadro, o paciente foi internado, com início de tratamento empírico com clindamicina e ciprofloxacino. Em culturas de secreções nasais, encontrou-se *Morganella morganii* resistente a ciprofloxacino, medicação então substituída por ceftriaxone. Durante a internação, o paciente passou a apresentar picos febris diários, responsivos à dipirona. Ainda, não houve perda ponderal concomitante ao quadro nasal.

Um mês após a internação, o paciente apresentou piora da hiperemia local, edema nasal e de lábio superior, além do surgimento de crostas hemáticas, com evolução rápida e progressiva para ulcerações, extenso processo inflamatório perilesional e necrose nasais. Então, foi aventada a hipótese de leishmaniose tegumentar, sendo colhidas sorologias, provas reumatológicas e exames complementares para doenças granulomatosas, bem como realizada a biópsia do nariz. Inicialmente, os exames séricos não se mostraram positivos; entretanto, diante do anatomopatológico e do quadro clínico compatíveis com leishmaniose tegumentar, a equipe de Infectologia decidiu iniciar anfotericina B lipossomal.

Durante o período de internação com acompanhamento em conjunto com a equipe de Infectologia, foram instituídos pentoxifilina e meglumina, sem melhora. Assim, foram realizadas mais duas biópsias, incluindo debridamento da lesão; a última delas se mostrou compatível com carcinoma espinocelular bem diferenciado e superficialmente invasivo.

Desse modo, a equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço foi acionada e realizou rinectomia, com posterior programação para reconstrução da pirâmide nasal pela equipe de Cirurgia Plástica. No entanto, o paciente evoluiu a óbito poucos meses após o procedimento.

**Discussão**

O carcinoma espinocelular (CEC) é o segundo câncer de pele não melanoma mais comum. Normalmente, acontece durante a 5ª e 6ª décadas de vida, com maior prevalência no sexo masculino. Cerca de 70% dos CECs ocorrem no pescoço e face; destes, 30% ocorrem no nariz. Dentre os cânceres nasossinusais, o CEC é o mais comum, seguido pelo adenocarcinoma do tipo intestinal.

Clinicamente, o CEC se apresenta como uma placa ceratótica que ulcera e sangra, fazendo diagnóstico diferencial importante com outras doenças granulomatosas como paracoccidiodomicose, esporotricose, cromomicose, tuberculose cutânea e leishmaniose tegumentar. Desse modo, a diferenciação entre estas condições pode exigir avaliação microbiológica, citológica e/ou histológica.

Embora muitos autores busquem uma relação entre leishmaniose cutânea e malignidade, não foi encontrada nenhuma evidência de progressão entre estas condições. No entanto, sabe-se que o baixo nível socioeconômico é fator preponderante às duas doenças, quando se considera maior dificuldade no acesso aos cuidados preventivos e atraso no início do tratamento.

**Comentários Finais**

Diante de lesões nasais, uma oportunidade de diagnósticos é possível. O CEC representa importante diagnóstico diferencial, devido sua frequente ocorrência em pescoço e face. A abordagem desta neoplasia deve levar em consideração o estadiamento tumoral, e entre o arsenal terapêutico estão radioterapia e abordagem cirúrgica - ambos podendo culminar em prejuízo estético e funcional ao paciente. Assim, além de avaliação pela Otorrinolaringologia, é fundamental um acompanhamento multidisciplinar.

Todavia, a leishmaniose cutânea é um outro diagnóstico diferencial a ser considerado, principalmente em casos advindos de regiões endêmicas. Neste caso em específico, foi vista em diagnóstico concomitante ao CEC. Embora existam pesquisas buscando possível correlação, nenhuma evidência ainda foi identificada.

De maneira geral, a abordagem de lesões nasais pode ser desafiadora, desde o diagnóstico correto até o tratamento eficaz.

Palavras-chave: Leishmaniose; Carcinoma Espinocelular; Nariz.



PO266

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Hamartoma nasal seromucinoso - raro tumor nasossinusal

AUTOR PRINCIPAL: JULIANA METTE ONGARATTO

COAUTORES: ELISE EDELE PIMENTEL; BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO; RENATO ROITHMANN

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente masculino, 86 anos, aposentado, natural e procedente de Porto Alegre. Procura atendimento por queixa de obstrução nasal bilateral há 6 meses, pior à noite. Refere história de uso de diversos medicamentos tópicos nasais sem melhora do sintoma de obstrução. Na nasofibrolaringoscopia realizada no ambulatório, observou-se lesão de aspecto polipóide em teto de fossa nasal direita, entre o septo nasal e a concha média, sem drenagem de secreção em óstios do seio da face, além de desvio de septo nasal obstrutivo em fossa nasal esquerda. Realizada tomografia computadorizada de seios da face que evidenciou lesões entre concha média e septo nasal, proveniente do teto nasal de ambas fossas nasais, sendo a maior em fossa nasal direita. Optado por cirurgia endoscópica nasal para ressecção de lesão com o envio do material para avaliação anatomopatológica, cujo diagnóstico obtido na análise revelou se tratar de hamartoma nasal seromucinoso (HNS). Após o procedimento cirúrgico, o paciente apresentou melhora completa da obstrução nasal, sem sinais de recidiva.

**DISCUSSÃO:**

Descrito pela primeira vez no trato nasossinusal em 1974 por Baillie e Batsakis, o HNS, também denominado hamartoma glandular, é um tipo de tumor glandular benigno raro deste sítio, originado a partir da proliferação de tecido glandular seromucinoso com um estroma fibroso de apresentação variável e geralmente com infiltrado inflamatório. Epidemiologicamente, é mais encontrado em adultos de meia idade, com idade média de 56 anos e não apresenta preferência de gênero. Pode se apresentar com obstrução nasal, epistaxe, secreção nasal purulenta, hiposmia ou, também, não apresentar sintomas. Devido a sua configuração macroscópica de massa polipóide, os principais diagnósticos diferenciais são: papilomatose nasossinusal, papiloma invertido, hamartoma adenomatoide epitelial respiratório (HAER) e adenocarcinoma nasossinusal não intestinal de baixo grau (LGNIA). Weinreb et al. sugere que o HNS e o HAER podem ser espectros da mesma doença, ao invés de entidades diferentes devido ao fato de ambas apresentarem sintomas similares, estarem associadas com inflamação e serem comumente encontradas na cavidade nasal posterior ou na nasofaringe. Ademais, focos de HNS são frequentemente encontrados em HAER e vice-versa. A característica histopatológica do HNS é um arranjo lobular ou aleatório de glândulas com ductos pequenos a grandes revestidos por única camada de células epiteliais cubóides ou achatadas com núcleos celulares sem presença de atipias. Os achados histoquímicos descritos pela literatura até o momento apontam a glândulas tipicamente imunorreativas para anticorpos contra a proteína S100; expressão celular negativa para p63 em células da camada basal ou com coloração periférica positiva que sugere a presença de células mioepiteliais em alguns focos; positividade para CK7 e CK19 e negatividade para CK20. Um desafio diagnóstico é a diferenciação entre LGNIA e o HNS uma vez que compartilham características imuno-histoquímicas quase idênticas como a coloração mínima ou ausente de p63. A ausência de crescimento infiltrativo, atipias celulares e mitoses auxiliam no estabelecimento de uma patologia benigna, uma vez que o dado o diagnóstico de LGNIA implicaria em uma abordagem mais agressiva. O tratamento do HNS preconizado até o momento se dá por meio de excisão cirúrgica, o qual não apresenta dados documentados de metástases e apenas um caso de recorrência.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

O HNS é uma lesão benigna rara do trato nasossinusal com aspecto macroscópico polipóide e inflamatório. É de suma importância que médicos rinologistas e patologistas estejam cientes da ampla gama de diagnósticos diferenciais possíveis quando se deparam com uma lesão polipóide na cavidade nasal, uma vez que lesões de aspecto benigno e maligno podem apresentar características muito similares, tanto na análise macroscópica quanto na microscópica. O HNS apresenta uma ótima resposta à excisão via cirurgia endoscópica nasal, com baixas taxas de recorrências descritas pela literatura, sendo este o tratamento de primeira linha recomendado.

Palavras-chave: hamartoma nasal seromucinoso; hamartoma seromucinoso; hamartoma glandular.



PO267

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ABORDAGEM ENDONASAL DE MENINGOENCEFALOCELE VOLUMOSA INTRANASAL EM HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA****AUTOR PRINCIPAL:** TINO MIRO AURÉLIO MARQUES**COAUTORES:** ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES; ANDRE LUIZ MONTEIRO CAVALCANTE; RODRIGO BECCO DE SOUZA; MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA; EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA; ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO; SAULO EDSON SOARES TIMBÓ**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DE CASO:** PACIENTE DO SEXO FEMININO, 46 ANOS, COM HISTÓRIA DE RINOLIQUEURRIA HIALINA ASSOCIADA A OBSTRUÇÃO NASAL UNILATERAL À DIREITA HÁ CERCA DE 2 ANOS, COM PIORA PROGRESSIVA NOS ÚLTIMOS MESES. NEGAVA HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO. AO EXAME OTORRINOLARINGOLÓGICO, APRESENTAVA LESÃO DE SUPERFÍCIE LISA, CONSISTÊNCIA AMOLECIDA, NÃO DOLOROSA, ASPECTO CINZA-PEROLADO OCUPANDO A FOSSA NASAL DIREITA QUE IMPEDIA PROGRESSÃO DA ÓTICA FLEXÍVEL, COM DESVIO GLOBAL DO SEPTO PARA A FOSSA NASAL ESQUERDA. NA TOMOGRAFIA DE SEIOS PARANASIS FOI EVIDENCIADA GRANDE FALHA ÓSSEA EM TOPOGRAFIA DE ETMOIDE ANTERIOR DIREITO COM MATERIAL COM ATENUAÇÃO DE PARTES MOLES PREENCHENDO FOSSA NASAL ADVINDA DA BASE ANTERIOR DO CRÂNIO E DA CAVIDADE INTRACRANIANA. RESSONÂNCIA DE SEIOS PARANASIS E CRÂNIO EVIDENCIOU GRANDE ENCEFALOCELE NASAL COM PROTUSÃO DO LOBO FRONTAL E ÁREA DE PNEUMOENCEFALO ANTERIOR, ALÉM DE ÁREA DE ENCEFALOMALÁCIA, SEM OUTRAS LESÕES INTRACRANIANAS DE ASPECTO EXPANSIVO. FOI REALIZADO PUNÇÃO LOMBAR COM PRESSÃO DE ABERTURA DE 25 CM H<sub>2</sub>O E ANÁLISE DO LÍQUOR EVIDENCIOU PRESENÇA DE 2 LEUCÓCITOS, 8 HEMÁCIAS, DIFERENCIAL PREJUDICADO DEVIDO À BAIXA CELULARIDADE, VDRL NÃO REAGENTE, PROTEINORRAQUIA DE 11,8 MG/DL, GLICORRAGIA 65,7 MG/DL E LACTATO DESIDROGENASE DE 21,7 UI/L. REALIZOU CIRURGIA ENDOSCÓPICA NASAL DE CORREÇÃO DE MENINGOENCEFALOCELE, COM CAUTERIZAÇÃO DO PEDÍCULO NA TOPOGRAFIA DA FÓVEA ETMOIDAL E EXÉRESE DE TECIDO ENCEFÁLICO NÃO VIÁVEL, COM RECONSTRUÇÃO DA BASE DO CRÂNIO COM FASCIA LATA, TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, PERICÁRDIO BOVINO, RETALHO NASOSSEPTAL E COLA DE FIBRINA, APOSICIONADO TAMPÃO NASAL PARA EVITAR DEISCÊNCIA DA RECONSTRUÇÃO DA BASE DO CRÂNIO. PACIENTE EVOLUIU SEM DÉFICITS NEUROLÓGICOS NO PÓS-OPERATÓRIO COM RETIRADA DO TAMPÃO NASAL NO 3º PO SEM INTERCORRÊNCIAS. EM SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO, NO 7º DIA PÓS-OPERATÓRIO, FOI APOSICIONADO DERIVAÇÃO VENTRÍCULO-PERITONEAL PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA. PACIENTE APRESENTOU QUADRO DE FEBRE (38º), CORIZA, CONGESTÃO NASAL, TOSSE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DA DVP, COM RESOLUÇÃO DOS SINTOMAS COM CEFTRIAXONA E PIPARACILINA-TAZOBACTAM. REALIZOU TOMOGRAFIA DE CRÂNIO DE CONTROLE QUE EVIDENCIOU CATETER DE DERIVAÇÃO VENTRÍCULO PERITONEAL (DVP) COM EXTREMIDADE NA TOPOGRAFIA DA REGIÃO NÚCLEO CAPSULAR ESQUERDA (JOELHO/RAMO ANTERIOR DA CÁPSULA INTERNA), APÓS TRANSPASSAR O VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO, DEISCÊNCIA DA FOSSA OLFATÓRIA E PARTE DA LÂMINA PAPIRÁCEA À DIREITA, COM SUBSTITUIÇÃO DO TRABECULADO ÓSSEO ETMOIDAL DIREITO POR TECIDO COM DENSIDADE DE PARTES MOLES, ACHADOS COMPATÍVEIS COM ALTERAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS, ÁREA DE ENCEFALOMALÁCIA NO PARÊNQUIMA CEREBRAL DO LOBO FRONTAL DIREITO ADJACENTE, ACOMETENDO OS GIROS SUPRAORBITÁRIO E OLFATÓRIO E SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL DE MORFOLOGIA E DIMENSÕES PRESERVADAS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR SEM QUEIXAS NASOSSINUAIS E SEM DÉFICITS NEUROLÓGICOS.

**DISCUSSÃO:** MENINGOENCEFALOCELES SÃO HERNIAÇÕES DE DURAMATER E TECIDO CEREBRAL VIA DEFEITO ÓSSEO. NA FORMA INTRANASAL, CONFUNDEM-SE COM PÓLIPOS NASAIS. O AUMENTO DA MASSA COM AUMENTO DA PRESSÃO INTRACRANIANA (SINAL DE FURSTENBERG) À MANOBRA DE VALSALVA AJUDA NA DIFERENCIAÇÃO COM PÓLIPO NASAL UNILATERAL. TRATAMENTO CIRÚRGICO É A ESCOLHA. DIVERSOS ACESSOS, ENVOLVENDO NEUROCIRURGIÃO E OTORRINOLARINGOLOGISTA, TEM O OBJETIVO DE LIGAR O PEDÍCULO DA BOLSA QUE CONTEM O TECIDO ENCEFÁLICO NÃO VIÁVEL, RESSECAR A PORÇÃO INTRANASAL E REFORÇAR A FALHA ÓSSEA DA BASE DO CRÂNIO COM MATERIAIS DIVERSOS (COMO FÁSCIA LATA, MÚSCULO, FRAGMENTO ÓSSEO E RETALHOS OU ENXERTOS LIVRES).

**COMENTÁRIOS FINAIS:** MASSA POLIPÓIDE NASAL UNILATERAL EM CRIANÇAS OU ADULTOS PODE INDICAR MENINGOENCEFALOCELE. PROCEDIMENTOS COMO PUNÇÃO OU BIÓPSIA AMBULATORIAL DA LESÃO SÃO CONTRAINDICADOS DEVIDO AO ALTO RISCO DE COMPLICAÇÕES COMO FÍSTULA RINOLIQUEÓRICA E MENINGITE POR INFECÇÃO ASCENDENTE. EM PACIENTES ADULTOS COM HISTÓRIA DE OBSTRUÇÃO NASAL, RINOLIQUEURRIA E LESÃO POLIPOIDE RECENTE, INVESTIGAÇÃO ADICIONAL COM NEUROIMAGEM E PUNÇÃO LOMBAR É ESSENCIAL PARA DETECTAR ENCEFALOCELE INTRANASAL.

**Palavras-chave:** PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NASAIS; ENCEFALOCELE; NEOPLASIAS NASAIS.

PO268

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****EPISTAXE SECUNDÁRIA A NASOANGIOFIBROMA TRATADA POR EMBOLIZAÇÃO SELETIVA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA**COAUTORES:** GABRIEL NEVES FARIAS; GUSTAVO CEDRO SOUZA; ROSANA DUARTE LUZ; MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI; GISLANE BORGES PEREIRA; MARIA IZADORA SENA MACIEL; IEDA CARVALHO DE MELO**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ - AL - BRASIL 2. HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ-AL - AL - BRASIL 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MACEIÓ, MACEIÓ-AL - AL - BRASIL

**Apresentação do caso:** Sexo masculino, 40 anos, admitido em unidade de emergência de referência do estado com episódio ativo de epistaxe volumosa, recorrente e de difícil controle. Realizado tamponamento anterior e posterior bilateral, sem resolução, com necessidade de abordagem em centro cirúrgico. À inspeção cirúrgica, notou-se lesão angiomatosa ocupando cavidade nasal esquerda. Optado por biópsia da lesão. Após este controle cirúrgico e recuperação em unidade de terapia intensiva e enfermaria, o paciente recebeu alta hospitalar para acompanhamento otorrinolaringológico ambulatorial. Duas semanas após, paciente foi readmitido com epistaxe volumosa e resultado do estudo anatomopatológico, que revelou nasoangiofibroma edematoso. Após estudo tomográfico, paciente foi submetido à radiologia intervencionista para abordagem endovascular. Realizada embolização da artéria maxilar interna esquerda, com controle do sangramento.

**Discussão:** Pacientes com epistaxe volumosa precisam sempre, além de tratamento imediato com tamponamento adequado, serem avaliados com exame de imagem para afastar possíveis tumorações sangrantes. O nasoangiofibroma é um tumor benigno, raro, altamente vascularizado, com elevado índice de recorrência e invasividade local, mas que podem ser tratados por via endovascular, como embolização das artérias terminais de irrigação do tumor, seguido por cirurgia radical. O diagnóstico é baseado nos sinais, sintomas, características morfológicas e epidemiológicas. A endoscopia nasal, tomografia computadorizada e a ressonância magnética nuclear fornecem um delineamento da localização e extensão tumoral e as relações com estruturas vasculares e nervosas, permitindo um estadiamento preciso do tumor. Devido à característica sangrante do tumor, a biópsia não é um procedimento de rotina atualmente. Desta forma, além de melhora anatômica dos sítios sangrantes, consegue-se obter um resultado clínico terapêutico mais adequado de tumores vasculares.

**Comentários finais:** A epistaxe é um dos cenários de emergência otorrinolaringológica mais frequentes e temidos. Apresenta alta prevalência, uma vez que cerca de 60% das pessoas terão pelo menos um episódio de epistaxe durante a vida, mas apenas 6% destes necessitarão de tratamento médico. A causa patológica desta afecção é diversa, com grande parcela dos casos associada à comorbidades, tanto anatômicas como fisiológicas. O diagnóstico, e em selecionados casos também o tratamento, ocorre através de métodos de imagem, como a arteriografia. No caso de nasoangiofibroma, continua não havendo uma verdade absoluta em relação à melhor forma de tratamento para. Porém nota-se uma tendência à escolha de embolização arterial seletiva seguida de cirurgia radical como a melhor forma de tratamento.

**Palavras-chave:** ANGIOFIBROMA; EMBOLIZAÇÃO; EPISTAXE.

PO270

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM OSTEOMIELOITE DE BASE DE CRÂNIO E PSEUDOANEURISMA MICÓTICO CAROTÍDEO****AUTOR PRINCIPAL:** TINO MIRO AURÉLIO MARQUES**COAUTORES:** VIVIANE CARVALHO DA SILVA; MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA; EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA; ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO; JOANA CYSNE FROTA VIEIRA; SAULO EDSON SOARES TIMBÓ**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DE CASO:** PACIENTE DO SEXO MASCULINO, 52 ANOS, PORTADOR DE MIELOFIBROSE PRIMÁRIA MUTAÇÃO V617F JAK-2 POSITIVO, APRESENTOU QUADRO DE FEBRE DIÁRIA, OBSTRUÇÃO NASAL E RINORRÉIA MUCOPURULENTA BILATERAL NOS ÚLTIMOS 15 DIAS, EVOLUINDO COM DESORIENTAÇÃO, ADINAMIA E HIPOREXIA, ALÉM DE PTOSE PALPEBRAL BILATERAL. NA NASOFIBROSCOPIA, APRESENTAVA RINORRÉIA ADVINDA DO MEATO MÉDIO E RECESSO ESFENOETMOIDAL BILATERAL, ALÉM DE CROSTAS ABUNDANTES EM FOSSAS NASAIS. REALIZOU TOMOGRAFIA DE SEIOS PARANASAIS E DE CRÂNIO QUE EVIDENCIARAM SINAIS DE PANSINUSOPATIA, COM IMAGENS DE ASPECTO POLIPOIDE ASSOCIADAS À MATERIAL COM DENSIDADE DE PARTES MOLES EM SEIOS PARANASAIS POR VEZES DE ASPECTO BOLHOSO E POR VEZES FORMANDO NÍVEL HIDROAÉREO, ASSOCIADA A OBLITERAÇÃO DOS PLANOS ADIPOSOS DAS FOSSAS PTERIGOPALATINAS, NÃO SE PODENDO AFASTAR EXTENSÃO DO PROCESSO INFLAMATÓRIO, ALÉM DE ALTERAÇÃO DA ATENUAÇÃO ÓSSEA DA BASE DO CRÂNIO, SOBRETUDO DO ESFENOIDE, ACHADO COMPATÍVEL COM OSTEOMIELOITE. CONSTATOU AINDA FORMAÇÃO OVALADA COM ATENUAÇÃO SUBJACENTE À BASE DO CRÂNIO À ESQUERDA (ESPAÇO RETROFARÍNGEO/CAROTÍDEO), RECHAÇANDO O ESPAÇO MUCOSO FARÍNGEO ANTERIORMENTE E O ESPAÇO PARAFARÍNGEO ÂNTERO-LATERALMENTE. FOI AVENTADA INICIALMENTE A HIPÓTESE DE RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO RETROFARÍNGEO E OSTEOMIELOITE DE BASE DE CRÂNIO. ESTUDO COMPLEMENTAR FOI REALIZADO COM ANGIORESSONÂNCIA QUE EVIDENCIOU OCLUSÃO DA ARTÉRIA CAROTÍDEA INTERNA ESQUERDA IMEDIATAMENTE APÓS A BIFURCAÇÃO EM SEU SEGMENTO CERVICAL, ACOMPANHADA DE PSEUDOANEURISMA JUNTO À BASE DO CRÂNIO (TRANSIÇÃO SEGMENTOS C1 E C2), PROMOVENDO EFEITO DE MASSA SOBRE AS ESTRUTURAS CERVICAIS ADJACENTES E EROÇÃO DA BASE DO CRÂNIO, SENDO FIRMADO O DIAGNÓSTICO DE PSEUDOANEURISMA MICÓTICO CAROTÍDEO. PACIENTE EVOLUIU COM DISFAGIA, FOI REALIZADO VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO COM EVIDÊNCIA DE PARALISIA DE HEMILARINGE ESQUERDA COM ESTASE E RESÍDUO ALIMENTAR EM VÁLÉCULA, SEIOS PIRIFORMES E ESPAÇO RETROCRICOIDE, ALÉM DE PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO LARÍNGEA. AO EXAME NEUROLÓGICO, APRESENTAVA QUEDA DO VEU PALATINO À ESQUERDA E DESVIO DA LÍNGUA PARA ESQUERDA, DENOTANDO PARALISIA DO IX, X E XII PARES CRANIANOS. ALIMENTAÇÃO FOI ESTABELICIDA POR VIA NASOENTERAL. HEMOCULTURAS E CULTURAS DE SECREÇÃO NASAL FORAM NEGATIVAS. FEZ USO EMPÍRICO DE VANCOMICINA, MEROPENEM E ANFOTERICINA B DESOXICOLATO, APRESENTANDO MELHORA DOS SINTOMAS E RESOLUÇÃO DO QUADRO NASOSSINUSAL NA ENDOSCOPIA NASAL, NO ENTANTO, SEM MELHORA DO QUADRO NEUROLÓGICO E DAS DIMENSÕES DO ANEURISMA MICÓTICO. PACIENTE EVOLUIU COM DOR TORÁCICA E, EM ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX, FORAM EVIDENCIADOS ANEURISMAS MICÓTICOS CORONARIANOS, SENDO DECIDIDO POR CONDUTA CLÍNICA ATÉ PACIENTE APRESENTAR STATUS PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOIÉTICAS OU RUXOLITINIBE APÓS MELHORA DA TROMBOCITOPENIA, PARA SOMENTE APÓS PROGRAMAR ABORDAGEM CIRÚRGICA COM O SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR. RECEBEU ALTA HOSPITALAR, COM SUPORTE TRANSFUSIONAL EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA, PORÉM EVOLUI COM TROMBOCITOPENIA GRAVE, HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA E ÓBITO.

**DISCUSSÃO:** O ANEURISMA MICÓTICO É UMA INFECÇÃO VASCULAR RARA, CAUSADA POR BACTÉRIAS, FUNGOS OU VÍRUS. COMPLICAÇÃO GRAVE DE INFECÇÃO SISTÊMICA ASSOCIADA À ATEROSCLEROSE. ANEURISMA INFECTADO DESENVOLVE-SE POR INFECÇÕES SISTÊMICAS PRÉVIAS COM BACTEREMIA OU INVASÃO DIRETA LOCAL. PACIENTES IMUNOCOMPROMETIDOS (HIV, DIABÉTICOS, DOSES ALTAS DE GLICOCORTICÓIDES OU ONCOLÓGICOS) TÊM RISCOS MAIORES. TRATAMENTO ENVOLVE ANTIBIÓTICO PROLONGADO, GUIADO POR CULTURAS. TERAPIA EMPÍRICA COM VANCOMICINA ASSOCIADO À AGENTE COM ESPECTRO CONTRA GRAM-NEGATIVOS COSTUMA SER A ESCOLHA DE ANTIBIOTICOTERAPIA. MORTALIDADE ALTA; ELIMINAÇÃO INADEQUADA E REINFECÇÕES TÊM PROGNÓSTICO RESERVADO.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** RINOSSINUSITE AGUDA BACTERIANA COMPLICADA COM ANEURISMA INFECTADO CAROTÍDEO É UMA COMPLICAÇÃO RARA QUE DEVE SER LEMBRADA EM PACIENTES COM LESÕES DO ESPAÇO CAROTÍDEO; O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM COLEÇÕES OU ABSCESSOS NESTA TOPOGRAFIA OU NO ESPAÇO RETROFARÍNGEO OU PARAFARÍNGEO DEVEM SER AVALIADAS MINUCIOSAMENTE PELO RADIOLOGISTA, TENDO EM VISTA EVITAR ABORDAGEM CIRÚRGICA OTORRINOLARINGOLÓGICA DESNECESSÁRIA.

**Palavras-chave:** SINUSITE; ANEURISMA INFECTADO; OSTEOMIELOITE.

PO272

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Atresia coanal: apresentação clínica e abordagem terapêutica

AUTOR PRINCIPAL: BRANDA CAVALCANTE DOURADO

COAUTORES: WEVERTY MARCIEL DE MEDEIROS; WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA

INSTITUIÇÃO: 1. OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. UEFS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL3. HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Apresentação do Caso:** M.C.S.O.L., 8 anos, sexo feminino, nascida de parto cesáreo de uma gravidez gemelar, apresentou desconforto respiratório agudo no período neonatal precoce, com necessidade de oxigenioterapia suplementar. Havia quadro de obstrução nasal bilateral e rinorreia hialina contínua. Ficou internada em UTI neonatal até estabilização clínica. Quando foi realizada tomografia de face recebeu o diagnóstico de atresia coanal. Devido ao seu baixo peso à época, a correção cirúrgica da malformação não pôde ser realizada, tendo que passar por um processo de adaptação para sugar, engolir e respirar pela boca. Realizava frequentemente lavagem nasal com solução isotônica e aspiração nasal. Sentia dispnéia aos esforços e roncos noturnos. Devido a quadros de sinusite e disfagia com líquidos, procurou atendimento no Hospital Otorrinos em janeiro de 2023. Ao exame físico, sem evidências de outras anomalias congênicas. A videonasofibroscopia e nova tomografia de seios da face ratificam o diagnóstico de atresia coanal ósteo membranosa bilateral. A cirurgia para correção de atresia coanal foi realizada em junho deste ano, via endoscópica transnasal, com confecção de retalho mucoso cobrindo a área cruenta; com êxito e sem complicações. Devido à presença de secreção mucopurulenta abundante em fossas nasais optou-se por antibioticoterapia (Amoxicilina com Clavulanato) no pré e pós operatório, por sete dias, respectivamente; além de lavagem nasal com solução salina isotônica. Nas consultas de retorno a paciente apresentou boa recuperação e respiração nasal normal.

**Discussão:** A atresia coanal congênita ocorre por falha no desenvolvimento da comunicação entre a cavidade nasal e a nasofaringe. Pode ocorrer como uma placa ósteo-membranosa, óssea ou membranosa. A obliteração coanal deve-se ao alargamento do terço posterior do vômer e da medialização das lâminas pterigóides e da parede lateral do nariz. Anomalia rara, estima-se em 1:5.000 a 1:8.000 nascidos vivos, sendo duas vezes mais prevalente no sexo feminino. A forma unilateral é a mais comum. A atresia apresenta como limites: superior: superfície inferior do corpo do esfenóide; lateral: lâminas pterigóides mediais; medial: vômer; e inferior: porção horizontal do osso palatino. Essa malformação ocorre por um erro na embriogênese entre a 4ª e a 11ª semana de idade gestacional. As hipóteses mais aceitas são: falta de reabsorção da membrana bucofaríngea, a permanência da membrana nasobucal de Hochstetter e a alteração na orientação das células mesodérmicas que irão constituir a cavidade nasal. A atresia congênita da coana é considerada um sinal de alerta para outras malformações congênicas (cardíacas, musculoesqueléticas, craniofaciais, retardo do crescimento, fístula traqueoesofágica), presentes em 41% a 72% dos casos. Também pode estar presente como um dos achados nas síndromes de Down, Treacher-Collins, Apert e Crouzon. O acrônimo CHARGE define a associação sindrômica de “coloboma of the eye, heart anomaly, choanal atresia, retarded growth and development, genital hypoplasia and ear anomalies/deafness”. Quando unilateral, a atresia coanal é oligossintomática e leve, devido à obstrução nasal e rinorreia persistentes no lado atrésico. Quando bilateral, apresenta-se no recém-nascido como um quadro emergencial, com sinais de asfixia e cianose, podendo evoluir rapidamente para insuficiência respiratória grave, com risco potencial de óbito, sendo necessária manutenção de via aérea por intubação oral ou traqueostomia. O tratamento definitivo é cirúrgico e atualmente existem várias técnicas: microscópica e endoscópica via transnasal, transpalatal, transeptal, transantral e dilatações intranasais. A técnica transnasal via endoscópica é a mais utilizada, pois oferece boa visualização, é menos traumática, apresenta menores taxas de complicações e proporciona uma recuperação mais rápida no pós-operatório.

**Comentários finais:** O diagnóstico precoce e intervenção cirúrgica adequada são cruciais para restauração da patência nasal e melhora da qualidade de vida no paciente com atresia coanal.

**Palavras-chave:** atresia coanal; obstrução nasal; cirurgia endoscópica.

PO276

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****MENINGIOMA MENINGOTELIAL NASOSSINUSAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** SAULO EDSON SOARES TIMBÓ**COAUTORES:** VIVIANE CARVALHO DA SILVA; ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES; EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA; MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA; TINO MIRO AURÉLIO MARQUES; ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO; JOANA CYSNE FROTA VIEIRA**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA - CE - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, 66 anos, diabético, esquizofrênico, com queixa de obstrução nasal bilateral, pior à direita, com rinorreia hialina, em piora progressiva. Procurou atendimento à nível primário, sendo identificada lesão polipoide ocupando a fossa nasal direita. Em associação, apresentava queixa de anosmia há anos, sem ter buscado atendimento médico por tal queixa. Referia que, há 24 anos, apresentou piora da acuidade visual, de progressão rápida, associada à cefaleia intensa intermitente, procurando atendimento oftalmológico, com ressonância magnética evidenciando lesão intracraniana em sistema nervoso central comprimindo globo ocular bilateralmente. Foi realizada craniotomia, não possuindo laudo que comprove o diagnóstico histopatológico dessa lesão, permanecendo com queixa de amaurose bilateral desde então. Foi encaminhado ao atendimento otorrinolaringológico terciário, em 2022, diante das queixas atuais, com exames de imagem mostrando lesão expansiva em seio maxilar direito, frontais, esfenoidal e etmoidais bilateralmente, estendendo-se pelas cavidades nasais até coanas. Apresentava sinais de erosão de trabéculas etmoidais e de paredes mediais de ambas as órbitas e lâminas papiráceas, deslocando lateralmente os músculos reto mediais, tocando os nervos óticos, além de sinais de erosão da lâmina cribiforme/fossas olfatórias. Foi submetido à sinusotomia bilateral maxilar e etmoidal, frontal à direita e esfenoidal bilateralmente em novembro de 2022. Os achados intraoperatórios mostravam tumoração ocupando a fossa nasal direita e meato médio esquerdo, infiltrando parede septal e orbitária, com extensão intracraniana na base do crânio. A biópsia de congelação sugeriu meningioma nasal, confirmada com anatomopatológico de meningioma meningotelial nasossinusal. Apresenta-se, atualmente, bem, sem queixas obstrutivas nasais, rinorreia ou epistaxe, após 9 meses do tratamento cirúrgico, referindo anosmia relatada, acompanhado trimestralmente, sem sinais de recidiva de lesão.

**DISCUSSÃO:** A ocorrência de meningioma acometendo a cavidade nasal e seios paranasais pode se manifestar de diversas formas clínicas, dentre elas, por meio de extensão por contiguidade de lesão intracraniana ou metástase de lesão intracraniana, como também lesão oriunda de células ectópicas da aracnoide presentes em bainhas de vasos ou mesmo de nervos cranianos, nos locais em que estes saem pelos forames ou linhas de sutura. É possível ainda meningioma extracraniano sem a aparente relação relatada com outra alteração, em sua forma primária. É sabido que a lesão extracraniana é rara, sendo a principal a extensão de uma lesão intracraniana. Sua ocorrência é rara, representando 1-2% de todos os casos, o que leva a pensar em sua forma mais comum de acometimento, a extensão de lesão intracraniana ou metástase dessa lesão, já que o paciente apresentou história de tumor em sistema nervoso central com necessidade cirúrgica há 24 anos. Os principais locais acometidos extracranianos são a órbita, os seios paranasais, couro cabeludo e ápice petroso. Dessa forma, deve ser considerado diagnóstico diferencial com papiloma invertido, hemangioma nasal ou pólio nasal, sendo o diagnóstico baseado no estudo histopatológico da lesão. Há 4 subtipos histológicos descritos, o meningotelial, fibroblástico, transicional e angioblástico. Ressalta-se que o subtipo meningotelial é o mais comum. A maioria dos meningiomas nasais são benignos, com infiltração local ou metástases a distância mais relacionados aos tipos malignos. O tratamento preferencial é cirúrgico, porém pode apresentar dificuldade em sua completa ressecção, o que facilita a recidiva da lesão e seus sintomas, chegando a 25% dos casos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A ocorrência de meningioma nasossinusal é rara, principalmente associada à extensão de lesão intracraniana. Deve ser feito diagnóstico diferencial com papiloma invertido, hemangioma e pólio nasal, porém a confirmação se dá pelo histopatológico. O subtipo meningotelial é o mais comum. O tratamento é cirúrgico, podendo apresentar maior taxa de recidiva em caso de remanescente tumoral.

**Palavras-chave:** Meningioma; Neoplasias Nasais; Obstrução Nasal.

PO279

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Hamartoma seromucinoso nasal: um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA**COAUTORES:** LUMA MOREIRA DA COSTA; LETICIA DE MORY VOLPINI; INGRID DE MORAES RIBEIRO; RODRIGO DE ARAGÃO TORRES; FABIOLLA MARIA MARTINS COSTA; FABIANA ROCHA FERRAZ; MIGUEL SOARES TEPEDINO**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Apresentação do caso:**

N.S.M.P, feminina, 70 anos, com história de carcinoma escamoso de laringe tratado com quimioterapia e radioterapia em 2015. Em consulta de controle oncológico, ao ser submetida a nasofibrolaringoscopia, foi evidenciada lesão em fossa nasal esquerda. Paciente negava sintomas nasais como obstrução, rinorreia, epistaxe, gotejamento pós nasal, hiposmia, cefaleia ou dor na face. Relatou apenas que a filha notou que sua voz tornou-se anasalada. Como comorbidades apresentava também diabetes, dislipidemia, hipotireoidismo, e câncer de mama tratado em 2007.

A Endoscopia nasal evidenciou lesão de aspecto polipoide, lisa e homogênea em fossa nasal esquerda, entre o septo nasal e a concha média, estendendo-se ao cavum. Tomografia computadorizada demonstrou material com densidade de partes moles preenchendo seio esfenoidal esquerdo e parcialmente seio maxilar ipsilateral, bem como material com densidade de partes moles em região posterior de fossa nasal esquerda, em contato com o septo nasal, sem aspecto infiltrativo ou destruição óssea associada. Na ressonância magnética foi observada lesão alongada, com base larga na porção posterior do septo nasal, medindo 2,3x2,2x3,1cm com sinal heterogêneo e contornos lobulados.

Foi realizada biópsia ambulatorial sob anestesia tópica, com auxílio de endoscópio de zero grau, e o resultado histopatológico foi sugestivo de hamartoma seromucinoso. A paciente foi submetida a cirurgia endoscópica nasal para ressecção completa da lesão e análise histopatológica da peça cirúrgica confirmou hamartoma seromucinoso.

**Discussão:**

Hamartomas seromucinosos nasais são tumores benignos raros, causados por proliferação glandular do trato sinonasal, descritos por Baillie and Batsakis em 1974, com pouco mais de 30 casos subsequentes relatados na literatura. Nós reportamos um caso de hamartoma seromucinoso com características semelhantes ao relatado na literatura, com a maioria dessas lesões se originando da região posterior do septo nasal, medialmente a concha média. Em relação a comorbidades preexistentes os estudos anteriores reportaram hipertensão, espondilite anquilosante e artrite reumatoide, mas nenhum relatou história prévia de tumor de Cabeça e Pescoço tratado com quimio e radioterapia, como foi presente no nosso caso um carcinoma escamoso de laringe.

**Comentários finais:**

Apesar de sua raridade, o hamartoma seromucinoso deve ser incluído como diagnóstico diferencial de tumores nasais, principalmente daqueles ocupando a região posterior da fossa nasal. Esse é o primeiro relato de um hamartoma seromucinoso em paciente submetida a quimioterapia e radioterapia para tratamento prévio de tumor maligno da Cabeça e Pescoço, levantando um questionamento sobre a possibilidade de quimio ou radioindução da lesão. Mais estudos são necessários para confirmar tal correlação.

**Palavras-chave:** Hamartoma seromucinoso; Tumor nasal; Raro.



PO283

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****MANEJO DA EPISTAXE NA TELANGIECTASIA HEREDITÁRIA FAMILIAR****AUTOR PRINCIPAL:** MAURÍCIO VILELA FREIRE**COAUTORES:** LARISSA FAVORETTO ALMEIDA; JOSE ELIAS DA SILVA MURAD; MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO; GISELLI HELENA SOUZA; RAQUEL RAIANE ALVES LOPES; ROGERIO RAMOS CAIADO**INSTITUIÇÃO:** HBDF, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente, sexo masculino, 51 anos, deu entrada no serviço de otorrinolaringologia com queixa de epistaxe recorrente desde a infância, evoluindo com piora progressiva nos últimos anos, em especial nos últimos meses, em que evoluiu com queda dos parâmetros hematimétricos, com hemoglobina de 7 e Hematócrito 21%. Apresenta história familiar paterna e de irmãos com quadro clínico similar. Pai com histórico de epistaxe e hemotransfusões. Ao exame físico, o paciente apresentava telangiectasias difusas em lábios e região perinasal. À videoendoscopia nasal foram observadas lesões telangiectásicas difusamente em fossas nasais bilateral.

**Discussão:** A Síndrome de Rendu-Osler-Weber ou Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH) é uma doença genética rara, de transmissão autossômica dominante, com incidência de 1 paciente a cada 100.000. É caracterizada por uma displasia fibrovascular sistêmica, causada por uma alteração da camada muscular dos vasos, o que os torna suscetíveis a rupturas espontâneas. Também pode se manifestar como comunicações arteriovenosas anormais, as assim chamadas telangiectasias, que afetam a pele, o nariz, superfícies mucosas, pulmões, cérebro e trato gastrointestinal. As principais manifestações clínicas são: epistaxe, telangiectasia de pele, lábio ou boca, fístulas arteriovenosas (FAV) pulmonares; hepática ou cerebral; sangramento gastrointestinal, e, mais raramente, anemia grave. O diagnóstico clínico é feito com base nos Critérios de Curação da Fundação Internacional de Telangiectasia Hemorrágica Hereditária. Este critério é estabelecido pela presença de: epistaxes recorrentes espontâneas, telangiectasias, lesões viscerais e história familiar positiva para THH. A presença de apenas 1 critério torna o diagnóstico improvável; 2 critérios torna o diagnóstico possível; 3 ou mais, confirmam o diagnóstico. Atualmente, não há tratamento satisfatório e definitivo para a THH e seu manejo tem por objetivo diminuir o número de episódios de sangramentos, sua intensidade, a necessidade de transfusões sanguíneas e hospitalizações. O manejo apropriado depende das manifestações clínicas e do sítio da doença. Em relação à epistaxe, tratamentos com cauterização, pressão local ou tamponamentos são apenas paliativos, devendo ser usados em crises agudas. Embolização arterial, terapia estrogênica ou com laser são utilizados como medidas terapêuticas em quadros leves. A terapia estrogênica que gera a metaplasia da mucosa nasal para uma espessa camada de epitélio escamoso queratinizado que cobre eventuais lesões nasais. Geralmente é pouco utilizada devido aos efeitos colaterais envolvidos. A terapia a laser ajuda na atrofia de vasos telangiectásicos, mas podem apresentar recorrência. As técnicas cirúrgicas são reservadas para casos graves, com epistaxe recorrente e repercussões clínicas para o paciente, incluindo a Dermosseptoplastia e o fechamento das narinas pela técnica de Young. A Dermosseptoplastia, ou cirurgia de Saunders, baseia-se em inserir uma fina camada de pele para cobrir a área anterior do nariz. Podem ser retirados retalhos de pele ou mucosa labial. É colocado um retalho sobre a mucosa afetada, cobrindo septo nasal e cornetos inferiores bilateralmente. É considerada o padrão ouro do tratamento por alguns autores. O fechamento das narinas pela técnica de Young é realizado através de uma incisão na junção mucocutânea do vestíbulo nasal que são levantados retrogradamente. Apresenta sérios efeitos colaterais devido à respiração oral e é considerado um procedimento reservado para casos selecionados.

**Comentários Finais:** A Telangiectasia Hemorrágica Hereditária é uma doença multissistêmica que tem como principal manifestação a epistaxe. É de extrema importância ao otorrinolaringologista a elevada suspeição para um diagnóstico precoce, pesquisa de complicações sistêmicas e correto manejo clínico ou cirúrgico do paciente.

**Palavras-chave:** telangiectasia hemorrágica hereditária; Epistaxe; Rendu-Osler-Weber.



PO288

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Encefalocele esfenoidal: Relato de Caso

AUTOR PRINCIPAL: SOFIA REIS BOTELHO

COAUTORES: LETICIA GONÇALVES SILVA; BEATRICE HAASE CECCON; JULIANA DAL PONTE CARVALHO; LIVIA SCHIRMER DECHEN; MESSIAS GONCALVES PACHECO JUNIOR; PRISCILA BOGAR; FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, 50 anos, sexo feminino, com história de rinorreia unilateral em fossa nasal esquerda há 5 meses. Relata aumento do volume do líquido exteriorizado ao abaixar a cabeça, momentos em que também apresenta cefaleia associada ao quadro. Paciente nega história de trauma cranioencefálico ou meningite. Ao exame neurológico, GLASGOW 15, sem rigidez de nuca, afebril, marcha incaracterística e força preservada nos quatro membros. À rinoscopia, sem lesões nasais visualizadas ou débito de líquido hialino nasal à posição de prece. A nasofibrosopia demonstrou apenas desvio obstrutivo à esquerda e não foi identificado drenagem de rinoliquorreia durante o exame. A tomografia de seios paranasais demonstrou falha em região cortical inferior de osso temporal esquerdo, com comunicação, preenchida com material de atenuação de partes moles, com a porção septada à esquerda do seio esfenoidal. Na ressonância magnética de encéfalo e de seios paranasais, observou-se sela túrcica vazia e base encefálica anterior lateralizada à esquerda, com insinuação frontal para porção à esquerda de seio esfenoidal. Foi levantada a hipótese diagnóstica de fístula liquórica espontânea não traumática secundária à encefalocele, por provável hipertensão intracraniana benigna. Realizada correção de encefalocele em esenoide esquerdo por acesso endonasal, com confecção de retalho nasosseptal e para reconstrução de falha óssea de base de crânio foram utilizados: substituto de dura-máter sintético, gordura abdominal, curativos hemostáticos locais do tipo surgicel e cola de fibrina. Em retorno ambulatorial após 2 meses da cirurgia, paciente segue assintomática, sem recidivas com bom aspecto pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** Rinoliquorreia ocorre quando há uma comunicação anormal entre o espaço subaracnoideo e um defeito em região de base de crânio, culminando no extravasamento de líquido pela cavidade nasal. Tem ocorrência na grande maioria das vezes unilateral e está intimamente relacionada a traumas prévios, tumores ou outras anormalidades em base de crânio. Quando não identificado evento desencadeante, é classificado como espontânea, primária, ou rinoliquorreia não traumática – sendo este grupo extremamente raro, ocorrendo em apenas 4% dos casos. Dados recentes da literatura estabeleceram relação entre rinoliquorreia espontânea e hipertensão intracraniana benigna ou idiopática. Sugere-se que a pressão cronicamente elevada culminaria em danos ósseos acumulados em base de crânio e a ocorrência de eventual encefalocele intraesfenoidais e/ou herniação de porções meníngeas com ou sem tecido encefálico associado. Epidemiologicamente, a hipertensão intracraniana idiopática está intimamente relacionada à obesidade, mais prevalente em mulheres de meia idade e achados radiológicos como sela túrcica vazia, nervo óptico dilatado e achatamento de globo ocular podem sugerir seu diagnóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Diante da queixa de rinorreia abundante de ocorrência unilateral, deve ser considerado diagnóstico de rinoliquorreia com posterior investigação etiológica por meio de anamnese minuciosa, exame físico e exames complementares apropriados. Na maioria dos casos, este evento relaciona-se com traumas prévios, dado importante a ser explorado na coleta de história do paciente. Quando de origem primária ou espontânea, associação com hipertensão intracraniana benigna é possível e deve ser considerada principalmente diante de quadros de mulheres de meia idade com achados radiológicos sugestivos.

Palavras-chave: encefalocele;rinoliquorreia;hipertensão intracraniana benigna.

PO289

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PAPILOMA INVERTIDO NASOSSINUSAL RECIDIVANTE: ACESSO CIRÚRGICO COMBINADO PARA UM CASO DESAFIADOR****AUTOR PRINCIPAL:** HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA**COAUTORES:** FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO; VICTOR ARY CÂMARA; FABIO LAU; ROBERTA PARMA DORIGUETO DE OLIVEIRA; EULALIA SAKANO**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

74 anos, sexo feminino, com história de cinco cirurgias endonasais prévias, sendo a última um DRAF III para rinossinusite crônica com polipose nasal, além de marsupialização de mucocoele frontal em 2017. Após cinco anos, apresentou recidiva das lesões em cavidade nasal, associado a proptose, edema e dor ocular. Nasofibrosopia mostrou lesões de aspecto polipoide e exofíticas, obstruindo passagem de ótica flexível bilateralmente. Biópsia confirmou papiloma invertido nasossinusal. Exames de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) demonstraram lesão infiltrativa, ocupando seios frontais e maxilares, invasão de parede medial de órbita esquerda, fossa craniana anterior e parede posterior do seio frontal. Acesso externo ao frontal por meio de incisão em asa de gaivota, e abordagem endoscópica para ressecção das lesões e comunicação com o recesso do frontal. Paciente sem recidiva até o momento.

**DISCUSSÃO:**

O papiloma invertido nasossinusal (PI) é um tumor benigno, relativamente raro, que se origina do tecido epitelial da mucosa dos seios paranasais. Responde por cerca de 0,5 a 4% de todos os tumores nasais, com uma incidência anual de, aproximadamente, 0,6 a 1,5 casos por 100.000 habitantes. Mais comumente afeta paciente entre a 5ª e 6ª década de vida, com uma proporção de homens para mulheres de 2–3:1. Sua etiologia ainda é desconhecida. Contudo, algumas hipóteses controversas são descritas na literatura, como a associação com papilomavírus humano (HPV), vírus Epstein-Barr (EBV), tabagismo e exposição ocupacional industrial. Existe forte evidência de que fatores angiogênicos e proliferativos, como o VEGF e EGFR, estejam associados à formação e progressão do PI. Em aproximadamente 5% dos casos, existe a associação com carcinoma epidermoide. O diagnóstico é feito por meio do estudo histopatológico, e exames de imagem com TC e RM contrastados são essenciais no planejamento pré-operatório, para avaliação de erosões ósseas e diferenciação tumoral de processo inflamatório. O tratamento é cirúrgico, sendo de escolha o acesso endoscópico para tumores com extensão limitada. Já nos casos com acometimento da porção lateral do seio frontal, transformação maligna, esclerose óssea e cirurgias revisionais, o acesso externo, associado ao endoscópico, é indicado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

O papiloma invertido nasossinusal recidivante, devido às altas taxas de recidiva descritas na literatura, requer seguimento rigoroso com exames endoscópicos e de imagem. O reconhecimento do pedículo de origem durante o procedimento cirúrgico, e a ressecção completa da lesão são fatores fundamentais para evitar a recorrência. Tumores extensos muitas vezes necessitam de abordagem mais agressiva, sendo o acesso externo, concomitante ao endoscópico, necessário nestes casos de evolução desfavorável.

Palavras-chave: papiloma invertido; seios paranasais; tratamento.

PO293

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: RELATO DE CASO DE UM TUMOR VASCULAR RARO EM PACIENTE JOVEM****AUTOR PRINCIPAL:** VINÍCIUS GOMES DE FRANÇA ALMEIDA**COAUTORES:** MICHELLE QUEIROZ AGUIAR BRASIL; CLARA MONICA FIGUEIREDO DE LIMA; ALEX MIRANDA DE OLIVEIRA; LUCAS EDUARDO DE OLIVEIRA; MARCOS CARDOSO VIEIRA BORGES; ALESSON RODRIGO DOS SANTOS E SANTOS**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL**APRESENTAÇÃO DE CASO:**

Paciente do sexo masculino, 13 anos, iniciou obstrução nasal fixa à direita e epistaxes de pequena monta há 2 anos. Associado ao quadro, relata espirros, prurido nasal e rinorreia amarelada à direita. No exame físico, detectou-se assimetria nasal e a endoscopia nasal evidenciou lesão hiperemiada e vascularizada em fossa nasal direita, localizada entre concha média e septo nasal. Tomografia evidenciando lesão com realce em meio ao contraste de 5,0 x 3,9 x 5,3 (AP x LL x CC) com erosão óssea, alargamento da fossa pterigopalatina e extensão intracraniana, sugestivo de Nasoangiofibroma juvenil. Paciente foi submetido inicialmente à angioembolização, mas ainda mantinha blush tumoral proximal após o procedimento, comprometendo a ressecção cirúrgica neste momento, culminando com perda de seguimento. Retornou após 5 meses evoluindo com piora dos sintomas, maior frequência de epistaxes, aumento da lesão com piora da deformidade facial e exteriorização pela fossa nasal. Realizado novo estadiamento com exames de imagem.

Foi submetido a novo procedimento de angioembolização com êxito e, 48 horas depois, foi realizada cirurgia para ressecção tumoral com equipe da Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Neurocirurgia. Procedimento realizado sem intercorrências, e paciente com seguimento pós cirúrgico sem intercorrências.

**DISCUSSÃO:**

O Nasoangiofibroma juvenil (NAF) é um tumor benigno e altamente vascularizado que ocorre no nariz e seios paranasais. É uma condição quase exclusiva em adolescentes do sexo masculino, com surgimento geralmente entre 12 e 18 anos de idade, sendo considerado hormônio-dependente por ocorrer predominantemente em adolescentes do sexo masculino durante a puberdade. Embora seja uma teoria não totalmente elucidada, acredita-se que os hormônios sexuais masculinos, como os andrógenos, possam desempenhar um papel no desenvolvimento deste tumor.

O NAF é um tumor raro (0,5% de todos tumores nasais e tem cerca 1 a 2 casos por milhão de pessoas por ano) e localmente agressivo. Embora benigno, pode causar sintomas significativos devido à sua localização próxima a estruturas vitais, como os seios paranasais, a base do crânio e os vasos sanguíneos nobres. O principal sintoma é obstrução nasal fixa unilateral e sangramento nasal recorrente, mas pode associar-se também à rinorreia persistente, diminuição do olfato e deformidade facial.

O tratamento baseia-se em 3 pilares: angioembolização, cirurgia e embolização. A embolização arterial pré-operatória desempenha um papel importante no tratamento- reduz significativamente o risco de sangramento e o tamanho do tumor, facilita a ressecção cirúrgica e reduz a taxa de recorrência. A cirurgia pode ser realizada com técnica aberta, fechada ou ambas. A escolha depende da extensão e localização do tumor, experiência do cirurgião e as preferências individuais do paciente. A radioterapia pode ser indicada em casos selecionados como opção terapêutica complementar, realizada antes ou após a cirurgia, dependendo das características do tumor e das necessidades individuais de cada paciente. O prognóstico dos pacientes com NAF é variável, dependendo da extensão e localização do tumor, idade do paciente, presença de invasão intracraniana e resposta ao tratamento.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O tratamento adequado e o manejo precoce do NAF são cruciais para obtenção de melhores resultados. Com os avanços na abordagem diagnóstica, técnicas cirúrgicas e tratamentos adjuvantes, o prognóstico geral melhorou ao longo dos anos. No entanto, o NAF ainda pode apresentar desafios significativos devido à sua localização complexa e potencial invasão de estruturas adjacentes. A ressecção cirúrgica completa do tumor é o principal objetivo do tratamento. Quando realizada com sucesso, o prognóstico é favorável, com uma baixa taxa de recidiva. Entretanto, em alguns casos, especialmente aqueles com extensão intracraniana, pode ser difícil alcançar uma ressecção completa.

Palavras-chave: NASOANGIOFIBROMA; TUMOR NASAL; TUMOR VASCULAR.

PO302

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PÓLIPO ANTROCOANAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA MINETTO DE LIMA**COAUTORES:** CAMILA MARIA VIEIRA; BEATRIZ COVICI BARROS; MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR; MARIANE PAIVA RANGEL; MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS; ALINE BATISTA LOPES; FABIO TADEU MOURA LORENZETTI**INSTITUIÇÃO:** BOS SOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 14 anos, foi avaliada em ambulatório de nosso serviço com queixa de obstrução nasal bilateral, pior à esquerda, há 5 meses, associada a hiposmia, rinorreia amarelada e gotejamento posterior. Realizou tratamento prévio com lavagem e corticoide nasal, sem melhora dos sintomas. À rinoscopia anterior, observou-se lesão de aspecto polipoide ocupando toda a fossa nasal esquerda associada a abundante secreção mucoide. À oroscopia, visualizada lesão em região posterior ao palato mole, proveniente de rinofaringe. Avaliação nasofibroscópica evidenciou lesão ocupando toda fossa nasal esquerda com extensão à orofaringe (figuras 1 e 2). TC de seios paranasais demonstrou material de atenuação de partes moles em fossa nasal esquerda com origem em seio maxilar ipsilateral com alargamento de infundíbulo, associado a velamento de seio maxilar esquerdo, células etmoidais e frontais (figuras 3 e 4). Aventada hipótese diagnóstica de pólipos antrocoanais (PAC), paciente foi submetida a pansinusectomia com exérese de lesão, sem intercorrências. Avaliação anatomopatológica evidenciou resultado de pólipos inflamatórios nasais, sem sinais de malignidade, compatível com hipótese diagnóstica de pólipos antrocoanais (PAC). Paciente evoluiu bem no pós-operatório, com melhora das queixas.

**Discussão:** Pólipos antrocoanais (PAC) representa uma entidade benigna que corresponde a 4 a 6% dos pólipos nasais, sendo na maioria das vezes unilateral. A lesão tem sua origem na mucosa do seio maxilar, percorrendo o óstio do seio e alcança a coana e a rinofaringe, com capacidade de alcançar até a orofaringe. A manifestação clínica habitual é o sintoma de obstrução nasal, podendo associar-se à secreção nasal, descarga posterior, sensação de corpo estranho, halitose. O exame de nasofibroscopia juntamente com a tomografia computadorizada é padrão-ouro para diagnóstico do PAC, evidenciando massa de aspecto polipoide de inserção maxilar, com alargamento do complexo ostiomeatal e extensão para coanas. O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica da lesão, sendo a via endoscópica preferencial.

**Comentários Finais:** O PAC é uma lesão benigna, de crescimento lento e progressivo, com maior prevalência em crianças. A anamnese e o exame físico, associados a exames de nasofibroscopia e de tomografia computadorizada permitem diagnóstico assertivo afim de direcionar a abordagem com uma técnica cirúrgica eficaz. O diagnóstico e a abordagem precoces são fundamentais para permitir um tratamento com maior chance de sucesso.

**Palavras-chave:** pólipos antrocoanais; polipose nasal; endonasal.

PO304

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****GRANDE IMPACTO DA RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE NASAL (RSCcPN) NO SISTEMA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE****AUTOR PRINCIPAL:** LAÍSA NUNES KATO**COAUTORES:** VANESSA SILVA SOLEDADE; NATALIA MELO ABRAHÃO; MARCELL DE MELO NAVES; MATEUS SILVA MAROBIN; TEODORO MENDES BORGES PASSOS; JOSÉ ANTONIO PATROCINIO; LUCAS GOMES PATROCINIO**INSTITUIÇÃO:** UMC - UBERLÂNDIA MEDICAL CENTER, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL**CASO CLÍNICO:**

PACIENTE, FEMININO, 45 ANOS, COM RINORREIA FÉTIDA HÁ 5 MESES, ASSOCIADO A CEFALÉIA FRONTAL, DO TIPO PRESSÃO, OBSTRUÇÃO NASAL E CACOSMIA, FEZ USO DE ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR 15 DIAS, SEM MELHORA DOS SINTOMAS E INÍCIO DE EDEMA PERIORBITÁRIO A DIREITA, INTERNADA DESDE ENTÃO NA CIDADE DE ORIGEM, ADMITIDA EM NOSSO SERVIÇO EM AGOSTO DEVIDO A ACHADOS EM EXAMES DE IMAGEM E PERSISTÊNCIA DOS SINTOMAS. NAS IMAGENS APRESENTOU FORMAÇÃO EXTRA-AXIAL DE CONTIGUIDADE ÓSSEA, FRONTAL E ETMOIDAL, ASSOCIADA A SINAIS INFECTO-INFLAMATÓRIOS SINUSAIS E IMPORTANTE EFEITO COMPRESSIVO CEREBRAL, COM REMODELAMENTO ÓSSEO, ALÉM DE OBLITERAÇÃO DIFUSA DAS CÉLULAS ETMOIDAIS E FOSSAS NASAIS, ESTENDENDO-SE PARA RINOFARINGE, HIPEROSTOSE EM SEIOS FRONTAL E ESPESSAMENTO MUCOSO DOS SEIOS MAXILARES E ESFENOIDAIS. AO EXAME FÍSICO, ESTÁVEL, SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS, RINORREIA AMARELADA, ESPESSE EM FOSSA NASAL ESQUERDA E A DIREITA LESÃO POLIPOIDE, DOR DO TIPO PRESSÃO EM FACE E EDEMA PERIORBITÁRIO A ESQUERDA. OPTADO POR ABORDAGEM CIRÚRGICA PELA NOSSA EQUIPE DEVIDO AO TEMPO DE EVOLUÇÃO E SUSPEITA DE COMPLICAÇÃO DA RSC. DURANTE ATO CIRÚRGICO VIA ENDONASAL, FOI OBSERVADA LESÃO POLIPOIDE POR TODA EXTENSÃO DE FOSSA NASAL BILATERAL, COM SECREÇÃO AMARELADA E ESPESSE DE SEIOS ETMOIDAIS, MAXILARES, ESFENOIDAIS E FRONTAIS, COM REMODELAMENTO ÓSSEO DO FRONTAL, SEM COMUNICAÇÃO CEREBRAL, ASSIM, PELA EXTENSÃO DA LESÃO, OPTOU-SE POR PANSINUSOTOMIA E DRAF III. APÓS CIRURGIA, PACIENTE MANTEVE LAVAGEM NASAL COM SOLUÇÃO SALINA E CORTICOIDE, ALÉM DE ATB VO, COM MELHORA IMPORTANTE DOS SINTOMAS E RETORNO AS ATIVIDADES LABORAIS. NO SEGUIMENTO EM 2 MESES, NÃO FORAM OBSERVADAS RECIDIVAS DA LESÃO.

**DISCUSSÃO:**

A RINOSSINUSITE CRÔNICA (RSC) SE CONSTITUE EM UMA DAS AFECÇÕES MAIS PREVALENTES DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, COM UM CUSTO FINANCEIRO ELEVADO PARA SOCIEDADE E REDUÇÃO IMPORTANTE DA QUALIDADE DE VIDA.

ELA É CONSEQUÊNCIA DE PROCESSOS INFECCIOSOS VIRAIS, FÚNGICOS E PODE ESTAR ASSOCIADA A ALERGIA, POLIPOSE NASOSSINUSAL E DISFUNÇÃO VASOMOTORA DA MUCOSA. É CARACTERIZADA POR DOIS OU MAIS DOS SINTOMAS: OBSTRUÇÃO NASAL, RINORRÉIA ANTERIOR OU POSTERIOR E DOR OU PRESSÃO FACIAL OU REDUÇÃO OU PERDA DO OLFATO POR MAIS DO QUE 12 SEMANAS.

A RSC É CLASSIFICADA COM ENDÓTIPO NÃO-TIPO 2 OU TIPO 2, TENDO COMO UM DOS FENÓTIPOS TIPO 2 A RSCcPN, QUE POSSUI CONCENTRAÇÕES ELEVADAS DE INTERLEUCINA 5, 4 E 13, IMUNOGLOBULINA E (IGE) E PRESENÇA DE EOSINÓFILOS COM EDEMA NO ESTROMA E ALTERAÇÃO NO TECIDO ÓSSEO. OS PROCESSOS AGUDOS, ALÉM DOS CRÔNICOS AGUDIZADOS, APRESENTAM UM MAIOR NÚMERO DE COMPLICAÇÕES E ESTAS ESTÃO DIRETAMENTE RELACIONADAS A LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DOS SEIOS PARANASAIS, CRÂNIO E TECIDOS ADJACENTES, COMO O TUMOR EDEMATOSO DE POTT, MENINGITES E ABSCESSOS. POR ISSO, A IMPORTÂNCIA DA TC, PERMITINDO DETERMINAR O GRAU DE ACOMETIMENTO NASOSSINUSAL, SUAS ALTERAÇÕES ANATÔMICAS E AS RELAÇÕES COM ESTRUTURAS VIZINHAS. COMO TRATAMENTO, O CORTICOSTERÓIDE TÓPICO NASAL VEM MELHORANDO O PROGNÓSTICO E FACILITANDO O TRATAMENTO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, PROMOVENDO A REDUÇÃO DO EDEMA, FACILITAÇÃO DA DRENAGEM E A MANUTENÇÃO DA PERMEABILIDADE DOS ÓSTIOS. O TRATAMENTO CLÍNICO DEPENDE DE OUTRAS MEDIDAS TERAPÊUTICAS, INCLUINDO O TRATAMENTO CIRÚRGICO, MAS PODE SER UTILIZADO DE TRÊS A SEIS SEMANAS, SENDO A CIRURGIA GERALMENTE RESERVADA PARA A RSC QUE NÃO RESPONDE AO TRATAMENTO CONSERVADOR, COMO NESSE RELATO DE CASO OU NA RSC ASSOCIADA A COMPLICAÇÕES, SENDO UMA MODALIDADE TERAPÊUTICA SEGURA.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

A RSC É UMA DOENÇA COMPLEXA E MULTIFATORIAL QUE ENVOLVE MÚLTIPLOS FATORES GENÉTICOS, IMUNOLÓGICOS, AMBIENTAIS E MUCOSOS, MAS SUA ETIOLOGIA AINDA PRECISA SER ESCLARECIDA. A RSC TEM PIOR IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA QUANDO COMPARADA À OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS, COMO POR EXEMPLO, ARTRITE REUMATÓIDE, DIABETES INSULINO-DEPENDENTE, SENDO DE GRANDE IMPACTO NA DOR CORPORAL E LIMITAÇÃO SOCIAL. PORTANTO, POR SE TRATAR DE UMA DOENÇA CRÔNICA, O OBJETIVO PRINCIPAL É ALCANÇAR E MANTER O SEU CONTROLE, MELHORANDO A QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE E REDUZINDO A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MESMO.

Palavras-chave: rinossinusite crônica;polipose nasal;qualidade de vida.

PO305

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL: UM RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** CLÁUDIA ROCHA PARANHOS VIANNA DIAS DA SILVA**COAUTORES:** THATIANA PEREIRA SILVA; JULYANA CARNEIRO GOMES; NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO; BRANDA CAVALCANTE DOURADO; MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO; WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA; MILA MACÊDO ALMEIDA CELLI SERAFIM**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, 41 anos, sexo masculino, com histórico de Rinossinusite de repetição – seis episódios no último ano. Realizou Sinusectomia em setembro de 2022, sem melhora do quadro. Refere uso frequente de antibióticos e de corticoide oral e nasal. Portador de Asma, Diarreia crônica em investigação e Doença do Refluxo Gastroesofágico. Realizada investigação imunológica que evidenciou IgG Total baixa (IgG1 inferior a 150; IgG2 inferior a 20; IgG3 9,7; IgG4 1,1), além de IgA (<15) e IgM (7,2) baixas, bem como ausência de resposta vacinal para sarampo, caxumba, rubéola e varicela e sem resposta ao pneumococo após oito semanas da Vacina para Pneumococo 23. Diante do quadro clínico do paciente e do resultado dos exames laboratoriais foi dado o diagnóstico de Imunodeficiência Comum Variável (ICV). Em seguida, foi iniciado o tratamento com Imunoglobulina subcutânea. O paciente evolui de forma satisfatória, no seguimento clínico, sem novos episódios de Rinossinusite, apresentando melhora considerável da diarreia e sem novas exacerbações da asma.

**DISCUSSÃO:** A imunodeficiência comum variável (ICV) é a imunodeficiência primária sintomática mais prevalente. Esta patologia representa um conjunto heterogêneo de distúrbios que resultam principalmente da deficiência de anticorpos, ocasionando infecções recorrentes.

A prevalência de ICV no mundo é de aproximadamente 1: 25.000 – 50.000 pessoas. Sua idade de apresentação tem distribuição bimodal, com picos na primeira década de vida e no início da terceira década (mais comum), sendo a mesma prevalência entre os sexos masculino e feminino.

O diagnóstico normalmente ocorre apenas 6-7 anos após o início dos sintomas. A falta de suspeita, por desconhecimento da classe médica, associado a um quadro clínico muito amplo têm sido implicados no atraso do diagnóstico, o que leva ao aumento da morbidade e mortalidade. Este diagnóstico é realizado pela diminuição da IgG (pelo menos 2 desvios padrão abaixo da média para a idade) com redução de pelo menos um dos isotipos - IgM ou IgA - associado a todos os seguintes critérios: 1. Início da imunodeficiência acima de 2 anos de idade; 2. Isohemaglutininas ausentes e/ou má resposta às vacinas e 3. Causas definidas de hipogamaglobulinemia foram excluídas.

É fundamental o diagnóstico precoce para que o tratamento adequado seja iniciado o quanto antes, reduzindo o número de hospitalizações, complicações e infecções secundárias. É importante, também, rastrear doenças autoimunes, gastrointestinais não infecciosas, doenças granulomatosas e proliferações linfoides, já que estão associadas a um pior prognóstico.

Nota-se, ainda, que as doenças malignas apresentam incidência global elevada na ICV, e certos tipos de câncer são significativamente mais comuns, como carcinoma gástrico e linfomas não-Hodgkin.

É importante destacar também que, apesar da ICV ser caracterizada por um amplo espectro de manifestações, as infecções sinopulmonares e gastrointestinais são as mais prevalentes.

Portanto, cabe uma atenção dobrada para os profissionais que acompanham pacientes com estes quadros infecciosos ou pacientes que não têm evoluído como esperado ou com infecções de repetições. O diagnóstico precoce muda o curso clínico da doença, promovendo qualidade de vida ao paciente e evitando complicações, como observado no caso clínico apresentado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Conclui-se que há uma necessidade de maior divulgação sobre ICV. Tendo em vista a variabilidade na expressão clínica e o desconhecimento de muitos médicos sobre a ICV é importante que o diagnóstico ocorra em tempo hábil e que o tratamento seja instituído o quanto antes, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade e de melhorar a qualidade de vida dos portadores desta patologia.

**Palavras-chave:** Imunodeficiência Comum Variável; Rinossinusite de Repetição; Otorrinolaringologia.



PO307

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****UM RARO CASO DE HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO****AUTOR PRINCIPAL:** MAURÍCIO VILELA FREIRE**COAUTORES:** LARISSA FAVORETTO ALMEIDA; JOSE ELIAS DA SILVA MURAD; MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO; GISELLI HELENA SOUZA; RAQUEL RAIANE ALVES LOPES; GUSTAVO BACHEGA PINHEIRO**INSTITUIÇÃO:** HBDF, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 53 anos, comparece ao serviço de otorrinolaringologia com histórico de recidiva de pólipos nasais. Queixava-se de obstrução nasal crônica bilateral e hiposmia, negava sintomas alérgicos e fazia uso crônico de vasoconstritores tópicos nasais. Já havia sido abordado cirurgicamente duas vezes há cerca de 20 anos para realização de pansinusectomia e ressecção de pólipos nasais, mas sintomas recidivaram e pioraram nos últimos 2 anos. Não apresentava comorbidades ou alergias medicamentosas. A tomografia computadorizada de seios da face indicava velamento completo de seios maxilares, seios etmoidais e frontais bilateralmente e seio esfenoidal direito. Foi realizada abordagem cirúrgica e ressecção de lesão de aspecto papilomatosa em bloco, que ocupava ambas as fossas nasais, originado-se em teto nasal. O resultado de anatomopatológico da peça ressecada confirmou diagnóstico de Hamartoma Adenomatoide Epitelial Respiratório (REAH), possivelmente recidivado.

**Discussão:** O Hamartoma Adenomatoide Epitelial Respiratório (REAH) é um tumor nasossinusal benigno raro, com primeiros casos descritos em 1995, caracterizado por proliferação glandulares anormais derivadas da fossa nasal, nasofaringe e seios paranasais. Hamartomas tendem a se originar do pulmão, fígado, baço, rim e intestino, mas exemplos incomuns foram observados no trato aerodigestivo superior. Seu diagnóstico diferencial é importante pois pode ser confundido com lesões mais agressivas, como papiloma invertido ou adenocarcinoma do trato nasossinusal, e até mesmo outras patologias como pólipos nasais inflamatórios, resultando em intervenções inapropriadas para o diagnóstico. Como foi dito, é um tumor raro e a maioria dos REAHs ocorrem, predominantemente, em homens adultos com uma proporção de homens para mulheres de 7:1, e maior frequência entre a 3ª e 9ª décadas de vida. As características clínicas se caracterizam por obstrução nasal, congestão nasal, desvio de septo, epistaxe, rinorréia, sinusite crônica recorrente, dor facial, proptose e hiposmia. O local de ocorrência identificado é a cavidade nasal, especificamente, com predomínio em septo posterior. A lesão tende a crescer lentamente e os achados mais comuns nos exames de imagem constituem o preenchimento dos seios paranasais acometidos. Na maioria dos estudos foi observado que não havia características distintivas no exame endoscópico para sugerir um diagnóstico de REAH, bem como não havia aparência característica ou específica na TC ou na ressonância magnética para ajudar a distinguir REAH de outra patologia nasossinusal. Histologicamente apresenta proliferação glandular desordenada. O tratamento é cirúrgico e consiste na ressecção total da lesão, sem necessidade de abordagens extensas ou terapêutica complementar. Raros casos na literatura foram descritos de recorrência da lesão.

**Comentários Finais:** O Hamartoma Adenomatoide Epitelial Respiratório é um tumor raro e identificá-lo como diagnóstico diferencial é de extrema importância para uma decisão terapêutica assertiva. A dificuldade do diagnóstico diferencial entre REAH e outras patologias mais graves pode levar a ressecções incompletas sem a devida margem de segurança ou também podem ser adotadas medidas terapêuticas mais invasivas sem a real necessidade, afetando, assim, a qualidade de vida do paciente e o prognóstico a longo prazo.

**Palavras-chave:** Hamartoma Adenomatoide Epitelial Respiratório; Tumor nasal; Tumor benigno.



PO318

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR SINUSITE CRÔNICA NO ESTADO DO PARÁ ENTRE OS ANOS 2012 A 2022****AUTOR PRINCIPAL:** CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS**COAUTORES:** LUCAS DA SILVA VINAGRE; MARILIA SANTA BRIGIDA SILVA JORGE; GIULIA LINS REMOR; RICARDO ORMANES MASSOUD; LUCAS DE OLIVEIRA MENEZES; LUÍS HENRIQUE CIRQUEIRA DA SILVA; LEONARDO MENDES ACATAUASSU NUNES**INSTITUIÇÃO:** 1. NÚCLEO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E MEDICINA DO SONO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA), BELÉM - PA - BRASIL3. UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA (UNAMA), BELÉM - PA - BRASIL4. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ (CESUPA), BELÉM - PA - BRASIL5. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ (UEPA), BELÉM - PA - BRASIL6. CENTRO UNIVERSITÁRIO METROPOLITANO DA AMAZÔNIA-UNIFAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL**OBJETIVOS:** O presente estudo teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico das internações por sinusite crônica no estado do Pará nos últimos dez anos.**MÉTODOS:** Realizou - se um estudo do tipo ecológico de série temporal. Foram utilizados dados secundários sobre a quantidade total de internações, restritos por município, faixa etária, sexo e caráter de atendimento provenientes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir da Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS).**RESULTADOS:** No estado do Pará, houve um total de 610 internações por sinusite crônica entre janeiro de 2012 a dezembro de 2022. Os municípios com maiores números de internações no estado do Pará foram Ananindeua, Belém e Santarém com 337 (55,2%), 156 (25,5%) e 49 (8,03%) internações, respectivamente. Houve um predomínio na faixa etária de 20 a 29 anos, com 152 (24,9%) internações e as faixas etárias menos acometidas foram dos 5 aos 9 anos com 6 (0,98%) internações e 1 aos 4 anos com 5 (0,81%) internações no período analisado. O sexo predominante foi o sexo feminino com 327 internações, representando 53,6% do total. Em relação ao total de internações realizadas, destaca - se que 365 (59,8%) foram de caráter urgente, 245 (40,1%) foram de caráter eletivo no estado do Pará.**DISCUSSÃO:** Diante dos resultados analisados, observa - se que houve uma predominância das realizações de internações de sinusite crônica no município de Ananindeua. A sinusite crônica se caracteriza por uma inflamação dos seios nasais, e dura mais de 12 semanas, sendo geralmente causada por bactérias. Sobre as internações, os indivíduos mais acometidos foram do sexo feminino da faixa etária de 20 a 29 anos. Sendo que a maioria deste perfil de pacientes apresentam rinossinusite crônica com pólipos nasais que apresentam padrão de inflamação do tipo causado por eosinofilia. No que se refere aos sintomas da sinusite crônica, incluem dor de cabeça, dor facial, congestão nasal, perda de olfato, tosse, fadiga, secreção nasal espessa e amarelada ou esverdeada. Por fim, o exame padrão ouro para o diagnóstico de sinusite crônica é a tomografia computadorizada, o qual permite determinar o grau de acometimento nasossinusal, como também suas alterações anatômicas.**CONCLUSÃO:** Este estudo mostra de forma transversal dados sobre a quantidade absoluta de internações de pacientes acometidos por sinusite crônica, visto que foi fundamentado 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 de sinusite na população do estado do Pará, para avaliação da evolução da enfermidade e a eficácia da aderência à condutas eficazes para tratá-la. Por fim, se faz necessária a avaliação otorrinolaringológica no diagnóstico precoce dessa doença, a fim de evitar seu agravamento e seu impacto na saúde comprometendo a qualidade de vida da população.**Palavras-chave:** Sinusite crônica; Perfil epidemiológico; Internação.

PO325

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****TUMOR DE POTT: RARA COMPLICAÇÃO DA SINUSITE****AUTOR PRINCIPAL:** ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA**COAUTORES:** RODRIGO ALVAREZ CARDOSO; JAMILE GARDIN DOS SANTOS; FABIO FERNANDES LABANCA; VICTÓRIA CENCI GUARIENTI; EDUARDO SUSS CECCON RIBEIRO; LAIS GENERO PIZZATTO; PEDRO AUGUSTO FLORES MACHADO**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL ANGELINA CARON, CURITIBA - PR - BRASIL2. HOSPITAL ANGELINA CARON, CURITIBA - PR - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DE CASO:** Paciente masculino, 9 anos, previamente hígido, apresentou quadro de obstrução nasal, coriza e tosse. Após 2 semanas evoluiu com cefaleia frontal do tipo aperto, tumefação em região frontal e alguns episódios de êmese. Foi internado no serviço de origem e iniciado antibioticoterapia venosa, porém, sem melhora do quadro. Sendo assim, foi então transferido para o serviço de otorrinolaringologia do Hospital Angelina Caron, onde foi realizado o diagnóstico de Tumor de Pott como complicação de sinusite, e então, optado pela abordagem cirúrgica. Quando deu entrada, mantinha os sintomas iniciais e, ao exame físico, apresentava tumefação frontal com flutuação palpável e rinoscopia normal. Os sinais meníngeos foram negativos, assim como outros sinais neurológicos focais. A tomografia de seios da face revelou presença de material com densidade de partes moles em seios frontais, maxilares, etmoidais e esfenoidal (figuras 1, 2 e 3). Foi submetido a sinusectomia endoscópica pela Técnica Centrípeto para drenagem dos seios da face. Após, o paciente evoluiu favoravelmente e recebeu alta com melhora completa do quadro.

**DISCUSSÃO:** O tumor de Pott é caracterizado por um abscesso subperiosteal do osso frontal associado a osteomielite subjacente. Ele é resultante, principalmente, da disseminação de uma infecção sinusal, seja ela por meio da disseminação venosa ou por extensão direta. Entretanto, outras causas são conhecidas como complicações de trauma, e mais raramente, picada de inseto, abuso de cocaína intranasal, sepse dentária, uso de metanefrina nasal, displasia fibrosa, neoplasia do seio frontal e complicação de neurocirurgia. É uma infecção na maioria das vezes polimicrobiana, mas os agentes bacterianos mais frequentemente envolvidos são *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus sp* e anaeróbios. O grupo mais acometido são crianças e adolescentes, visto que o seio frontal se torna pneumatizado com seis anos de idade e atinge configuração adulta em torno dos 15 anos, proporcionando que o sistema venoso local comunique a mucosa sinusal com a trabécula óssea, e assim, favorecendo o desenvolvimento de osteomielite. O tratamento de escolha é feito com antibiótico de amplo espectro e a drenagem cirúrgica das áreas afetadas quando a parede do seio encontra-se intacta, ou intervenção cirúrgica com remoção do osso se acometido por necrose.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O Tumor de Pott é uma entidade rara e grave que precisa ser reconhecida. O diagnóstico precoce e tratamento bem conduzido são essenciais para prevenir complicações intracranianas.

**Palavras-chave:** Tumor de Pott; complicação rinossinusite; osteomielite.

PO332

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Melanoma maligno da mucosa nasossinusal: caso clínico

**AUTOR PRINCIPAL:** MANUELLA GOES DOS SANTOS RAPOSO**COAUTORES:** DANIEL ZUCOLLOTTI CANDEIAS; MARIA EDUARDA SPERANDIO; HENRIQUE SANTOS FERNANDES; VICTOR JACOME SOARES MARTINS; TAMIRES APARECIDA ALVES BORGES; JOÃO MARCOS FAIER ASSUNÇÃO; MARINA PACHECO ROBERT PINTO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo feminino, 72 anos, acompanhada por serviço de otorrinolaringologia de hospital público do Rio de Janeiro, apresentou episódios intermitentes de epistaxes volumosas em fossa nasal esquerda e obstrução nasal, inicialmente ipsilateral, com progressão para contralateral, com percepção da paciente há 3 meses. Ao exame observou-se lesões de aspecto polipoide sangrante, com áreas de necrose e coloração múltipla preenchendo ambas as fossas nasais em sua totalidade, com exteriorização à esquerda, associada a abaulamento e hiperemia de pirâmide e dorso nasal, além de proptose bilateral. Nasofibroscopia não realizada devido impossibilidade de progressão com a fibra óptica. Não foram observadas linfadenomegalias em região cervical. À oroscopia, ausência de lesões em orofaringe ou sangramento posterior. A ressonância magnética de face revelou tecido expansivo em fossa nasal esquerda, indissociável dos cornetos nasais, estendendo-se posteriormente e obliterando parcialmente a luz do cavum, com realce irregular e heterogêneo. Devido histórico de sangramentos volumosos, queda do estado geral e descompensação clínica, optou-se por internação hospitalar. Durante internação paciente evoluiu com episódio de epistaxe de difícil controle em fossa nasal esquerda, refratária a doses otimizadas de ácido tranexâmico e com impossibilidade de tamponamento nasal devido extensão da lesão. Realizada ligadura de carótida externa à esquerda, com controle do sangramento. Em segundo momento, procedeu-se à ressecção da massa tumoral em conjunto com equipe da Cirurgia de Cabeça e Pescoço, com acesso por rinotomia lateral à esquerda e retirada parcial de volumosa massa tumoral de ambas as fossas nasais. A congelção intra-operatória da peça cirúrgica não pôde distinguir entre as duas principais hipóteses diagnósticas: sarcoma e melanoma sinusal. O exame imunohistoquímico, todavia, evidenciou positividade para S100, MiTF, FLI-1 e Beta-Catenina, compatível com o diagnóstico de melanoma amelanótico sinusal. A paciente permaneceu internada em Unidade de Terapia Intensiva para compensação clínica e após alta hospitalar foi encaminhada para seguimento clínico e terapêutico com Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Oncologia.

**DISCUSSÃO**

Os melanomas da mucosa de cabeça e pescoço correspondem a aproximadamente 1% de todos os melanomas e envolvem em ordem decrescente de frequência: cavidade nasossinusal, cavidade oral, faringe e laringe. O melanoma nasossinusal é um tumor extremamente raro e agressivo. A faixa etária após 60 anos apresenta incidência ligeiramente superior, sem predileção por gênero. Os principais sintomas são epistaxe, congestão nasal e hiposmia. O diagnóstico baseia-se na história clínica, exame nasofibrolaringoscópico e exames de imagem para avaliação de extensão da doença. Sarcoma, polipose nasal, osteoma, papiloma invertido e outros devem ser considerados diagnósticos diferenciais. A confirmação do diagnóstico é finalizada com estudo anatomopatológicos e imuno-histoquímico, com positividade para proteína S100, VIM e HMB45. A ressecção cirúrgica deve ser realizada, podendo-se utilizar cirurgia endoscópica nasossinusal ou a rinotomia paralateronasal. O tratamento cirúrgico geralmente é complementado por radioterapia e/ou quimioterapia para controle local e metastático da doença. O acompanhamento é rigoroso, pois a recorrência chega a 50% dos pacientes durante os 12 meses seguintes ao tratamento. A doença metastática e a idade avançada são consideradas fatores associados ao pior prognóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Os melanomas nasossinusais tendem a ser mais agressivos e apresentam pior prognóstico que os melanomas cutâneos. Seu diagnóstico é feito, na maioria das vezes, em estágios avançados da doença, devido seus sintomas iniciais inespecíficos. Embora raro, deve ser considerado no diagnóstico diferencial das massas unilaterais de fossa nasal, principalmente em pacientes idosos que apresentem obstrução nasal, epistaxe e lesões polipóides de aspecto enegrecido ou amarelado em fossa nasal, levando a um diagnóstico precoce e melhor prognóstico para o paciente.

Palavras-chave: melanoma;fossas nasais;seios paranasais.

PO337

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Mucoccele de concha média: relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** CLARICE REIS DE OLIVEIRA MORAIS**COAUTORES:** PEDRO HERNESTO VIEIRA COELHO NOGUEIRA MORAIS; GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO; RODRIGO PÊGO FRANCO; FERNANDA GOMES RESENDE; MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO; BRUNO PESTANA GOMES; CHENG T-PING**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Paciente do sexo feminino, 16 anos, evolui com obstrução nasal à direita há 01 ano, associado a rinossinusites de repetição. Nega doenças sistêmicas. Na rinoscopia apresentou desvio de septo à direita e tumoração em fossa nasal ipsilateral ocupando todo o andar médio e superior. A fossa nasal esquerda estava livre e o cavum sem alterações. A tomografia computadorizada dos seios da face identificou material levemente heterogêneo com densidade predominantemente de partes moles à direita, condicionando velamento dos seios paranasais ipsilateral, obliteração e alargamento do infundíbulo maxilar, recessos eseno-etmoidal e fronto-nasal sugestivo de polipose nasossinusal. Na complementação diagnóstica, a ressonância magnética do encéfalo, evidenciou formação residual de limites imprecisos obliterando meatos nasais superior e médio à direita, aparentemente expandindo corneto nasal médio, indefinido os limites contíguos do septo e cornetos, espessamento mucoso e obliteração dos seios frontal, maxilar e células etmoidais à direita. Na videoendoscopia nasal observou-se uma tumoração rígida, sem limites precisos entre a lesão e a concha nasal média ipsilateral.

Foi proposto a remoção cirúrgica por videonasoendoscopia sob anestesia geral. A tumoração na fossa nasal direita foi removida, juntamente com a antróstomia maxilar, etmoidectomia, sinusotomia esfenoidal e frontal ipsilateral, turbinectomia parcial inferior bilateral. No intraoperatório observou-se que se tratava de uma concha média bulhosa com uma mucoccele no seu interior. O anatomopatológico evidenciou lesão benigna, concha nasal média e processo inflamatório. A paciente apresentou melhora da obstrução nasal no pós-operatório.

As mucocelas são lesões benignas e expansivas, revestidas de epitélio do tipo respiratório, que resultam no acúmulo de secreção mucosa no interior da cavidade obstruída. É uma condição incomum, porém quando presente acomete mais comumente os seios paranasais, sobretudo a região fronto-etmoidal. São encontradas primariamente nos seios frontais (60 a 65%), seguido dos seios etmoidais (20 a 25%), maxilares (10%) e esfenoidais (1 a 2%). A incidência é maior entre a terceira e quarta década de vida, sem predileção de sexo.

A etiopatogenia da mucoccele é incerta. A hipótese mais aceita é consequente a obstrução ou trauma da drenagem do seio ou do ducto excretor das glândulas mucosas, sendo por complicações pós-inflamatórias, como alergia, infecção crônica e disfunção mucociliar, ou secundária a doenças neoplásicas, como nasofibroma juvenil, carcinoma e osteoma, ou por processos pós-operatórios e pós-traumáticos. Os fatores etiológicos mais comuns da mucoccele nasal foram os traumas e pneumatocelos.

Os sintomas dependem da localização e extensão da tumoração, a cefaléia persistente e a obstrução nasal são as queixas mais referidas pelos pacientes. O edema orbital, diplopia, alteração do campo visual, meningite e abscesso intracraniano podem estar presentes.

O caráter expansivo da mucoccele pode ocasionar complicações como erosões ósseas por compressão e reabsorção óssea, efeito de massa e invasão da órbita. Podendo levar a distúrbios oculares, infecção formando a mucopiocele e alterações estéticas faciais.

A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são exames de imagens fundamentais para diagnóstico, associado à história e exame físico. Na TC dos seios da face, a mucoccele apresenta-se com imagem isodensa/ discretamente hiperdensa, velamento do seio nasal, erosão óssea e osteólise irregular ao redor da tumoração. Já a RM do encéfalo auxilia na identificação da relação com o tecido cerebral, órbita e partes moles e no diagnóstico diferencial de neoplasias e infecções.

O tratamento da mucoccele é cirúrgico, a abordagem mais utilizada e segura é a nasoendoscópica.

A mucoccele de concha média bulhosa é uma entidade incomum e deve ser um diagnóstico diferencial em casos de obstrução nasal de evolução lenta, massas e tumores intranasais. A tomografia computadorizada tem grande relevância para auxílio diagnóstico e em alguns pacientes é recomendado a ressonância magnética para melhor avaliação dos limites da lesão.

Palavras-chave: Mucoccele; Concha Média; Obstrução Nasal.

PO338

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Perfil epidemiológico dos pacientes com rinossinusite crônica no estado da Bahia: uma análise em 10 anos

**AUTOR PRINCIPAL:** RODOLFO BAPTISTA GIFFONI

**COAUTORES:** MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ; GABRIELE DOS SANTOS; VICTOR LEVY DE JESUS CARVALHO SENA; WANDERLANY DE MIRANDA ANDRADE CARNEIRO; ANA CAROLINA RODRIGUES PEREIRA; PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS

**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. HOSPITAL OTORRINOS FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS), FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

#### Objetivos

Definir o perfil epidemiológico dos pacientes com rinossinusite crônica (RSC), na população baiana, em uma análise de 10 anos.

#### Métodos

Estudo descritivo baseado na análise de dados oriundos do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Com os dados datados de 2012 até julho de 2022.

#### Resultados

No período definido, foram identificados 689 internações por rinossinusite crônica, distribuídos por diferentes regiões do estado da Bahia, porém, com maiores concentrações na capital com 383 (55,5%) casos. As internações de caráter eletivo somaram 630 (91%), enquanto as urgências, 59 (9%) das internações registradas. Ao analisar o perfil dos pacientes, é possível observar uma leve predominância do sexo feminino 350 (50,8%) com maior prevalência entre as faixas etárias de (30-39 anos) com 142 (20%) registros, dentro do qual há predomínio do sexo feminino 77 (54%). Por fim, quando verificamos a cor/raça dos indivíduos é possível perceber uma maior porcentagem da cor parda 399 (57%).

#### Discussão

A RSC é uma condição de saúde comum na população, e a pesquisa de dados epidemiológicos desempenha um papel crucial na avaliação de sua distribuição, análise de fatores de risco e promoção de políticas de saúde pública eficazes. No entanto, dados relacionados a essa condição são notoriamente escassos na literatura científica.

Além da escassez de informações, a complexidade da RSC é agravada pela diversidade de definições e pela heterogeneidade das metodologias empregadas em pesquisas sobre o assunto. Isso resulta em uma gama variada de resultados, tornando a comparação de dados e a obtenção de conclusões robustas uma tarefa desafiadora.

Portanto, a definição de um perfil epidemiológico sólido, seja em nível regional ou nacional, emerge como um elemento fundamental no enfrentamento da rinossinusite crônica. Esse perfil epidemiológico não apenas lança luz sobre os fatores de risco específicos associados à doença, mas também serve como alicerce para a formulação de metas terapêuticas e estratégias de políticas públicas direcionadas ao controle e prevenção da RSC.

#### Conclusão

De acordo com os dados obtidos, no estado da Bahia, a RSC é uma doença prevalente em indivíduos do sexo feminino (50,8%) , pardo (57%) e entre a faixa etária de 30 a 39 anos (20%). Faz se importante o estudo desses perfis de pacientes a fim de identificar a existência de fatores correlacionados ou causas específica relativas a RSC, identificando os indivíduos que se beneficiariam de um controle de riscos ou uma intervenção precoce.

**Palavras-chave:** Rinossinusite Crônica ;Perfil epidemiológico;estado da Bahia .

PO344

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

EXPERIÊNCIA NA RECONSTRUÇÃO DE BASE DE CRÂNIO: REVISÃO DE 13 CASOS.

AUTOR PRINCIPAL: CAROLINE DOS SANTOS CAIXETA

COAUTORES: TIAGO VASCONCELOS SOUZA; LUCIANA BESSA PESSOA; PATRICIA ROSA NUNES

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**OBJETIVO:**

O presente estudo tem como objetivo descrever 13 casos consecutivos de reconstrução da base de crânio e efeito na prevenção de fístula líquórica pós operatória de Março 2022 a Agosto de 2023.

**MÉTODOS:**

Foram revisados retrospectivamente 13 casos de cirurgia endoscópica endonasal que envolveram reconstrução da base de crânio, dentre eles 10 cirurgias para tratamento de adenomas hipofisários, 2 cirurgias envolvendo cordoma de clivus e uma cirurgia para correção de fístula traumática do seio frontal. Todos os pacientes foram abordados pela mesma equipe cirúrgica otorrinolaringológica, 10 casos contaram com a mesma equipe neurocirúrgica e dois dos casos tiveram uma equipe diferente de neurocirurgiões. Dentre os casos analisados 7 (53,8%) casos tiveram a reconstrução da base de crânio usando substituto dural Duradry (Technodry, Belo Horizonte MG), enxerto livre de cartilagem septal, retalho nasosseptalpediculado na artéria esfenopalatina, selante dural Adherus (Hyperbranch Inc, Durham, North Carolina). Em todos os casos por fim foram alocados materiais hemostáticos como Gelfoam (Pfizer, New York, NY) ou Surgicel (Ethicon Inc, Johnson & Johnson Company, Somerville, NJ) e um tampão nasal bilateral do tipo dedo de luva. Em 1 caso (7,6%) o fechamento se deu por cartilagem septal, selante dural Adherus e retalho nasosseptal. Em 2 casos (15,3%) não foram utilizados retalhos, 1 (7,6%) deles uma reoperação de macroadenoma hipofisário, fechamento com cartilagem septal e Adherus e 1 caso (7,6%) referente a fístula traumática do seio frontal cujo fechamento se deu por Duradry, fásia lata, gordura, cartilagem septal e Adherus. Em 1 dos casos de macroadenoma hipofisário (7,6%) anteriormente a abordagem de cordoma de clivus que devido a fístula pós operatória necessitou de reabordagem. A primeira cirurgia o fechamento se deu por Duradry, gordura, cartilagem, retalho nasosseptal e Adherus. Na reabordagem o fechamento foi realizado com fásia lata, gordura, cartilagem septal, retalho nasosseptal, selante dural Adherus e Tissucol.

**DISCUSSÃO:**

O advento da cirurgia endoscópica possibilitou uma visão mais ampla e detalhada dos procedimentos envolvendo a base anterior do crânio. O ideal é o fechamento por múltiplas camadas underlay e overlay. Materiais biológicos (cartilagem septal, osso, gordura, fásia, músculo, retalhos pediculados da concha média e nasosseptais) ou não biológicos (substitutos de dura-máter e hemostáticos) podem ser utilizados. Defeitos maiores e em áreas de alta pressão exigem uma reconstrução em múltiplas camadas com suporte sólido, como enxertos ósseos ou cartilaginosos colocados no espaço epidural.

**RESULTADO:**

De todos os casos operados apenas 1 caso (7,6%) apresentou fístula pós operatória (cordoma de clivus recidivado com primeira cirurgia em 2010) e necessitou de reabordagem cirúrgica para correção e colocação de dreno lombar. Este caso foi também a única complicação infecciosa cuja cultura líquórica evidenciou *S. aureus* tratado com Oxacilina por 14 dias. Não houve sangramento nasal.

**CONCLUSÃO:**

Como as abordagens a base de crânio tem se expandido, as opções de reconstrução tem se diversificado. Criar uma reconstrução segura entre a cavidade nasal e o espaço intradural é fundamental para um resultado pós operatório adequado com taxa mínima de complicações. A cirurgia de reconstrução deve prover o máximo de efetividade e segurança visto que a fístula líquórica permanece sendo uma complicação importante. A cirurgia de fechamento da base de crânio deve prover o máximo de efetividade e segurança visto que a fístula líquórica permanece sendo uma complicação importante. Assim como Fujimoto, Y. et al e Cai, Xiangming et al em sua metanálise a reconstrução in lay, o uso de retalho nasosseptal e o uso de tampão nasal assim como executado nos casos do presente estudo, reduziram as taxas de fístula pós-operatória.

Palavras-chave: Fístula líquórica;Reconstrução;Base de crânio.



PO346

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****DOENÇA DE ROSAI-DORFMAN: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO**COAUTORES:** CLÁUDIA ROCHA PARANHOS VIANNA DIAS DA SILVA; NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO; THATIANA PEREIRA SILVA; JULYANA CARNEIRO GOMES; MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ; YASMIN DE REZENDE BEIRIZ; WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, sexo feminino 41 anos, com histórico de Rinossinusite associada a Polipose Nasal e portadora de Asma. Refere uso frequente de antibióticos e de corticoides oral e nasal. Faz uso de Seretide (50/250mcg- 1 jato a noite) e de Avamys (1 jato a noite), além de Montclair e lavagem nasal duas vezes ao dia (via Nasoair). Ao exame clínico inicial, não foi encontrada linfadenopatia e à videonasofibrosopia evidenciou lesão de aspecto polipoide em meatos médios bilateralmente. Realizada investigação imunológica que evidenciou eosinófilos 8,6%, sem resposta vacinal proteica para caxumba, mas reagente para rubéola e sarampo, IgA IgG e IgM normais, vitamina C 0,41 (baixa), FAN 1/320 nuclear pontilhado fino denso e imunofenotipagem sem alterações. Realizou TC de Tórax (abril de 2023) cujo laudo evidenciou broncopatia inflamatória e nódulo no segmento superior do lobo inferior direito sugerindo processo granulomatoso. Foi admitida no nosso serviço após realização de procedimentos de Sinusectomia (em dois momentos diferentes) e realização de polipectomia cujo anátomo-patológico constatou presença de histiócitos sugestivos da Doença de Rosai-Dorfman (DRD). Ainda no nosso serviço realizou novamente cirurgia de Sinusectomia e iniciará tratamento com Dupilumabe

**DISCUSSÃO:** A doença de Rosai-Dorfman (DRD) ou histiocitose sinusal é uma doença rara, benigna, geralmente autolimitada, que tipicamente se apresenta com linfadenopatia cervical indolor e geralmente é acompanhada de outros sintomas sistêmicos.

Sua etiologia é indefinida, embora haja casos associados com infecções virais e doenças autoimunes (mediadas por IgG4). A DRD é mais frequente nas três primeiras décadas de vida e geralmente acomete o sexo masculino, predominando em afrodescendentes. Cerca de 40% dos casos se apresentam com doença extranodal; cerca de 75% das manifestações extranodais estão situadas em órgãos da cabeça e pescoço, principalmente pálpebras, órbitas e cavidade nasal. Pele e tecido subcutâneo (16%) e ossos (11%) também são sítios frequentes. Nesses casos, a incidência maior parece ser no sexo feminino.

Quanto a manifestação clínica, a DRD pode estar associada à febre, perda ponderal, leucocitose, provas inflamatórias alteradas e hipergamaglobulinemia policlonal.

Quando a cavidade nasal e os seios paranasais são acometidos, frequentemente, ocasionam um quadro de obstrução respiratória alta crônica. Na literatura, há também relatos de comprometimentos de outros locais: tecidos moles, Sistema Nervoso Central, pele, globo ocular, ossos, rins, Trato Gastrointestinal, testículos, glândulas salivares e trato respiratório.

A DRD pertence ao grupo das histiocitoses primárias e caracteriza-se histologicamente pela dilatação dos seios linfonodais, que ficam ingurgitados com histiócitos.

Seu diagnóstico é dado a partir do resultado da imunohistoquímica com reação positiva para proteínas S100 e CD68. Na doença extranodal, a evolução é menos indolente e pode ser bem agressiva quando há envolvimento de órgãos vitais. Para os que requerem tratamento devido à persistência ou piora dos sintomas algumas condutas têm sido adotadas. São elas: tratamento cirúrgico, quimioterápico, radioterápico e corticoterapia. Porém, ainda não há consenso na literatura sobre o manejo de pacientes com DRD.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Conclui-se, através deste relato de caso, que existem manifestações atípicas de DRD. Nesta situação, o comprometimento primário exclusivo de seios paranasais sem linfadenomegalia dificultou o diagnóstico de DRD. Portanto, é de suma importância o conhecimento sobre esta doença e, diante de um caso de polipose nasal, a DRD, mesmo sendo rara, deve ser suspeitada como diagnóstico diferencial visando o manejo adequado dos pacientes acometidos

**Palavras-chave:** Doença de Rosai-Dorfman; Rinossinusite de repetição; Otorrinolaringologia.



PO347

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Linfoma Não-Hodgkin: Tumor Pouco Comum em Nasofaringe

AUTOR PRINCIPAL: SOFIA REIS BOTELHO

COAUTORES: BEATRICE HAASE CECCON; JULIANA DAL PONTE CARVALHO; LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY; FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente, 70 anos, sexo masculino, com quadro de obstrução nasal progressiva, em fossa nasal esquerda há 6 meses, associado a episódios de epistaxe ipsilateral recorrentes. Negava sintomas nasais anteriores ou outras queixas. À videonasofibroscopia, foi visualizada lesão hiperemiada vinda de nasofaringe, com área de ulceração à esquerda, e oclusão de coanas e fossas nasais posteriormente. Enquanto aguardava resultado de biópsia, iniciou quadro de epistaxe de grande monta, recorrente e de difícil controle clínico-cirúrgico, sendo submetido à radioterapia hemostática, com controle do sangramento. O exame anatomopatológico com imunohistoquímica evidenciou achados compatíveis com Linfoma Não-Hodgkin, folicular, baixo grau, grau 1, padrão folicular e difuso. Paciente se encontra em acompanhamento oncológico para realização de radioterapia e quimioterapia.

**Discussão:** Episódios de epistaxe são uma das principais causas de emergências otorrinolaringológicas, sendo as neoplasias consideradas causas secundárias incomuns. Linfomas Não-Hodgkin (LNH) primários localizados no trato nasossinusal são raros e correspondem a cerca de 0,2 a 2% dentre todos os linfomas. A maioria dos LNH da cabeça e pescoço são extranodulares, tais como seios paranasais, cavidade nasal, cavidade oral e laringofaringe, e representam 3 a 5% das lesões malignas encontradas nestes sítios. Dentre os linfomas da cavidade nasal, os fenótipos do tipo células B são mais comuns em países ocidentais, enquanto os do tipo NK e células T são mais frequentemente encontrados em países ocidentais e na América do Sul e Central. Linfomas foliculares são o tipo mais comum de linfomas indolentes do tipo células B e diferem de outros tipos etiológicos por conta de seu padrão de crescimento nodular. Correspondem de 20 a 30% dos LNH em geral. Citologicamente apresentam células linfóides com tamanho aumentado, citoplasma escasso e núcleos irregularmente fendidos com indentações e involuções proeminentes, com um anel de citoplasma, núcleo vesicular e nucléolos proeminentes e adjacentes à membrana celular. Ao estudo imunohistoquímico, são reativas para marcadores de células B (CD19, CD20, CD79a), e proteínas BCL2 e BCL6 (cuja superprodução está relacionada ao bloqueio da apoptose), estão comumente presentes. As manifestações clínicas mais comuns são epistaxe, obstrução nasal e edema nasal. Podem se apresentar, clinicamente, como rinossinusites crônicas e a presença de proptose ou alterações em palato são achados possíveis nos casos extensos.

**Comentários finais:** Embora episódios de epistaxe sejam comuns em atendimentos otorrinolaringológicos, causas secundárias podem se tornar um desafio diagnóstico. Linfomas da cavidade nasal apresentam sintomatologia que se confunde com quadros de rinossinusite, porém devem ser incluídos como diagnóstico diferencial para lesões unilaterais de cavidade nasal e paranasal. Diagnóstico precoce e estadiamento são essenciais para tratamento efetivo, sendo a terapia combinada de quimioterapia e radioterapia associada a melhores prognósticos. No caso em questão, dada a dificuldade de controle da epistaxe, foi essencial o manejo multidisciplinar com radioterapia com objetivo hemostático mesmo antes do resultado do exame anatomopatológico, sendo um componente importante do arsenal terapêutico a ser considerado em casos semelhantes.

**Palavras-chave:** linfoma nao hodkin; epistaxe; tumores nasossinusais.

PO354

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO DRAMÁTICO DE DEFORMIDADE FACIAL ASSOCIADO À SÍNDROME DE MCCUNE ALBRIGHT****AUTOR PRINCIPAL:** RENAN DONAIRE CÔNSOLO**COAUTORES:** MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO; LARISSA RAMOS RIBEIRO; MARIANA MOTA KERTZMAN; ISADORA FRATTINI COLLA; RICARDO LANDINI LUTAIF DOLCI; MARCEL MENON MIYAKE**INSTITUIÇÃO:** 1. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. FACULDADE DE MEDICINA DE TAUBATÉ, TAUBATÉ - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, de 13 anos, nascido hígido. Iniciou com marcha claudicante aos 2 anos de idade, tendo sido diagnosticada deformidade em fêmur. Posteriormente, foram percebidas manchas “café com leite” em membro superior direito e tronco e deformidade em osso próprio nasal, sendo feita investigação anatomopatológica e diagnosticada Síndrome de McCune-Albright. Foi abordado cirurgicamente por 5 vezes e acompanhado em hospital de Presidente Prudente, porém com progressão de deformidades faciais e prognóstico reservado para novos tratamentos no serviço.

A partir de 2020, iniciou acompanhamento na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Em sua última internação para realização de pamidronato por equipe de endocrinopediatria, foi solicitada interconsulta de otorrinolaringologia para avaliação de obstrução nasal, exposição da mucosa e quadros recorrentes de epistaxe.

Ao exame da ORL, paciente referiu epistaxe após quadros de choro, autolimitados, em babação, não correlacionados a hipertensão arterial. Relata roncos noturnos, porém sem queixa de desconforto respiratório, dispneia ou apneia presenciada.

Apresenta proeminências fibroelásticas em dorso nasal, mandíbula e crânio, gerando obstrução nasal bilateral permanente.

Não apresenta sangramento ativo, apenas ressecamento de mucosa de região proeminente.

Foi iniciado acompanhamento pela equipe nasossinusal do serviço, sem perspectiva de abordagem cirúrgica até o momento.

**DISCUSSÃO:** A síndrome de McCune-Albright é resultado de uma mutação do tipo mosaico que ocorre precocemente em estágio embrionário. Essa mutação genética consiste na substituição da arginina, levando, em resumo, a uma prolongada estimulação da adenilciclase. Consequentemente gera aumento da produção de AMP cíclico, resultando em hiperfunção dos tecidos afetados, como o tireoidiano, o gonadal, o adrenal, a pele e ósseo.

A idade de aparecimento dos sintomas e apresentação clínica da síndrome é bastante variável, dependendo da gravidade do caso e dependendo dos vários componentes predominantes na síndrome. A displasia fibrosa poliostótica, apresentação clínica do nosso paciente, consiste na substituição de osso normal por tecido ósseo fibroso imaturo e desorganizado em razão do supercrescimento de células mesenquimais primitivas, isto é, aumento do número de células progenitoras osteogênicas levando à formação de áreas fibróticas no osso, causando dor, fragilidade e deformidades ósseas.

O tratamento é direcionado para cada um dos elementos presentes na síndrome.

Esse paciente, particularmente, acompanha com endocrinopediatria e está em uso de pamidronato para controle da atividade osteoclástica e dor, sintomatologia clássica da síndrome e da apresentação da displasia fibrosa poliostótica. Mantém acompanhamento ambulatorial para controle de apresentações endocrinológicas, como puberdade precoce.

Em relação à otorrinolaringologia, é possível abordagem cirúrgica em casos menos exuberantes. Porém, conforme exames e discussão sobre o caso, optamos por manter acompanhamento ambulatorial a fim de entender a progressão da doença neste paciente, e pesar risco-benefício de uma abordagem cirúrgica.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O diagnóstico precoce dessa síndrome é essencial para iniciar o tratamento no momento adequado a fim de evitar a progressão da doença e piora da qualidade de vida do paciente.

É importante aos médicos que estejam diante de um portador da síndrome de McCune-Albright que individualizem o estudo do paciente em questão e que o acompanhamento seja interdisciplinar. A síndrome de McCune-Albright é uma condição endocrinológica rara, com diferentes apresentações clínicas e seu tratamento é desafiador à medicina.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** - SALLUM, A. C. R. et al. Hipertireoidismo relacionado à síndrome de McCune Albright: relato de dois casos e revisão da literatura. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 52, n. 3, p. 556–561, abr. 2008

Palavras-chave: DISPLASIA FIBROSA POLIOSTÓTICA;EPISTAXE;SÍNDROME DE MCCUNE ALBRIGHT.

PO355

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE ALTO GRAU EM NASOFARINGE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** RIZZA CHIERICI BAPTISTA**COAUTORES:** JESSICA AREIAS COELHO PEREIRA; MARIANA FLORIANO LIMA; LUCAS GRAZZIOTTI CEOLIN; THAMIRIS DIAS DELFINO CABRAL; JOSE EDUARDO ESPOSITO ALMEIDA; TATIANA DE ALMEIDA CASTRO E SOUZA; ALEXANDRA TORRES CORDEIRO LOPES DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente de 22 anos, sexo feminino, nega etilismo e tabagismo, apresentou episódios intermitentes de epistaxe bilateral, pior a esquerda, com 5 anos de evolução, associado à perda de peso. Ao exame físico, desvio septal à direita e hipertrofia de corneto inferior esquerdo. Durante fonação, a elevação do palato possibilitou visualização parcial de lesão estendendo-se à orofaringe, enquanto otoscopia esquerda revelou otite média serosa. A endoscopia nasal revelou massa em cavum de bordos regulares ocluindo coana esquerda. Na tomografia computadorizada de pescoço, lesão expansiva medindo 3,5 x 4,6 x 3,2 cm localizada na parede póstero-lateral esquerda da rinofaringe, obstruindo mais de 50% da amplitude da coluna aérea do cavum, e linfonodomegalia nos níveis II A/ IIb bilateralmente, o maior deles a esquerda medindo 1,6 x 1,1 cm. A paciente foi submetida à cirurgia de septoplastia, sinusotomia maxilar e etmoidal esquerda, associado a exérese de lesão em rinofaringe e timpanotomia para tubo de ventilação em ouvido esquerdo. A análise histopatológica mostrou carcinoma mucoepidermoide de alto grau. A tomografia dos seios da face e pescoço pós-operatória demonstrou seios paranasais normo-aerados sem recidiva da lesão de rinofaringe. A paciente foi encaminhada para acompanhamento oncológico e com a cirurgia de cabeça e pescoço. Radioterapia pós-operatória foi necessária, sendo utilizada intensidade modulada em arco na dose de 70 Gy em nasofaringe, 59.4Gy em cavidade nasal, terço posterior de seio etmoidal e seio maxilar, 54Gy nas cadeias retrofaringeas, I a V bilateral em 33 sessões. Até o momento paciente clinicamente estável sem recidivas, segue em acompanhamento regular.

**Discussão:**

O carcinoma mucoepidermoide (CME) é um tumor maligno composto de células mucosas, escamosas, intermediárias e claras, com crescimento cístico abundante. Mais frequente em glândulas salivares, com incidência de 3% a 9% entre todos os tumores salivares, possui predileção pela parótida (60% a 70%) e cavidade oral (15% a 20%). O acometimento nasofaríngeo, como retratado neste caso, representa menos de 3% dos casos. O CME pode ser de alto ou baixo grau, sendo o último o mais prevalente. Ocorre na idade adulta (30 aos 80 anos), com incidência maior no gênero feminino (1,5:1). O quadro clínico tem apresentação variada, desde sintomas como epistaxe, obstrução nasal, cefaleia, parestesia, diplopia, zumbido até quadros assintomáticos. O diagnóstico depende do exame físico, exames de imagem e análise histopatológica da lesão. Na macroscopia assemelha-se a uma massa endurecida, avermelhada, com cápsula parcial, contendo cistos em seu interior. A histopatologia revela associação de células mucosas, intermediárias e escamosas. O tratamento cirúrgico sempre está indicado para exérese da lesão com margens livres. Quando o estudo anatomopatológico evidencia um tumor de alto grau, o esvaziamento cervical é necessário, diminuindo a chance de metástases cervicais, sendo o esvaziamento supraomóide com preservação da glândula submandibular preferencial. A conduta expectante pode ser realizada em estadiamentos N0 no pescoço e em lesões de baixo grau. No caso retratado o esvaziamento não foi realizado no mesmo tempo cirúrgico que a exérese da lesão pois não havia o diagnóstico de lesão de alto grau prévio. A quimioterapia pode ser associada quando a lesão não é controlada cirurgicamente. A radioterapia adjuvante depende das margens satisfatórias pós-operatórias e do grau de diferenciação da lesão. Está sempre indicada nos tumores de alto grau, assim como no caso retratado acima.

**Comentários finais:**

O carcinoma mucoepidermoide de alto grau representa um tumor raro na faixa etária do nosso caso, deve ser uma hipótese diagnóstica quando avaliamos lesão de cavum. A anamnese detalhada, exame físico atento e exames de imagens são essenciais ao diagnóstico precoce da lesão. O estadiamento da lesão permite planejamento cirúrgico adequado e de terapias adjuvantes. O diagnóstico precoce é essencial para um melhor prognóstico.

**Palavras-chave:** Carcinoma mucoepidermoide; Neoplasia de glândulas salivares; Tumor de nasofaringe.

PO356

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CORPO ESTRANHO EM SEIO ETMOIDAL DIREITO APÓS TRAUMA****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA FAVORETTO ALMEIDA**COAUTORES:** GISELLI HELENA SOUZA; RAQUEL RAIANE ALVES LOPES; MAURÍCIO VILELA FREIRE; MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO; JOSE ELIAS DA SILVA MURAD; RICARDO JOSÉ BENÍCIO VALADARES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente, sexo masculino, 56 anos, referia trauma com chumbada de pesca em região de face há 1 dia, com penetração por região ocular direita, com sangramento nasal e ocular autolimitados no momento do ocorrido. Ao exame físico, apresentava fossas nasais pérvias, sem hematoma septal ou sangramentos ativos. Oroscopia sem lesões ou sangramentos ativos. Na videoendoscopia nasal não era visualizado corpo estranho. Foi avaliado também pela oftalmologia com midríase média, sem resposta consensual e direta a luz em olho direito, aparente redução de adução de olho direito e hiperemia de conjuntiva, com laceração de conjuntiva nasal de aproximadamente 1 cm. Tomografia computadorizada de seios da face evidenciava artefato nas células etmoidais direitas com extensão para a região extraconal posterior homolateral. Realizada etmoidectomia anterior, com retirada de chumbada retrobulbar, sem intercorrências e com boa evolução pós-operatória.

**Discussão:** A presença de corpos estranhos é uma das emergências mais comuns da otorrinolaringologia. Entretanto, a localização desses nos seios paranasais é extremamente rara. A grande maioria dos casos (70%) são resultantes de trauma maxilofacial, mas também podem estar presentes após tratamentos cirúrgicos odontológicos. O seio maxilar é o local de maior prevalência de acometimento (50% dos casos). Os sintomas podem ser vagos e geralmente a descoberta é feita quando ocorrem complicações extracranianas ou intracranianas ou por imagens radiológicas ocasionais. Como complicações pode-se citar a formação de rinolitos, perfuração septal, infecções, como sinusite, otite média, celulite periorbital, meningite e tétano. A tomografia computadorizada de seios da face pode auxiliar no diagnóstico, na definição da localização e no planejamento do tratamento. A ressonância magnética também pode ser utilizada, porém deve-se ter cuidado caso haja algum componente magnético no corpo estranho. A melhor abordagem cirúrgica é pela via endoscópica, que é minimamente invasiva, segura e com baixas taxas de complicação.

**Comentários finais:** Embora de ocorrência rara, uma das localizações de corpos estranhos é nos seios paranasais. A suspeita deve ser levantada principalmente em pacientes com história de trauma craniofacial. A tomografia computadorizada de seios da face auxilia no diagnóstico, bem como no planejamento terapêutico, que geralmente envolve a cirurgia endoscópica. O caso em questão resultou em desfecho favorável para o paciente e a cirurgia transcorreu sem complicações.

**Palavras-chave:** Chumbada;Corpo estranho;Seios paranasais.

PO357

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ATRESIA DE COANA UNILATERAL COM DIAGNÓSTICO TARDIO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** YASMIM BARROS SILVEIRA**COAUTORES:** MARINA MENDONÇA DE MIRANDA; DAMÁCIO SOARES PAIVA; KELVIN LEITE MOURA; PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA; RAYANE BEZERRA FREITAS; ANA CAROLINA FERNANDES DE OLIVEIRA; HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente, sexo feminino, 59 anos, foi encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia devido a queixa de obstrução nasal bilateral, pior à direita, desde à infância. Relatava rinorreia amarelada associada, negava prurido nasal, espirros, cefaléia ou facialgia. A paciente recebeu tratamento clínico em diversas ocasiões com corticoide nasal, anti-histamínicos e antibióticos, sem melhora significativa dos sintomas nasais. Foi, então, solicitada tomografia de seios da face e encaminhada para serviço terciário, onde foi realizada nasofibroscopia flexível com visualização de atresia de coana direita, secreção amarelada retida em meato comum direito, desvio de septo para direita e hipertrofia do corneto inferior esquerdo. Na ocasião, a paciente apresentou tomografia, que mostrou sinais de placa atrésica óssea/membranosa à direita, com retenção de conteúdo com densidade de partes moles (Figura 1). Paciente foi submetida a tratamento cirúrgico de atresia coanal por acesso endoscópico, via transseptal (Figuras 2 e 3), além de septoplastia e turbinectomia inferior esquerda, sem intercorrências durante o ato. Desde então, paciente refere melhora significativa da obstrução nasal e segue em acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** A atresia coanal é uma alteração congênita, que corresponde à obstrução da abertura nasal posterior devido a alterações em fatores de crescimento locais, podendo ser uni ou bilateral. É uma condição rara, que acomete 1 em cada 7.000 nascidos vivos, sendo mais frequente no sexo feminino, e de forma unilateral. Em casos de atresia unilateral, o quadro clínico é marcado por obstrução nasal e secreção nasal. Já em casos bilaterais, pode ser uma condição fatal devido ao risco de insuficiência respiratória, caso não seja instituído tratamento precoce. A atresia de coana pode estar relacionada a outras anomalias congênitas em cerca de 50 a 60% dos casos. O diagnóstico pode ser feito através da nasofibroscopia e é confirmado pela tomografia computadorizada de seios da face que identifica estreitamento da cavidade nasal posterior ao nível da placa pterigóidea. O tratamento definitivo consiste na abordagem cirúrgica e, deve-se ter atenção ao risco de reestenose.

**Comentários Finais:** A atresia de coana é uma patologia rara, devendo ser suspeitada em quadros de obstrução nasal de início precoce e refratário ao tratamento clínico. Pode ser facilmente diagnosticada por meio de videonasofibroscopia. O tratamento cirúrgico apresenta grande taxa de sucesso, com melhora do padrão respiratório e queixas associadas.

**Palavras-chave:** atresia de coana;rinologia;obstrução nasal.

PO358

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ESTENOSE CONGÊNITA DA ABERTURA PIRIFORME: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ANGELA CRISTINA GOMES**COAUTORES:** BEATRIZ ALMEIDA SPERINI; DOV GOLDENBERG; FELIPE LAMBERT BITARELLO; SULENE PIRANA; LUIZ GABRIEL SIGNORELLI; YARA FRANCESCHI SABA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL

**Introdução:** A estenose de abertura piriforme, descrita pela primeira vez em 1989, com incidência estimada de 1:25000 casos. É uma condição congênita em que ocorre o estreitamento ou obstrução das aberturas piriformes. É causada pelo crescimento excessivo do processo nasal medial da maxila, levando ao estreitamento do início da parte óssea da cavidade nasal, cursando com insuficiência respiratória neonatal. É considerada como apresentação de forma menor da holoprosencefalia e pode estar associado ao incisivo central superior mediano. É um diagnóstico diferencial de atresia de coanas e os sintomas podem iniciar imediatamente após o nascimento, como apneia, cianose, dificuldade de alimentação e desconforto respiratório. A suspeita clínica é pelo quadro clínico e pela impossibilidade de progressão de sonda nasogástrica pelos dois lados do nariz. O diagnóstico pode ser feito através da TC com cortes axiais contíguos em plano paralelo ao palato duro anterior, com medida da abertura piriforme menor que 11mm (alguns autores consideram abaixo que 8mm). O manejo depende da gravidade dos sintomas e evolução do paciente. Em casos leves pode ser usado corticoides intranasais e em casos moderados a graves pode ser necessário intervenção cirúrgica.

**Relato do caso:** Y.V.M, nascida em 04/03/2023, sexo feminino, pré-termo (35 semanas), peso de nascimento 1805 gramas, Apgar 9/10. Antecedente de cardiopatia congênita (CIA + CIV) com queixa de desconforto respiratório e congestão nasal desde o nascimento. Nega febre. Nega cianose. Nega tosse. Ao exame físico, paciente apresentava fluxo expiratório com espelho de Glatzel presente apenas pela fossa nasal esquerda. Tentativa de realização de endoscopia nasal sem sucesso, não houve progressão do nasofibroscópio de 4mm. Realizou tomografia computadorizada (TC) de face que evidenciou estenose nasal posterior, principalmente a direita e aventado a hipótese diagnóstica de atresia de coanas congênicas. Foi submetida a abordagem cirúrgica para correção da atresia de coanas, porém, essa hipótese foi descartada no intraoperatório após visualizar abertura posterior das cavidades nasais. Evidenciado desvio de septo posterior congênito e submetida a correção cirúrgica, com boa evolução no pós operatório. Paciente evoluiu com novos episódios de desconforto respiratório e respiração oral predominante, submetida a nova TC de crânio e face com achados sugestivos de estenose congênita da abertura piriforme (medindo 5,0mm) e hipotelorismo. Submetida a procedimento cirúrgico para correção do estreitamento da abertura piriforme através da incisão sublabial e broqueamento das margens ósseas laterais e inferiorea processos nasais da maxila. Endoscopia nasal com nasofibroscópio de 3,2mm no pós operatório mostrou melhora da progressão do mesmo e evoluiu com resolução completa do desconforto respiratório durante internação. Paciente institucionalizada, foi acompanhada pela equipe da Otorrinolaringologia durante a internação, porém perdeu seguimento no pós operatório.

**Conclusão:** A estenose congênita de abertura piriforme é uma das causas de obstrução das vias aéreas superiores no recém-nascido que pode cursar com desconforto respiratório grave. Recém-nascidos são considerados respiradores nasais obrigatórios e, por isso, o diagnóstico e intervenção são importantes para evitar complicações.

**Palavras-chave:** cavidade nasal;anormalidades;embriologia.

PO361

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****NARIZ EM SELA PÓS-HANSENÍASE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA**COAUTORES:** OTAVIO MARAMBAIA SANTOS; PABLO PINILLOS MARAMBAIA; PRISCILLA FALCON LACERDA; ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS; MILENA MENEZES MARQUES SALLES; LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL; LUMA BORGES OLIVEIRA**INSTITUIÇÃO:** INOOA, SALVADOR - BA - BRASIL

A hanseníase pode causar deformidades permanentes, sendo o nariz em sela uma das mais estigmatizantes. A infecção da mucosa nasal pelo *Mycobacterium leprae* leva a um infiltrado inflamatório e espessamento mucoso, ulceração e necrose das cartilagens adjacentes, podendo resultar em perfurações septais. É importante ressaltar que em áreas tropicais em desenvolvimento, a hanseníase ainda constitui uma causa frequente de perfuração septal. Trata-se do relato de caso de uma paciente com passado de hanseníase virchowviana, tratada adequadamente há 10 anos, sem demais comorbidades conhecidas. Ao exame otorrinolaringológico chamava a atenção deformidade de dorso nasal com aspecto de “sela”. Na rinoscopia anterior e nasofibroscopia, foi evidenciada perfuração septal anterior ampla em área II de Cottle, com presença de crostas amareladas abundantes em bordas, não tendo sido visualizado sinais inflamatórios em atividade. Foi realizada a abordagem cirúrgica para correção parcial de perfuração septal, mantendo perfuração de menor dimensão e redução da formação de crostas. A paciente manifestou interesse em realizar rinoplastia e encaminhada para realização de procedimento. A rinoplastia surge como uma alternativa para minimizar os estigmas da doença, promovendo a correção estética, mas também com possibilidade de melhora da função respiratória. No caso da paciente descrita neste relato, não foram relatadas queixas funcionais. Entretanto, se optado pelo procedimento, é importante reforçar que em doenças granulomatosas, a indução da cicatrização da ferida causada pela cirurgia pode resultar num agravamento dos sintomas da doença, tanto local como sistemicamente. Por esse motivo, sugere que o paciente tenha recebido alta da poliquimioterapia e que esteja livre de reações hansênicas há pelo menos um ano, antes de ser submetido à cirurgia reparadora. Já outro autor recomenda que antes de iniciar o planejamento cirúrgico, deve-se garantir que o paciente tenha recebido tratamento medicamentoso adequado, ao mesmo tempo em que não demonstre nenhuma evidência de lesão ativa ou de continuidade da mucosa/destruição cartilaginosa. A hanseníase continua a crescer no Brasil e é considerada uma das doenças mais negligenciadas. Dessa forma, é importante salientar que os médicos otorrinolaringologistas devem considerar a hanseníase como possibilidade de diagnóstico por meio de exames físicos detalhados e acompanhamento de lesões crônicas, devido ao Brasil ser uma região endêmica para a doença, para evitar que casos como o descritos neste relato se tornem frequentes.

Palavras-chave: úlceras nasais; vasoconstritor tópico; descongestionante nasal.



**PO363****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CORDOMA DE CLIVUS: DESAFIO CIRÚRGICO PELA TÉCNICA ENDOSCÓPICA ENDONASAL****AUTOR PRINCIPAL:** CAROLINE DOS SANTOS CAIXETA**COAUTORES:** TIAGO VASCONCELOS SOUZA; LUCIANA BESSA PESSOA; PATRICIA ROSA NUNES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente GKHP, sexo feminino, 43 anos, apresentou recidiva de cordoma de clivus cuja primeira cirurgia foi realizada em 2010. Paciente foi submetida a ressecção endoscópica endonasal com neuronavegação em Julho de 2022, procedimento que gerou no intraoperatório uma fístula líquórica de alto débito, alta pressão e difícil reconstrução do amplo defeito. Para reconstrução foi utilizado substituto dural Duradry (Technodry, Belo Horizonte MG), gordura, enxerto livre de cartilagem septal, retalho nasosseptal e selante dural Adherus (Hyperbranch Inc, Durham, North Carolina). Após, hemostasia nasal rigorosa, materiais hemostáticos e tamponamento nasal bilateral tipo dedo de luva. Após 11 dias a paciente apresentou rinoliquorria e no 12º pós operatório foi submetida a nova abordagem cirúrgica. No segundo procedimento foi utilizado para o fechamento um amplo enxerto livre de fáscia lata em dupla camada, gordura, cartilagem septal, retalho nasosseptal e selante dural Adherus e Tissucol. A hemostasia e tamponamento se seguiu da mesma forma. No segundo procedimento um dreno lombar foi alocado. A cultura líquórica evidenciou *S. aureus* que foi tratado com Oxacilina por 14 dias. A paciente recebeu alta em boas condições sem novas intercorrências e foi encaminhada para radioterapia e seguimento otorrinolaringológico e neurocirúrgico.

**DISCUSSÃO:**

Os cordomas correspondem a 1 a 4% de todos os tumores ósseos malignos e são originados de remanescentes embrionários da notocorda primitiva. Pode acometer a base de crânio e o esqueleto axial. Esses tumores são encontrados majoritariamente no sacro e mais de um terço são intracranianos acometendo preferencialmente a região do clivus. Eles são raros, tem forte tendência a invasão local e recorrência podem causar diferentes níveis de déficits neurológicos, mas raramente causam metástases. O tratamento é tradicionalmente cirúrgico e com o advento da cirurgia endoscópica lesões cada vez maiores e mais complexas podem ser tratadas. A cirurgia pode se tornar um desafio devido a região dorsal do clivus corresponder ao tronco cerebral e sistema vertebrobasilar. Com equipes cirúrgicas treinadas e experientes é possível obter boa taxa de sucesso com menor morbidade utilizando a técnica endoscópica com neuronavegação à técnica convencional. A radioterapia também tem assumido um papel importante nessas neoplasias que tipicamente são refratárias a quimioterapia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

Com o advento da cirurgia endoscópica endonasal cada vez mais tumores e sítios anatômicos diferentes podem ser abordados com menor morbidade e maiores taxas de sucesso. O cordoma de clivus se torna um desafio mesmo nas mãos de equipes experientes devido sua proximidade com estruturas nobres e grande pressão líquórica, que dificulta a alocação dos enxertos livres e retalhos para reconstrução do defeito da base de crânio. Uma boa avaliação radiológica pré-operatória, uso de técnicas adequadas, dispositivo de neuronavegação facilitam uma boa exérese cirúrgica que na maioria dos casos será complementada com a radioterapia.

Palavras-chave: Cordoma de Clivus; Rinologia; Fístula líquórica.

PO366

## E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

## PÓLIPO ANTROCOANAL DE KILLIAN: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** OSCAR IVAN CRUZ BARRIENTOS**COAUTORES:** KIMBERLY MASSIEL ROSALES VACA; MARIA CLARA SERAPIÃO FERREIRA; LUCAS VOIGT; DELIA VERÓNICA BENITEZ SILVERO; STEVEN MANUEL CRUZ GONZÁLEZ**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA, FOZ DO IGUAÇU - PR - BRASIL. 2. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL PARAGUAY, CIUDAD DEL ESTE - PARAGUAY

**Apresentação do caso:** GML, 7 anos, sexo masculino, natural e procedente de Foz do Iguaçu - PR, acompanhado pelo pai; comparece ao ambulatório de Otorrinolaringologia, encaminhado pelo pediatra da Unidade Básica de Saúde local, com queixa de obstrução nasal crônica associada a dificuldade para respirar ao dormir há cerca de um ano. Informa ainda roncos noturnos intensos, sialorreia, odinofagia e recorrência de infecção de vias aéreas superiores com uso frequente de antibioticoterapia. Paciente se apresenta no consultório com rosto de aspecto cansado, olheiras pronunciadas, respiração bucal barulhenta e voz anasalada. Ao exame físico: Oroscopia com lesão volumosa e arredondada posterior à úvula, que se projeta da rinofaringe em direção à orofaringe. Solicitada tomografia de seios da face (TC) que evidenciou velamento completo do seio maxilar direito, alargando o meato médio direito, estendendo-se para cavidade nasal do mesmo lado, até a orofaringe, com limites parcialmente definidos.

**Abordagem cirúrgica:** Optou-se por realizar polipectomia intranasal endoscópica. Na exploração cirúrgica foi visualizada lesão polipoide em toda fossa nasal direita, acometendo seios maxilares e etmoidais sendo necessário realizar etmoidectomia direita e sinusotomia transmaxilar com ampliação do óstio maxilar e aspiração de conteúdo de seio maxilar direito. Parte da lesão teve que ser retirada por via oral, em função do seu tamanho. O diagnóstico anatomopatológico da lesão foi de pólipos antrocoanais de Killian de aproximadamente 8 cm de extensão e sem atipias.

**Discussão:** O pólipos antrocoanais de Killian é uma lesão polipoide geralmente unilateral e benigna que tem origem a partir da mucosa do seio maxilar e desenvolve-se através do óstio do seio maxilar para a cavidade nasal e em direção à coana e região posterior da nasofaringe. A apresentação clínica geralmente é obstrução nasal crônica acompanhada de outros sintomas nasossinusais. Ocasionalmente, pólipos maiores podem prolapsar posteriormente o suficiente para serem visíveis através da orofaringe enquanto pendem da nasofaringe. Ao contrário de outros pólipos nasais, os pólipos antrocoanais são geralmente encontrados em pacientes não atópicos. A etiologia exata não é conhecida, mas acredita-se que infecções possam estar associadas a seu desenvolvimento. A TC sem contraste é padrão ouro para o diagnóstico de pólipos antrocoanais, devido ao refinado detalhe ósseo da anatomia dos seios paranasais. Normalmente, com presença de uma massa definida com densidade de partes moles surgindo do seio maxilar, associada a alargamento do óstio natural ou óstio acessório do seio maxilar com extensão para a nasofaringe, e nenhuma destruição óssea associada, mas sim um aumento suave do seio.

O tratamento clássico é a polipectomia intranasal, idealmente endoscópica e minimamente invasiva: o local de fixação do pólipo é identificado e excisado juntamente com uma pequena parte da mucosa adjacente. Se a base do pólipo não for extirpada, a lesão pode reaparecer.

**Comentários finais:** A polipose antrocoanais de Killian representa cerca de 4% a 6% de todos os pólipos nasais, com maior incidência em crianças e adultos jovens. É importante salientar a importância do diagnóstico precoce para melhorar a qualidade de vida e diminuir o risco de recidiva pós-cirúrgica. O paciente deste relato foi encaminhado pela atenção primária há mais de um ano, com piora dos sintomas e crescimento progressivo da lesão enquanto aguardava avaliação da otorrinolaringologia. Não houve nenhum tipo de intercorrências durante a abordagem cirúrgica, com remoção total do pólipo, procedendo boa evolução e remissão dos sintomas.

**Palavras-chave:** pólipos antrocoanais; obstrução nasal; cirurgia endoscópica nasal.

PO370

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ABORDAGEM CIRÚRGICA ATÍPICA PARA REMOÇÃO DE MIÍASE NASAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GRAZIELA MORAIS LOURENÇO**COAUTORES:** AMANDA AZEVEDO; ANA CAROLINA ROBADELO DA SILVA FREIRE; LUCAS ABREU ARANTES; ROSANÉ SICILIANO MACHADO BARCELOS; WALLACE NASCIMENTO DE SOUZA; DANIELLA ROSSI DE MENEZES; LUIZ CLAUDIO COSTA PINTO DA SILVA**INSTITUIÇÃO:** HCPM RJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente sexo masculino, 45 anos, branco, policial militar reformado devido à acidente por PAF em 2017, sendo submetido à enucleação do olho esquerdo e reconstrução do cavum e órbitas com placas de titânio. Chega à emergência otorrinolaringológica do HCPM|RJ relatando epistaxe bilateral, principalmente à esquerda, associado a rinorreia e odor fétido há cerca de 5 dias. Ao exame físico: oroscopia e otoscopia sem alterações relevantes, rinoscopia com ausência de sangramento ativo, sem visualização de ponto de cauterização em plexo septal anterior. Realiza-se endoscopia nasal constatando a presença de inúmeras larvas, acometendo inclusive a placa exposta de titânio. Realizado, assim, diagnóstico de Miíase. Nesse momento, seguiu-se com internação, visando remoção em centro cirúrgico. Solicitada tomografia computadorizada de seios da face, que demonstrou sinais de manipulação cirúrgica e traumática na face com alterações morfo estruturais e alargamento dos seios maxilares-etmoidais e cavidade orbitária esquerda e espessamento mucoso e tecido de partes moles preenchendo essa cavidade; exames laboratoriais revelando Hb 10 | Ht 31 | Leuc 6.200 | Pla 186 mil | VHS 123 | PCR 23,30. No momento cirúrgico, foi realizado videoendoscopia, observando[1]se larvas ativas nas fossas nasais e na placa de titânio reconstrutora do assoalho orbital. Assim, feito acesso combinado à fossa nasal, espaço maxilar e órbita esquerda por Caldwell Luc alargado, com dissecação até o periósteo e rebordo orbital esquerdo, o mesmo consolidado, mas apresentando placa com pontos de relaxamento, sendo retirada. Feito desbridamento de tecido necrótico em assoalho de órbita, seio maxilar remanescente e espaço retromaxilar. Exploração de seios maxilares, etmoidais, frontais e esfenoidais com presença de larvas bilateralmente, removidas por via endoscópica. Preenchimento da cavidade com maceração de ivermectina e colagenase. Fragmentos de fossa nasal enviados para cultura com teste de sensibilidade aos antibióticos, demonstrando germe *Pseudomonas Aeruginosa*. Paciente permaneceu internado, realizou tratamento com ivermectina e antibioticoterapia com ciprofloxacina EV. Recebe alta em bom estado geral, hemodinamicamente estável, com padrão laboratorial de volta à normalidade.

**DISCUSSÃO**

Miíase refere-se à infestação parasitária por larvas de moscas durante um determinado estágio do seu desenvolvimento quando se alimentam de tecidos humanos ou animais. As moscas grávidas são atraídas por feridas abertas e também por aberturas próprias do corpo, como nariz, orelha e olho, por exemplo, para depositar seus ovos. Na otorrinolaringologia, sabe-se que a maior frequência quando se refere a miíase é nasal, sendo que as larvas podem causar necrose, descamação e destruição do tecido intranasal, atingindo partes profundas e inacessíveis do nariz e dos seios paranasais. As características clínicas incluem dor, sangramento nasal, secreção fétida, edema na região média da face ou passagem de larvas pelo nariz.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A doença em questão é considerada um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento e em áreas tropicais. Mesmo assim, não existem diretrizes de prática clínica para diagnóstico ou tratamento dessa doença, por isso a importância de nosso relato, visto necessária abordagem cirúrgica incomum para resolução do caso. Reforçamos, também, que o uso de ivermectina oral no tratamento da miíase nasofaríngea serviu de auxílio para a remoção completa, já que houve saída de mais 20 larvas espontaneamente nas 24h após a cirurgia. Essas larvas também são chamadas de "bicheira do velho mundo" porque se fixam na carne do hospedeiro em forma de parafuso, devido a isso as larvas às vezes podem alcançar a órbita, causar perfurações septais, perfurar o palato e se deslocar para os seios da face chegando até mesmo ao sistema nervoso central. Por isso, faz-se necessário reconhecimento precoce dos fatores de risco e dos sinais de alerta para diagnóstico e tratamento acertado e rápido.

**Palavras-chave:** MIÍASE;EPISTAXE;EMERGÊNCIA OTORRINOLARINGOLÓGICA.

PO372

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PERFIL DO PACIENTE CANDIDATO À DILATAÇÃO POR BALÃO DA TUBA AUDITIVA:  
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA****AUTOR PRINCIPAL:** RAYANE BEZERRA FREITAS**COAUTORES:** DAMÁCIO SOARES PAIVA; KELVIN LEITE MOURA; MARINA MENDONÇA DE MIRANDA; PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA; YASMIM BARROS SILVEIRA; HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE**INSTITUIÇÃO:** HUOL / UFRN, NATAL - RN - BRASIL**Objetivos:** Descrever características de pacientes com disfunção tubária (DT), tratados com o Balão de Dilatação da Trompa de Eustáquio (BDTE), que apresentaram desfecho satisfatório.**Métodos:** Esta revisão sistemática foi baseada nas diretrizes do PRISMA (figura 1). Foi realizada uma busca em setembro de 2023 nas bases de dados eletrônicas PubMed, MEDLINE, LILACS e SciELO com os descritores “balloon dilation” AND “eustachian tube”. Foram incluídos estudos intervencionistas e metanálises, dos últimos cinco anos, em português, inglês e espanhol, que abordaram casos de DT tratados com o método de dilatação por balão. Outros tipos de estudo, duplicados ou incompatíveis com o objetivo deste trabalho foram excluídos.**Resultados:** Dos 219 estudos identificados na busca, incluiu-se 14 trabalhos: dez ensaios clínicos e quatro metanálises. A intervenção isolada com o BDTE mostrou-se benéfica à avaliação subjetiva e objetiva de pacientes com DT crônica e refratária ao tratamento conservador, casos de otite média serosa persistente e DT induzida por barotrauma. Três estudos verificaram resposta clínica convincente após a associação entre BDTE e tratamento clínico, timpanoplastia e timpanotomia para inserção de tubo de ventilação no manejo da DT obstrutiva, otite média serosa recorrente e otite adesiva, respectivamente. Dois estudos não notaram vantagens no uso de BDTE, sendo um no pós-radioterapia contra carcinoma nasofaríngeo e outro quando há também rinossinusite crônica, apresentando resultados semelhantes à cirurgia endoscópica nasal.**Discussão:** O BDTE surgiu em 2010 como uma novidade no tratamento para DT devido à sua natureza minimamente invasiva, no entanto, ainda não há um modelo definido para verificar sua eficácia. Na avaliação pré e pós-operatória das queixas relacionada à DT, a ferramenta mais utilizada nos estudos foi o teste “Eustachian Tube Dysfunction Questionnaire-7” (ETDQ-7), considerando-se a diferença de 1,9 pontos como necessária para demonstrar melhora após o BDTE — mudança não necessariamente vista em timpanograma. Adicionalmente, já foi evidenciado que testes funcionais junto à anamnese proporcionam maior precisão do que qualquer teste isolado. Outros estudos de intervenção dos últimos 10 anos também demonstraram resultados positivos na sintomatologia e nos exames do ouvido médio após BDTE, com raras complicações. A eficácia da BDTE para otite atelectásica, observada em um dos estudos, pode ser corroborada por outros trabalhos.**Conclusão:** Pode-se reconhecer a presença de evidências significativas, principalmente no tratamento de pacientes com DT refratária ao manejo conservador e otite média serosa. Contudo, a utilização isolada desta técnica e a própria caracterização da DT e, por consequência, a avaliação do quadro pré e pós-BDTE ainda são desafios a serem superados através de mais estudos robustos.**Palavras-chave:** Balão de Dilatação; Orelha Média; Tuba Auditiva.

PO374

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

ATRESIA DE COANAS BILATERAL EM PACIENTE DE 42 ANOS, UM RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: PAULO TINOCO

COAUTORES: CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI; MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO; GABRIELA CARDOSO LIMA; CAROLINA BILICH QUEIROZ; SÁVIO LUQUETTI SILVA VIEIRA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ, ITAPERUNA - RJ - BRASIL

A atresia coanal é um defeito congênito no desenvolvimento da comunicabilidade entre a nasofaringe e a cavidade nasal. A atresia coanal é um defeito congênito no desenvolvimento da comunicabilidade entre a nasofaringe e a cavidade nasal. Pode ser unilateral ou bilateral. Quando unilateral, os principais sintomas são rinorreia e obstrução nasal. Já o defeito bilateral é raro, mas quando presente, é uma urgência no recém-nascido, apresentando desconforto respiratório, dispneia e cianose. A incidência da atresia de coanas é de cerca de 1:5000 a 1:8000 nascidos vivos, é mais comum no sexo feminino e unilateral. Quando unilateral, é mais frequente do lado direito. Essa mal formação está associada a outras malformações congênita em 20 a 50 por cento dos casos, e isso ocorre mais quando a atresia coanal é bilateral.

A mal formação é confirmada por tomografia computadorizada de seios da face, sendo esse o exame de escolha, e o tratamento é cirúrgico.

A técnica cirúrgica por videoendoscopia nasal tem sido muito usada para o tratamento cirúrgico da atresia coanal, devido ao fato de ter uma visão boa da área, causar menos trauma local e ter menores taxas de complicações pós operatórias, fornecendo uma recuperação melhor e mais rápida.

O objetivo do presente trabalho é relatar um caso de uma paciente de 42 anos com diagnóstico de atresia coanal bilateral que foi submetida a tratamento cirúrgico.

J.A.V., 42 anos, com queixa de obstrução nasal bilateral associado a rinorreia hialina e anosmia desde a infância. Foi realizada endoscopia nasal que demonstrou oclusão bilateral de coana. A paciente apresentava face alongada e respiração bucal. Foi solicitada tomografia computadorizada de seios da face, que evidenciou atresia coanal osteo-membranosa bilateral. Paciente relata que foi submetida ao tratamento cirúrgico de imperfuração coanal bilateral quando recém nascida, porém, houve oclusão das aberturas poucos meses após o procedimento. Frente aos dados, paciente foi submetida a cirurgia endoscópica nasal em dois tempos, no qual realizou-se a abertura da coana esquerda e cerca de 2 meses depois, a abertura de coana direita. Foi realizada endoscopia nasal de controle que demonstrou coanas amplas e abertas. Paciente com boa evolução e respiração nasal competente.

A atresia de coanas bilateral é uma urgência quando recém nascido. No caso em questão, a paciente foi abordada quando nasceu, porém, houve fechamento das coanas, viveu durante muitos anos com a atresia, necessitando de uma nova intervenção para a resolução de sua patologia e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: atresia coanal; defeito raro; defeito congênito.

PO375

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ÚLCERA NASAL SECUNDÁRIA A USO DE VASOCONSTRICTOR TÓPICO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA**COAUTORES:** OTAVIO MARAMBAIA SANTOS; PABLO PINILLOS MARAMBAIA; PRISCILLA FALCON LACERDA; ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS; MILENA MENEZES MARQUES SALLES; LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL; LUMA BORGES OLIVEIRA**INSTITUIÇÃO:** INOOA, SALVADOR - BA - BRASIL

A perfuração septal pode ocorrer devido a causa iatrogênica, como complicação de cirurgia nasal<sup>2 3</sup>, diversos tipos de trauma, uso de corticoterapia nasal<sup>4 5 6</sup>, cauterização da mucosa para tratamento de epistaxe, dentre outros. A ideia de que um processo nasal tóxico pode evoluir, começando com sangramentos nasais, depois ulcerações e, por fim, perfuração do septo, parece fazer sentido, mas não foi definitivamente comprovada.<sup>1</sup> No caso descrito, trata-se de uma paciente 15 anos, feminino, previamente hígida, compareceu em serviço de otorrinolaringologia, com relato de episódio único de epistaxe de pequena monta à direita há três semanas, com resolução espontânea, após trauma nasal leve. A paciente refere história prévia de rinite alérgica de longa data, realizava tratamento esporádico com spray nasal de corticoide tópico. Após o trauma nasal, cursou com piora do padrão obstrutivo e iniciou, por conta própria, o uso de vasoconstrictor tópico (cloridrato de nafazolina intranasal). Há uma semana do atendimento, relata a presença de crostas hemáticas sempre à direita e, por vezes, rajas de sangue. Por se tratar de ter ocorrido numa cidade endêmica para doenças granulomatosas, foi realizada uma investigação laboratorial, que resultou negativa para essas doenças e também descartada neoplasia, restando apenas como único fator etiológico identificado, o uso de vasoconstrictor tópico. O uso crônico de descongestionantes nasais pode causar vasoconstricção da mucosa septal, comprometendo o aporte sanguíneo da região<sup>7</sup> e, assim, levar ao desenvolvimento de lesões. Essas injúrias à cartilagem septal, com consequente perda da integridade do mucopericôndrio que a reveste, podem levar a sua isquemia, necrose e, finalmente, perfuração septal. O uso prolongado de corticoesteroides nasais também é descrito como agente causador de perfurações<sup>8</sup> — principalmente no sexo feminino<sup>10</sup>. A associação de descongestionante nasal e corticoide tópico parece aumentar a ocorrência de perfurações<sup>11</sup>, que podem ser visualizadas, na maioria das vezes, através da rinoscopia anterior. A úlcera nasal pode corresponder a uma lesão precursora de uma perfuração septal. Existem diversas doenças e agentes etiológicos que podem resultar nesse tipo de lesão, incluindo o uso de vasoconstritores tópicos, embora seja pouco comum. Apresentamos um caso de uma paciente jovem em que todas as investigações não identificaram nenhuma causa subjacente, restando apenas o uso de vasoconstritores como agente etiológico.

Palavras-chave: úlceras nasais; vasoconstrictor tópico; descongestionante nasal.

PO381

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**  
**PÓLIPO ANTROCOANAL (KILLIAN) NA PRIMEIRA INFÂNCIA****AUTOR PRINCIPAL:** DIAGO RAFAEL MOTA FASANARO**COAUTORES:** THATIANA PEREIRA SILVA; NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO; JULYANA CARNEIRO GOMES; YASMIN DE REZENDE BEIRIZ; MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ; MARCELO ROSA LIMA; MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** MCS, feminino, 5 anos, foi encaminhada ao serviço ambulatorial de otorrinolaringologia de um hospital municipal de Feira de Santana devido a um quadro clínico de obstrução nasal em fossa nasal direita, rinorreia hialina e dor facial. A genitora relatou também episódios de roncos durante o sono. Ao exame físico, a paciente apresentou uma lesão de superfície lisa em fossa nasal direita. Foi realizado uma videonasofibroscopia (VNF) que evidenciou lesão de aspecto polipoide em óstio acessório de seio maxilar direito estendendo-se até rinofaringe. Foi solicitado uma tomografia computadorizada (TC) de seios da face que apresentou material com densidade de partes moles ocupando seio maxilar direito, progredindo em direção a orofaringe através do complexo ostio-meatal e dilatando este. A paciente foi submetida a uma cirurgia endoscópica funcional de seio maxilar direito. O material enviado para o estudo anatomopatológico foi compatível com um Pólipo Antrocoanal (Killian). A Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório apresentando melhora da obstrução nasal.

**Discussão:** Os pólipos antrocoanais, descritos em 1906 por Gustav Killian, são lesões benignas com predomínio unilateral e em seio maxilar direito, apresentam predileção por crianças e adultos jovens e representam 4 a 6% dos pólipos nasais, sendo bilateral em 30 a 40% dos casos. O Pólipo de Killian, ainda com etiologia desconhecida, se desenvolve através do óstio do seio maxilar, com predileção pelo óstio acessório, progredindo posteriormente em direção as coanas podendo, ainda, estender-se até a orofaringe. O sintoma mais prevalente é a obstrução nasal unilateral progressiva, podendo estar associada a rinorreia, epistaxe e outros sintomas nasais. O diagnóstico engloba uma anamnese detalhada, videonasofibroscopia e TC de seios da face, sendo esse o melhor exame para essa doença, pois delimita os limites da lesão e auxilia na escolha da técnica cirúrgica a ser utilizada. O tratamento é exclusivamente cirúrgico visando a remoção completa da lesão pois a principal causa de recidiva é a exérese incompleta do tumor. A técnica endoscópica nasal, permite uma abordagem da lesão com poucas complicações e baixo risco de recidiva, além de ser um procedimento minimamente invasivo.

**Considerações finais:** Apesar de predominar em crianças e adultos jovens, o Pólipo de Killian não é comum na primeira infância. O caso aqui relatado tem como objetivo mostrar que é fundamental a atenção do otorrinolaringologista diante de um paciente com quadro clínico suspeito, independentemente da faixa etária pediátrica, pois o diagnóstico, e intervenção cirúrgica, precoce evita a progressão da doença e reduz a chance de recidiva, aumentando o sucesso terapêutico.

**Palavras-chave:** OBSTRUÇÃO NASAL;PÓLIPO ANTROCOANAL;PRIMEIRA INFÂNCIA.



PO388

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PACIENTE COM FÍSTULA LIQUÓRICA ESFENOIDAL DE ALTO DÉBITO, ASSOCIADO A PNEUMOENCÉFALO E BOLA FÚNGICA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** YASMIM BARROS SILVEIRA**COAUTORES:** MARINA MENDONÇA DE MIRANDA; DAMÁCIO SOARES PAIVA; PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA; KELVIN LEITE MOURA; RAYANE BEZERRA FREITAS; ANA CAROLINA FERNANDES DE OLIVEIRA; WENDELL DE PAIVA LEITE**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente, sexo feminino, 74 anos, encaminhada ao Hospital Universitário devido a cefaleia iniciada há 1 mês da admissão, sem antecedente de trauma ou demais afecções. Na época, procurou serviço de otorrinolaringologia da cidade de origem, que diagnosticou rinossinusite crônica e iniciou antibioticoterapia via oral. No entanto, a paciente evoluiu com saída expressiva de conteúdo hialino e fluído por nariz, sugestivo de rinoliquorreia, além de febre, quadro de desorientação e rebaixamento do nível de consciência. Realizada cisternografia por tomografia computadorizada de crânio que identificou pneumoencéfalo de grande monta e falha óssea em seio esfenoidal direito (Figura 1 – A). Feita derivação lombar externa, sem melhora clínica, quando optou-se por encaminhamento ao Hospital Universitário. Paciente foi avaliada pelas equipes da neurocirurgia e otorrinolaringologia, recebendo diagnóstico de fístula liquórica esfenoidal à direita, associada a conteúdo heterogêneo sugestivo de bola fúngica em seio esfenoidal esquerdo. Foi iniciada acetazolamida e paciente foi, então, submetida a procedimento cirúrgico endonasal para correção da fístula, com instilação de fluoresceína via intratecal para identificação do local de vazamento (Figura 1 – B e C). Após sua identificação, foi inserido enxerto de gordura, cartilagem septal e mucosa do corneto médio, além de utilizar malhas hemostáticas, material geossintético e cola cirúrgica para seu fechamento (Figura 1 – D). A bola fúngica foi abordada no mesmo tempo cirúrgico. No pós-operatório, a paciente apresentou febre, sem demais achados no exame físico. Realizou-se punção lombar com achado de infecção bacteriana. Recebeu antibioticoterapia endovenosa, com boa resposta clínica e está em seguimento ambulatorial.

**Discussão:** A fístula liquórica é uma condição incomum, sobretudo quando trata-se de fístulas espontâneas, ou seja, não ocasionadas por neurocirurgias, tumores e traumas cranioencefálicos. Os vazamentos espontâneos são mais frequentes no sexo feminino e podem ocorrer em qualquer idade, sendo a idade média 58 anos. A clínica consiste em cefaleia refratária a uso de analgésicos, rinorreia aquosa unilateral, que piora ao inclinar a cabeça para frente, otorreia quando há perfuração timpânica, além de sintomas meníngeos. O diagnóstico pode ser estabelecido através da identificação de líquido na rinorreia ou otorreia, por meio da dosagem de transferrina beta-2 e proteína beta-traço. Outro meio diagnóstico são os exames de imagem, como tomografia ou ressonância da base do crânio, seios da face e dos ossos temporais, que podem detectar defeitos ósseos, pneumoencéfalo, meningoencefalocèle, além de serem essenciais para identificar a etiologia. Caso a fístula não seja identificada, há alternativa de cisternografia por tomografia, ressonância ou radioisótopos. O manejo consiste em tratamento sintomático, profilaxia da meningite, controle da pressão intracraniana e tratamento cirúrgico para os casos graves e progressivos, com taxa de sucesso de 70 a 100%. Já as bolas fúngicas correspondem à colonização de hifas entrelaçadas, geralmente acometendo um seio paranasal específico. O quadro clínico corresponde ao de rinossinusite crônica e o diagnóstico pode ser aventado através da identificação, na tomografia de seios da face, conteúdo heterogêneo associado sinal hiperdenso no seio paranasal, podendo haver esclerose leve do osso circundante. O tratamento consiste em extrair a bola fúngica por meio de cirurgia endoscópica, sem necessidade de incluir antifúngicos na terapia.

**Comentários Finais:** A fístula liquórica é uma patologia incomum, devendo ser suspeitada em quadros de rinorreia hialina e fluída, associada a sintomas neurológicos. Devido ao risco de complicações, como meningite e pneumoencéfalo, é importante realizar o diagnóstico precoce para instituir o tratamento o mais breve possível.

**Palavras-chave:** Fístula liquórica; Bola fúngica; Pneumoencéfalo.

PO391

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****TROMBOSE DO SEIO CAVERNOSO ESQUERDO COMO COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE AGUDA EM PACIENTE PEDIÁTRICO – RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** FABIO FERNANDES LABANCA**COAUTORES:** ANELISE PINHEIRO PAIVA; RODRIGO ALVAREZ CARDOSO; LAIS GENERO PIZZATTO; ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA; PEDRO AUGUSTO MACHADO; EDUARDO SUSS CECCON RIBEIRO; JAMILE GARDIN DOS SANTOS**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL ANGELINA CARON, CAMPINA GRANDE DO SUL - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente feminina, 6 anos, previamente hígida, admitida no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Angelina Caron (PR), com início súbito de edema periorbital e dor ocular à esquerda. Acompanhando da paciente relata que, cerca de dez dias prévios ao quadro, iniciou com rinorreia, congestão nasal e tosse noturna. Evoluiu para febre aferida dois dias após o início do edema periorbital.

Na admissão hospitalar, ao exame físico, apresentava edema periorbital esquerdo 4+/4+, proptose ipsilateral, com difícil avaliação da mobilidade e acuidade visual pela agitação da paciente e edema intenso periorbital. Na rinoscopia, existência de rinorreia purulenta e, na oroscopia, ausência de gotejamento pós nasal.

Realizado exames complementares como tomografia de seios da face e ressonância das órbitas, a qual evidenciou edema em região maxilar, periorbitária e frontal esquerda, associado à coleção septada com envolvimento pré e pós septal, e envolvimento da carótida cavernosa.

Iniciado corticoterapia endovenosa assim como antibioticoterapia empírica de amplo espectro e lavagem nasal, com melhora importante dos sintomas após 48 horas do começo do tratamento – edema periorbital evoluindo para 2+/4+, com acuidade visual e mobilidade ocular à esquerda preservadas, bem como melhora da tosse e congestão nasal, sem necessidade de abordagem cirúrgica após cerca de cinco dias de internação hospitalar. Recebeu alta com corticoide e antibiótico via oral.

**Discussão:** A trombose do seio cavernoso defini-se como a presença de um trombo na região do seio cavernoso – o qual é um dos seios venosos da dura-máter, na base do crânio. Esse cenário possui origem asséptica ou séptica, sendo que essa apresenta evolução rápida com origem infecciosa, normalmente decorrente de um quadro de rinossinusite aguda ocasionado principalmente pelo *Stafylococcus aureus* e/ou anaeróbios. Porém, o foco infeccioso pode originar-se dos ouvidos, cavidade oral ou demais localidades da face. Enquanto isso, a trombose do seio cavernoso de origem asséptica decorre geralmente de traumas.

Quando resultante de origem séptica, o processo infeccioso se dissemina por meio das vias orbitárias até a região do seio cavernoso, com acometimento uni ou bilateral, normalmente como complicação grave e rara da rinossinusite aguda, a qual pode apresentar edema inflamatório, celulite orbitária, abscesso subperiosteal, abscesso orbitário e, por fim, trombose de seio cavernoso.

O paciente pode abrir o quadro com tais sintomas: edema palpebral, dor ocular, proptose e até mesmo quemose, assim como alteração de mobilidade ocular, uma vez que o acometimento dos pares cranianos III, IV, V e VI pode ocorrer, por serem estruturas que percorrem o seio cavernoso.

Em relação ao tratamento, é necessária internação hospitalar para uso de antibiótico empírico endovenoso e corticoide em dose anti-inflamatória. Caso não haja melhora dos sintomas, a intervenção cirúrgica deve ser aventada, tal como sinusectomia endoscópica, drenagem palpebral externa ou subperiosteais e orbitárias.

**Considerações finais:** O caso relatado e o levantamento bibliográfico ratificam a importância do conhecimento dessa grave e rara complicação que pode advir de um processo de rinossinusite aguda. Pela sua gravidade, é necessária atenção para rápido diagnóstico e tratamento empírico.

**Palavras-chave:** trombose;seio cavernoso;rinossinusite.

PO392

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM TUMOR DE POTT E EMPIEMA SUBDURAL****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA FAVORETTO ALMEIDA**COAUTORES:** GISELLI HELENA SOUZA; RAQUEL RAIANE ALVES LOPES; MAURÍCIO VILELA FREIRE; MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO; JOSE ELIAS DA SILVA MURAD; SOPHIA CERCEAU PINTO COELHO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente sexo masculino, 16 anos, com relato de abaulamento em região frontal à esquerda há cerca de uma semana, associado a um episódio febril. Negava queixas nasais, alterações visuais, cefaleia, vômitos e alteração do nível de consciência. História de trauma em região frontal há cerca de 20 dias. Em tomografia de crânio com contraste apresentava velamento de seios maxilares, etmoide e seios frontais, presença de falha óssea em tábua anterior de seio frontal à esquerda e presença de pequena coleção intracraniana em região frontal à esquerda, compatível com rinossinusite aguda complicada com Tumor de Pott. Foi submetido a sinusectomia maxilar bilateral, etmoidectomia anterior bilateral, sinusotomia frontal draf IIA bilateral e fez uso de ceftriaxone, clindamicina e dexametasona. No pós-operatório, evoluiu com recolheção em região frontal, manifestada com abaulamento de consistência amolecida em região frontal esquerda, indolor e sem hiperemia. Submetido a revisão cirúrgica com realização de sinusectomia maxilar bilateral, etmoidectomia anterior bilateral, sinusotomia frontal draf IIA à esquerda e draf I à direita, drenagem externa de coleção e colocação de dreno de penrose. Em nova tomografia de seios da face e em ressonância magnética, foi evidenciada coleção extra-axial no lobo frontal cerebral, comprimindo o parênquima cerebral adjacente, sugestiva de empiema subdural. Completou 42 dias de uso de ceftriaxone, oxacilina e metronidazol, com boa evolução, melhora clínica e sem sequelas.

**Discussão:** O Tumor de Pott é uma osteomielite do osso frontal associada a formação de abscesso subperiosteal. Pode manifestar-se com edema localizado em região frontal, cefaleia, febre, rinorreia, fotofobia e sensibilidade no seio frontal. Tem como origem principal quadros mal diagnosticados ou inadequadamente tratados de sinusite frontal. Entretanto, também pode estar associado a trauma direto no osso frontal, uso de substâncias, infecções odontogênicas e mastoidite. Acomete todas as faixas etárias, porém há uma maior incidência em adolescentes. Pode levar a complicações intracranianas, como meningite, abscesso epidural e subdural. A infecção pode se disseminar pela erosão das paredes do seio frontal ou pela migração de trombos sépticos pelas veias diplóticas até à dura-máter. O diagnóstico é baseado na clínica e em dados radiológicos. A tomografia computadorizada é considerada o exame de escolha para confirmação do diagnóstico. Entretanto, a ressonância magnética é melhor na detecção de acometimento intracraniano. O tratamento de modo geral envolve antibioticoterapia, juntamente com abordagem cirúrgica.

**Considerações finais:** Quadros de rinossinusite, principalmente do seio frontal, podem ter como complicação o Tumor de Pott. A principal manifestação é o abaulamento em região frontal. Pode evoluir com complicações intracranianas, como abscesso cerebral, assim o diagnóstico precoce e o manejo imediato são essenciais para evitá-las.

**Palavras-chave:** Pott;Empiema subdural;Rinossinusite aguda.

PO393

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Técnica de racket-on-donut: uma inovação na cirurgia de encerramento de perfurações septais

**AUTOR PRINCIPAL:** LUÍS ANDRÉ NEVES BAPTISTA

**COAUTORES:** JOANA GUINCHO; FILIPE CORREIA; RUI CABRAL; PEDRO ESCADA

**INSTITUIÇÃO:** CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, LISBOA - PORTUGAL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Doente do sexo feminino, 35 anos de idade, referenciada à consulta de Otorrinolaringologia por perfuração sintomática do septo nasal. Tratava-se de uma perfuração iatrogénica após rinosseptoplastia há 3 anos e que condicionava um assobio sobretudo noturno, com afecção relevante na qualidade de vida da doente. A perfuração era anterior, na área 3 de Cottle, e tinha cerca de 12mm de maior diâmetro. Após rejeição de tratamento conservador com botão septal e discussão em equipa optou-se pelo encerramento da perfuração por via endoscópica, através da técnica de racket-on-donut tendo em conta a localização, o tamanho da perfuração e a presença de osso posterior à perfuração, visível na tomografia computadorizada. O protocolo utilizado foi uma reprodução da técnica descrita pelo autor original. Infiltrou-se a mucosa nasal com solução lidoadrenérgica. Começou por se desenhar um retalho com conformação de raquete – o racket – com monopolar de ponteira fina: limite posterior 2cm atrás do foramen incisivo, ao nível do pavimento da fossa nasal, e com extensão superior até 1cm abaixo do neuroepitélio olfativo. Posteriormente, definiu-se o limite anterior que se iniciou na margem posterior da perfuração e prolongou-se inferiormente até ao pavimento da fossa nasal e superiormente até ao teto da fossa nasal. Uniram-se as incisões anterior e posterior. Depois desenhou-se o retalho com formato de donut a partir dos limites anterior, superior e inferior da perfuração. Descolaram-se os dois retalhos no plano subperiosteal. O retalho em donut foi rodado para a fossa nasal contralateral e o retalho em racket foi rodado anteriormente para cobrir os limites da perfuração e foi suturado à mucosa remanescente com sutura reabsorvível. Foram colocados doyles de silicone bilateralmente que permaneceram in situ durante 4 semanas. Após este período observou-se o encerramento total da perfuração e a resolução total dos sintomas da doente.

**DISCUSSÃO:** O encerramento cirúrgico de perfurações do septo nasal está, geralmente, reservado para casos sintomáticos e refratários a medidas conservadoras. Embora existam inúmeras técnicas descritas (abertas versus endoscópicas, enxertos unilaterais versus de interposição, etc.) nenhuma delas parece ser significativamente superior às restantes na literatura. A técnica de Racket-on-Donut foi descrita pelo Prof. Dr. Isam Alobid em 2023 e consiste na realização de 2 retalhos: um retalho baseado na artéria grande palatina que é rodado anteriormente e fixo aos limites da perfuração (o racket) e outro que consiste num retalho de inversão dos bordos da perfuração (o donut). A criação de um duplo retalho permite que exista uma interface de cicatrização que melhora a vascularização da mucosa e diminui o risco de re-perfuração. Por outro lado, os limites do retalho em racket são desenhados tendo em conta a emergência da artéria grande palatina ao nível do foramen incisivo para evitar o seu dano. Nesta técnica é crucial que exista suporte osteocartilaginoso nos limites da perfuração e no septo posterior, que permita individualizar os retalhos sem criar outra perfuração. No caso descrito, apesar de pós-septoplastia, a presença do septo posterior e de alguma cartilagem a rodear a perfuração permitiram a realização integral da técnica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A técnica de Racket-on-Donut aparenta ser uma técnica eficaz no encerramento de perfuração anteriores e sintomáticas do septo nasal. Embora a nossa experiência com a sua utilização seja limitada, consideramos tratar-se de uma técnica com elevada viabilidade do retalho e consequente taxa de sucesso. Em casos de revisão de septo ou rinosseptoplastia a execução técnica pode complicar-se pela dificuldade na dissecação subperiosteal e subpericondral, condicionando maior hemorragia e dificuldade em visualizar o campo operatório.

**Palavras-chave:** Perfuração septal; Cirurgia Endoscópica Nasal; Artéria grande palatina.

PO396

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CELULITE PERIORBITÁRIA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA CARDOSO LIMA**COAUTORES:** PAULO TINOCO; MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO; ALFREDO VIEIRA BERNARDO; CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI; LAÍS VINHOSA DOS SANTOS**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI, ITAPERUNA - RJ - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente G.O.R., 04 anos de idade, sexo masculino, é admitido no Hospital São José do Avaí, por apresentar quadro de edema periorbitário importante, hiperemia e lacrimejamento à direita há cerca de 02 dias. Estava em vigência de tratamento para rinossinusite bacteriana aguda, quadro que havia se iniciado há uma semana, com tosse, congestão nasal, e febre (39º C). Após ser submetido a internação, foi realizado neste paciente: Tomografia Computadorizada de Seios da Face com inclusão de órbita, hemograma completo e proteína C reativa. Foi selado, então, o diagnóstico de Celulite Periorbitária. O paciente recebeu como tratamento antibioticoterapia endovenosa, corticóide endovenoso, e sintomáticos. Este evoluiu de forma satisfatória com o tratamento proposto, sendo dispensada a realização de drenagem da celulite neste caso.

**Discussão:** Celulite periorbitária é o tipo mais frequente de infecção orbitária, e consiste em edema e inflamação bipalpebral de localização na porção anterior do septo orbitário, podendo ou não se estender posteriormente para a órbita. É de conhecimento, que quanto a sua patogênese, ocorre por passagem direta dos microrganismos através de deiscências na lâmina papirácea, ou então, por disseminação retrógrada das veias orbitárias que drenam para os seios. Tal condição é mais comum na infância e no sexo masculino, exatamente como o caso descrito. A etiologia pode variar de acordo com o modo de aquisição da infecção, sendo as principais causas: traumas, infecções de vias aéreas superiores, conjuntivite e picada de inseto. Sabe-se ainda, que tem incidência mais comum em seios etmoidais e maxilares, sendo que os menos acometidos são por sua vez: esfenóide e frontal. Quanto aos patógenos, temos a descrição de *Streptococcus pneumoniae* em adultos e *Haemophilus influenzae* em crianças. Exames de imagem são de suma importância para excluir a presença de celulite orbitária e para guiar os planos terapêuticos. Os pacientes devem receber antibioticoterapia de amplo espectro, sendo que em alguns casos a intervenção cirúrgica torna-se necessária.

**Comentários Finais:** A celulite periorbitária é frequentemente tratada clinicamente, entretanto a natureza ou gravidade da infecção pode progredir a tal ponto em que a intervenção cirúrgica torna-se imperativa. Essa condição tem evolução favorável e baixa taxa de complicações, no entanto, caso não seja tratada adequadamente, pode agravar e levar a lesões severas e irreversíveis, por isso, torna-se importante a discussão e detalhamento de casos, como este acima descrito.

**Palavras-chave:** Celulite periorbitaria;Edema;Infecção orbitária .

PO398

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****EPISTAXE DEVIDO À ANEURISMA CAROTÍDEO EM SEIO ESFENOIDAL****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA FAVORETTO ALMEIDA**COAUTORES:** GISELLI HELENA SOUZA; RAQUEL RAIANE ALVES LOPES; MAURÍCIO VILELA FREIRE; MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO; JOSE ELIAS DA SILVA MURAD; THIAGO BITTENCOURT OTTONI DE CARVALHO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente, sexo feminino, 48 anos, admitida no pronto socorro do Hospital de Base do Distrito Federal, com quadro de epistaxe intermitente por fossa nasal direita, há cerca de 30 dias. Referia também cefaleia holocraniana direita pulsátil de longa data, pior no último mês, sem rinorria. Não apresentava sangramento ativo no momento da avaliação. Na videoendoscopia nasal, apresentava coágulo em recesso esfenotmoidal a direita, após aspiração não foram visualizadas lesões macroscópicas aparentes. Em tomografia de crânio, evidenciada erosão de parede esfenoidal posterior a direita, com material com densidade de partes moles ocupando todo o seio esfenoidal. Realizada angiotomografia de carótidas com sinais de deiscência do assoalho da sela túrcica, por onde ocorre herniação de parte da artéria carótida interna para o interior do seio esfenoidal direito, que se encontra preenchido por conteúdo denso compatível com sangue. Aparente aneurisma sacular no segmento herniado da carótida interna direita. Paciente submetida a embolização de aneurisma roto de cavo carotídeo (artéria carótida interna direita) com micromolas, sem intercorrências e com boa evolução pós-operatória.

**Discussão:** Os aneurismas de carótida cavernosa são raros, variando a incidência na literatura entre 1 a 8% de todos os aneurismas intracranianos. Podem ser traumáticos, etiologia mais comum, ou não traumáticos, resultados de processos infecciosos, iatrogênicos ou idiopáticos. Os fatores de risco envolvem tabagismo, hipertensão arterial, sexo feminino e idade superior a 50 anos. Os aneurismas de carótida cavernosa não traumáticos geralmente são assintomáticos e detectados incidentalmente em exames de imagem. Quando os sintomas estão presentes podem ser divididos em compressivos e vasculares. Os sintomas compressivos envolvem cefaleia, diplopia, dor ou perda sensorial nas áreas de inervação da porção oftálmica e maxilar do nervo trigêmeo e síndrome de Horner. Os sintomas vasculares podem se manifestar com fistula carotidocavernosa, epistaxe e formação de hematoma. A epistaxe pode ocorrer devido à proximidade do segmento cavernoso da artéria carótida interna ao seio esfenoidal. Entretanto, epistaxe em aneurismas de carótida cavernosa não traumáticos são extremamente raras. Como fatores de risco para ruptura, pode-se citar sexo feminino, aneurismas sintomáticos ou multilobulados e aneurismas maiores que 1 cm. Para diagnóstico, a angiografia de subtração digital é o padrão-ouro, permitindo determinar a origem, configuração e curso do aneurisma. Na tomografia computadorizada, essas lesões apresentam-se levemente hiperintensas. Entretanto, se forem lesões pequenas podem não ser detectados pela tomografia computadorizada e nem pela ressonância magnética. Com o avanço dos instrumentais endovasculares, a maioria dos casos pode ser tratada por procedimentos endovasculares.

**Comentários finais:** Os aneurismas de carótida cavernosa não traumáticos são uma causa extremamente rara de epistaxe. Entretanto, frente a um paciente com epistaxe espontânea de grande monta, deve ser um diagnóstico diferencial a ser considerado.

**Palavras-chave:** Aneurisma; Epistaxe; Carotídeo.

PO399

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Mucocele de seio frontal: relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** GIOVANNA SANTOS PIEDADE**COAUTORES:** KELLY SATICO MIZUMOTO; CAMILA BLOSS CORDOVA; EDUARDO NIZAR DASSOLER; JOAO EDUARDO KONART; DANNY FERNANDO TOBAR DURAN; BEATRIZ FRANÇA CASTELLANO; JULIA YUMI FUJIKI**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE, CURITIBA - PR - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE POSITIVO, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino, 53 anos, com quadro de cefaleia frontal associada a dor e edema periorbitário com evolução de 02 semanas. Progrediu com diplopia, proptose e exoftalmia. Realizada tomografia de face, com evidência de material com densidade de partes moles no interior do seio frontal, determinando erosão da cortical óssea no aspecto superior da órbita direita, com extensão de material para o interior da cavidade orbitária determinando proptose. Paciente foi internada para realização de antibioticoterapia intravenosa e para abordagem cirúrgica, optado por realizar septoplastia devido obstrução para acesso cirúrgico, além de sinusotomia maxilar, etmoidal e frontal à direita para drenagem da mucocele. Após a cirurgia teve manutenção das alterações oculares e necessitou de reabordagem com acesso externo para descompressão de órbita. Paciente evoluiu bem após o segundo procedimento, com remissão completa dos sintomas visuais e mantém acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** Mucoseles são lesões císticas de crescimento lento e localmente agressivas, que ocorrem como resultado do acúmulo e retenção de secreções mucosas, causadas pela perda de capacidade de drenagem do seio nasal. A secreção oblitera gradualmente o seio, elevando a pressão e gerando uma erosão gradual e distorção das paredes ósseas. Pode estender-se e resultar em complicações graves, como infecção orbitária ou lesões intracranianas. A etiologia envolvida na formação pode ser diversa, como por meio de rinossinusite crônica (infeccciosa ou alérgica), polipose nasossinusal, trauma crânio-facial, cirurgias prévias, tumores benignos ou neoplasias malignas. O diagnóstico diferencial inclui encefalocelos, granuloma de colesterol, cistos epidermóides, meningiomas, cordomas, neurofibromas, adenomas salivares, paragangliomas, nasoangiofibromas ou neoplasias malignas. Mais frequentemente os seios envolvidos são os frontais e etmoidal anterior, mas raramente ocorrem nas regiões etmoidal posterior, esfenoidal e maxilar. Não foi constatada preferência de gênero. A sintomatologia varia de acordo com a localização, tamanho e direção de crescimento das lesões. Quando se trata do seio frontal, costumam se apresentar como cefaléia frontal e proptose. Já o envolvimento orbital se mostra por meio de dor, inchaço, exoftalmia, diplopia e perda de visão. A paralisia do nervo oculomotor com ptose é rara, mas pode ser vista em pacientes com mucocele frontal. O diagnóstico é fornecido por meio da investigação clínica em associação a exames de imagem. O raio X simples pode demonstrar opacificação, erosão óssea ou expansão das mucocelos, entretanto a tomografia computadorizada (TC) é o exame de escolha, pois demonstra o envolvimento ósseo, avaliando a extensão intracraniana e/ou orbitária e auxilia no planejamento cirúrgico. A TC é usada para determinar a anatomia regional e a extensão da lesão, a expansão intracraniana e o escopo da erosão óssea. A ressonância magnética (RM) é outra ferramenta diagnóstica e é especialmente útil quando a TC não consegue ser elucidativa, principalmente nos casos que há suspeita de processo neoplásico. A cirurgia oferece o único tratamento eficaz para esta condição. O tipo de procedimento selecionado depende da localização e extensão da mucocele e da natureza de qualquer complicação existente.

**Comentários finais:** Apesar de incomum, a complicação orbitária por mucocele de seio frontal deve ser considerada no diagnóstico diferencial de pacientes com proptose ocular, principalmente pela resolutibilidade do tratamento cirúrgico.

**Palavras-chave:** mucocele;seio frontal;proptose.



PO402

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****HANSENIASE: LESÃO NASAL AVANÇADA SEM SINTOMAS CLÁSSICOS****AUTOR PRINCIPAL:** KELLY SATICO MIZUMOTO**COAUTORES:** GIOVANNA SANTOS PIEDADE; CAMILA BLOSS CORDOVA; JESSICA MEGUMI MIAKE; BEATRIZ FRANÇA CASTELLANO; ISABELA CASARI DONIDA; NADINE SCARIOT; LUCAS MIGUEL MARCATO SITA**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO MACKENZIE, CURITIBA - PR - BRASIL2. UNIVERSIDADE POSITIVO, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, 64 anos, buscou atendimento médico devido a obstrução nasal e epistaxe a esquerda, associado a cefaléia e edema em hemiface esquerda. À rinoscopia foi identificada perfuração septal, lesão crostosa e a tomografia computadorizada revelou sinais de pansinusopatia com características crônicas nos seios maxilares. Realizada baciloscopia de *Mycobacterium leprae* que foi positiva, com os seguintes valores: lóbulo auricular direito 4, lóbulo auricular esquerdo 3, cotovelo direito 4, cotovelo esquerdo 5, IB 4.0, bacilos íntegros 50, bacilos granulados 50. Uma biópsia foi realizada, confirmando o diagnóstico de hanseníase nasal. Foi iniciado tratamento com dapsona, clofazimina e rifampicina em janeiro de 2023, paciente segue em acompanhamento com equipes da Dermatologia, Infectologia e Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie e tratamento com poliquimioterapia na Unidade Básica de Saúde.

**Discussão:**

A hanseníase é uma doença infecciosa granulomatosa crônica que ainda representa um problema de saúde pública em muitos países em desenvolvimento. Causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, tem afinidade pela pele, nervos periféricos e mucosa respiratória. Esse acometimento independe da forma clínica da doença e pode ocorrer mesmo antes do aparecimento de lesões na pele ou em outras partes do corpo. Faz-se necessário a vigilância epidemiológica dos contatos de casos novos de hanseníase para o diagnóstico precoce da doença. Suas manifestações são diversas, indo de máculas ou placas localizadas, bem definidas e hipopigmentadas a múltiplos nódulos coalescentes. A hanseníase nasal é uma forma da doença que afeta o nariz e os seios paranasais, causando atrofia nasal, lesões no nervo facial e deformidade facial em alguns casos.

**Comentários finais:**

A falta de diretrizes e estudos na literatura sobre hanseníase nasal tem sido um obstáculo para a definição de condutas. Nosso caso demonstrou a possibilidade de uma lesão nasal avançada sem sintomas clássicos como perda de sensibilidade e manchas hipocrômicas no corpo. As vezes, isoladamente, os exames da mucosa nasal podem não permitir o diagnóstico precoce de hanseníase. No entanto, a combinação de vários métodos associada ao exame dos contatos pode ajudar a identificar infecção subclínica e monitorar aqueles com maior risco de transmissão da doença. É essencial promover estudos sobre hanseníase nasal, uma vez que o tratamento é efetivo e a obstrução das vias respiratórias, alterações estéticas faciais e perda do sentido do olfato impactam significativamente na qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chave:** HANSENIASE; PERFURAÇÃO SEPTAL; MYCOBACTERIUM LEPRAE.

PO403

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PAPILOMA EXOFÍTICO NASAL- RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MURIEL FERREIRA DA SILVA**COAUTORES:** CAROLINA SANDI KUNZ; NATÁLIA REBELATTO VANZ; NICOLE KRAEMER REDEKER; RENATO ROITHMANN**INSTITUIÇÃO:** ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

P.F.R, feminina, 31 anos, vem encaminhada ao ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Canoas/RS em 28/4/23 por apresentar obstrução nasal e lesão em fossa nasal esquerda (FNE). Notou aparecimento há 30 dias e desde lá com aumento progressivo da obstrução nasal. Paciente também refere coriza, prurido nasal, hiposmia, e epistaxe recorrente em FNE. Apresenta hipertensão arterial sistêmica, asma e epilepsia. A rinoscopia mostrou lesão verrucosa e sangrante em região septal anterior, ocupando quase que a totalidade da FNE, com desvio septal em área 2 e 4 para o mesmo lado. A tomografia computadorizada de seios da face com contraste (5/4/23) identificou lesão com densidade de partes moles ocupando e obliterando cavidade nasal esquerda em contato com septo nasal e corneto inferior esquerdo, desvio de septo com esporão ósseo à esquerda e concha média bolhosa à direita. Foi realizada excisão parcial da lesão, a qual advinha da mucosa e pericôndrio de região septal anterior em FNE e septoplastia + turbinectomia parcial de concha média à direita em Julho de 2023. O anatomopatológico da lesão mostrou tratar-se de papiloma exofítico. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória e melhora completa dos sintomas nasais. Realizou acompanhamento semanal no primeiro mês de pós-operatório e segue em acompanhamento mensal em ambulatório, com excelente cicatrização da mucosa nasal local.

**DISCUSSÃO**

Os papilomas nasossinusais são neoplasias epiteliais benignas e possuem três subtipos: invertido, evertido (exofítico) e oncocítico. Cada subtipo possui características próprias, sendo fundamental sua diferenciação com exame histopatológico para o manejo correto da patologia. Tratando-se de papiloma exofítico, ele é o segundo mais prevalente e sua principal localização é o septo nasal anterior. A sua patogênese ainda está sendo estudada e etiologias como rinossinusite crônica e exposição a substâncias tóxicas estão em debate, mas sabe-se que o envolvimento do papilomavírus humano (HPV) tipos 6 e 11 é o principal fator para seu desenvolvimento. Comparando o subtipo exofítico aos demais, ele possui tendência a afetar pacientes mais jovens (média de 40 anos), possui caráter menos agressivo e com rara chance de malignização (quase nula se comparada aos demais subtipos que apresentam chance de 10% de transformação maligna). Sabe-se que o melhor tratamento é a excisão completa da lesão, assim como nos outros subtipos. Entretanto, por sua localização ser no septo nasal, o que pode causar sequelas anatômicas e clínicas se ressecado amplamente, e por trata-se de uma doença branda, pode-se optar por excisão parcial e acompanhamento rigoroso. A recorrência do papiloma exofítico pode ocorrer em até 22% dos casos, geralmente nos primeiros 3 anos, mas recomenda-se acompanhamento a longo prazo.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O papiloma exofítico nasossinusal é uma neoplasia benigna e menos agressiva quando comparado ao papiloma invertido e oncogênico. Embora a transformação maligna seja rara, deve ser tratado e acompanhado como os demais devido os riscos de recorrência da lesão. Com isso, mostra-se de fundamental importância o esclarecimento da patologia com o paciente, já que o acompanhamento deverá ocorrer a longo prazo.

Palavras-chave: papiloma nasal; papiloma exofítico; neoplasia nasal.

PO407

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ATRESIA BILATERAL DE COANAS EM RECÉM NASCIDO: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** PAULO TINOCO**COAUTORES:** CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI; MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO; ALFREDO VIEIRA BERNARDO; GABRIELA CARDOSO LIMA; CATHARINA VIEIRA DE LIMA ALVES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ, ITAPERUNA - RJ - BRASIL

A atresia de coanas é uma malformação congênita rara da parede nasal posterior até a nasofaringe, predominante no sexo feminino e, geralmente, está relacionada com algumas síndromes genéticas, como a síndrome de CHARGE. Cerca de 20 a 50 por cento dos casos de atresia de coanas estão associados a outras malformações congênitas, principalmente quando bilateral. A atresia pode ser um defeito que envolve a parte óssea, membranosa ou as duas, sendo denominada mista ou ósteo-membranosa. Além disso, pode ser unilateral, a qual causa poucos sintomas, como rinorreia e obstrução nasal, ou bilateral, corroborando em deficiência respiratória e cianose, que pode ser identificada logo no nascimento, uma vez que é aliviada com o choro do recém nascido. Nesses casos, é considerada potencialmente fatal, tendo em vista que recém nascidos são respiradores nasais obrigatórios, adaptando a respiração oral apenas após a terceira semana de vida. Sendo assim, é classificada como uma urgência e a via aérea deve ser rapidamente garantida, através de cânulas orofaríngeas de guedel, intubação orotraqueal ou traqueostomia, até que o paciente seja abordado cirurgicamente. O exame de escolha para a confirmação diagnóstica é a tomografia de seios da face e o tratamento definitivo é cirúrgico. A técnica cirúrgica transnasal através de videoendoscopia é muito utilizada, devido ao fato de ser menos traumatizante, ter uma boa visão do local a ser corrigido, menores taxas de complicações pós operatórias, tornando melhor a recuperação.

O objetivo do presente trabalho é discutir, diante do caso clínico de um recém nato com , a importância do rápido reconhecimento da atresia coanal no recém nascido, para um tratamento precoce e preservar a vida do paciente.

Recém nascido de T.L.T.V., 1º dia de vida, é encaminhado ao serviço de otorrinolaringologia do Hospital São José do Avaí, apresentando quadro de atresia de coanas bilateral, evidenciado pela tomografia de seios da face com formação óssea bilateral. Este paciente chegou sob intubação orotraqueal, e foi submetido no dia seguinte de sua chegada a cirurgia de urgência para abertura das placas ósseas e passagem de uma sonda em cada narina para a patência dos orifícios criados para passagem do ar. Permaneceu em unidade de terapia intensiva neonatal, evoluindo posteriormente com desmame da sedação. Cerca de 6 dias após, paciente foi extubado, respirando espontaneamente em ar ambiente, evoluindo de forma favorável.

O entendimento e a rápida identificação da atresia de coanas são extremamente necessários, pois permite a segurança da via aérea até a cirurgia. Por meio do tratamento cirúrgico, é possível reverter o quadro e fornecer um melhor prognóstico ao paciente.

Palavras-chave: atresia de coanas; malformação congênita; obstrução nasal.

PO412

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO: MELANOMA PRIMÁRIO DE MUCOSA NASAL APRESENTANDO-SE COMO OBSTRUÇÃO NASAL UNILATERAL****AUTOR PRINCIPAL:** LORENZO SILVESTREIN SARTORELLI**COAUTORES:** RENATA CHADE AIDAR BALASSO; PRISCILA CAVALIERI MASSON; KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS; TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA; INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO; LUCAS CHOI MARCHESANO; TAMARA SACUCHI CAMOES**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO:** Paciente do sexo masculino, 86 anos, caucasiano, comparece ao serviço com história de obstrução nasal à esquerda progressiva, sangramento nasal de pequena monta e odor fétido ipsilateral há cerca de 1 ano, com exteriorização de coágulos e aumento da frequência nos últimos meses.

Relatou histórico de câncer de intestino e próstata. Negou histórico de câncer de pele, tabagismo ou etilismo. Ao exame físico, na nasofibrosopia, observou-se lesão séssil, enegrecida, medindo cerca de 5 cm no maior diâmetro, ocupando cerca de 50% de fossa nasal esquerda, acometendo assoalho e cabeça de corneto inferior, aderida até área IV de septo nasal, sem sinais de sangramento. Ausência de linfonodomegalias.

Realizados exames de imagem para investigação. A tomografia de seios de face com contraste evidenciou formação polipóide com discreto realce ao meio de contraste iodado medindo 1,4 x 1,3 cm no meato nasal inferior à esquerda. Já a ressonância magnética evidenciou tecido polipóide na mesma localização, isointenso em T1 e levemente hiperintenso em T2. Os exames laboratoriais não reportaram valores atípicos.

As características do tumor de ser unifocal, limitada a meato inferior, sem infiltração local, permitiram evitar cirurgias drasticamente extensas e reconstruções complexas, com consequentes menores riscos cirúrgicos, hospitalização e desconforto a longo prazo. Paciente foi submetido a ressecção de lesão com margens em centro cirúrgico.

O anatomopatológico revelou neoplasia fusoeptelióide pigmentada de linhagem melânica infiltrando o córion mucoso, Breslow III. Ausência de invasões angiolinfática e perineural e margens cirúrgicas livres. O diagnóstico de melanoma de mucosa foi confirmado com imunohistoquímica. Considerando a cirurgia resolutiva, foi indicado radioterapia adjuvante. Entretanto, por decisão de paciente e familiares, houve recusa do tratamento.

**DISCUSSÃO:** O melanoma primário da mucosa da cavidade nasal e seios paranasais é um tumor raro, representando entre 0,7 e 1% de todos os melanomas em populações caucasianas e entre 4 e 8% dos tumores malignos da cavidade nasal e seios paranasais. Não mostra preferência pelo sexo, e a idade de aparecimento em 80% dos casos é superior aos 50 anos.

A obstrução nasal e a epistaxe são os sintomas mais frequentemente relatados, embora a sintomatologia seja tardia e inespecífica, o que retarda o diagnóstico e piora o prognóstico.

A endoscopia nasal define a aparência do tumor, seu tamanho e implantação. Uma avaliação de imagem composta por tomografia de seios da face e ressonância magnética é parte essencial do estadiamento local.

Os melanomas da mucosa tendem a ser mais agressivos e têm pior prognóstico do que os cutâneos. A não especificidade do quadro clínico e o aspecto macroscópico do tumor, juntamente com a inacessibilidade da mucosa nasal para autoexame, atrasam o diagnóstico, o que explica o mau prognóstico.

As opções de tratamento consistem essencialmente em cirurgia e radioterapia, enquanto a quimioterapia é reservada para formas avançadas. Apesar de um melhor conhecimento deste tumor, a sobrevida global em 5 anos permanece baixa.

**COMENTÁRIOS:** Nosso relato de caso enfatiza como tumorações nasais unilaterais requerem diagnósticos diferenciais precisos, com base no prognóstico consideravelmente diferente associado a cada condição. A presença de epistaxe ou obstrução nasal unilateral em pacientes acima de 65 anos deve ser considerada sinal suspeito.

Embora o comportamento do tumor geralmente desempenhe um papel importante na determinação da mortalidade e recorrência do mesmo, uma identificação em estágio inicial desta malignidade pode levar a um melhor prognóstico.

Apesar do mau prognóstico global destes tumores, no caso apresentado, a doença apresentou características não invasivas, resultando em responsividade à cirurgia. Entretanto, como demonstrado, a presença de comorbidades pode limitar a extensão do tratamento.

Assim, atualmente, um papel de destaque é desempenhado pela identificação precoce dos casos seguida de uma pronta ressecção da doença maligna, possivelmente completada por radioterapia adjuvante.

Palavras-chave: melanoma de mucosa;obstrução nasal;epistaxe.

PO414

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Rabdomiossarcoma alveolar de cavidade nasal e apresentação incomum: relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA**COAUTORES:** BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO; CAIO GOMES FLORIANO; DINO RAFAEL PEREZ MIRANDA**INSTITUIÇÃO:** IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**CASO CLÍNICO:**

Paciente JLDF, 32 anos, diabética não insulino-dependente, procura pronto-socorro por edema em terço médio de hemiface com 4 semanas de evolução, associada à facialgia, episódios de epistaxe por fossa nasal esquerda e queixa visual de diplopia homolateral. Exame otorrinolaringológico evidenciou presença de massa em fossa nasal esquerda, exofítica, rechaçando septo nasal, seio maxilar e região facial, com extensão à região da bochecha e mucosa jugal. Exame de ressonância nuclear magnética acusou presença de lesão infiltrativa com epicentro em cauda de corneto inferior esquerdo e parede lateral de rinofaringe, de aproximadamente 11 cm, com sinal intermediário em T1 e T2 e hiperssinal em sequência ponderada de difusão. Paciente submetida a biópsia em centro cirúrgico, com congelação denotando "presença de células pequenas, redondas e azuis". Resultado definitivo de análise histopatológica acusou a presença de rabdomiossarcoma alveolar, grau histológico III, com imunoexpressão positiva em vimentina, CD56, desmina e miogenina nas células de interesse. Estadiamento cT2bN1Mx (Estadio I). Paciente encaminhada à quimioterapia.

**DISCUSSÃO:**

Os rabdomiossarcomas são considerados tumores raros, com incidência estimada em 4-5 casos por 100.000 pessoas ao ano e com predileção à população pediátrica (7% das neoplasias em crianças e 1% nos adultos), isto é, de apresentação incomum na faixa etária relatada. Se estima que apenas 6% destes tumores sejam diagnosticados na população entre 15 e 40 anos. São dois os subtipos mais comuns desta patologia, o alveolar e o embrionário. Os fatores de risco são conhecidos e estabelecidos na população pediátrica (exposição à radiação pré-natal, uso recreacional de drogas parenterais), mas pouco se sabe sobre a etiopatogenia desta doença na população adulta. A genética parece exercer influência nesta condição, considerando a maior ocorrência em determinadas síndromes (Li-fraumeni, Noonan, Neurofibromatose do tipo I), fatores estes também ausentes no caso relatado. O arsenal terapêutico consiste na ressecção cirúrgica quando possível, quimioterapia citotóxica e radioterapia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

No caso relatado, merece atenção a idade de apresentação incomum da neoplasia e seu rápido tempo de evolução, dois importantes contrapontos às informações descritas na literatura. Finalmente, devem ser dedicados esforços à construção de dados também na população adulta, considerando a agressividade da doença e impacto direto na morbimortalidade destes doentes.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. SKAPEK, S. X. et al. Rhabdomyosarcoma. Nature Reviews Disease Primers, v. 5, n. 1, 7 jan. 2019.
2. FERRARI, A.; DIRKSEN, U.; BIELACK, S. Sarcomas of Soft Tissue and Bone. Progress in Tumor Research, p. 128–141, 2016.
3. MARTIN-GIACALONE, B. A. et al. Pediatric Rhabdomyosarcoma: Epidemiology and Genetic Susceptibility. Journal of Clinical Medicine, v. 10, n. 9, p. 2028, 1 jan. 2021.
4. PAULINO, A. C.; OKCU, M. F. Rhabdomyosarcoma. Current Problems in Cancer, v. 32, n. 1, p. 7–34, jan. 2008.
5. MORETTI, G. et al. Rabdomiossarcoma de cabeça e pescoço: 24 casos e revisão da literatura. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v. 76, n. 4, p. 533–537, ago. 2010.
6. MANDEVILLE, H. C. Radiotherapy in the Management of Childhood Rhabdomyosarcoma. Clinical Oncology, v. 31, n. 7, p. 462–470, jul. 2019.

Palavras-chave: Rabdomiossarcoma; Rinologia; Tumores nasais.

PO417

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Linfoma de células T/NK nasal: relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** GIOVANNA SANTOS PIEDADE**COAUTORES:** KELLY SATICO MIZUMOTO; CAMILA BLOSS CORDOVA; ISABELA CASARI DONIDA; NADINE SCARIOT; LUCAS MIGUEL MARCATO SITA; ALEXANDRE LOURY FRANÇA; RICARDO MARTINS OLIVEIRA FARAH**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE, CURITIBA - PR - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE POSITIVO, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, 62 anos, hipertenso e diabético, relatou dor em face, cefaleia e febre de 38º com início há 30 dias. O quadro clínico evoluiu com edema de face proeminente em região periorbital a esquerda, com saída de secreção sero-hemática de narina esquerda. Encaminhado por suspeita de abscesso, ao exame físico apresentou ferida necrótica em palato duro seguindo para palato mole, lesão ulcerada em septo nasal e linfonodos cervicais palpáveis em áreas IIA e VI, móveis e indolores. Realizada tomografia computadorizada de crânio e face, evidenciando pansinusopatia e sinais de celulite pré-septal. Submetido a cirurgia endoscópica nasal para sinusotomia maxilar esquerda e biópsia das lesões nasais. O estudo anatomopatológico evidenciou linfoma não Hodgkin de alto grau extensamente necrótico e a imuno-histoquímica da lesão na cavidade nasal descreveu linfoma T (CD3+) de alto grau, compatível com linfoma de células T/NK extranodal. Para o tratamento, em conjunto com a equipe da oncologia clínica, foi iniciado protocolo de quimioterapia com cisplatina, associado a radioterapia. Após um mês do início do tratamento o paciente veio a óbito por complicações da síndrome hemofagocítica e sepse.

**Discussão:** O linfoma extranodal de células NK/T tipo nasal é um tipo raro de linfoma agressivo periférico, comumente associado ao Epstein-Barr vírus. Devido sua apresentação clínica infiltrativa e destrutiva e da sua localização médio-facial, esta doença é também conhecida como "Granuloma Letal da Linha Média". O tumor é caracterizado por um processo necrótico originado, geralmente, na cavidade nasal. A visualização direta por meio da nasoendoscopia e a biópsia da lesão são fundamentais para o diagnóstico de linfoma de células NT/K, além da utilização da tomografia computadorizada e ressonância magnética para avaliar a extensão da lesão. O método mais efetivo de tratamento é a combinação de radioterapia e quimioterapia com o uso de L-arparginase. A sobrevida do paciente varia de acordo do estágio do linfoma e quadro clínico, costumando variar de 7 meses a 7 anos.

**Comentários finais:** O linfoma extranodal de células NK/T do tipo nasal é raro, sendo diagnosticado essencialmente por imuno-histoquímica. Seu prognóstico é reservado, tendo como tratamento a associação de químico e radioterapia. Portanto, torna-se evidente a necessidade de incluir a possibilidade de linfoma extranodal no raciocínio clínico em pacientes com lesão necrótica em cavidades nasal e/ou oral, aumentando a possibilidade de um diagnóstico e tratamento precoces.

**Palavras-chave:** linfoma extranodal; células TNK; linfoma nasal.

PO418

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ATRESIA COANAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE SECKEL****AUTOR PRINCIPAL:** ISADORA ROLLEMBERG CALDAS MENEZES**COAUTORES:** ALINE DOS SANTOS CORRÊA; JESSICA ABREU DOS SANTOS; LARISSA PRADO MEIRA; RODRIGO DA SILVA SANTOS**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo feminino, 24 anos, recorreu a ambulatório de Otorrinolaringologia, acompanhada por sua genitora, devido à queixa de obstrução nasal crônica e refratária desde a infância. Associado a isto, apresentava espirros e prurido nasal. Já havia tentado tratamento clínico com corticóides nasais sem melhora. Além disso, paciente possuía atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e ao exame físico observava-se nanismo, microcefalia, retrognatia e pescoço curto – possuía diagnóstico de Síndrome de Seckel e estava em acompanhamento com a Genética Médica. Ao exame físico observou-se palato ogival e dentição extranumerária. À rinoscopia anterior apresentava mucosa pálida, hipertrofia de cornetos inferiores aparente desvio septal para esquerda. Realizado Videonasofibroscopia, observado além do desvio septal obstrutivo para esquerda, impossibilidade de progressão do endoscópio à direita devido à atresia coanal unilateral (Figura 1). Solicitado Tomografia Computadorizada de Seios da Face evidenciou-se redução da amplitude da coana direita com aparente estrutura membranosa nesta topografia. Paciente encaminhada para procedimento cirúrgico.

**DISCUSSÃO DO CASO**

A Síndrome de Seckel consiste em uma doença genética rara, autossômica recessiva, e que acomete igualmente ambos os sexos. Pacientes que possuem esta síndrome costumam cursar com microcefalia, nanismo e alterações craniofaciais, como micrognatia e um padrão cefálico clássico que se assemelha à cabeça de pássaro. Além disso, tendem a apresentar déficit cognitivo e um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, além de alterações ortopédicas. Já a atresia coanal corresponde a uma malformação congênita decorrente de uma falha no desenvolvimento entre a cavidade nasal posterior e a nasofaringe, gerando uma obliteração da coana nasal. Sua ocorrência é mais comum no sexo feminino e pode ser uni ou bilateral, de composição predominantemente óssea ou em parte membranosa. A atresia coanal pode se associar a outras malformações congênitas e pode ser observada em pacientes com Síndrome CHARGE. Todavia, não é uma manifestação comumente relatada em pacientes com Síndrome de Seckel. A abordagem da obliteração coanal é cirúrgica e a via de acesso podem ser transnasal, transpalatal, transeptal e transantral, sendo as duas primeiras as mais utilizadas.

**CONCLUSÃO**

A atresia coanal não é uma malformação comumente encontrada em pacientes com Síndrome de Seckel. Tendo em vista isso e a escassez de estudos associados a esta Síndrome, faz-se necessário atentar-se a possibilidade desta alteração associada à síndrome.

Palavras-chave: Atresia coanal; Doenças raras; Obstrução nasal.



PO420

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Relato de caso: epistaxe persistente pós fratura nasal com formação de pseudoaneurisma

**AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDA CHAVES AMANTÉA

**COAUTORES:** PEDRO HENRIQUE ZANELLA CATTO; VICTORIA FRÓIS OSS-EMER; NATÁLIA FREY FISCHER; RAPHAELLA DE OLIVEIRA MIGLIAVACCA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente masculino, 27 anos, hipertenso em uso de Perindopril Arginina + Besilato de Anlodipino, sofreu acidente automobilístico e fraturou dorso nasal no dia 17/07/2023. Em atendimento inicial, foi realizada sutura de lesão em dorso de nariz e liberado com orientações. Desde o ocorrendo passou a apresentar epistaxe recorrente por 2 semanas e buscou atendimento em emergência hospitalar; realizada cauterização de região septal anterior com Ácido Tricloroacético 80% e retirada de pontos em lesão de dorso nasal, que passou a apresentar aspecto de hematoma. Após mais 1 semana, persistia com queixas de epistaxe em ambas fossas nasais e hematoma de dorso nasal não apresentava regressão, quando buscou atendimento com Otorrinolaringologista. Realizada, em bloco cirúrgico sob anestesia geral, exploração da lesão em dorso nasal com exérese de seu conteúdo (encaminhado para patologia) + remoção de sinéquia entre parede lateral e septo nasal + correção de desvio de septo ósseo e cartilaginoso por fratura nasal em 10/08/2023. Anatomopatológico da lesão: hematoma em organização, pele com tecido de granulação. Interna por epistaxe após alta do procedimento cirúrgico, com necessidade de tamponamento anteroposterior bilateral em 15/08/23. Solicitada a avaliação de neurorradiologia devido persistência do sangramento a despeito de tamponamento. Realizada arteriografia em 16/8/23, evidenciando exuberância do plexo mucoso vascular etmoidal, motivando estudo angiográfico documentando shunt arteriovenoso etmoidal posterior, incluindo pequeno pseudoaneurisma venoso regional, cuja persistência sob tamponamento e tempo decorrido desde o trauma (>1 mês) sugere a necessidade de tratamento mediante embolização superseletiva. Realizada embolização em 21/8/23 sob anestesia geral: tratamento endovascular do pseudoaneurisma etmoidal fistular mediante embolização superseletiva com injeção de microesferas de PVA (150-250 micras) via artérias esfenopalatinas bilateralmente. Retirada de tamponamento bilateral após embolização. Videoendoscopia nasossinusal de revisão em 22/08/23: presença de desvio residual em septo à direita, sem sinéquia, presença de gelfoam/surgicel em teto nasal entre corneto médio e parede lateral, incisão de drenagem em septo posterior com coágulo - removido - colocação de surgicel em bolsão, cavum livre, sem sangramento ativo. Laboratoriais com hemoglobina 9,1, Ferritina e Ferro normais. Recebe alta no 2º dia pós embolização sem sangramentos ou necessidade de tamponamento. Revisão com Otorrinolaringologista 1 semana após embolização, e, seguimento em 1, 3, 6 e 12 meses.

**DISCUSSÃO**

Os pseudoaneurismas diferem dos aneurismas verdadeiros pois ocorrem quando há uma ruptura parcial na parede de um vaso sanguíneo, causando um hematoma que é contido pela adventícia do vaso ou pelo tecido mole perivascular. O risco de ruptura de um pseudoaneurisma é muito maior do que o de um aneurisma verdadeiro, pois há menos suporte da parede do vaso. Eles se formam nas proximidades ou no local de danos pós-traumáticos nas paredes arteriais. A apresentação de epistaxe de forma incontrolável ou recidivante deve levar à suspeita de etiologias menos frequentes de epistaxe, como discrasias sanguíneas e, assim como o presente caso, pseudoaneurismas. O padrão-ouro para diagnóstico dessa última condição é a angiografia. O tratamento endovascular é uma excelente modalidade terapêutica com um maior uso atual por sua segurança e maior seletividade em comparação a terapias cirúrgicas para essa patologia

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Sangramentos nasais persistentes requerem avaliação de equipe multidisciplinar, além da esfera do médico emergencista e, inclusive, do otorrinolaringologista, como no caso do nosso paciente, avaliado também por hematologista e radiologia intervencionista. Pseudoaneurisma pós trauma nasal é uma condição incomum, mas o manejo multidisciplinar é fundamental.

Palavras-chave: trauma nasal; epistaxe; pseudoaneurisma.

PO422

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Síndrome do Nariz Vazio: Relato de Caso

**AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDA VITÓRIA MELO FERNANDES MAGELA**COAUTORES:** GLAYSON SOARES MELO DA COSTA; LARISSA CRYSTHINE AGUIAR BRASIL; RAFAEL SABA ALBERTINO; OSWALDO OLIVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR; ANNA CRISTINA SILVESTRI NOBRE; FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA; THAÍS RODRIGUES BEZERRA NUNES**INSTITUIÇÃO:** HFA, BRASÍLIA - DF - BRASIL**Apresentação do caso clínico:**

Paciente masculino, 49 anos, comparece ao ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital das Forças Armadas com queixa de obstrução nasal de longa data associado a sintomas nasais alérgicos. Relata história prévia de septoplastia e turbinectomia inferior bilateral em 1994, apresentando melhora da obstrução nasal após realizar procedimento cirúrgico, no entanto, evoluiu com recidiva dos sintomas há 10 anos. Refere que dor em face, especialmente em região maxilar, é o que mais incomoda, refratário ao uso de analgésico simples. Relata ainda piora do padrão de sono, apresentando sonolência diurna e irritabilidade.

Ao exame de videoendoscopia nasal: visualiza-se fossas nasais amplas, conchas nasais inferiores pouco visualizadas com sinais de turbinectomia, septo com perfuração em região anterior, sem outras alterações ao exame.

Ao exame de tomografia computadorizada de seios da face: visualiza-se desvio sinuoso do septo nasal em sua porção anterior, estreitando o aspecto anterior do meato nasal médio direito. Perfuração do septo nasal, medindo 13 x 7 mm.

Diante da história clínica e dos achados em exames foi aventando como hipótese diagnóstica: síndrome do nariz vazio. Sendo instituído como tratamento com nasal tópico, lavagem nasal com soro fisiológico e gel nasal para hidratar mucosa nasal.

Paciente retornou para reavaliação após 40 dias, referindo melhora da obstrução nasal, porém persistia com dor em face e formação de crostas nasais em região da perfuração septal.

Para controle do quadro alérgico realizamos acompanhamento conjunto com neurologia e quanto a possibilidade cirúrgica de enxerto para correção de perfuração septal paciente estava resistente a ser submetido a outro procedimento.

**DISCUSSÃO**

A Síndrome do Nariz Vazio, é uma condição rara e controversa que afeta o nariz e as vias aéreas superiores. Ela ocorre após a cirurgia de redução dos cornetos nasais (turbinectomia) ou outras intervenções nasais, como a septoplastia, que removem excessivamente o tecido nasal, deixando o nariz com uma sensação de "vazio".

Os sintomas da Síndrome do Nariz Vazio podem ser debilitantes e incluem: 1) Congestão nasal paradoxal: embora o nariz pareça vazio, os pacientes muitas vezes relatam uma sensação de congestão nasal constante e dificuldade para respirar; 2. Secura nasal e desconforto: a redução dos tecidos nasais pode resultar em ressecamento, irritação e desconforto crônicos no nariz e na garganta; 3. Dificuldade em aquecer e umidificar o ar inalado: A capacidade do nariz de aquecer e umidificar o ar inspirado é comprometida, o que pode levar à irritação das vias aéreas inferiores; 4. Distúrbios do sono: A ENS pode interferir no sono devido à dificuldade em respirar pelo nariz, resultando em insônia e fadiga e 5. Ansiedade e depressão: Devido à natureza debilitante dos sintomas, pode levar a problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão.

A Síndrome do Nariz Vazio é controversa porque os sintomas relatados pelos pacientes muitas vezes não podem ser totalmente explicados por testes objetivos, como exames de imagem ou avaliações clínicas. Alguns médicos questionam a validade da condição e sugerem que os sintomas podem ter componentes psicológicos. O tratamento pode ser desafiador e inclui medidas para aliviar os sintomas, como o uso de agentes umidificantes nasais, sprays salinos, e até mesmo cirurgias para restaurar a função nasal, como enxertos de tecido. No entanto, o tratamento varia de acordo com a gravidade dos sintomas e a resposta individual do paciente.

**COMENTÁRIO FINAIS**

Diagnosticar a Síndrome do Nariz Vazio é fundamental para aliviar os sintomas, melhorar a qualidade de vida, prevenir complicações emocionais, orientar os pacientes adequadamente e contribuir para o avanço do conhecimento sobre essa condição. Por fim, o diagnóstico contribui para o desenvolvimento de pesquisas sobre a condição, levando a uma melhor compreensão de seus mecanismos e ao aprimoramento dos protocolos de tratamento no futuro.

Palavras-chave: síndrome do nariz vazio; turbinectomia; obstrução nasal.

PO423

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CIRURGIA DE DEGLOVING POR PAPILOMA INVERTIDO****AUTOR PRINCIPAL:** PRISCILA CAVALIERI MASSON**COAUTORES:** INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO; KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS; TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA; LUCAS CHOI MARCHESANO; LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI; ALINE LAMOUNIER GONÇALVES; JOSE ARRUDA MENDES NETO**INSTITUIÇÃO:** IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

FMO, 45 anos, sexo feminino, procurou atendimento na otorrinolaringologia devido a queixa de obstrução nasal a direita a cerca de 4 meses. Relatava ainda, coriza esporádica, facialgia, hiposmia e epistaxes desencadeadas principalmente ao assoar o nariz. Além disso, referia acompanhamento com a equipe de oncologia por história de câncer de mama, tendo realizado quimioterapia e radioterapia em 2015. Ao realizar exame de nasofibroscopia flexível foi identificado lesão polipoide proveniente de meato médio direito, insinuando-se até coana, com presença de secreção espessa.

Foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de seios da face que identificou espessamento mucoso de todos seios paranasais, com conteúdo de atenuação de partes moles com lesão ocupando seio maxilar à direita, alargando complexo óstio-meatal sem erosões ósseas. Além disso a ressonância magnética de face destacando alargamento do óstio secundário com extensão para cavidade nasal e perda dos limites com as conchas nasais média e inferior ipsilateral.

Neste momento, por suspeita de papiloma invertido, foi optado pela equipe de rinologia do serviço pela cirurgia com técnica Degloving.

Foi realizado degloving para acesso do seio maxilar e fossa nasal direita, turbinectomia inferior e média direita e esfenoidotomia a direita. Durante o procedimento cirúrgico foi visualizada lesão ocupando todo o seio maxilar com extensão para fossa nasal e não foi identificada sítio de inserção. Realizado ressecção total da lesão material enviado para congelação, resultando ausência de sinais de malignidade, e a posteriori, o resultado do anatomopatológico confirmou papiloma invertido.

A paciente evoluiu de forma satisfatória, acompanhada ambulatorialmente com a equipe de Rinologia, com edema em hemiface direita e hiperemia, bom aspecto geral de mucosa endonasal. Devido às circunstâncias de recidiva frequente da doença, a paciente ainda acompanhará ambulatorialmente com equipe por 5 anos com retornos semestrais.

**DISCUSSÃO**

O papiloma invertido é uma neoplasia epitelial benigna de caráter invasivo, constituindo de 0,5 a 4% de todos os tumores nasais. Tem potencial de malignização que varia de 5 a 13% e recorrência frequente. O tratamento cirúrgico pode ser realizado de diversas maneiras, entre elas: abordagem endonasal endoscópica; abordagem extranasal limitada (Caldwell-Luc ou etmoidectomia externa); e abordagem extranasal radical (rinotomia lateral ou Degloving com ressecção em bloco da parede lateral). O tipo de abordagem dependerá do tamanho e local da lesão, além de outros fatores como experiência do cirurgião e aceitação do paciente.

No caso da paciente descrita, foi optado pela técnica de Degloving, pela extensão da lesão e inserção na parede nasal lateral. Essa técnica a cicatriz de face, mas pode levar a estenose vestibular, epífora, hematoma subcutâneo e disestesia facial, além de permitir acesso restrito ao seio frontal.

O papiloma invertido é mais freqüentemente encontrado, implantando-se na parede nasal lateral e envolvendo ou infiltrando os seios paranasais e estruturas adjacentes por extensão direta, Embora sejam lesões benignas, a alta taxa de recorrência e o potencial de malignidade nos permitem considerá-los tumores agressivos. Os sintomas principalmente encontrados são: obstrução nasal unilateral, secreção purulenta ou sanguinolenta, hiposmia, rinorréia e cacosmia.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A importância deste estudo se dá, pelo achado de sintomas que costuma-se ver no dia a dia otorrinolaringológico, que por muitas vezes não dá-se importância, como obstrução nasal e rinorreia. Há necessidade de pensar em diagnósticos diferenciais tão cedo quanto possível, pois as consequências da demora no diagnóstico e tratamento podem ser devastadoras e irreversíveis. O diagnóstico requer um exame físico bem feito associado a imagem para planejamento e escolha da técnica cirúrgica mais adequada.

Palavras-chave: Papiloma invertido; Degloving; epistaxe.

PO428

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Relato de caso de Linfoma Extranodal de Células T/NK tipo nasal nos seios paranasais com exoftalmia.

**AUTOR PRINCIPAL:** PAULA GONIK DIAS

**COAUTORES:** MARCELA GONIK DIAS; LIORA GONIK; ANTONIO BARTOLOMEU DIAS JUNIOR; EVELINE AUZIER BENTES NOVAIS; LUISA SCARPA GUIMARÃES; SINDY BOMTEMPO DE ALMEIDA LOPES

**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL3. CLÍNICA GONIK DIAS OTORRINOLARINGOLOGIA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL4. CLINICA GONIK DIAS OTORRINOLARINGOLOGIA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL5. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL6. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Relato de caso: F.A.A., feminino, 59 anos, iniciou quadro de proptose em olho esquerdo, procurou oftalmologista, o qual diagnosticou massa tumoral em região etmoidal esquerda e lesão em região pré-maxilar direita através de RNM, encaminhando para o otorrinolaringologista que confirmou a presença das lesões expansivas envolvendo as cavidades paranasais através de nasofibrosopia e TC de seios da face. Realizou cirurgia endoscópica para acesso de tumoração na região etmoidal esquerda, com descompressão parcial de órbita, e acesso tipo caldwell-luc para retirada de tumoração pré-maxilar a direita. O imunohistoquímico revelou positividade para CD3 e elevado índice de proliferação celular (Ki-67); anatomopatológico compatível com neoplasia maligna de células redondas com áreas pleomórficas, diagnóstico de linfoma de células T maduras. No pós-operatório, evoluiu com piora do quadro ocular apresentando dor retro orbitária, aumento da pressão ocular e redução da acuidade visual no olho esquerdo. Encaminhada ao serviço de hematologia, iniciou quimioterapia de urgência no esquema CHOE P (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, etoposídeo e prednisona) um ciclo a cada 21 dias, com redução da massa já no segundo ciclo. No intervalo entre o segundo e o terceiro ciclo do tratamento quimioterápico houve crescimento da massa tumoral com queixa de piora da dor na região ocular, solicitado a radioterapia com urgência no esquema 44 Gy em 22 frações, em associação a quimioterapia. Atualmente está no quinto ciclo de quimioterapia e décima segunda fração de radioterapia, com boa remissão tumoral.

**Discussão:** O linfoma nasal primário (LNP) é um tumor extranodal raro e representa 0,44% de todos os linfomas extranodais nessa localização, o subtipo mais comum é o nasossinusal de células T natural killer. Aproximadamente 75% dos casos de LNP derivam da linhagem T, sendo o da paciente o linfoma de células T maduras (linfoma de células T periféricas - WHO,2022). Linfomas de células T periféricos (LCTP) constituem menos de 15% dos linfomas não Hodgkin do adulto, nesse caso, a localização determina o linfoma como extranodal de células T/NK tipo nasal (LNKTN). Os linfomas dos seios paranasais são raros, com quadro clínico inespecífico, podendo apresentar rinossinusites de repetição, obstrução nasal, secreção nasal, epistaxe, dor, edema da face, necrose e destruição óssea. A paciente apresentou sintoma de exoftalmia no olho esquerdo com comprometimento da região orbital medial esquerda e do seio paranasal adjacente. O imunofenótipo do LNKTN é semelhante ao de células NK. As células neoplásicas normalmente são CD2 +, CD56 +, CD3 superfície -, CD3 citoplasmático +. São tipicamente CD4 - e CD8 -, mas podem expressar CD4, CD8 e/ou CD7. A maioria dos casos expressa grânulos citotóxicos como granzima B, perforina e TIA-1. O estudo imunohistoquímico da paciente revelou positividade para CD3 (receptor de linfócitos T - cadeia épsilon - clone RBT-CD3). Diversas modalidades terapêuticas têm sido propostas para o linfoma extranodal de células NK/T tipo nasal, desde radioterapia isolada até quimioterapia em altas doses com transplante de células-tronco hematopoiéticas. O tratamento de primeira linha tem como opção a quimioterapia no esquema CHOE P, realizada na paciente. A ausência de resposta ou progressão da doença determina a necessidade de seguimento do protocolo de doença recidivada ou refratária, o qual tem a radioterapia como opção. A resposta parcial ou completa infere a continuidade do tratamento e observação.

**Comentários finais:** Este relato de caso teve como objetivo destacar a importância do diagnóstico diferencial de tumorações na região dos seios paranasais. Os linfomas extranodais são raros e devem fazer parte do diagnóstico diferencial. A conduta adequada e a busca pelo diagnóstico precoce são essenciais para o tratamento e prognóstico visto a agressividade do tumor e sobrevida global de cinco anos. Em decorrência da raridade do linfoma extranodal é difícil a realização de estudo prospectivo randomizado e os dados disponíveis na literatura são provenientes apenas de análises retrospectivas.

**Palavras-chave:** linfoma;seios paranasal;extranodal.

PO435

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****REVISÃO SISTEMÁTICA: TRATAMENTO ALTERNATIVO COM PLASMA RICO EM PLAQUETAS PARA DISFUNÇÕES OLFATÓRIAS PÓS-COVID-19****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA PAULA SOARES ANDRADE**COAUTORES:** CIRO RIBEIRO FERNANDES ADAN; CAROLINE OLIVEIRA DOS SANTOS FREITAS; SÉRGIO ROBERTO GUIMARÃES DOS SANTOS FILHO; ANTONIO VINICIUS MARTINS LIMA; ELIEZER VARIÃO BOMFIM NETO; PEDRO DE SOUZA FERNANDES; JOAQUIM DOS PASSOS MARTINS NETO**INSTITUIÇÃO:** 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL2. UNIDOMPEDRO, SALVADOR - BA - BRASIL3. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL**Objetivos:** o estudo tem como objetivo construir uma revisão para analisar o uso de plasma rico em plaquetas (PRP) nas fossas olfativas de pacientes com anosmia, hiposmia ou parosmia após contaminação por COVID-19.**Métodos:** foi realizada uma pesquisa nos bancos de dados “PubMed” e “Google Acadêmico”, com os descritores “hiposmia”, “anosmia”, “PRP” e “COVID-19”.**Resultados:** 7 artigos foram selecionados, entretanto, estudos de PRP não relacionados a COVID-19, que não tiveram testes realizados em humanos ou que utilizaram testes subjetivos, foram excluídos, restando apenas 2 artigos. O estudo sobre “eficácia e segurança do PRP na disfunção olfatória persistente relacionada à COVID-19” realizou um teste objetivo através do “Sniffin Stick Test”, baseado no escore TDI, e um teste subjetivo por meio da escala Linkert. O resultado foi positivo, os escores médios do TDI melhoraram em 6,7 pontos ( $p < 0.001$ ). Não foi reportado efeito adverso. Não houve diferença significativa ( $p = 0.093$ ) entre o grupo com perda olfativa com menos de 12 meses e com mais de 12 meses. O estudo “injeção de plasma rico em plaquetas nas fendas olfatórias de pacientes com COVID-19 com disfunção olfatória de longo prazo” realizou um teste objetivo, com escore TDI, com um teste subjetivo “Olfactory Disorder Questionnaire”. O resultado foi um aumento após 2 meses de tratamento com PRP ( $p < 0.001$ ). Foi relatado efeitos colaterais, epistaxe transitória ( $N = 31$ ), parosmia relacionada ao spray de xilocaína da anestesia ( $N = 10$ ) e dois episódios de síncope vasovagal. Foram relatados sintomas adversos pós-injeção de PRP, sensação de gotejamento pós-nasal ( $N = 5$ ) e náusea ( $N = 2$ ).**Discussão:** a efetividade do tratamento pode ser comprovada com o escore olfativo médio, que aumentou 6,7 pontos. É possível que várias injeções de PRP permitam resultados mais significativos na função olfativa dos pacientes. Foi demonstrado a segurança, facilidade, viabilidade e tolerância da injeção de PRP na fenda olfatória. A dor do procedimento foi considerada tolerável por 81% dos pacientes e a epistaxe ocorreu devido a aplicação das injeções. A falta de randomização e o tempo de duração do acompanhamento dos participantes são limitações do estudo.**Conclusão:** observa-se a eficácia e potencial de utilização do PRP como técnica para tratamento da disfunção olfatória. O tratamento demonstra-se seguro, com baixo efeito adverso e pouca dor processual. Entretanto, é preciso que haja estudos maiores, com acompanhamento a longo prazo, para aprofundar os conhecimentos sobre o tratamento da disfunção olfatória.**Palavras-chave:** hiposmia; COVID-19; PRP.

PO439

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****POLIPOSE NASOSSINUSAL GRAU 4: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA CARDOSO LIMA**COAUTORES:** PAULO TINOCO; MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO; ALFREDO VIEIRA BERNARDO; CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI; SARA COSMO DE CARVALHO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI, ITAPERUNA - RJ - BRASIL

**Apresentação do Caso:** J.F.N., 86 anos de idade, sexo masculino, chega ao consultório de otorrinolaringologia devido obstrução nasal bilateral há cerca de 7 meses, associado a hiposmia. Relata piora progressiva durante este período. Na ectoscopia, apresentava alargamento da pirâmide nasal, na rinoscopia anterior observou-se estruturas edematosas, arredondadas, de superfície lisa com pequenos vasos sanguíneos, aspecto gelatinoso, de coloração branco-amarelada em ambas narinas, sugestiva de rinossinusite crônica com pólipos nasossinusal. Para avaliar a extensão da lesão, foi solicitada Tomografia Computadorizada de Seios da Face, que revelou espessamento mucoso de todas as cavidades paranasais e erosão de trabéculas etmoidais bilaterais. Desta forma, o paciente foi submetido a cirurgia para ressecção dos pólipos e melhora da qualidade de vida. O material foi encaminhado para patologia e confirmado diagnóstico de polipose nasossinusal.

**Discussão:** A Polipose Nasossinusal (PN) é uma doença inflamatória crônica da mucosa respiratória nasal e dos seios paranasais que se manifesta clinicamente pelo aparecimento de formações polipóides, geralmente bilaterais e que levam à obstrução nasal, rinorréia, hiposmia ou anosmia e rinossinusites de repetição, assim como descrito anteriormente. Atualmente há uma tendência na literatura em considerar a polipose nasossinusal como uma doença inflamatória de causa multifatorial. Fatores locais como infecção bacteriana ou alterações estruturais como desvios de septo e variações anatômicas do meato médio resultam em uma resposta inflamatória local, que é responsável pelo aparecimento de ulcerações mucosas com conseqüente prolapso da submucosa, desencadeando reepitelização e proliferação glandular. Tal patologia atinge cerca de 0,5- 4% da população e tem alta taxa de recidiva.

**Comentários Finais:** A polipose nasossinusal é uma doença crônica que interfere na qualidade de vida do paciente. Estes apresentam uma alta prevalência e são responsáveis pelo acréscimo de gravidade clínica em patologia nasal pré-existente e pela sua marcada incapacidade funcional. Os mecanismos fisiopatológicos não estão completamente esclarecidos, mas existem múltiplas vias inflamatórias que explicam o desenvolvimento da polipose nasal, a sua persistência e recidiva. O tratamento cirúrgico traz melhora imediata da obstrução nasal, sendo necessário, entretanto, acompanhamento ambulatorial posteriormente com o otorrinolaringologista para evitar recidivas da doença.

**Palavras-chave:** Polipose nasal; Polipos; Obstrução Nasal.



PO443

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Descompressão orbitária na Oftalmopatia de Graves Severa: Um Relato de Caso

AUTOR PRINCIPAL: RENAN VIEIRA DE BRITO

COAUTORES: MARCELA ARAÚJO PEREIRA; WOLFGANG THYERRE PINTO; MATHEUS LISATCHOK; MATEUS HENRIQUE GUIOTTI MAZAO LIMA; ROBERTA PARMA DORIGUETO DE OLIVEIRA; FABIO LAU; EULALIA SAKANO

INSTITUIÇÃO: UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL

**Apresentação do caso**

Paciente de 64 anos, feminino, com histórico de diagnóstico de hipertireoidismo há 06 meses na origem, iniciou há 05 meses proptose ocular bilateral, quemose e diminuição da acuidade visual. Há 01 mês iniciou seguimento oftalmológico no Hospital das Clínicas da UNICAMP, onde foi iniciado corticoide oral, e realizada tarsorrafia. Evoluiu com hiperemia conjuntival, dor ocular, quemose, sendo realizada internação hospitalar, e identificada neuropatia óptica bilateral e úlcera de córnea, iniciada pulsoterapia, e realizado diagnóstico de Oftalmopatia de Graves (OG) Ativa e Severa (Escore CAS:7).

Ao exame, paciente apresentava proptose ocular, quemose, edema periorbitário, hiperemia conjuntival intensa bilateralmente; Rinoscopia anterior sem alterações; Nasofibrosopia sem alterações.

Como conduta, optado por descompressão orbitária por via endoscópica nasal com objetivo de recuperação da acuidade visual. Procedimento realizado sob sedoanalgesia em centro cirúrgico, realizadas bilateralmente uncifectomia, antrostomia do seio maxilar, etmoidectomia anterior e posterior, esfenoidotomia, removidas porções ósseas da lâmina papirácea, duas incisões paralelas na periórbita e deslocamento da gordura periorbitária, além de tarsorrafia, sem intercorrências.

No pós-operatório imediato, paciente com melhora importante da acuidade visual, dor ocular, hiperemia e edema. Em reavaliação ambulatorial 4 meses após o procedimento, paciente manteve melhora progressiva dos sintomas.

**Discussão**

A OG é a desordem inflamatória autoimune orbitária mais comum em adultos. É caracterizada pelo aumento intraorbitário da produção de fibroblastos, glicosaminoglicanos, edema, espessamento muscular, hipertensão orbitária, manifestando-se como exoftalmia clinicamente. É a principal indicação de descompressão orbitária, com 5% dos casos necessitando de descompressão no 1º ano após o diagnóstico, e cerca de 20% após 10 anos.

A OG é classificada de acordo com a gravidade e atividade da doença. Quanto a gravidade da doença, pode ser dividida em: severa (risco de prejuízo visual), caracterizada por neuropatia óptica compressiva e/ou ruptura da córnea; moderada-severa por retração palpebral  $\geq 2$  mm ou exoftalmia  $\geq 3$  mm ou envolvimento extenso de partes moles; e leve, quando ausente tais características, sem diplopia ou transitória. Quanto a atividade da doença, o escore comumente utilizado é o Clinical Activity Score (CAS), que avalia 7 variáveis (dor retrobulbar espontânea, dor ao movimento ocular, hiperemia palpebral, hiperemia conjuntival, quemose, edema de carúncula e edema palpebral), se  $\geq 3$  presentes indicando doença ativa.

Evita-se abordagem cirúrgica para doença ativa devido ao aumento da inflamação local. Todavia, em casos de doença severa a abordagem cirúrgica está indicada. Na doença inativa, outras indicações são: correção estética, dor retrobulbar crônica, congestão, hipertensão ocular e diplopia.

Quanto a técnica cirúrgica empregada, os dados na literatura são insuficientes para sustentar uma abordagem padronizada. Atualmente, as técnicas endoscópicas isoladas com preservação do suporte orbital anterior inferomedial apresentam redução da incidência de diplopia no pós-operatório; a técnica de três paredes (posterior, medial e lateral) relata redução importante da proptose, porém com maior risco de desenvolvimento de diplopia. A associação de descompressão da gordura periorbitária tem sido indicada, independente da técnica utilizada.

**Comentários Finais**

A OG severa é uma doença rara, que causa morbidade importante, que requer abordagem cirúrgica para evitar desfechos negativos da doença, como amaurose e exposição córnea. Ainda não há dados suficientes na literatura para definição da abordagem padrão-ouro. Várias abordagens são descritas com resultados contraditórios, e a comparação de diferentes técnicas cirúrgicas foi influenciada pela inclusão de pacientes em diferentes estágios da doença, diferentes indicações cirúrgicas, e avaliação dos resultados. Assim, ensaios clínicos randomizados são necessários para melhor avaliação da eficácia.

Palavras-chave: Doença de Graves; Descompressão orbitária; Rinologia.



PO449

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO: CORDOMA EXTENSO DE CLIVUS****AUTOR PRINCIPAL:** MATEUS VASCONCELOS PATRICIO**COAUTORES:** MARILIA STEFANES; GUSTAVO MURTA; MATHEUS CARRETT KRAUSE; RAFAEL FRANCISCO DOS SANTOS; JOSÉ CARLOS FRANZATO JUNIOR; PEDRO HENRIQUE KARPINSKI; THIAGO CARRETT KRAUSE**INSTITUIÇÃO:** 1. UEPG, PRONTA GROSSA - PR - BRASIL2. UCPEL, PELOTAS - RS - BRASIL

Paciente C.R.O, masculino, 47 anos, previamente hígido, nega história de tabagismo ou etilismo. Paciente encaminhado por lesão de crescimento progressivo em palato duro com aparecimento há 2 anos. Sintomas de cefaléia, obstrução nasal e hipoacusia direita. À oroscopia: lesão expansiva em palato duro, não visualizo úvula (Imagem 1) e à rinoscopia: lesão gelatinosa e hiperemiada em narina direita. Videonasoscopia em consulta: lesão vegetante polipóide em narina direita, vascularizada, se estendendo por toda fossa nasal anterior até coana. Exame tomografia (imagem 2) e ressonância evidenciando lesão expansiva em hemiface direita (possível epicentro em região maxilar direita) com extensão para o compartimento intracraniano. Realizada biópsia de lesão nasal e em palato, com anatomopatológico confirmando cordoma nasal. Após diagnóstico realizado, paciente foi encaminhado para Radioterapia (25 sessões), sem melhora. Paciente com aumento da lesão, referindo piora dos sintomas e tomografia mostrando aumento da lesão com invasão intracraniana. Diante da gravidade da doença, paciente foi encaminhado com urgência para Cirurgia de Cabeça e Pescoço e para Fonoterapia para avaliação da deglutição. Cerca de 2 semanas após, paciente foi a óbito antes da avaliação com as especialidades.

escrito por Virchow, em 1857, e complementado por Müller, 1858, cordoma é um tumor raro originário da notocorda, que representa apenas 0,2% dos tumores nasofaríngeos. Geralmente atrelado ao sexo masculino, esta neoplasia, exibe comportamento agressivo localmente, crescimento lento e pouca chance de metástase, porém de alta recorrência e com taxas de sobrevida importante até o 5º ano, chegando a 65%, mas que decai significativamente até o 10º ano para 35%. Costuma ser diagnosticado entre a 4ª e 6ª década de vida, apresentando-se comumente na coluna vertebral, clivus e sítios para-clivares, respectivamente.

A sua abordagem terapêutica ainda é discutida, no entanto, estabelece-se como padrão ouro a ressecção, a qual, devido ao infiltrado local, pode se tornar de difícil realização, uma vez que, as estruturas adjacentes são altamente enervadas e vascularizadas, por isso, utiliza-se da radioterapia adjuvante. Apesar de complementar, esse tipo de tumor pode apresentar grande resistência à radioterapia e quimioterapia sistêmica, o que torna mais complexo seu tratamento.

Apesar de raro, o profissional de saúde deve se atentar ao cordoma, uma vez que a terapia de escolha é a ressecção e quanto menor o grau de expansão, maiores as chances de sucesso.

Palavras-chave: cordoma;rinologia;tumor.

PO465

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO DE PACIENTE COM GLIOMA NASAL****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA ROCHA OLIVEIRA**COAUTORES:** RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS; TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO; GABRIELLE SOBRAL SILVA; TAÍSA MARIA BRITO AMORIM**INSTITUIÇÃO:** 1. OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE - HOSPITAL SANTO ANTONIO, SALVADOR - BA - BRASIL. 2. HOSPITAL SANTO ANTÔNIO / OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE, SALVADOR - BA - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** O glioma nasal é uma condição rara caracterizada pelo crescimento anormal de tecido na região nasal e pode se manifestar em diversas faixas etárias, incluindo crianças. Este relato de caso abordará uma paciente de 1 ano e 2 meses que apresentava sintomas de obstrução nasal e dispneia desde o nascimento, associados a congestão nasal, sialorreia, dificuldade de alimentação e ganho ponderal insuficiente.

**RELATO DE CASO:** Paciente, 1 ano e 2 meses apresentava um quadro crônico de obstrução nasal e dispneia desde o nascimento. A condição era agravada por episódios frequentes de congestão nasal, sialorreia (excesso de saliva), interrupções nas mamadas e dificuldade em ganhar peso. A genitora relatou idas recorrentes à emergência devido à gravidade desses sintomas. A paciente também tinha um histórico de internações frequentes e prolongadas em enfermaria pediátrica e UTI pediátrica devido à dificuldade respiratória. Em agosto de 2022, a paciente foi admitida em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) devido a um novo episódio de tosse produtiva, desconforto respiratório, coriza e obstrução nasal. Durante essa admissão, recebeu tratamento com Ceftriaxona e Tamiflu. Posteriormente, no dia 1º de setembro de 2022, a paciente foi transferida para a unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Santo Antônio. Na admissão, estava em ventilação espontânea, com dispneia leve, mantendo boas saturações com o uso de uma máscara não-reinalante. Em março de 2022, uma endoscopia nasal flexível realizada à beira do leito revelou uma lesão de aspecto cístico, de coloração perolada e translúcida, ocupando toda a região da rinofaringe e obstruindo as coanas bilateralmente. A suspeita de uma anormalidade na linha média, como um glioma nasal, foi levantada. Para uma avaliação mais precisa, foi sugerida a realização de uma ressonância magnética de face e crânio com contraste. A tomografia de face revelou uma formação expansiva com conteúdo e densidade líquida, sem realce após o meio de contraste. Essa formação preenchia completamente a luz da nasofaringe, comprimindo o palato mole, que estava levemente rebaixado. A natureza exata dessa lesão não estava claramente definida, mas sugeria-se a possibilidade de um cisto de Thornwaldt ou outra etiologia. Já a ressonância magnética de face e crânio mostrou uma formação ovalada com hipossinal em T1 (sinal baixo em T1) e hipersinal em T2 (sinal alto em T2), localizada na nasofaringe. Essa formação apresentava realce periférico após a administração de contraste, sugerindo uma formação cística, como um cisto de Thornwaldt. Após avaliação de imagens foi optado por abordagem conjunta da equipe de otorrinolaringologia e neurocirurgia, realizando biópsia de lesão que evidenciou glioma nasal. Após abordagem cirúrgica, a paciente evoluiu com melhora completa dos sintomas respiratórios, evoluindo com desmame completo de suporte ventilatório.

**DISCUSSÃO:** O glioma nasal é uma condição rara que envolve o crescimento anormal de tecido na região nasal. Geralmente, essa condição é mais comumente observada em adultos, tornando seu diagnóstico em uma criança de 1 ano e 2 meses um desafio adicional. Os sintomas da paciente, incluindo obstrução nasal crônica, sialorreia e dispneia, são consistentes com as apresentações clínicas do glioma nasal. A investigação por meio de exames de imagem, como tomografia e ressonância magnética, é crucial para identificar a natureza da lesão e planejar a abordagem terapêutica adequada. No caso desta paciente, a ressonância magnética sugeriu um cisto de Thornwaldt, uma variante rara de glioma nasal.

**CONCLUSÃO:** Este relato de caso destaca a importância do diagnóstico preciso e da abordagem multidisciplinar em pacientes pediátricos com sintomas de obstrução nasal e dispneia crônicos. O glioma nasal, embora raro em crianças, deve ser considerado na avaliação diagnóstica quando outros diagnósticos diferenciais não fornecem uma explicação adequada. A realização de exames de imagem é fundamental para guiar o tratamento e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: GLIOMA; NASAL; RINOLOGIA.

PO468

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO TRATAMENTO DO ESTESIONEUROBLASTOMA LOCALMENTE AVANÇADO – RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** RAIMUNDO ALMEIDA NETTO**COAUTORES:** JOAO FERREIRA BRAGA NETO; MONIQUE MEDEIROS DE MOURA BARRETO ALVES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR - BA - BRASIL

Paciente, TJM, 34 anos, previamente hígido, iniciou atendimento no dia 11/10/2022 no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Izabel, com queixa de obstrução nasal unilateral à direita, persistente, iniciada em 2020, associada a rinorreia hialina, além de obstrução nasal parcial a esquerda. Sem outras queixas nasais. Nega alterações visuais e olfatórias. Ao exame endoscópico é identificada lesão avermelhada ocupando toda fossa nasal direita e abaulando septo nasal contralateralmente. Os exames de imagens (Fig. 1) revelaram lesão de aspecto neoplásico ocupando toda fossa nasal direita causando erosão do septo nasal, células etmoidais e lâmina papirácea, invadindo a porção medial da órbita e deslocando lateralmente o músculo reto medial, além de destruir lâmina crivosa, insinuando-se no interior da fossa olfatória deste lado, medindo cerca de 5,4 x 3,6 x 5,9 cm (CC x LL x AP). Em biópsia cirúrgica incisional no dia 24/11/2022 foi identificado Estesioneuroblastoma (ENB) grau histológico Hyam II-III. Após serem descartas metástases linfonodais e à distância, paciente foi classificado como Kadish C.

Inicialmente foi optado por tratamento quimioterápico neoadjuvante devido ao importante avanço local do tumor, com intuito de melhorar condições operatórias futuras. Realizou 4 ciclos no esquema de Cisplatina + Etoposídeo a cada 21 dias, último ciclo dia 31/05/23. Os novos exames de imagem não mostraram regressão tumoral satisfatória, mantendo graus de invasão a órbita e fossa olfatória direitas (Fig. 2).

No dia 29/07/23, paciente foi submetido a cirurgia para exérese do tumor, em abordagem conjunta da otorrino, neurocirurgia e cirurgia da cabeça e pescoço. Na patologia cirúrgica as margens de teto de órbita e etmoide posterior direitos estavam comprometidas pela neoplasia.

No momento, paciente evolui bem do ponto de vista pós-operatório e da doença, está em programação de início de radioterapia e em avaliação com oncologia da necessidade de nova quimioterapia.

O Estesioneuroblastoma (ENB) é uma neoplasia maligna rara do trato nasossinusal, originada do neuroepitélio olfatório. Devido a sua clínica insidiosa, seu diagnóstico costuma ser feito com a doença localmente avançada. Para estadiar o ENB, a classificação de Kadish é a mais utilizada e avalia a extensão local do tumor e a presença de metástase linfonodal e/ou à distância. O Kadish C é definido como um tumor que atinge limites extra cavidade nasal e seios paranasais, como órbita e região intracraniana.

Existem muitas controvérsias no manejo dessa condição, resultando em métodos de tratamento não padronizados. As três opções utilizadas para o tratamento do ENB são cirurgia, radioterapia (RT) e quimioterapia (QT). Mais comumente, estudos indicam que a cirurgia e radioterapia pós-cirúrgica são a terapia de escolha em grande parte dos serviços. Porém, em casos de doença avançada localmente (Kadish C), a QT neoadjuvante pode permitir que a terapia local (cirurgia e RT), seja realizada com menor morbidade e melhores resultados.

O papel da QT, entretanto, não está estabelecido. Devido a relativa raridade da condição, a qual tem dificultado estudos mais detalhados. Por isso, revisando a literatura, não foram encontrados dados suficientes para determinar a elevada superioridade da QT, frente ao tratamento convencional de cirurgia + RT. Como descrito, o paciente do estudo não obteve resultado satisfatório na diminuição tumoral, mesmo realizando esquema quimioterápico indicado na maioria dos estudos atuais (Cisplatina + Etoposídeo). Na literatura atual, estudos divergem quanto ao resultado de melhora da sobrevida dos pacientes e na redução tumoral satisfatória (> 50%). Múltiplos estudos retrospectivos afirmam que a QT neoadjuvante pode ser uma importante linha de tratamento em tumores cuja ressecção é difícil, como em casos de extensão intracraniana. Porém, devido ao fato da maioria dos trabalhos serem retrospectivos, ainda carece de estudos prospectivos e com grupo controle, para melhor análise de resultados, e futuramente, um protocolo uniformizado de tratamento.

Palavras-chave: Estesioneuroblastoma; Kadish; Quimioterapia.

PO469

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****MENINGOENCEFALOCELE INTRANASAL COM FÍSTULA LIQUÓRICA EM UM PACIENTE ADULTO****AUTOR PRINCIPAL:** JESSICA AREIAS COELHO PEREIRA**COAUTORES:** ISABELA BORG MARINHO; LUCAS JUSTO SAMPAIO; THAMIRIS DIAS DELFINO CABRAL; LUCAS GRAZZIOTTI CEOLIN; RIZZA CHIERICI BAPTISTA; ALEXANDRA TORRES CORDEIRO LOPES DE SOUZA; JOSE EDUARDO ESPOSITO ALMEIDA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Apresentação do Caso**

Paciente feminina, 39 anos, com queixa de rinorreia hialina em gotejamento em fossa nasal esquerda há 03 meses que piora ao abaixar a cabeça, associado a hiposmia, cefaleia difusa pior pela manhã e episódios de turvação visual. Nega obstrução nasal, nega rinorreia purulenta. Nega espirros e prurido nasal. Nega trauma nasal e de face. Portadora de obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. No exame físico apresentou gotejamento em água de rocha em fossa nasal esquerda. Realizada endoscopia nasal que evidenciou lesão de aspecto vegetante em fossa nasal esquerda na altura do corneto médio. Tomografia computadorizada mostrou imagem sugestiva de falha na base do crânio com herniação de tecido cerebral. Ressonância magnética veio com imagem sugestiva de falha óssea na parede posterior do seio frontal esquerdo no aspecto anterior da lâmina crivosa esquerda, apresentando comunicação com a fossa anterior do crânio. Observa-se insinuação de conteúdo liquórico e parênquima encefálico através dela, compatível com fístula liquórica e áreas de encefalomalácia. Foi realizado a correção cirúrgica endoscópica via intranasal com o uso de fâscia lata para correção da falha óssea. Paciente evoluiu sem complicações e com melhora dos sintomas no pós-operatório.

**Discussão**

A meningoencefalocele é uma alteração do sistema nervoso central, caracterizada por herniação de estruturas intracranianas por meio de um defeito ósseo. Sendo determinada por um fechamento incompleto do neuroporo na terceira ou quarta semana de desenvolvimento. Ainda não se sabe ao certo os motivos para ocorrência dessa má-formação, acredita-se que seja multifatorial. Entre esses fatores pode-se destacar a deficiência de ácido fólico, infecções maternas e uso de talidomida.

A meningoencefalocele, na sua apresentação intranasal, pode ser confundida com pólipos nasais, glioma, teratomas, hamartomas, hemangiomas e cistos dermóides. Contudo, alguns sinais clínicos ajudam a diferenciar, como o Sinal de Furstenberg (aumento da massa quando se aumenta a pressão intracraniana por compressão dos vasos cervicais).

O diagnóstico precoce é essencial, as queixas mais comuns são rinorreia hialina unilateral intermitente de longa data, além de cefaleia e obstrução nasal. É importante o questionamento sobre história de trauma craniano (TCE). Além disso, meningites de repetição são relativamente comuns e podem ser a primeira manifestação clínica.

O tratamento para essa comorbidade é cirúrgico e existem várias possibilidades de acesso. Atualmente, a abordagem cirúrgica intranasal com o auxílio de endoscópio vem ganhando mais visibilidade. E quando realizada sem abordagem intracraniana concomitante apresenta inúmeras vantagens, tais como tempo transoperatório, menor taxa de infecção, menor tempo de internação e menor morbidade.

**Conclusão**

A meningoencefalocele intranasal é um má-formação rara, mas de importante reconhecimento para os diagnósticos diferenciais de lesões nasais unilaterais. O seu tratamento é cirúrgico e o acesso endoscópico intranasal vem ganhando bastante reconhecimento por se tratar de um procedimento menos invasivo e com bons resultados.

Palavras-chave: meningoencefalocele; fístula liquórica; intranasal.

PO473

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****TRATAMENTO CIRÚRGICO EM CELULITE ORBITAL POR COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA HENRIQUE BUENO DE OLIVEIRA**COAUTORES:** CAROLINA OSHIRO YEH; GUSTAVO BRUNO NASCIMENTO SANTOS; AMANDA MARTINS PEREIRA PITTA; SABRINA SALGADO DE ALMEIDA; GIOVANA CAMACHO SCOMBATTI; VICTORIA MARTINS VINHAS; DEBORA MEDEIROS**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente L.F.T.C., masculino, 15 anos, sem comorbidades, iniciou quadro com cefaleia e dor ocular à esquerda, evoluindo com edema periorbitário após 3 dias de sintomas, onde procurou atendimento médico e deu início ao uso de amoxicilina + clavulanato (500 + 125mg), 8/8h e aine, com piora dos sintomas oculares e início de febre alta, após o terceiro dia de medicação, quando procurou outro serviço médico e iniciou a internação devido ao edema importante periorbitário e temperatura axilar de 39°C. Iniciou, na internação, uso de Ceftriaxona 2G, 12/12h e Clindamicina 600mg, 8/8h. Com exames laboratoriais do primeiro dia de internação com leucócitos 16.000. Em Tomografia Computadorizada (TC) da face foi evidenciado conteúdo líquido denso preenchendo todas as cavidades paranasais bilateralmente, com destaque para o acometimento dos seios frontal e maxilar esquerdo, associado a aumento de volume com densificação dos planos de tecidos moles periorbitários do lado esquerdo. Coleção que se estendia junto a pálpebra superior e rebordo superior da órbita esquerda, preenchida por conteúdo líquido denso, com focos gasosos de permeio com dimensões aproximadas de 2,2 x 7,4 x 5 cm (AP X LL X CC). Confirmando a hipótese diagnóstica de complicação orbitária de rinossinusite. Após o terceiro dia de internação foi optado por intervenção cirúrgica para realização de sinusectomia maxilar, etmoidectomia e sinusectomia frontal. Após tratamento cirúrgico, houve melhora significativa do edema periorbitário e abscesso de pálpebra/órbita, além dos parâmetros clínicos, sem recidiva de infecção.

**DISCUSSÃO**

A rinossinusite é uma inflamação sintomática da cavidade nasal e seios paranasais, que tem como principais sintomas obstrução nasal, dor facial, gotejamento pós nasal e rinorreia mucopurulenta.

O diagnóstico da rinossinusite é clínico, porém, quando há suspeita de complicações, é mandatório que se faça exames complementares como TC seios da face, tida como padrão ouro, e Ressonância Magnética (RNM), se necessário para complementação diagnóstica. Classificada em 3 subtipos, a rinossinusite pode se apresentar de forma aguda, cujos sintomas persistem entre 7-10 dias, subaguda entre 4 e 12 semanas e crônicas, que persistem além de 12 semanas. A rinossinusite aguda é o subtipo em que mais apresenta recorrência de complicações, sendo responsável por 50-75% dos casos. Entre as mais frequentes, estão as complicações intracranianas, celulite periorbital, meningite, abscesso sub e extradural e tromboflebite do seio cavernoso.

A disseminação da infecção pode acontecer de forma hematogênica, assim como continuidade e contigüidade. A complicação periorbital tem sua maior incidência em crianças, cursando com oftalmoplegia, proptose, diplopia, diminuição da acuidade visual, amaurose e diminuição da movimentação ocular.

O tratamento se baseia na prescrição de antibiótico oral ou intravenoso de forma agressiva e, se for avaliada a necessidade, a drenagem cirúrgica deve ser realizada para prevenir possíveis complicações e sequelas a longo prazo. De modo geral, a indicação de drenagem cirúrgica se dá quando o paciente apresenta amaurose, restrição de movimento ocular e do reflexo pupilar. No caso, o paciente realizou TC na qual foi possível visualizar o comprometimento dos Seios da Face e acometimento periorbital e, de forma emergencial, foi realizado antibioticoterapia e posteriormente cirurgia via endonasal.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Apesar da rinossinusite aguda ser um diagnóstico clínico, a presença de exames complementares como TC e RNM são indispensáveis para a visualização da anatomia em casos com suspeita de complicação.

O tratamento com antibioticoterapia de amplo espectro deve ser iniciado de forma precoce. Entretanto, em alguns casos, é necessário a abordagem cirúrgica associada ao tratamento medicamentoso vigente com antibióticos para tratamento do abscesso.

A evolução costuma apresentar bom prognóstico, uma vez que a terapia medicamentosa e cirúrgica associadas são muito eficazes.

Palavras-chave: Rinossinusite; Celulite Orbital; Cirurgia Endonasal.

PO474

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Telangiectasia hemorrágica hereditária: relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO**COAUTORES:** GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO; LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA; ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA; MARIANE WEIZENMANN DA MATTA; ARTHUR FERREIRA DE OLIVEIRA; GUSTAVO SUBTIL MAGALHÃES FREIRE**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL**Apresentação do Caso**

K. T. S., 30 anos, sexo feminino, encaminhada ao ambulatório de otorrinolaringologia devido otite média crônica à esquerda, queixou-se de obstrução nasal direita, rinorreia hialina, espirros e epistaxes recorrentes desde infância, sem lado predominante. O pai da paciente também apresentava epistaxes frequentes, autolimitadas, durante toda a vida. A paciente negou comorbidades, apenas antecedente de metrorragia que cessou com uso de anticoncepcional oral.

Ao exame físico a paciente apresentava perfuração timpânica à direita com mucosa hiperplásica em orelha média, cornetos inferiores hipertróficos e desvio septal para direita. À videoendoscopia nasal foram vistas telangiectasias abundantes em mucosa nasal e coágulos em fossa nasal esquerda (imagens abaixo). Ao solicitarmos permissão para examinar o pai da paciente, também foram encontrados pontos hemorrágicos na mucosa septal anterior bilateralmente e crostas hemáticas.

A paciente foi diagnosticada com telangiectasia hemorrágica hereditária (também conhecida como Síndrome de Rendu-Osler-Weber) pelo critério de Curação e encaminhada para hematologia para seguimento, onde foram solicitados exames de imagem para investigação de malformação arteriovenosa em outros órgãos.

**Discussão**

A telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) é uma doença com padrão autossômico dominante, rara, causada, em 90% dos casos, por mutação em heterozigose do gene da endoglin ou do receptor quinase 1 semelhante à ativina.

É caracterizada por alteração na angiogênese, o que provoca malformações vasculares em órgãos como pulmão, fígado, aparelho digestivo e cérebro. Atualmente o diagnóstico é feito clinicamente pelo critério de Curação ou com testes genéticos que identifiquem as mutações.

Metade desses pacientes apresenta epistaxe recorrente espontânea até os 20 anos, sendo que até os 40 anos 90% deles terão essa queixa. Telangiectasias mucocutâneas podem ser vistas em 90%, podendo evoluir com anemia.

Embora a THH seja uma das doenças raras mais prevalentes, não há um tratamento definitivo atualmente. Dentro da prática otorrinolaringológica o controle dos sintomas deve ser o objetivo, visando diminuir a depleção sanguínea. A primeira linha para evitar epistaxes nesses pacientes é manter a mucosa hidratada e fazer bom controle da rinopatia alérgica, mas outras terapias já foram descritas (uso de ácido tranexâmico, terapia ablativa, betabloqueadores, talidomida, tacrolimus e bevacizumabe), incluindo septodermoplastia e cirurgia de Young.

**Comentários Finais**

Embora a THH seja uma doença rara, deve-se sempre suspeitar desses casos quando paciente queixar-se de epistaxes de repetição. A alta suspeição e o uso da videoendoscopia nasal podem auxiliar o diagnóstico precoce e a condução cautelosa do caso. No caso da paciente atendida, o diagnóstico da comorbidade previamente a cirurgia otológica só foi possível graças a atenção às suas queixas.

A complexidade de sua fisiopatologia torna a abordagem terapêutica difícil, portanto não há tratamento definitivo para THH e a conduta atual baseia-se no rápido manejo de suas complicações.

Palavras-chave: epistaxe;telangiectasia;hereditária.



PO475

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Análise da qualidade de vida específica da doença após cirurgia endoscópica em pacientes com obstrução nasal em hospital-escola do nordeste do Brasil

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA

**COAUTORES:** VIVIANE CARVALHO DA SILVA; ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES; EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA; TINO MIRO AURÉLIO MARQUES; ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO; JOANA CYSNE FROTA VIEIRA; SAULO EDSON SOARES TIMBÓ

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL

**Objetivos:** Investigar a melhoria da qualidade de vida (QV), medida pelo questionário SNOT-22 (Sino-Nasal Outcome Test 22), entre pacientes com indicação de tratamento cirúrgico nasossinusal em uma amostra populacional heterogênea de um ambiente de ensino médico no nordeste do Brasil.

**Métodos:** Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o número 51407321.1.0000.5045. Estudo de coorte observacional prospectivo que ocorreu entre fevereiro de 2022 e janeiro de 2023 no serviço de Otorrinolaringologia de um hospital-escola da rede pública de saúde na cidade de Fortaleza (Ceará). A amostra incluiu indivíduos de 18 a 79 anos de idade com queixa de obstrução nasal persistente e indicação de Cirurgia Endoscópica Nasossinusal Funcional (FESS, na sigla em inglês). Usado o SNOT-22 validado para o Brasil a fim de avaliar as doenças nasossinusais no pré-operatório imediato e em três meses após o procedimento. Coletados dados como: idade, sexo, presença de doença crônica (asma, rinite alérgica, hipertensão ou diabetes) ou de transtorno comportamental (tabagismo) e tempo do início dos sintomas. Considerado o delta aceitável entre os dois momentos testados (pré e pós-operatório) como  $\geq 9$  pontos, tal qual o maior trabalho sobre QV relacionada às doenças nasossinusais. As cirurgias consistiram em: redução parcial dos cornetos inferiores, correção de desvio de septo, exérese de lesão nasal benigna, exérese de lesão nasal maligna e acesso aos seios da face. A análise estatística objetivou determinar resultados cirúrgicos e investigar correlações entre as variáveis clínico-epidemiológicas e os desfechos clínicos.

**Resultados:** Cento e sete pacientes submetidos a FESS para o tratamento da obstrução nasal preencheram os formulários. A amostra foi composta por 53 homens entre 18-74 anos e 54 mulheres entre 20-79 anos. O tempo entre início dos sintomas e instituição da terapêutica foi maior que 6 meses para todos os casos. Sexo, idade, ser tabagista ou ter presença das comorbidades asma, hipertensão ou diabetes não influenciaram significativamente os resultados cirúrgicos ( $p > 0,05$ ). Rinite alérgica foi a doença crônica mais frequente e os pacientes apresentaram scores pré-operatórios relevantes ( $p = 0,036$ , U-Mann-Whitney). Dentre as cirurgias nasais propostas, "Correção de desvio septal" teve o maior número de indivíduos com o  $\Delta$  SNOT  $\geq 9$ . Somente em "Exérese de lesão maligna" o  $p$  foi maior que 0,05. Por sua vez, o Teste de Kruskal-Wallis encontrou  $p=0,061$ . Detectadas tanto a diminuição dos scores médios de 37,12 para 17,55, como a mudança clínica positiva evidenciada por 76,64% dos pacientes. Demonstrou-se uma melhora estatisticamente significativa nos escores obtidos no questionário SNOT-22 pós-operatório ( $p < 0,001$ , T-Wilcoxon), quando comparado com os escores obtidos no pré-operatório.

**Discussão:** Os sintomas obstrutivos nasais podem gerar impacto negativo nas atividades diárias: diminuição da energia, interferência no sono e redução da capacidade de concentração. O questionário SNOT-22 é útil tanto para avaliar resultados após tratamento de doenças nasossinusais, como para facilitar o treinamento de habilidades de médicos residentes em processo de qualificação. Há poucos trabalhos brasileiros que investigaram a aplicabilidade do SNOT-22. Visando reduzir esse déficit, propôs-se a realização de uma pesquisa no nordeste do país, com pacientes essencialmente cirúrgicos. É desconhecido se há melhoria semelhante da QV após FESS em outras doenças rinológicas que não sejam Rinossinusite Crônica. É importante estender a investigação para outras condições nasossinusais, principalmente àquelas com alterações anatômicas.

**Conclusão:** A cirurgia endoscópica nasossinusal funcional demonstrou melhorar significativamente a qualidade de vida específica das doenças nasossinusais de etiologias distintas em população heterogênea de um hospital-escola do nordeste do Brasil.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; SNOT-22; Cirurgia endoscópica sinusal.



PO477

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****NASOANGIOFIBROMA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SANGRAMENTO NA ADOLESCÊNCIA****AUTOR PRINCIPAL:** RENAN DONAIRE CÔNSOLO**COAUTORES:** LARISSA RAMOS RIBEIRO; DINO RAFAEL PEREZ MIRANDA; ELISA INES DEMUNER VALLANDRO; DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA; KAREN MOREIRA ROZEMBERG; GABRIELA MARTINS DE MORAES; ISABELA DOS SANTOS RODOLFO**INSTITUIÇÃO:** 1. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL. 2. FACULDADE DAS AMÉRICAS, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente de 15 anos de idade, com histórico de epistaxes recorrentes há 3 meses, exteriorizadas por fossa nasal esquerda, em babação, autolimitadas, geralmente relacionado à prática de atividades físicas ou esforços físicos diversos. Nega zumbido, tontura, adinamia ou demais sinais de alarme. Nega comorbidades, uso de medicamentos, alergia a dipirona.

Ao exame de nasofibroscopia, observa-se lesão em meato comum esquerdo, de consistência irregular, aspecto friável, com sangramento em babação.

Paciente submetido a exérese cirúrgica de lesão aderida à parede posterior de seio esfenoidal, sendo realizado retalho nasosseptal à direita e septectomia posterior; além de confecção de retalho reverso anterior, antrostomia com ampliação, turbinectomia inferior total à esquerda. Realizada também etmoidectomia antero-posterior à esquerda, cauterização da artéria esfenopalatina à esquerda e clipagem de artéria maxilar.

Concluída cirurgia sem sangramentos ativos, paciente evolui em boa recuperação. Atualmente segue em acompanhamento com equipe de otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo para avaliação de recidiva do quadro ou demais complicações.

**DISCUSSÃO:**

O nasoangiofibroma juvenil é uma doença benigna, altamente vascularizada, unilateral, responsável por 0,05 a 0,5% de todas as massas de cabeça e pescoço. Ela acomete, majoritariamente, adolescentes (de 9 a 25 anos, principalmente) do sexo masculino<sup>1</sup>.

Sua fisiopatologia ainda é incerta, mas suspeita-se de um remanescente do primeiro arco branquial, associado a uma alta atividade do Fator de Crescimento Endotelial Vascular (VEGFR-2), que justifica sua vascularização.

Emerge a partir do forame esfenopalatino, na cavidade nasal posterior e pode invadir conchas, septo e lâmina pterigóide medial nasal, apesar de benigno.

Geralmente se estende para a cavidade nasal, nasofaringe e fossa pterigopalatina, com lesões maiores se estendendo para os seios esfenoidal, maxilar e etmoidal. Eles também podem demonstrar extensão através da fissura orbital inferior e para o espaço mastigador através da fossa infratemporal. A doença grave é comparada ao envolvimento orbital e intracraniano, observado em aproximadamente 10 a 37% dos casos.<sup>2</sup>

Seu suprimento sanguíneo usualmente é pela artéria maxilar interna, ramo da carótida externa; em lesões maiores, apresenta suprimento de demais artérias.

O diagnóstico é realizado pela anamnese, associado a visão direta ou tomografia computadorizada para avaliação de sua extensão e origem.

No caso apresentado, a lesão se estendia para fossa nasal esquerda apenas, sem sinais de complicações orbitais ou contralaterais. Até o momento, cirurgia apresentou-se como curativa para epistaxes recorrentes.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

O nasoangiofibroma é uma entidade bem estabelecida na literatura, sendo sua apresentação clínica bem caracterizada por sangramento nasal unilateral, em babação, em adolescente.

Seu tratamento pode ser por meio de embolização, ressecção da lesão e acompanhamento clínico, como o apresentado pelo paciente. O prognóstico após a abordagem cirúrgica nesses casos costuma ser otimista, com regressão completa de sintomas.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- 1)TORK, C. A.; SIMPSON, D. L. Nasopharyngeal Angiofibroma. [s.l.] StatPearls Publishing, 2023.
- 2)HANNA, M.; BATRA, P. S.; PRIDE, G. L. Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma: Review of Imaging Findings and Endovascular Preoperative Embolization Strategies. Neurographics, v. 4, n. 1, p. 20–32, 1 mar. 2014

Palavras-chave: Nasoangiofibroma;EPISTAXE;endoscópica.

PO489

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****MIÍASE NASAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA MORAIS BORÉM**COAUTORES:** MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO; MILENA GAVA FIM; GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO; RODRIGO PÊGO FRANCO; FERNANDA GOMES RESENDE; CHENG T-PING; FERNANDA CATISANI**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Homem, branco, 38 anos, pedreiro, foi atendido em Pronto Socorro Geral após avaliação em três unidades de saúde com relato de trauma da face evoluindo com epistaxe e edema nasal, queixa de obstrução nasal, e história pregressa de uso de substâncias tóxicas inalatórias não especificadas, sem outras comorbidades. Foi solicitado inicialmente tomografia de seios paranasais que mostrou espessamento e velamento de seios maxilares e trabeculado etmoidal, e sinais de erosão e ulceração da mucosa ao nível da columela e da válvula nasal da narina esquerda (áreas 1 e 2 de Cottle) com presença de conteúdo aéreo. Não havia sinais de abscesso ou linhas de fraturas de ossos da face. O paciente apresentava à ectoscopia edema importante em dorso nasal, endurecido e doloroso, com orifício puntiforme central ao nível da cartilagem alar superior e inferior à esquerda. À rinoscopia anterior: fossa nasal direita livre; fossa nasal esquerda (FNE) com presença de muitas crostas, coágulos e secreção purulenta. Foi realizada aspiração, e então constatou-se presença de numerosas larvas de miíase, que foram retiradas com pinça por catação. Foram posicionados dois comprimidos de Ivermectina 6mg na FNE e apoiados com uma gaze. O paciente foi internado e medicado com Clindamicina endovenosa, Ivermectina oral (12mg) e Analgésicos. Após 24 horas, a gaze foi removida e foi realizada nova limpeza da cavidade nasal com retirada de mais algumas larvas mortas. O paciente teve alta com diminuição do edema e da dor, e encaminhado para seguimento ambulatorial.

A miíase tem distribuição mundial, sendo mais recorrente em áreas de clima tropical e subtropical, e em regiões mais pobres. Desse modo, é uma doença de prevalência importante no Brasil, e por isso seu estudo e a compreensão de cada etapa, do ciclo de vida da larva ao tratamento da infecção, são de grande importância ainda nos dias de hoje.

A miíase é causada por um dos estágios de vida da *Cochliomyia hominivorax*, um inseto holometabólico - que sofre metamorfose completa, com quatro estágios de vida: OVO, LARVA, PUPA e ADULTO, cuja larva é parasita obrigatória de vertebrados, incluindo o homem. As fêmeas de *C. hominivorax* efetuam suas posturas próximo a lesões na pele, ou na mucosa de seus hospedeiros. Após aproximadamente 24 horas, as larvas nascidas destas posturas instalam-se nas lesões, onde começam a se alimentar dos fluidos corporais e tecidos vivos do hospedeiro, provocando intensa destruição dos tecidos cutâneo e muscular. A abordagem precoce da miíase nasal é de suma importância para evitar complicações. As larvas podem ocasionar necrose e destruição dos tecidos infestados, originando uma grande variedade de sintomas, dependendo dos locais acometidos e da intensidade da infestação, como infecção secundária, destruição tecidual, fistulas, destruição óssea, celulite orbitária, celulite facial, ulceração de parede posterior de faringe, perfuração septal com nariz em sela, perfuração palatal, penetração no SNC com meningite, pneumoencéfalo e morte.

O tratamento da miíase nasal objetiva eliminação completa das larvas, que pode ser feita mediante catação; e/ou uso Ivermectina 12mg via oral (aprox. 200-300mcg/Kg), e/ou por meio do tratamento tópico também já descrito com sucesso, usando Ivermectina 1% em solução de propilenoglicol.

A alta prevalência dessa condição nos alerta para necessidade de termos atenção ao atendimento desses pacientes, e de fazermos um acompanhamento adequado, a fim de garantir a eliminação completa das larvas e evitar as possíveis complicações.

Palavras-chave: MIÍASE ;CAVIDADE NASAL;SEIOS PARANASAIS.

PO493

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****TRANSFORMAÇÃO MALIGNA DE PAPILOMA INVERTIDO NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO INCOMUM****AUTOR PRINCIPAL:** RAISSA CARVALHO PEREIRA**COAUTORES:** VINICIUS ANTUNES FREITAS; ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES; ISABELA ABREU TORRES; ALICE DE SÁ GONTIJO; FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA; SABLINE RODRIGUES SÉRGIO; MATHEUS ANDRADE DE CASTRO**INSTITUIÇÃO:** 1. NUCEO DE OTORRINO BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL2. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL3. SANTA CASA DE MISERICORDIA BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL4. NUCLEO DE OTORRINO BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Paciente do sexo masculino, 50 anos, atendido ambulatorialmente, relatando passado cirúrgico recente de polipectomia nasossinusal cujo resultado anatomopatológico constatou Papiloma Invertido. Exames atuais de tomografia computadorizada caracterizam erosão do ducto nasolacrimal e processo frontal da maxila, havendo suspeita de malignização da lesão. Ao exame físico observamos exteriorização da lesão no trajeto do ducto nasolacrimal, em direção da carúncula lacrimal com extensão cutânea. Paciente submetido a ressecção transfacial de toda a lesão macroscópica através de maxilectomia medial com acesso endoscópico de Denker, utilizado shaver e motor cirúrgico. Tratamento complementar com radio e quimioterapia devido tratar-se de carcinoma de células escamosas (CEC) pouco diferenciado que se estendia para tecido cutâneo da pirâmide nasal. Estadiamento T4aN0M0. Paciente encontra-se em seguimento há 09 meses, sem sinais de recidiva.

Papiloma invertido nasossinusal (PIN) é uma neoplasia, de origem no epitélio de revestimento, o qual surge da mucosa respiratória que reveste a cavidade nasal e os seios paranasais, conhecido como membrana de Schneider. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os papilomas são classificados em três subtipos diferentes: exófitico (escamoso), invertido e oncocítico (ou de células cilíndricas). Eles são relativamente raros e o papiloma invertido é o subtipo mais prevalente. Embora o PIN seja uma lesão benigna, ela é localmente agressiva e apresenta um potencial de transformação maligna que varia de 5% a 15%, com alta taxa de recorrência.

O diagnóstico é feito através de exames de imagem e biópsia. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM), ambas de fossas nasais e seios paranasais, são importantes para avaliar o tamanho, extensão e relações anatômicas do tumor, além de auxiliar na diferenciação entre outras doenças nasossinusais e em casos de complicações orbitárias e/ou intracranianas, como aqui descrito. O tratamento é cirúrgico, as técnicas para estas e vias de acesso devem ser amplamente estudadas e individualizadas.

Deve-se realizar uma anamnese completa e ter um olhar atento aos exames complementares para a realização diagnóstica e tratamento cirúrgico adequado. É de suma importância a suspeição de transformação maligna na avaliação desses pacientes, pois embora os papilomas nasossinusais sejam lesões benignas, a alta taxa de recorrência e o potencial de malignidade nos permitem considerá-los tumores agressivos.

Palavras-chave: papiloma invertido;MALIGNIZAÇÃO PAPILOMA INVERTIDO;CEC NASOSSINUSAL.

PO494

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Mucocele frontal bilateral com deformidade óssea importante - Relato de caso

AUTOR PRINCIPAL: MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR

COAUTORES: BEATRIZ COVICI BARROS; ALINE BATISTA LOPES; MARIANE PAIVA RANGEL; MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS; MARIA CLAUDIA PASCOAL DA SILVA; MAGDA MIDORI MUKAI; FABIO TADEU MOURA LORENZETTI

INSTITUIÇÃO: BANCO DE OLHOS DE SOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL

Mucoceles são lesões benignas de caráter localmente destrutivo, normalmente unilaterais sendo mais comuns de acometer seios frontais, embora também podem acometer outros seios da face. Histologicamente são constituídas por epitélio respiratório tendo seu interior preenchido por muco. As lesões, na grande maioria das vezes são relacionadas a trauma e/ou cirurgias prévias e o tratamento é cirúrgico. Elas podem se apresentar tanto assintomáticas como alguns sintomas decorrente da extensão e grau de destruição local como cefaléia, proptose ou plenitude facial. O caso clínico compreende um paciente do sexo masculino de 20 anos de idade com queixa de abaulamento em região frontal a direita interferindo esteticamente, indolor, de crescimento progressivo com um ano e meio de evolução, sem histórico de trauma local ou cirurgia prévia. Paciente não apresentava sintomas nasais como secreção, gotejamento posterior, purido, espirros ou obstrução. Não apresentava comorbidades, medicações de uso contínuo, alergias medicamentosas ou vícios. Ao exame físico: abaulamento em região frontal a direita e esquerda em menor proporção, indolor a palpação, endurecida, rinoscopia com leve desvio septal a esquerda não obstrutivo, cornetos inferior normotróficos, sem secreções. Nasofibrosopia flexível com leve desvio septal a esquerda, ausência de secreção ou lesões. A tomografia computadorizada evidenciava velamento total de seio frontal a direita e parcial a esquerda, com expansão da cortical óssea e solução de continuidade óssea de tábua anterior do mesmo seio. A ressonância magnética apresentava sinal hiperdenso de seio frontal direito em T2, hipossinal em T1 inferindo conteúdo hiperprotéico. Paciente teve indicação de cirurgia com hipótese diagnóstica de mucocele frontal bilateral. Semanas antes do procedimento paciente apresentou edema palpebral importante do lado esquerdo com piora do abaulamento frontal também a esquerda. Durante a cirurgia foi realizada antrostomias de seios frontais bilateral da forma Draf IIb, com saída de grande quantidade de secreção mucoide bilateral, confirmando destruição óssea da parede anterior de seio frontal a direita pela inspeção externa, tornando um defeito de afundamento da pele na região do defeito ósseo. Paciente em boa evolução pós operatória com redução leve do edema frontal e melhora completa da região palpebral acometida. Após período de término do acompanhamento pós operatório será proposta reconstrução estética da região se for desejo do paciente.

Palavras-chave: mucocele; endonasal; seio frontal.

PO495

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****BOLA FÚNGICA ESFENOIDAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** STEPHANY BARBOSA DE SOUZA**COAUTORES:** LUCAS BATISTA VIANA; RAYKA DANTAS RODRIGUES ALVES; ALICE MARIA SILVA CAVALCANTE; TAMILA AGNES MAGALHAES PEREIRA; EMILIO SALVIANO NETO**INSTITUIÇÃO:** ESTÁCIO FMJ, JUAZEIRO DO NORTE - CE - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo feminino, 80 anos, apresentou-se com queixa de facialgia hemi-craniana à direita há 4 anos, com piora nos últimos meses, descrevendo como “sensação de pressão na cabeça”. Referia ainda cacosmia e eventualmente sensação de gotejamento nasal posterior. A nasofibrosopia não apresentava alterações significativas. A tomografia computadorizada da face evidenciou preenchimento total do seio esfenoidal direito por material com densidade de partes moles, além de espessamento das suas paredes ósseas. Não foram observadas áreas de calcificação em seu interior.

A paciente foi submetida a sinusotomia esfenoidal endoscópica. Após a abertura do seio esfenoidal por ampliação do seu óstio, foi visualizada pequena quantidade de secreção purulenta, que, após sua aspiração, foi possível visualizar grande quantidade de massa de cor enegrecida, aderida à mucosa. Esta foi removida por completo, seguida de abundante irrigação com solução fisiológica, sendo preservada a mucosa. Material enviado para estudo anatomopatológico com cultura positiva para *Aspergillus*, sem sinais de invasão da mucosa.

Após 3 meses de acompanhamento a paciente se mantém assintomática.

**DISCUSSÃO**

A bola fúngica é caracterizada como uma infecção fúngica não invasiva dos seios paranasais, um conjunto extra mucoso e denso de hifas, em diversos estágios de decomposição, sem evidência de invasão tecidual ou presença de mucina eosinofílica. Essa patologia possui retardo no diagnóstico por sua clínica inespecífica e história de longa data de sintomas nasossinusais.

Na maioria dos casos o seio acometido é o maxilar, o que torna o acometimento isolado do seio esfenoidal um achado incomum. Dada a sua anatomia, a localização do óstio do seio esfenoidal dificulta a passagem aérea e consequente instalação de microrganismos e agentes irritantes. Este seio paranasal mantém íntima relação anatômica com diversas estruturas nobres tais como II, III, V e VI nervos cranianos e artéria carótida interna, no entanto a clínica apresentada na bola fúngica é habitualmente cefaléia.

A endoscopia nasal, embora seja indispensável para todos os pacientes com queixas nasossinusais, pode não acrescentar no diagnóstico da bola fúngica. A tomografia computadorizada é fundamental para o diagnóstico dessas infecções, além de identificar a bola fúngica, é capaz de guiar a programação cirúrgica, sendo assim o exame de escolha. O diagnóstico também conta com a análise histopatológica da amostra removida cirurgicamente.

O tratamento da bola fúngica é essencialmente cirúrgico, com a remoção do material fúngico e abertura do óstio do seio afetado. O prognóstico é favorável com a realização da sinusotomia e com poucos relatos de recidivas.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A bola fúngica é descrita como um dos tipos de sinusite fúngica não-invasiva, encontrado mais comumente no seio maxilar, seguido do seio esfenoidal. O sintoma mais frequente é a cefaléia/facialgia, geralmente bem localizada, associada ou não a cacosmia e gotejamento nasal posterior. Dada sua inespecificidade clínica, o seu diagnóstico costuma ser tardio. O tratamento consiste na abertura do seio acometido e remoção do conteúdo fúngico.

Palavras-chave: Bola Fúngica; Endoscopia nasal; Seio esfenoidal.

PO496

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Papiloma oncocítico de seio maxilar esquerdo: Relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA**COAUTORES:** LARA PASCOUTTO SAMPAIO; FELIPPE MAGIOLLI LIMA; GABRIELLE DE ALMEIDA DIAS ROCHA; JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA; PHILIPPE LOUIS BERTIN TERRA SECA; EDNILSON PARRA CESAR; ANA CRISTINA COSTA MARTINS**INSTITUIÇÃO:** SEPTO-PUC RJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente gênero feminino, 68 anos, hipertensa controlada, procurou atendimento médico otorrinolaringológico por queixa de obstrução nasal crônica e pressão facial a esquerda intermitente há 5 anos. Apresentava história de duas cirurgias nasais prévias (não sabe especificar quais), com diagnóstico de papiloma invertido. Após 1 ano realizada nova cirurgia nasossinusal, com remoção da lesão e confirmação histopatológica de papiloma invertido. Retornou após 4 anos com novo quadro de obstrução nasal a esquerda onde, na tomografia computadorizada, se observava lesão expansiva em seio maxilar esquerdo com densidade de partes moles de contornos lobulados, com opacificação luminal quase total, extensão à fossa nasal homolateral e solução de continuidade óssea na parede medial, septo e parede anterior, além de sinais de manipulação cirúrgica. Dois anos depois, paciente retornou por piora clínica. Realizada então nova cirurgia nasossinusal para remoção da lesão de aspecto polipoide, porém o estudo histopatológico evidenciou papiloma oncocítico. Paciente encontra-se bem até o presente momento.

**DISCUSSÃO:** Os papilomas nasossinuais são tumores benignos que se originam da mucosa schneideriana que reveste a cavidade nasal e os seios paranasais, sendo classificados em exofíticos (escamosos), invertidos ou oncocíticos. O papiloma invertido é o mais prevalente, sendo uma lesão benigna localmente agressiva com alta taxa de recorrência (até 78%) e potencial de transformação maligna de 5-15%. São mais comuns em homens de 50 anos, se originando na parede nasal lateral. O papiloma oncocítico, também chamado de papiloma de células colunares, corresponde a apenas 3-5% dos papilomas do trato nasossinusal e é o subtipo mais raro. A patogênese não está clara, apesar de uma possível correlação com o vírus HPV. Eles apresentam alta incidência nos seios paranasais, principalmente no seio maxilar, mais comuns entre 50-60 anos, sem predileção por sexo. A clínica é inespecífica, onde a obstrução nasal unilateral é o sintoma mais frequente, associado por vezes a coriza, epistaxe intermitente, dor facial e cefaleia. Os sintomas persistem por vários meses a anos devido ao seu crescimento lento. Apresenta-se como uma massa papilar ou polipoide macia, rósea ou castanho-avermelhada. Microscopicamente, o epitélio é composto por células colunares altas, com multicamadas, com citoplasma eosinofílico granular abundante e núcleos pequenos e hiper cromáticos com microcistos preenchidos por mucina. Seu estroma se altera de edematoso para fibroso, que pode ter uma quantidade moderada de células linfoides. A transformação maligna ocorre em 4-17% dos casos, estando correlacionada com a mutação KRAS nos estudos moleculares. A taxa de recidiva relatada é de 6%. A remoção cirúrgica endoscópica é o tratamento de escolha e é orientado o pós-operatório regular, incluindo endoscopia e exames de imagem, com acompanhamento mínimo de 5 anos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O papiloma oncocítico é o papiloma nasossinusal mais raro, porém com a mesma taxa de malignização que o papiloma invertido. A sua identificação e remoção precoce se tornam vitais para garantir uma evolução favorável.

**Palavras-chave:** Papiloma oncocítico; Seio Maxilar; Papiloma Nasossinusal.

PO497

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**  
**OBSTRUÇÃO NASAL E SUAS VARIANTES****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA**COAUTORES:** ALONSO GOMES DE MENEZES NETO; MARCIA CRISTINA DE PAULA GOMES; ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES; SABLINA RODRIGUES SÉRGIO; JULIA COLARES MOREIRA; ALICE DE SÁ GONTIJO; RAISSA CARVALHO PEREIRA**INSTITUIÇÃO:** NÚCLEO DE OTORRINO BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Paciente J. G. R. 45 anos, procurou serviço otorrinolaringológico em agosto de 2021 devido obstrução nasal a direita que piorava a noite; associado a roncos e respiração oral. Negava queixas orofaríngeas e otológicas. História Pregressa: DRGE.

À rinoscopia anterior: presença de lesão em fossa nasal direita ao lado da cabeça da concha inferior. Fossa nasal esquerda pérvia.

Tomografia Seios Face: massa com densidade de partes moles que ocluía o meato nasal inferior direito em sua porção anterior.

Fibronasolaringoscopia: presença de tumoração aparentemente aderida a cabeça da concha inferior direita

Paciente não deu sequência ao tratamento, e retornou em outubro de 2022, relatando piora da obstrução nasal associada a episódios de epistaxe autolimitadas.

Solicitada nova Tomografia dos Seios da Face (com contraste) que mostrou lesão arredondada com atenuação de partes moles. Impregnação heterogênea pelo meio de contraste iodado em fossa nasal direita, em íntima relação com septo nasal. Sinais de erosão óssea da parede medial do seio maxilar adjacente.

Optado em conjunto com o paciente por tratamento cirúrgico. Durante o ato operatório foi ressecado a lesão tumoral em parede lateral da fossa nasal direita que se adentrava para o meato inferior. Feito cauterização do pedículo da mesma e removida por completo com margem de segurança.

Anátomopatológico: Hipótese de Glomangiopericitoma sinonasal ou Angiofibroma. Solicitado imunohistoquímica que mostrou positividade para actina de músculo liso (M851-DAKO) e Clone MIB(Ki-67) que falaram a favor de Angioleiomioma sinonasal.

Os angioleiomiomas são tumores benignos originados de células musculares lisas com baixo índice mitótico. Sua ocorrência no nariz e seios paranasais é rara, estima-se que seja menor que 1% quando comparada a outras partes do corpo. As conchas nasais inferiores são as estruturas mais acometidas seguidas por septo nasal e parede lateral do nariz.

Epidemiologicamente homens e mulheres são igualmente acometidos, com preponderância pela quinta década de vida.

Há 3 hipóteses que poderiam explicar a possível origem do angioleiomioma nasossinusal. Esses poderiam resultar de elementos mesenquimais indiferenciados ou de músculos lisos aberrantes na parede dos vasos sanguíneos; de músculos eretores da coluna vertebral ou de glândulas sudoríparas. Outras suposições seriam a associação deste tumor a presença do Vírus Epstein Barr e hormonal dependente da progesterona.

O tratamento faz-se pela ressecção ampla e total, mostrando-se ser curativo. A literatura mostra baixas taxas de recidiva.

O angioleiomioma sinonasal é uma entidade rara. Assim há poucos estudos e pouco conhecimento da patologia. No entanto deve-se saber da sua existência e coloca-lo nos diagnósticos diferenciais de obstrução nasal.

A sua identificação só se torna possível após a exérese cirúrgica com o devido encaminhamento ao patologista. Daí a importância de ter um profissional capacitado e com possibilidades de discutir em conjunto as lâminas histológicas.

Palavras-chave: obstrução nasal;tumor nasal;epistaxe.



PO502

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****HAMARTOMA DE SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA**COAUTORES:** ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES; MARCIA CRISTINA DE PAULA GOMES; ALONSO GOMES DE MENEZES NETO; SABLINE RODRIGUES SÉRGIO; JULIA COLARES MOREIRA; ALICE DE SÁ GONTIJO; RAISSA CARVALHO PEREIRA**INSTITUIÇÃO:** NÚCLEO DE OTORRINO BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Paciente A. L. F. P. 25 anos, relata obstrução nasal, gotejamento nasoposterior, dores faciais e hiposmia de longa data. Tais sintomas se acentuaram no último ano evoluindo com piora da congestão nasal, cefaleia intermitente e rinorreia sanguinolenta. No último ano fez uso de quatro ciclos de antibiótico, via oral, sem melhora efetiva.

História Pregressa: Asma induzida por esforço físico, Síndrome de Asperger e Bruxismo. Faz uso contínuo de Ritalina, Lexapro, Allenia e Avamys – acompanhamento regular com pneumologista.

Ao exame clínico observou-se desvio septal com impação em concha inferior esquerda, junto a hipertrofia de cornetos inferiores.

Durante investigação propedêutica, foram solicitados os seguintes exames: Fibronasolaringoscopia: que mostrou lesão enegrecida adjacente a cauda da concha inferior direita que se insinuava posteriormente, sugestiva de lesão tumoral e desvio septal para esquerda.

- Tomografia dos Seios da Face: Sinusopatia crônica maxilo etmoidal com cisto de retenção no interior do seio maxilar direito. Pólipo nasal na posição posterior do meato nasal inferior direito que se projeta na rinofaringe. Desvio septal para esquerda impactando no corneto inferior.

Foi discutido com a paciente a necessidade de abordagem cirúrgica, não podendo descartar ser uma lesão neoplásica.

A cirurgia foi programada. Durante o ato operatório observou-se lesão acastanhada, perolada dentro do seio maxilar direito que se insinuava para fossa nasal ipsilateral. Tentado remoção via endoscópica sem sucesso, sendo necessário realizar Caldwell-Luc. Após excisão da peça a mesma foi encaminhada para anatomopatológico o qual evidenciou ser um Hamartoma Adenomatóide Epitelial Respiratório em seio maxilar.

Hamartoma (do grego Hamartia erro, Oma – crescimento tumoral) foi introduzido em 1904 por Eugem Albrecht para elucidar tumores caracterizados por crescimento anormal de um conjunto de tecidos nativos de determinada área, originários de qualquer uma das camadas germinativas: ectoderme, mesoderme ou endoderme; frequentemente com um tipo de tecido predominante.

Hamartoma faz parte do espectro de tumores benignos da cavidade nasal. Na literatura há um subtipo denominado Hamartoma Adenomatóide Epitelial Respiratório (HAER) caracterizado por proliferação glandular anormal que pode ser derivado das fossas nasais, nasofaringe e seios paranasais. É um tumor benigno, com alto potencial curativo.

No caso narrado acima após a cirurgia, com a correção septal e exérese da lesão a paciente evoluiu com melhora olfativa e dos sintomas respiratórios. Na Escala Visual Analógica (EVA) o olfato intensificou-se de 6/10 para 9/10.

O diagnóstico de Hamartoma é desafiador na prática clínica. Por ser raro, de pouco estudo e pouca compreensão muitos otorrinos não suspeitam de tal condição. É um diagnóstico diferencial que deve ser conhecido. Quando localizado na fenda olfatória pode ser uma causa de anosmia potencialmente revertida.

Assim é importante estudá-lo, conhecê-lo e colocá-lo no nosso leque de possíveis diagnósticos diferenciais de massas nasais unilaterais, junto ao papiloma invertido e tumores malignos.

Palavras-chave: OBSTRUÇÃO NASAL; TUMOR NASAL; CONCHA INFERIOR.

PO505

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ESTESIONEUROBLASTOMA DE CORNETO MÉDIO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** RAISSA FREIRE BRAGA**COAUTORES:** BRENDA MENDES LEITE; EMERSON KENNEDY RIBEIRO DE ANDRADE FILHO; GUILHERME COELHO AMUI**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL. 3. CAURN- CAIXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente sexo masculino, 64 anos, diabético e hipertenso, procurou o serviço de otorrinolaringologia queixando-se de obstrução nasal unilateral à direita, associado à congestão nasal e epistaxes intermitentes de pequena monta que cessavam espontaneamente há cerca de 8 meses.

À rinoscopia, foi observada obstrução parcial de fossa nasal direita por lesão arredondada, avermelhada, projetada a nível de meato médio e em contiguidade ao corneto médio, sem plano de diferenciação entre os tecidos, com presença de vascularização aparente. A tomografia computadorizada revelou lesão expansiva sólida, com intensa captação de contraste, medindo cerca de 3,4 x 3,5 x 1,3 cm e ocupando grande parte da fossa nasal à direita, indissociável dos cornetos nasais médio e superior, ocupando também algumas células etmoidais desse lado, com íntimo contato ao corneto nasal inferior, septo nasal, palato duro e fóvea etmoidal. Foi realizada a excisão do tumor por via endoscópica nasal e enviado à patologia, com a conclusão microscópica de neoplasia maligna de células pequenas redondas e azuis.

Os achados morfológicos, associado ao perfil imuno-histoquímico positivo nas células neoplásicas para Cromogranin A, Sinaptofisina, CD56, Ki-67 (em 30%), e para S100 nas células sustentaculares, foram compatíveis com o diagnóstico de neuroblastoma olfatório grau II – Kadish C. Submetido à cirurgia de resgate para ressecção de doença residual e em seguimento oncológico radioterápico.

**Discussão:** O estesioneuroblastoma, ou neuroblastoma de células olfatórias tem origem neuroectodérmica com diferenciação neuroendócrina, podendo por isso, cursar em alguns casos com síndrome paraneoplásica. Ademais, caracteriza-se pelo crescimento lento, e assim, fazem com que a apresentação clínica demore a surgir. Está mais associado à doença local, com menor propensão ao acometimento de linfonodos regionais ou metástases à distância.

O tratamento, portanto, para pacientes com doença locorregional, é baseado sobretudo em cirurgia para ressecção tumoral associada ou não a radioterapia adjuvante. Os dados a respeito da inclusão da quimioterapia na terapêutica multimodal são limitados, sendo bem estabelecido e com altas taxas de resposta quando em população pediátrica.

**Comentários finais:** O paciente descrito apresentava queixas comuns persistentes que levaram a demora à procura especializada, fato o qual costuma atrasar o diagnóstico, fazendo com que sejam feitos tardiamente, quando a doença encontra-se avançada. Esses tumores são agressivos, e costumam cursar com recidivas, podendo levar a maiores comprometimentos.

**Palavras-chave:** estesioneuroblastoma;tumor;fossa nasal.

PO506

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****HEMANGIOPERICITOMA NASAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA****AUTOR PRINCIPAL:** RAQUEL DE SOUZA SARAIVA**COAUTORES:** ISABELA DE SOUSA SARAIVA; MARCIA MARIA PESSOA DOS SANTOS; MARCELLA FERREIRA BARROS; GIOVANNI HENRIQUE BARBOSA SANTOS DA SILVA; GABRIELA SILVESTRE RIBEIRO DA COSTA GOMES; FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS; IAN PASSOS SILVA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNICAP, RECIFE - PE - BRASIL2. IMIP, RECIFE - PE - BRASIL**Objetivo:**

Aprofundar conhecimentos sobre hemangiopericitoma nasal através de revisão de literatura atual, discutir e destacar suas principais características clínicas, cirúrgicas e histológicas.

**Métodos:**

Trata-se de uma revisão sistemática, a qual propiciou a busca, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis sobre o hemangiopericitoma nasal. Para isso, foram utilizadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (U.S. National Library of Medicine) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), além da revista "Brazilian Journal of otorhinolaryngology".

**Resultados e discussão:**

Hemangiopericitoma representa cerca de 1% dos tumores vasculares, sendo raro. A origem desses tumores nas cavidades orais, nasais e seios paranasais é dificilmente observada. No trato sinonasal, o acometimento da cavidade nasal e regiões esfenotmoidal e etmoidal são sítios de predileção.<sup>1.^1</sup>

O quadro clínico depende da localização e do tamanho do tumor; epistaxe e sintomas clínicos respiratórios obstrutivos são os principais sintomas.<sup>5.^5</sup> A obstrução nasal pode ser parcial ou total, uni ou bilateral, lentamente progressiva. Esse tumor raro ocorre em qualquer faixa etária, existindo até relato em neonato (congenito). Entretanto, há uma predileção pela 5ª ou 6ª década de vida, sendo a distribuição por sexo igual.<sup>1.^1</sup>

Os hemangiopericitomas nasais apresentam-se como uma massa polipóide, de crescimento lento e progressivo, sendo localmente infiltrativo e ocasionalmente metastático. A textura frouxa e sua coloração cinza avermelhada não sugerem sua origem vascular, o que se justifica pelo fato de seus capilares não conterem sangue devido à compressão da massa de pericitos ao seu redor.<sup>1.^1</sup>

O diagnóstico deste tumor somente é possível com o exame histológico, embora muitas vezes este também seja difícil. A análise histológica pode ser feita com o uso de coloração pela hematoxilina-eosina, porém a confirmação se dá com o uso da coloração por "silverreticulín". Histologicamente, o hemangiopericitoma sinonasal apresenta-se como uma lesão submucosa, não-capsulada, com padrão de crescimento difuso e hialinização perivascular proeminente. Exibe uma aparência mióide sem pleomorfismo celular, com células tumorais organizadas em lâminas ou fascículos. Não apresenta marcadores imunohistoquímicos específicos. Com frequência há expressão de vimentina, actina e actina de músculo liso.<sup>2.^2</sup>

Esses tumores raros são classificados em 3 graus, de acordo com o índice mitótico e o grau de anaplasia: benigno (baixo grau), "border-line" (grau intermediário) e maligno (grau elevado). Em relação à cavidade nasal e paranasal manifestam-se com evolução muito mais benigna do que os que acometem outros sítios, com baixo risco de malignidade.<sup>1.^1</sup> Lesões malignas apresentam risco aumentado de recorrência e estão associadas a pleomorfismo celular, atipia nuclear moderada a grave, invasão óssea e necrose tumoral.<sup>3.^3</sup> Os hemangiopericitomas sinonasais recidivam localmente em 25% dos casos, e menos de 5% metastizam.<sup>1.^1</sup>

O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica endoscópica com margens livres. As altas taxas de recorrência do hemangiopericitoma nasossinusal provavelmente estão associadas à dificuldade de excisão total do tumor nesta localização. A radioterapia adjuvante é utilizada como tratamento de segunda linha, indicada para lesões com características malignas e ressecção cirúrgica incompleta/tumores irresssecáveis. O uso da quimioterapia é controverso e sua eficácia não foi comprovada.<sup>3.^3</sup>

**Conclusão**

Apesar de raro, o hemangiopericitoma da cavidade nasal e paranasal deve ser sempre considerado pelo otorrinolaringologista quando se deparar com tumores vasculares desta região. É importante lembrar que geralmente apresenta comportamento benigno de forma que o prognóstico é favorável, entretanto, a histologia de aparência benigna não exclui a possibilidade de recorrência, portanto o acompanhamento é obrigatório. Nesta patologia o diagnóstico, tratamento e prognóstico continuam a ser um desafio.<sup>4.^4</sup>

**Palavras-chave:** Hemangiopericitoma; Tumor nasal; tumor vascular.

PO511

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****SÍNDROME DO SEIO CAVERNOSO SECUNDÁRIA A SINUSITE FÚNGICA ESFENOIDAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ARTHUR ANTONINO DA SILVA NUNES**COAUTORES:** ANDRÉ ZANETTE DUTRA; ALDO EDEN CASSOL STAMM; ANA LUIZA DE BORTOLI DE PAULA; GABRIELA BATISTA HOLANDA; THAÍS MOTTA JUSTO; ROZAN EL-MAFARJEH; RENATO SOFFNER DISCINI**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

C.T.O, 63 anos, sexo masculino, em tratamento de manutenção para tuberculose pulmonar, antecedente de Diabetes Mellitus tipo 1, Hipertensão Arterial, Dislipidemia e Transplante Rim-Pâncreas. Compareceu ao Pronto-Socorro com queixa de cefaleia frontal e retro-orbitária súbita à esquerda associada a ptose palpebral ipsilateral. Foram realizados exames de imagem cranianos sem alterações de sistema nervoso central, porém com presença de sinusopatia em seio esfenoidal esquerdo, sendo solicitada avaliação da Otorrinolaringologia.

Em avaliação, evidenciada ptose palpebral à esquerda, com paralisia completa de movimentação ocular vertical e medial e pupila não reativa, sugerindo paralisia completa de nervo oculomotor esquerdo. Também apresentava dor de característica neuropática em território de nervo oftálmico esquerdo. À nasofibrosopia visualizado edema em recesso esfenotmoidal esquerdo.

Tomografia de seios da face mostrava espessamento mucoso de seio esfenoidal esquerdo com material heterogêneo em sua luz, com pequenos focos de calcificação de permeio. Tais achados, associados à clínica do paciente, sugeriram acometimento de seio cavernoso secundário a sinusite fúngica esfenoidal, sendo iniciado tratamento com anfotericina B, corticoterapia sistêmica e cirurgia endoscópica de urgência.

Durante cirurgia, visualizada mucosa friável, sem sinais macroscópicos de invasão, com material esbranquiçado característico de micetoma preenchendo seio esfenoidal esquerdo. A biópsia evidenciou sinusite crônica com focos supurativos, sem presença de fungos, e à cultura houve crescimento de *Staphylococcus aureus*.

Apesar de não haver crescimento fúngico, a apresentação clínica, radiológica e intraoperatória foram típicas de bola fúngica. O antifúngico foi descontinuado após resultado anatomopatológico descartando doença invasiva e Oxacilina iniciada pela equipe da Infectologia, mantendo também corticoterapia sistêmica por 10 dias.

Após a cirurgia, paciente obteve melhora significativa da cefaleia e facialgia, porém mantendo paralisia de oculomotor, estando em acompanhamento ambulatorial com equipe de Otorrinolaringologia, Neurologia e Oftalmologia.

**DISCUSSÃO**

O seio cavernoso é localizado lateralmente ao osso esfenoidal, contendo em seu interior a passagem da artéria carótida interna e os nervos cranianos oculomotor (NC III), troclear (NC IV) e trigêmeo (NC V, ramos oftálmico e maxilar). A síndrome do seio cavernoso tem como principais etiologias sendo de causa tumoral, infecciosa, vascular ou inflamatória. Os sintomas são relacionados às estruturas citadas, resultando em oftalmoplegia, síndrome de Horner, proptose e alterações sensoriais trigeminais, sendo a cefaleia o sintoma mais comum (90%).

Dentre as causas infecciosas, devemos estar atentos às sinusites etmoidais e esfenoidais, que podem levar a complicações intracranianas por invasão direta da parede sinusal, disseminação hematogênica ou por extensão através de uma deiscência óssea. No caso relatado, não havia sinais de invasão ou de deiscências, sugerindo possível disseminação hematogênica.

A bola fúngica se trata de uma sinusite fúngica não invasiva, em geral causada pelo *Aspergillus* e costuma ser assintomática a menos que haja superinfecção bacteriana. Devido à paucidade de sintomas, costuma ser um achado incidental em exames de imagem, mas sendo recomendado o tratamento cirúrgico, com remoção completa do micetoma, não necessitando de antifúngicos sistêmicos.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A sinusite esfenoidal pode evoluir com acometimento do seio cavernoso, tendo sido relatado um caso de paralisia de nervo oculomotor com neuralgia trigeminal associados a sinusite esfenoidal fúngica por bola fúngica. Tais casos são raros, com poucos relatos na literatura, mas devem ter nossa atenção principalmente ao se tratar de pacientes idosos, com múltiplas comorbidades e imunocomprometidos.

Palavras-chave: Seio Cavernoso; Sinusite Esfenoidal; Sinusite Fúngica.

PO512

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Celulite periorbital pós-septal recidivada

**AUTOR PRINCIPAL:** JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO**COAUTORES:** ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO; ANA ELIZA GARCIA; LEANDRO DIAS QUINELLI; IGOR BALDI DA SILVA; CECILIA REZENDE FERNANDES; FAUSTO ANTONIO DE PAULA JUNIOR**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE LIMEIRA, LIMEIRA - SP - BRASIL

Paciente ICQB, 13 anos e 5 meses, sexo feminino, deu entrada no serviço de otorrinolaringologia da Santa Casa de Limeira em 21/07/2023, com histórico de rinorreia anterior, tosse, obstrução nasal, sendo diagnosticada com rinossinusite bacteriana em outro serviço e prescrito amoxicilina com clavulanato, evoluindo após 5 dias com edema e hiperemia palpebral e proptose ocular a esquerda. Ao exame físico de entrada apresentando importante edema palpebral a esquerda, importante proptose ocular, pupilas isofotorreativas. Avaliada pressão intraocular pela equipe de oftalmologia de 20 mmHg.

Realizados exames laboratoriais, apresentando leucócitos de 12700, segmentados 56%, monocitos 9%, bastões 0%, proteína c-reativa 43, tomografia dos seios da face e órbitas evidenciando velamento difuso dos seios maxilares, esfenóide e etmoide a esquerda, sugestivos de sinusopatia crônica a esquerda, e aumento e densificação de partes moles extracranianas na região periorbital e infraorbital extraconal a esquerda, sugestivos de celulite periorbital pós-septal a esquerda, sendo então iniciado antibioticoterapia endovenosa com ceftriaxone 1 grama de 12 em 12 horas e clindamicina 600 miligramas 8 em 8 horas, realizada astrostomia maxilar, etmoidectomia e esfenoidectomia a esquerda em 27/07/2023, evoluindo com importante melhora clínica e laboratorial, recebendo alta hospitalar em 28/07/2023 com Amoxicilina associado a clavulanato via oral para seguimento ambulatorial.

Paciente retorna ao serviço de otorrinolaringologia da Santa Casa de Limeira em 29/07/2023 com queixa de retorno da proptose ocular, hiperemia e edema palpebral a esquerda. Optando-se por nova internação hospitalar, sendo então iniciado Ceftriaxone 1 grama de 12 em 12 horas e Clindamicina 600 miligramas de 8 em 8 horas endovenoso, realizada nova tomografia de seios da face e órbita evidenciando volumosa coleção intra-orbitária a esquerda medindo 3,2 x 2,2 x 1,2 cm, junto ao teto da órbita, deslocando inferiormente estruturas intra-coanas e globo ocular associado a descontinuidade óssea da lâmina papirácea. Optado por realizar descompressão de órbita ocular por via supraorbital em conjunto com equipe da cirurgia Bucomaxilo facial em 30/07/2023.

Após procedimento paciente evolui com importante melhora clínica e laboratorial, recebendo alta hospitalar após 7 dias com ceftriaxone e clindamicina, seguimento ambulatorial. Retorna em ambulatório após 3 dias da alta hospitalar, sem novas queixas, mantendo melhora clínica.

A celulite periorbital é uma das principais complicações da rinossinusite bacteriana, os patógenos envolvidos são principalmente *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus Influenzae*. Ela pode ser classificada em pre-septal ou pos-septal, intraconal e extraconal. O mais precocemente estabelecido o diagnóstico e iniciado tratamento melhor será o prognóstico e evolução do paciente. Frente a suspeita se faz necessário a realização de Tomografia Computadorizada dos seios da face e órbitas

Pacientes que recebem esse diagnóstico tem indicação de internação hospitalar e antibioticoterapia e corticoterapia endovenosa. Em alguns casos também se faz necessário abordagem cirúrgica, através de antrostomia geralmente maxilar e etmoidal por via endoscópica, drenagens palpebrais ou orbitárias externas, dentre outras.

Importante acompanhamento conjunto com equipe de oftalmologia para avaliação de parâmetros oftalmológicos.

Casos específicos de celulite periorbital pre-septal em adultos pode-se optar por antibioticoterapia oral e seguimento ambulatorial

Palavras-chave: Celulite periorbital pós-septal;Astrostomia maxilar;Complicação rinossinusite bacteriana.

PO519

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****EPISTAXE : SANGRAMENTOS NASAIS DE ORIGEM ALTA, A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM ADEQUADA****AUTOR PRINCIPAL:** ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO**COAUTORES:** JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO; IGOR BALDI DA SILVA; LEANDRO DIAS QUINELLI; ANA ELIZA GARCIA; CECILIA REZENDE FERNANDES; FAUSTO ANTONIO DE PAULA JUNIOR**INSTITUIÇÃO:** ISCML, LIMEIRA - SP - BRASIL

Paciente E.J.C. 65 anos, etilista, tabagista, deu entrada no pronto atendimento de uma upa situada em Limeira dia 19/7/23 com quadro de epistaxe volumosa de fossa nasal direita, sendo resolvida após atendimento clínico com medidas iniciais (suporte, ácido tranexâmico) e tamponamento local. Após uma semana, E.J.C. procurou novo atendimento médico com quadro similar, sendo a epistaxe refratária a manobras iniciais administradas e ao tamponamento com gelfoam. Foi avaliado pela equipe de otorrinolaringologia, sendo levado prontamente ao centro cirúrgico para hemostasia. Por via endoscopia nasal, fora observada uma área de sangramento nasal ativa em S-Point de fossa nasal direita. Realizada septoplastia setorial para melhor acesso, posteriormente submetido a cauterização de mamilo vascular na área afetada, resolvendo a epistaxe. Paciente foi acompanhado ambulatorialmente, evoluindo de forma satisfatória e sem novos episódios de hemorragias nasais espontâneas.

As epistaxes estão dentre as urgências da prática do otorrinolaringologista, talvez uma das mais comuns. São extremamente frequentes na população em geral, porém, estima-se que apenas 10% dos casos procuram o atendimento médico, dada a sua característica benigna e autolimitada. Os casos graves que são episódios com potencial risco à vida e demandam uma conduta urgente e imediata são mais raros, mas sua ocorrência em serviços especializados de otorrinolaringologia podem chegar até 4% dos casos.

Podem ser de origem anterior (plexo de Kiesselbach), alta e também posterior (área de Woodruff). As epistaxes graves são tradicionalmente referidas como sangramentos de origem posterior, apesar de até 50% dos casos graves ou recidivantes não serem identificados de maneira adequada. Desta maneira, o principal tratamento cirúrgico das epistaxes graves costuma ser a cauterização dos ramos da artéria esfenopalatina, apesar da necessidade variável de abordagem da artéria etmoidal anterior. O septo nasal alto tem sido considerado um importante sítio de epistaxes graves, especialmente decorrentes dos ramos da AEA. Mais especificamente, um ponto específico de sangramento foi descrito pelo autor sênior (ACS) na região superior do septo nasal, ao redor da projeção da "axila" da concha média, após o tubérculo septal, que se apresenta como um pedículo vascular arterial, geralmente com sangramento ativo. Esse pedículo vascular arterial é denominado Stamm's S-point.

O S-point parece ser um local frequente de episódios de epistaxes graves atualmente. Devido a sua natureza arterial, o sangramento do S-point pode ser intenso o suficiente para atingir a parede lateral do nariz e drenar posteriormente, levando ao diagnóstico errôneo muitas vezes e sendo confundido com uma epistaxe posterior. Além disso, a área do S-point, sendo de localidade superior, ao redor da axila da concha média, não é uma área rotineiramente examinada pelo otorrinolaringologista durante as cirurgias endoscópicas nasais e pode ser de difícil acesso endoscópico, pois fica posterior ao tubérculo septal. Portanto, epistaxes graves originárias do S-point podem não ser diagnosticadas corretamente e levar a falhas terapêuticas. Desta maneira, a constante revisão deste local durante o exame do médico otorrinolaringologista no manejo da epistaxe e na cirurgia endonasal se faz muito importante.

Palavras-chave: epistaxe; s point; emergencia.

PO520

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Abscesso subperiosteal devido à rinossinusite aguda em criança

AUTOR PRINCIPAL: MARCELO FERREIRA DOS ANJOS

COAUTORES: MARINA IMBELLONI HOSKEN MANZOLARO; RALPH SILVEIRA DIBBERN

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN., SÃO PAULO - SP - BRASIL

## Apresentação do caso:

M.A.T, 3 anos, sexo masculino, foi encaminhado para avaliação da equipe de otorrinolaringologia devido ao aparecimento de um edema orbitário a direita. Há três dias iniciou os sintomas de obstrução nasal e rinorreia anterior, que evoluiu com edema palpebral, eritema e dor orbital direita. Foi realizado uma tomografia computadorizada de seios paranasais e órbita com contraste que evidenciou coleção alongada, com realce periférico, que obliterava a gordura extracoanal junto da lâmina papirácea direita, medindo 1,2 x 0,2 x 1,1 cm, compatível com abscesso subperiosteal. O exame de imagem também identificou densificação da gordura orbitária direita extra e intracoanal adjacentes (sobretudo inferomedial), compatível com celulite orbitária a direita, falhas ósseas focais na lâmina papirácea direita, e deslocamento anterior do globo ocular direito. Paciente foi submetido a cirurgia endoscópica endonasal com descompressão orbitária a direita com abertura da lamina papirácea e periorbita com saída de secreção purulenta. Na internação foi realizada antibioticoterapia com Clindamicida e Ceftriaxone, e após alta hospitalar, continuação no tratamento com Amoxicilina e Clavulanato, com resolução da patologia.

## Discussão:

Complicações das rinossinusites são eventos potencialmente graves e fatais causados pela extensão extrassinusal da infecção. As complicações orbitárias são as mais comuns, e tendem a acometer pacientes mais jovens. Sinusite etmoidal é a principal causadora, e pode ocorrer por disseminação retrógrada através das veias orbitárias ou através de deiscências na lâmina papirácea. Patógenos mais comuns são *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. As complicações orbitárias ocorrem em média, após, 6-8 dias de história. O manejo da patologia envolve internação hospitalar com antibioticoterapia venosa e cirurgia em determinados casos, as principais indicações para cirurgia incluem presença de abscesso, diminuição acuidade visual, ausência de melhora após 48 horas de tratamento clínico e piora na vigância de antibioticoterapia venosa.

## Comentário finais:

A rinossinusite pode provocar graves complicações nas crianças e jovens, mais frequentemente orbitárias devido a maior incidência de infecção das vias aéreas superiores e da presença de osso diploico com maior grau de vascularização na parede dos seios. A evolução rápida para o abscesso subperiosteal é o que chama a atenção no caso, com um curto período entre o início dos sintomas de rinossinusite e o aparecimento da complicação orbitária. O relato de caso demonstra a importância do diagnóstico e abordagem precoce da complicação, diminuindo a morbimortalidade da doença.

Palavras-chave: Sinusite/diagnóstico; Celulite orbitária/complicações; Órbita/ cirurgia.



PO523

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Explorando a complexidade da rinossinusite fúngica invasiva

**AUTOR PRINCIPAL:** EDNA PATRICIA CHARRY RAMIREZ**COAUTORES:** ALINE BARBOSA MAIA; CAIO DE FREITAS MADRUGA; GABRIELA AZEVEDO NICODEMOS DA CRUZ; LETÍCIA COSTA MOREIRA SOARES; MARIA CATALINA RODRIGUEZ CHARRY; THAIS RODRIGUES FERREIRA; VICTOR BARRETO GARCIA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL**Apresentação do caso**

Paciente do sexo masculino, 44 anos, natural e procedente de São Gonçalo/RJ, obeso e portador de diabetes mellitus tipo 2. Procurou primeiramente cirurgia bucomaxilofacial por queixa de dor em região malar e frontal à esquerda sem melhora ao uso de analgésicos e anti-inflamatórios. Nesta consulta, foi encaminhado ao serviço de pronto-atendimento otorrinolaringológico onde compareceu com 15 dias de início do quadro clínico. Na ocasião, foi diagnosticado com rinossinusite aguda, solicitada tomografia dos seios da face e prescrito tratamento com amoxicilina + ácido clavulânico por 15 dias. Retornou à consulta ao fim do ciclo de antibiótico portando exame de imagem, com piora progressiva da queixa álgica.

A tomografia evidenciava sinusite esfenoidal aguda, sendo indicada abordagem cirúrgica. O material colhido no intraoperatório apresentou crescimento fúngico sugestivo de mucormicose invasiva, sendo iniciado tratamento com Anfotericina B. No segundo mês teve alta hospitalar, mantendo tratamento via oral com Isavuconazol 200 mg/dia até completar 6 meses de antifúngico sistêmico.

Durante o seguimento ambulatorial, manteve controle glicêmico rigoroso. Realizou endoscopias nasais seriadas e cintilografias com gálio-67 que não evidenciaram recidiva de lesão, permanecendo assintomático até a atualidade.

**Discussão**

A rinossinusite fúngica é caracterizada pela colonização com ou sem invasão da mucosa nasossinusal por filamentos, esporos ou leveduras de fungos que são responsáveis pela indução de um processo inflamatório local e uma resposta imunológica muitas vezes agressiva.

O gênero de fungo mais encontrado é o *Aspergillus*, com a forma invasiva sendo a menos comum.

O paciente do relato apresentado foi diagnosticado com rinossinusite fúngica invasiva aguda (fulminante), o subtipo mais comum dentre os casos invasivos.

Acomete indivíduos imunossuprimidos, com a diabetes mal controlada sendo um dos fatores comumente associados.

O sinal clínico mais comum é o edema facial, seguido de febre e congestão nasal. No entanto, a alteração na aparência da mucosa nasal, que perde sua coloração rósea e pode se tornar acinzentada, esverdeada e até mesmo apresentar ulcerações e granulações, é o achado mais consistente durante o exame físico. Na suspeita da doença aguda, a tomografia computadorizada de seios da face sem contraste deve ser solicitada para avaliar o grau de acometimento da doença para posterior programação cirúrgica.

No paciente em questão, foi observado acometimento dos seios esfenoidais bilateralmente, um achado atípico uma vez que o acometimento unilateral é o mais comum no início do quadro. Nos casos em que há dúvida quanto à extensão da doença, ressonância magnética de crânio pode ser solicitada para avaliação de áreas de necrose tecidual ou angioinvasão. Vale lembrar que o diagnóstico definitivo é realizado por meio do histopatológico da biópsia colhida tanto à beira leito quanto na sala cirúrgica. Para ser considerada invasiva, o histopatológico deve conter formações tipo hifas em submucosa com ou sem invasão angiocêntrica e necrose tecidual com poucas células inflamatórias do hospedeiro.

Alinhados com a literatura, a conduta realizada no paciente do caso foi o desbridamento cirúrgico amplo associado à terapia antifúngica venosa e controle do distúrbio metabólico.

O seguimento deve ser realizado com endoscopia nasal semanal até reversão do quadro de imunossupressão e mensalmente por mais 6 meses.

**Comentários Finais**

O caso exposto demonstra a importância da suspeita clínica de infecção fúngica para os casos de rinossinusite que se apresentem com evolução clínica diferente do habitual, com refratariedade ao tratamento antimicrobiano, especialmente em pacientes que apresentam algum tipo de imunossupressão. O diagnóstico precoce é essencial para tratamento eficaz, e a resposta imunológica do hospedeiro está intimamente ligada ao prognóstico, uma vez que pacientes portadores de rinossinusite fúngica não invasiva, muitas vezes oligossintomáticos, podem evoluir de forma fulminante em períodos de imunossupressão.

**Palavras-chave:** Rinossinusite aguda; Sinusite esfenoidal; Sinusite fúngica invasiva.

PO526

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Granulomatose de Wegener: Relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO HERNESTO VIEIRA COELHO NOGUEIRA MORAIS**COAUTORES:** CLARICE REIS DE OLIVEIRA MORAIS; FERNANDA CATISANI; GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO; FERNANDA GOMES RESENDE; MILENA GAVA FIM; BRUNO PESTANA GOMES; SÉRGIO EDRIANE REZENDE**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

A.R.L., 63 anos, feminino, histórico de rinossinusite crônica (RSC) bilateral com intervenção cirúrgica nasal prévia. Após 2 anos do procedimento, retornou ao serviço com queixa de obstrução em fossa nasal e secreção purulenta persistente. A nasofibrosopia evidenciou drenagem de secreção em ambos meatos médios. Após várias terapias antimicrobianas, persistiu com secreção nasal, associada a cefaléia frontal e sangramento. No exame de vídeo, sempre estava presente uma mucosa friável, secreção purulenta bilateral, crostas e secreção no cavum. Seguiu com refratariedade do quadro, utilizando variados antibióticos. Levantada a hipótese de doença secundária e correlatas, realizado cultura com crescimento abundante de *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*.

Foi sugerido a hipótese de Granulomatose de Wegener e proposto um novo procedimento para abertura dos seios maxilares, ressecção do etmóide restante e biópsia tecidual. Após confirmação do anatomopatológico foi solicitada avaliação com reumatologista.

Infelizmente, a evolução da doença foi extremamente desfavorável e fulminante, levou a comprometimento ocular no primeiro mês após a biópsia, com pouca resposta ao tratamento reumatológico instituído. Ao final de 4 meses após o diagnóstico a paciente evoluiu para óbito.

A granulomatose de Wegener é caracterizada por uma vasculite sistêmica de origem desconhecida. Fatores infecciosos, genéticos e ambientais podem estar relacionados à etiopatogênese. A teoria mais aceita é de que uma lesão localizada produza uma reação inflamatória imunomediada com resposta altamente específica, originando uma vasculite granulomatosa necrosante de vasos de pequeno e médio calibre. A doença se manifesta comumente na quinta década de vida, sem predileção de sexo. Os achados clínicos típicos envolvem afecções de vias aéreas, vasculites e glomerulonefrites, devido ao potencial sistêmico, sítios distintos podem ser acometidos. Em quase um terço dos casos o nariz é o único local acometido e a RSC pode estar presente em até 90%. Via de regra, os sintomas nasais surgem precocemente, manifestando-se com rinorreia, formação de crostas, friabilidade mucosa e epistaxe. Com a evolução da doença vascular e a formação granulomatosa pode ocorrer erosão da cartilagem septal e deformidades. Na presença de RSC refratária, a cultura de secreção nasal geralmente evidencia a presença de *Staphylococcus aureus*.

O diagnóstico histológico pode apresentar uma quantidade considerável de falsos-negativos justificado pelo exuberante processo inflamatório, assim, múltiplas amostras extraídas da lesão e de sítios correlatos podem ajudar a mitigar falha no resultado. O cANCA é o principal achado laboratorial, com especificidade maior que 95%, a sensibilidade depende do tipo da GW e da atividade da doença, entretanto não patognomônico, sendo indicada a confirmação histológica. Achados inespecíficos incluem FR positivo, hipergamaglobulinemia, especialmente IgA, anemia normocítica e normocrômica, trombocitose, elevação de VHS e pANCA. O tratamento consiste em corticoterapia combinado a imunossupressores.

Casos com início insidioso, oligosintomáticos, de incidência topográfica restrita e raros casos de GW atípica com cANCA negativo dificultam o diagnóstico. O início precoce do tratamento para controle da doença é vital, pois sua progressão pode alcançar o status sistêmico, incorrendo em óbito em aproximadamente 93% dos casos no decurso de 2 anos.

Palavras-chave: Granulomatose de Wegener;cANCA;Rinossinusite crônica.

**PO531****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO: ESTESIONEUROBLASTOMA, A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM ENDOSCÓPICA****AUTOR PRINCIPAL:** RHAEL SOUSA RODRIGUES**COAUTORES:** FELIPE DA SILVA BRAZ; LEANDRO AZEVEDO DE CAMARGO; EDUARDO RODRIGUES SILVA; JHOLBERT CARDOSO SANTANA; RICARDO ARAUJO MEIRA ALMEIDA; MATHEUS NEIVA CARVALHO**INSTITUIÇÃO:** HCUFG, GOIANIA - GO - BRASIL

O Estesioneuroblastoma (ENB) é um tipo raro de câncer que se origina no neuroepitélio olfativo e frequentemente invade os seios paranasais, a base do crânio e a região orbital. Metástases podem ocorrer em 10 a 30% dos casos. Esse câncer é notável por apresentar dois picos de ocorrência, principalmente entre os 11 e 20 anos e entre os 51 e 60 anos, sem distinção de gênero ou raça. Clinicamente este tumor pode causar obstrução nasal, epistaxe e anosmia.

A classificação feita por Kadish et al., de 1976, é um importante preditor prognóstico. No estágio A o tumor é limitado à cavidade nasal; no estágio B o tumor é confinado à cavidade nasal e seios paranasais; no estágio C o tumor estende-se além do estágio B com envolvimento de lâmina cribiforme, base de crânio, órbita ou cavidade intracraniana; no estágio D tumor com metástase cervical ou à distância. Do ponto de vista microscópico existe a classificação prognóstica de Hyams ( I a IV )que avalia grau de necrose, mitoses, citoarquitetura, presença de rosetas e pleomorfismo nuclear. Atualmente, técnicas endoscópicas têm sido preconizadas para o tratamento de neoplasias nasossinusais e de base de crânio , associada a radioterapia adjuvante em todos os casos.

Neste relato, descrevemos o caso de uma paciente de 39 anos, feminino, com obstrução nasal, anosmia, redução da acuidade visual há poucos meses, e cefaleia há dois anos. Realizou tomografia computadorizada (TC) de crânio (Figura 1A), que mostrou Lesão expansiva/infiltrativa comprometendo a cavidade nasal à esquerda, com aparente epicentro no etmoide. Há extensão para a parede medial e cavidade do seio maxilar homolateral, abaulamento da lâmina papirácea esquerda, infiltra o conduto nasolacrimal, apresenta comprometimento das células etmoidais, mantendo íntima relação com a placa cribiforme. Nota-se também invasão para a fossa olfatória com aparente erosão da mesma e possível lesão do bulbo olfatório. As medidas são 6,4 x 5,1 x 3,2 cm (AP x CC x LL). Na ressonância magnética (RM) de crânio (Figuras 1B, 1C ) a lesão apresentando predomínio de baixo sinal em T2, realce pelo contraste heterogêneos, bem como restrição à difusão. Classificado como Kadish C. Foi realizada biópsia, que demonstrou células hiper Cromáticas arredondadas azuis , formando rosetas, sugestiva de neuroblastoma olfatório, grau II pelo estadiamento histológico de Hyams. Imuno-histoquímico positivo para cromogranina A+; sinaptofisina; s100. Não havia evidências de acometimento cervical ou metástases a distância. O tratamento incluiu cirurgia endoscópica nasal realizada por equipes de otorrinolaringologia e neurocirurgia, seguida de radioterapia adjuvante. A paciente está em acompanhamento no Hospital das Clínicas de Goiânia desde novembro de 2022..

**Palavras-chave:** ESTESIONEUROBLASTOMA;ANOSMIA;RINOLOGIA.

**PO540****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CARCINOMA NASOSSINUSAL COM METÁSTASE PARA ORELHA MÉDIA CONTRA-LATERAL - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ALINE BATISTA LOPES**COAUTORES:** MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR; BEATRIZ COVICI BARROS; MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS; MARIANE PAIVA RANGEL; CAMILA MARIA VIEIRA; FABIO TADEU MOURA LORENZETTI; FERNANDO DE ANDRADE BALSALOBRE**INSTITUIÇÃO:** BOS, SOROCABA - SP - BRASIL

**Apresentação do Caso:** M.F, feminino, 53 anos, previamente hígida e sem vícios. Queixa de obstrução nasal em fossa nasal direita (FND), rinorréia anterior e posterior espessa, prurido nasal, hiposmia, cacosmia, facialgia maxilar direita e episódios autolimitados de epistaxe. Refratário a ciclos de antibióticos e corticoide oral.

Presença de abaulamento de pirâmide nasal a direita doloroso a palpação, endurecido e com calor local. A rinoscopia observada lesão de aspecto lobulado e coloração rósea que ocupa toda a FND e progride até próximo do vestibulo nasal. Sem massas cervicais palpáveis.

Tomografia de seios paranasais (TC SPN) com material hipodenso em cavidade nasal e todos os seios paranasais e complexo ostiomeatal a direita.

Ressonância magnética (RM) com lesão polipoide com realce heterogêneo pelo contraste paramagnético com origem em cavidade nasal direita e se estende ao seio maxilar, etmoide e orbita ipsilaterais, determinando proptose ocular e se insinuando a fossa pterigopalatina ipsilateral.

Realizado biopsia incisional da lesão com diagnóstico anatomopatológico (AP) de Papiloma Schneideriano associado a displasia epitelial leve a moderada. Realizada exérese de lesão de FND por via transfacial com incisão de Weber Ferguson (paralatero nasal com extensão sublabial e gengival). Verificado que a lesão ocupa toda a FND e estava erodindo a parede óssea do maxilar e a cartilagem lateral nasal, com lateralização da parede lateral nasal e luxação lateral do osso nasal. Realizada exérese completa da lesão com margens, sinusectomia maxilar e etmoidal a direita. Anatomopatológico inconclusivo, imunohistoquímica fechou diagnóstico de papiloma epidermóide intraepitelial. Foi encaminhada a oncologia, fez 33 sessões de radioterapia e 5 sessões de quimioterapia.

Um ano após a cirurgia nasal, paciente iniciou quadro de plenitude auricular e hipoacusia a esquerda, sem otorréia ou otalgia. Em otoscopia, visualizada membrana timpânica íntegra, hiperemiada e abaulada, TC de ossos temporais evidenciou sinais de otite média colesteatomatosa bilateral, ficando interrogada a possibilidade de um acometimento otológico por neoplasia. Paciente foi submetida a mastoidectomia radical com remoção da lesão com aspecto infiltrativo irregular. Evoluiu com deiscência de ferida operatória (FO) e vários episódios de edema e drenagem de secreção purulenta por FO, com resposta temporária a antibioticoterapia. AP inconclusivo, imunohistoquímico diagnosticou Carcinoma Epidermóide, confirmando a hipótese de acometimento neoplásico. Paciente foi encaminhada novamente a oncologia e submetida a 6 sessões de quimioterapia e 30 sessões de radioterapia com melhora dos quadros de infecção de ferida operatória após o término do tratamento oncológico.

**Discussão:** Os papilomas nasossinusais são tumores benignos que se originam da membrana schneideriana, podendo também ser chamados de Papiloma Scheideriano. A patogenia não está bem esclarecida, mas acredita-se que possa ter relação com o vírus HPV. São classificados em 3 subtipos, exofítico (escamoso), invertido e oncocítico (ou de células cilíndricas). O subtipo mais comum é o papiloma invertido e apesar de ser um tumor benigno, apresenta alta taxa de recorrência e o risco de malignização varia de 5 a 15% e o tipo histológico mais predominante é o Carcinoma espinocelular (CEC).

**Comentários Finais:** A possibilidade de malignidade deve ser considerada quando há um rápido crescimento tumoral, invasão de estruturas adjacentes ou sangramento nasal. Tumores recorrentes têm sido descritos como mais agressivos e com maior taxa de recidiva, em comparação com lesões primárias.

**Palavras-chave:** carcinoma nasossinusal;metástase orelha média;carcinoma epidermóide.

PO545

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**  
**NASOANGIOFIBROMA JUVENIL ATÍPICO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** LUMA TAVEIRA NUNES**COAUTORES:** LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE; MATEUS RUFINO MELO; ANTONIO PEDRO DO NASCIMENTO; LARA TAVEIRA NUNES**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI, TERESINA - PI - BRASIL2. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACID, TERESINA - PI - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, 53 anos, autônomo, natural e procedente de Novo Santo Antônio – Piauí, apresentando queixa de obstrução nasal bilateral contínua, episódios recorrentes de epistaxe com necessidade de internação hospitalar, anosmia e hipoacusia esquerda há aproximadamente 10 anos. Nega comorbidades, alergias e abuso de drogas. Ao exame físico: bom estado geral, oroscopia apresentando lesão expansiva estendendo-se da rinofaringe, na rinoscopia observou-se lesão com superfície irregular preenchendo ambas fossas nasais, se exteriorizando pela narina direita e otoscopia sem alterações. Realizou exames de imagem nos quais: tomografia computadorizada (TC) de seios da face, videonasofibroscopia e ressonância nuclear magnética de face evidenciaram imagem expansiva sólida com epicentro em forame esfenopalatino direito anteriormente obstruindo grande parte da cavidade nasal direita, etmoide posterior e coluna aérea da rinofaringe e infiltrando o corpo do esfenóide. Paciente foi submetido a biópsia nasal com diagnóstico de nasoangiofibroma juvenil. Posteriormente foi submetido a angiografia com embolização do tumor 26 horas antes da cirurgia. Foi realizada abordagem cirúrgica via endoscópica nasal e orofaríngea. Durante o intraoperatório foi observada invasão orbitária direita e de seio maxilar, etmoide e esfenóide direitos. Após a cirurgia novo anatomopatológico confirmou o diagnóstico prévio. Paciente evoluiu com melhora importante após tratamento cirúrgico e segue em acompanhamento com equipe de otorrinolaringologia do Hospital Getúlio Vargas (HGV).

**Discussão:** O nasoangiofibroma juvenil (NAJ) é um tumor benigno com componente vascular, de crescimento lento, porém muito agressivo. Corresponde a 0,05% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço. A etiopatogenia continua indefinida, porém algumas teorias foram propostas, como a teoria congênita; a hormonal; a vascular e a genética. Estudos mostram que a seletividade do tumor pelos indivíduos do sexo masculino pode ser explicada por acúmulos intranucleares do receptor androgênico e de beta-catenina, um coativador que aumenta a sensibilidade do tumor a androgênios. Acredita-se que o tumor tenha sua origem na parede póstero-lateral da cavidade nasal, onde o processo esfenoidal do osso palatino encontra a lâmina horizontal do vômer e parte do processo pterigóide do osso esfenoidal. Tipicamente as principais queixas são de obstrução nasal unilateral e epistaxe sem sintomatologia dolorosa associada. Exames complementares como a tomografia computadorizada (TC), a ressonância magnética (RM) e a endoscopia nasal ajudam a definir a extensão e a localização do tumor, permitindo um estadiamento preciso. Com relação ao tratamento, a literatura atual aponta uma tendência à escolha de embolização arterial seletiva seguida de cirurgia radical como a forma mais efetiva para ressecção do tumor. No caso apresentado nota-se a idade como uma característica atípica. A determinação da idade em que o tumor inicia seu desenvolvimento é muito difícil, devido à sua localização predominante na nasofaringe, por seu ritmo de crescimento lento e pela dificuldade de descrição do início dos sintomas pelos pacientes, contudo poucos casos na literatura são descritos após os 30 anos de idade.

**Comentários Finais:** O nasoangiofibroma apresenta-se como um tumor benigno com comportamento agressivo acometendo principalmente a população masculina na fase de pré-adolescência e adolescência. Contudo assim como o caso descrito, a literatura nos mostra a importância da inclusão do NAJ no diagnóstico diferencial de obstrução nasal nas demais faixas etárias.

**Palavras-chave:** nasoangiofibroma; obstrução nasal; tumor.

PO550

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Cisto de Thornwaldt no diagnóstico diferencial de lesões de Nasofaringe

AUTOR PRINCIPAL: RAFAEL SIQUEIRA DE CARVALHO

COAUTORES: PALOMA COSTA SAID; YANE MELO DA SILVA SANTANA; RAÍSSA COSTA SAID; ÁLEX WILKER ALVES SOARES; AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES; JEFFERSON MACÊDO DANTAS; ANA LUIZA PINTO FREIRE

INSTITUIÇÃO: FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL

**Apresentação do caso:** D.S.G, 38 anos, policial militar, cristão, atendido em um serviço de referência em Otorrinolaringologia na cidade de Manaus-Amazonas, relatando obstrução nasal contínua, com piora noturna e à exposição de aeroalérgenos. Relata ainda roncamentos noturnos e deformidade nasal desde a infância, ao qual desconhece fator causal. Negava medicações de uso contínuo, comorbidades, cirurgias prévias, tabagismo e etilismo. Ao exame otorrinolaringológico apresentava deformidade em pirâmide nasal, do tipo nariz em sela, oroscopia com mucosa corada, sem lesões, tonsilas grau I, simétricas, rinoscopia anterior com mucosa corada, desvio de septo em zona 1 e 2 para esquerda, semi obstrutivo, hipertrofia de corneto nasal inferior moderada à esquerda e leve à direita, otoscopia apresentando conduto auditivo externo pervios, com membrana timpânica íntegra e sem alterações bilateralmente. Durante a endoscopia nasal verificou-se como achado acidental lesão de aspecto irregular branco-amarelada, em região supero-lateral direita de rinofaringe, de aproximadamente 1,0 x 0,5 cm, não obstrutiva, com tuba auditiva patente. Paciente foi então submetido posteriormente à biópsia da lesão para elucidação diagnóstica, assistida por vídeo, sob sedação em centro cirúrgico, com drenagem de secreção muco-purulenta durante o procedimento. O resultado histopatológico evidenciou um cisto de mucosa respiratória, com ausência de malignidade no material examinado e sugestivo para Cisto de Thornwaldt.

**Discussão:** A obstrução nasal é uma das principais queixas atendidas no ambulatório de otorrinolaringologia e pode ser provocada por processos infecciosos virais e bacterianos, ou por distúrbios estruturais. Nesses casos, a endoscopia nasal pode sugerir patologias consideradas pouco comuns. O cisto de Thornwaldt é majoritariamente assintomático, por isso a necessidade de exames endoscópicos para diagnóstico correto da doença, exames de imagem confirmam o diagnóstico e o possível planejamento cirúrgico quando necessário. Observa-se pouca incidência de casos encontrados e um predomínio por adultos do sexo masculino. Os cistos podem ser de tamanhos variados e muitas vezes não geram sinais e sintomas. Todavia, cistos de grandes proporções podem obstruir a nasofaringe, podendo formar abscessos e acarretar em cefaléia, sensação de corpo estranho em região nasal, episódios de gotejamento, prurido nasal, espirros, halitose e sintomas otológicos, além de rigidez na musculatura do pescoço. O achado em questão foi considerado acidental, pois a biópsia foi realizada para um diagnóstico diferencial. Não se esperava encontrar um Cisto de Thornwaldt, mas levando em consideração o tamanho e a localização do cisto no paciente descrito, percebe-se que o mesmo não seria o responsável pela obstrução nasal referida, apenas necessitava de acompanhamento. O desvio de septo, no entanto, provavelmente seria o causador do problema e em virtude disso foi encaminhado para avaliação de rinosseptoplastia funcional como tratamento de escolha.

**Comentários finais:** Pode-se com as informações supracitadas, afirmar que o Cisto de Thornwaldt é em sua grande maioria, um achado acidental durante a realização de exames de imagens, prioritariamente nas endoscopias nasais durante a investigação de queixas naso-sinusais. Reforça-se o seu caráter benigno, com necessidade apenas de marsupialização nos poucos casos em que curse com sintomas obstrutivos, os demais, tendo apenas conduta expectante.

Palavras-chave: Cisto;endoscopia;nasofaringe.



PO553

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ACTINOMICOSE DA CAVIDADE NASAL E SEIOS PARANASAIS EM APRESENTAÇÃO ATÍPICA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** TICIANA FREIRE BEZERRA**COAUTORES:** LARISSA LINHARES ANDRADE; HYNGRIDD SOARES MENDES; DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA; RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO; MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO; PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS; JOSÉ VICTOR LIMA FIGUEIREDO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 45 anos, iniciou, cerca de 1 mês antes do internamento, quadro de coriza purulenta associada a febre e odinofagia, evoluindo com cefaleia de forte intensidade e com edema orbital direito associada a otalgia evoluindo com piora importante do edema, proptose e sinais flogísticos locais além de saída de secreção purulenta ocular, foi internado em hospital de origem, iniciado Ceftriaxona e encaminhado ao Hospital Geral de Fortaleza. Paciente negava quaisquer comorbidades, uso de medicamentos, uso de drogas e cirurgias prévias. Ao exame físico, apresentava hiperemia, edema retro-orbitário, proptose ocular, durante o exame de nasofibrosopia foram detectadas lesões enegrecidas e purulentas difusas pela cavidade nasal direita, com a presença de apenas resquícios do corneto médio ipsilateral. Diante dos achados a suspeita foi de rinossinusite fúngica invasiva, decidiu-se então por limpeza cirúrgica pela Otorrinolaringologia em conjunto com a Oftalmologia, tendo sido realizado desbridamento amplo de áreas friáveis e enegrecidas, com turbinectomia média total + pansinusectomia + descompressão endoscópica de órbita direita. 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 Ampicilina-Sulbactam por 13 dias e Anfotericina B desoxicolato por 7 dias e Anfotericina B lipossomal por 13 dias. Nas nasofibrosopias de controle, foi notado ausência de lesões necrótico-purulentas em cavidades nasais. Resultados de cultura para fungos e histopatológico de peças cirúrgicas enviado para dois laboratórios sendo em um evidenciado *Zigomicetos* e outro sugestivo de *Actinomyces israelii*. Após longo e adequado acompanhamento, paciente recebeu alta após quase 1 mês de internação voltando diariamente ao hospital para uso de medicação Antifúngico IV, uso domiciliar de Penicilina por mais 2 semanas e retornos semanais ao ambulatório de otorrino para realização de nasofibrosopia de controle por 2 meses e quinzenalmente por mais 3 meses.

**DISCUSSÃO:** A Actinomicose é uma doença geralmente causada por *Actinomyces israelii* e é classificada pelo seu envolvimento cérvico-facial, torácico, abdomino-pélvico e do sistema nervoso central. A doença na cavidade nasal tem envolvimento extremamente raro e há poucos casos relatados na literatura. Bastante associada a má higiene oral e a condições de imunossupressão como câncer, HIV, diabetes, desnutrição ou uso de medicamentos imunossupressores. Suas manifestações clínicas são variáveis e podem compreender secreção nasal purulenta, dor facial, obstrução nasal assim como nas rinossinusites crônicas por outros microorganismos. O tratamento é a combinação de antibioticoterapia e cirurgia, principalmente devido a característica anaeróbia da bactéria. A penicilina é o antibiótico de escolha, sendo realizada por 4 a 6 semanas segundo a literatura. O diagnóstico definitivo então é feito pelo histopatológico do material retirado da cirurgia, bem como pela cultura para fungos. A histopatologia descreve microcolônias amarelo-esbranquiçadas, lobuladas, com padrão de roseta, cercadas por células inflamatórias.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A Actinomicose na cavidade nasal é uma doença rara, com sintomas raros e inespecíficos. A suspeita inicial nesse caso foi rinossinusite fúngica invasiva porém após histopatológico evidenciou-se que se tratava de um quadro de Actinomicose de apresentação atípica sendo realizada antibioticoterapia de longa duração associada a cirurgia, tendo um bom resultado pós tratamento. Devido aos poucos estudos sobre essa patologia, principalmente na cavidade nasal, são necessários mais estudos deste assunto para o domínio na otorrinolaringologia.

**Palavras-chave:** Actinomicose; Cavidade nasal; Apresentação Atípica.



PO556

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CISTO NASOLABIAL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO****AUTOR PRINCIPAL:** MARILIA STEFANES**COAUTORES:** ANDRE GUSTAVO DE PAULA ALVARENGA; GUSTAVO MURTA; RAFAEL FRANCISCO DOS SANTOS; MATEUS VASCONCELOS PATRICIO; MATHEUS CARRETT KRAUSE**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PONTA GROSSA, PONTA GROSSA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** M.V.P, 67 anos, feminino comparece ao serviço de otorrinolaringologia do Hospital Regional de Ponta Grossa com queixa de obstrução nasal à direita associado a assimetria facial por crescimento de lesão em região abaixo de fossa nasal direita percebida há 6 meses. Relata episódio prévio semelhante há 3 anos sem atendimento médico nessa situação resultando em drenagem espontânea associada com resolução dos sintomas na época. Nega demais queixas.

Ao exame físico foi constatado apagamento do sulco nasolabial a direita e abaulamento de assoalho nasal desse mesmo lado.

O hipótese de cisto nasolabial foi levantada. Tomografia computadorizada de seios da face foi solicitada evidenciando nódulo ovalado com densidade de partes moles e circunscrito localizado em região nasolabial direita medindo 27x24x21 mm sem sinais de complicação ou invasão.

Paciente encaminhada para excisão cirúrgica com anatomopatológico confirmando o diagnóstico.

**Discussão:** O cisto nasolabial é uma lesão rara, benigna, descrita pela primeira vez em 1882 por Zuckerkandl. Apresenta incidência de apenas 0,7% dentre os cistos maxilofaciais. Epidemiologicamente, acomete mais o sexo feminino, com predileção pela raça negra, entre a quarta e quinta década de vida.

De origem embrionária esse cisto não odontogênico normalmente é unilateral (90% dos casos), possui crescimento lento e tende a ser diagnosticado tardiamente podendo atingir até 5cm.

Apresenta patogênese incerta, possuindo duas teorias relevantes. Uma sugere desenvolvimento a partir do canal nasolacrimal e outra define surgimento a partir de células epiteliais confinadas na linha de fusão dos processos nasal mediano, lateral e maxilar.

O diagnóstico é clínico-topográfico, com localização na região nasolabial, inferior a fossa piriforme. Define-se como uma lesão nodular, móvel e lisa. Com o aumento da extensão da lesão pode haver apagamento de sulco nasolabial lateral, deformidade estética e obstrução nasal. Pode haver infecção em até 50% dos casos, cursando com dor e drenagem nasal ou intra oral associada.

Possui diagnóstico diferencial com lesões inflamatórias, cisto dermoide, lesões periapicais inflamatórias, cisto epidermoide e tumores de glândulas salivares. Por esta razão um exame de imagem é importante, com preferência na tomografia computadorizada de seios da face que evidencia aspecto cístico da lesão

O tratamento é cirúrgico e consiste em enucleação ou marsupialização com recorrência baixa.

**Comentários finais:** O cisto nasolabial é uma lesão rara, na maioria das vezes assintomática e associada a diversos diagnósticos diferenciais. Quando necessário intervenção, apresenta boa resposta ao tratamento cirúrgico com pouca recorrência.

**Palavras-chave:** Cistos não odontogênico; Nariz; lábio.

PO558

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

CEFALEIA CRÔNICA E MUCOCELE FRONTOETMOIDAL – Relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO**COAUTORES:** NEY SALDANHA NOGUEIRA DA GAMA JR.; PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA; BETHINA SILVA BARRETO; LUCAS MENDES SOARES; BEATRIZ REZENDE MONTEIRO; AMANDA LARISSA KADOR ROLIM; PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente, sexo masculino, pardo, 15 anos, queixando-se de cefaleia em região frontal à esquerda, de intensidade moderada, há 5 anos, obstrução nasal intermitente, coriza e prurido nasal. Realizado tratamento com corticoide nasal por 3 meses com melhora dos sintomas nasais, porém persistência da cefaleia. Ao exame físico, ectoscopia normal, sem alterações em frente ou periorbitária, endoscopia nasal com sinais de rinopatia alérgica, desvio septal posterior para esquerda. Tomografia computadorizada de seios paranasais demonstrou velamento completo de célula de Kuhn tipo IV, de aspecto arredondado, sugestivo de mucocele. Abordagem cirúrgica foi realizada através de cirurgia endoscópica nasal com acesso septal anterior com abertura da célula, drenagem do conteúdo mucoso e marsupialização da mucocele. Paciente evoluiu com melhora completa da cefaleia já no pós-operatório imediato.

**Discussão:** A mucocele é uma lesão de aspecto cístico que acomete os seios paranasais. Tem como conteúdo um muco espesso e apresenta crescimento lento e expansivo. Sobre sua etiologia, ainda não totalmente definida, acredita-se que seja provocada pela obstrução do óstio de drenagem do seio paranasal comprometido devido a processos crônicos de rinossinusite, trauma crânio-facial, cirurgia prévia, tumores benignos ou neoplasias malignas. Os seios mais frequentemente acometidos são frontais e etmoidais. Essa lesão tem caráter expansivo promovido pelo remodelamento e reabsorção das paredes ósseas do seio paranasal acometido, podendo alterar sua integridade e eventualmente comprometer as estruturas vizinhas como a órbita e a cavidade intracraniana. O quadro clínico varia conforme a região envolvida, podendo causar dor facial, cefaleia, obstrução nasal, diplopia, diminuição da acuidade visual, deslocamento do globo ocular, edema facial, abscesso cerebral e meningite. O diagnóstico é através dos exames de imagem porém é fundamental uma alta suspeição da existência da lesão, visto que, como no caso apresentado, um sintoma comum, como cefaleia, pode guiar o diagnóstico. O tratamento das mucocèles é cirúrgico, tendo como via de acesso a nasal, através da cirurgia endoscópica, e a externa dependendo da localização da lesão.

**Comentários finais:** Apesar de ser considerada uma lesão benigna, a mucocele, devido ao seu caráter expansivo promovido pela remodelação óssea, pode provocar consequência graves, principalmente orbitária e intracraniana. O diagnóstico da lesão em seus estágios iniciais pode ser feito quando há alta suspeição, principalmente no relato de sintomas “comuns” recorrentes. O tratamento precoce é fundamental e capaz de minimizar os efeitos da lesão a longo prazo. A cirurgia endoscópica nasal com drenagem do conteúdo e marsupialização da lesão é a principal opção para tratamento da mucocele, uma vez que é um procedimento de baixa morbidade e baixo risco de complicações quando realizada por uma equipe com experiência.

**Palavras-chave:** Cefaleia;Mucocele;Mucocele Frontoetmoidal.

PO559

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****EPISTAXE RECORRENTE ASSOCIADA A ALTOS NÍVEIS PRESSÓRICOS: RELATO DE CASO.****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELLY PINHEIRO MARINHO**COAUTORES:** ISABELA OLIVEIRA ÁVILA; PEDRO IGOR OLIVEIRA ÁVILA; GABRIELA IRENE BARBOSA**INSTITUIÇÃO:** 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MACEIÓ (UNIMA), MACEIÓ - AL - BRASIL. 2. CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE MACEIÓ (CESMAC), MACEIÓ - AL - BRASIL. 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MACEIÓ, MACEIÓ - AL - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 57 anos, admitida com relato de epistaxe em madrugada, sem outras queixas. Os antecedentes pessoais revelam hipertensão arterial de longa data e transtorno de ansiedade generalizada; nas medicações de uso domiciliar, a paciente refere ingestão de captopril 50 mg via oral de 12 em 12 horas. Relata, ainda, idas constantes à unidade de saúde com a mesma queixa de sangramento nasal, com ocorrência de 5 episódios no último mês, bem como associação dos episódios com picos pressóricos. Ao exame físico, apresenta sangramento ativo em nariz, pressão arterial de 200 x 180 mmHg, frequência cardíaca de 111 batimentos por minuto, frequência respiratória de 18 incursões por minuto e saturação de oxigênio de 99% em ar ambiente, sem demais alterações.

**DISCUSSÃO:** A epistaxe ocorre quando há comprometimento da hemostasia por anormalidades na mucosa nasal, perda da integridade vascular ou alterações de fatores de coagulação e é uma das principais emergências otorrinolaringológicas. A hipertensão arterial é constantemente relacionada a esse quadro, no entanto, ainda existe a discussão se ela é um fator de risco ou uma resposta fisiológica ao sangramento nasal, com posterior efeito adrenérgico. Além disso, a hipertensão crônica tem efeito vasculopático, logo, pacientes com histórico de picos pressóricos encontram-se mais vulneráveis a apresentar esse quadro clínico, visto que mesmo que não seja a hipertensão a causa principal da epistaxe, ela tem o poder de prolongar o episódio de sangramento. No caso em questão, a paciente conta também com o fator psicológico, o que desencadeia um efeito direto na pressão arterial - em outros casos, existe a dúvida se a PA elevada no momento da apresentação realmente indica repercussões da hipertensão (como o manejo inadequado), já que a ansiedade decorrente do sangramento ou a "síndrome de jaleco branco" podem ser a causa. Vale ressaltar que a epistaxe também pode estar relacionada a uma etiologia por clima seco, no entanto, no presente caso, a paciente se encontrava em região de alta umidade.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A associação entre picos pressóricos e epistaxe tem estreita relação, embora a ordem ainda não seja totalmente explicada, podendo haver uma vasculopatia associada em alguns casos de pacientes com PA cronicamente elevada. O fato é que o sangramento nasal em pacientes hipertensos é mais difícil de controlar, assim como é necessário o alerta para identificar a etiologia do pico pressórico que vem junto à epistaxe, evitando gerar superdiagnósticos. Quando esses pontos são levados em consideração, podem resultar em um tratamento mais efetivo e melhora da qualidade de vida desses pacientes, determinando os riscos e benefícios relativos do tratamento da PA elevada no cenário de epistaxe refratária.

**Palavras-chave:** Epistaxe; Hipertensão arterial; Nível pressórico.

**PO562****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Complicação orbitária de rinossinusite aguda: relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** ALICE WERNECK SILVA**COAUTORES:** GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA; LARA PASCOUTTO SAMPAIO; FELIPPE MAGIOLLI LIMA; JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA; RAÍSA ARUME DE SOUZA; AUGUSTO CESAR LIMA; ANA CRISTINA COSTA MARTINS**INSTITUIÇÃO:** SEPTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Apresentação do caso**

As complicações de rinossinusite são eventos potencialmente graves, consequentes à extensão extrassinusal da infecção. A ocorrência em adultos é estimada em 1 episódio para cada 32.000 casos, sendo as complicações orbitárias as mais comuns (60%-75%). Clinicamente costuma iniciar com edema palpebral, eritema e dor orbital súbitos, que podem evoluir para proptose, quemose e dor à movimentação ocular e, em quadros mais graves, envolvem oftalmoparesia e redução da acuidade visual. Na suspeita, a investigação com exames de imagem é mandatória, sendo o exame de escolha a tomografia computadorizada de seios paranasais e crânio com contraste. O tratamento de rotina envolve internação hospitalar com antibioticoterapia de amplo espectro e cirurgia se presença de abscesso, diminuição da acuidade visual e ausência de melhora ou piora após 48 horas de antibioticoterapia intravenosa.

**Discussão**

Paciente masculino, 46 anos, apresentando quadro de edema palpebral à esquerda, associado a febre e prostração com evolução de 3 dias. Ao exame físico, apresentava edema palpebral com sinais flogísticos, hiperemia conjuntival com discreta proptose e redução da mobilidade ocular. Tomografia computadorizada sugestiva de celulite pré-septal evidenciou área com densidade de partes moles preenchendo totalmente o seio maxilar esquerdo, as células etmoidais esquerdas e parcialmente, os seios esfenoidais esquerdo e direito e destruição do teto da órbita esquerda, com sinais de infiltração de partes moles adjacentes ao globo ocular esquerdo. Foi realizado internação clínica para realização de antibioticoterapia intravenosa (Vancomicina 2g/dia e Ceftriaxone 3g/dia) e cirurgia endoscópica nasossinusal com drenagem do seio maxilar e etmoide anterior à esquerda que transcorreu sem intercorrências. Mantido internado com antibioticoterapia venosa e introduzido corticoterapia e lavagem nasal com solução salina hipertônica no pós-operatório. Paciente saiu de alta 7 dias após a cirurgia e permaneceu em uso de antibioticoterapia por via oral durante 3 semanas.

**Comentários finais**

O comprometimento orbital secundário à rinossinusite se deve a extensão direta da infecção através dos espaços perivasculares e deiscências ósseas da lâmina papirácea ou por tromboflebite das veias oftálmicas. A classificação proposta por Mortimore baseia-se em achados tomográficos subdividindo as celulites orbitárias em pré e pós-septal. A celulite pré-septal, assim como no caso descrito, manifesta-se com proptose ocular, edema e hiperemia palpebral além de dores durante movimentação ocular. O advento dos antibióticos provocou evidente melhora da evolução das complicações de rinossinusite, porém a potencial gravidade desses quadros indica a importância de estarmos atentos a esse diagnóstico.

**Palavras-chave:** Rinossinusite;Complicações de rinossinusite;Complicação orbitária .

PO563

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

**ACESSO ENDOSCÓPICO ENDONASAL COMBINADO COM DEGLOVING MÉDIO-FACIAL PARA RESSECÇÃO DE SCHWANNOMA EM FOSSA INFRATEMPORAL ESQUERDA: RELATO DE CASO**

**AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDA COELHO ATAYDES SEABRA

**COAUTORES:** LUCIANA AGUIAR CARNEIRO ARAUJO; GABRIEL MELO ALEXANDRE SILVA; LEONARDO ASSIS SILVESTRINI; LUCAS MORAES COSTA; FERNANDA ROCHA DORNELES; LARISSA GOMES ESPINOSA; MARCELL DE MELO NAVES

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente de 69 anos, sexo feminino, previamente hígida, procurou nosso serviço devido a achado radiológico em tomografia de crânio de formação expansiva em fossa infratemporal esquerda, detectada após investigação de queixa de cefaleia e cervicgia iniciadas após queda de própria altura. Paciente apresentava ainda queixa de mastigação dolorosa a esquerda. A investigação complementar com ressonância magnética da face evidenciou lesão localizada no espaço mastigatório esquerdo e em fossa infratemporal esquerda, apresentando realce lento e progressivo após a injeção de contraste, de contornos lobulados e limites relativamente definidos. Foi optado por realizar tratamento cirúrgico com acesso combinado endonasal e Degloving médio-facial, com o objetivo de reduzir o efeito expansivo da lesão e confirmar o diagnóstico. Sendo assim, foi realizada ressecção completa da lesão visualizada em fossa infratemporal a esquerda. O estudo anatomopatológico evidenciou neoplasia fusocelular aparentemente benigna, compatível com Schwannoma. Paciente recebeu alta 48 horas após o procedimento, permaneceu com a sonda de Foley por 7 dias e segue em acompanhamento ambulatorial, com boa evolução.

**Discussão:** Os schwannomas são tumores benignos, encapsulados e de crescimento lento, que se originam das células de Schwann da bainha neural. Aproximadamente 37-45% dos schwannomas envolvem a região da cabeça e pescoço. São mais comumente originados no nervo vestibular, localizado no ângulo ponto-cerebelar. O segundo tipo mais frequente tem sua origem no nervo trigêmeo. O schwannoma na fossa infratemporal é muito raro e surge principalmente do nervo trigêmeo. Os sintomas relacionados aos schwannomas podem resultar da compressão lenta e gradual de estruturas adjacentes, podendo causar dores de cabeça, dor e parestesia facial, bem como a disfunção do próprio nervo acometido. O diagnóstico desse tipo de tumor é baseado, sobretudo, em achados de exames de imagem, com destaque para Ressonância Nuclear Magnética, com achados que incluem padrão de captação de contraste e remodelamento ósseo. O diagnóstico definitivo é dado apenas com anatomopatológico. O tratamento de escolha é cirúrgico e a definição da via de abordagem deve ser feita de acordo com a localização e a extensão do tumor. A ressecção cirúrgica por meio de cirurgia endoscópica endonasal é a abordagem preferida, conforme a literatura.

**Comentários Finais:** Conhecimentos a respeito desse tipo de tumor e sua apresentação clínica são importantes para o diagnóstico diferencial e o planejamento cirúrgico de tumores da base do crânio. Os tumores localizados nas fossas infratemporal e pterigopalatina geram sintomas apenas quando atingem maior tamanho. Na abordagem do Schwannoma, como o do caso mencionado, o conhecimento anatômico das fossas infratemporal e pterigopalatina é indispensável para se evitar lesões inadvertidas de estruturas vasculares e/ou nervosas da região. A excisão pericapsular do tumor é considerada o tratamento de escolha em todos os casos de schwannoma. A abordagem cirúrgica depende do tamanho do tumor e da sua extensão para os espaços adjacentes. O tratamento cirúrgico realizado no caso em questão, com acesso endoscópico endonasal combinado com Degloving médio-facial permitiu a remoção completa da lesão, com mínima morbidade.

**Palavras-chave:** Schwannoma ;Fossa Infratemporal;Tumores de base de crânio.

**PO571****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****HOSPITALIZAÇÕES POR DACRIOCISTORRINOSTOMIA NO BRASIL E REGIÕES PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENTRE 2013 A 2022****AUTOR PRINCIPAL:** SANDERSON ENDREW GOMES LEÃO**COAUTORES:** VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES; JAIR DE SOUZA BRAGA FILHO**INSTITUIÇÃO:** 1. HUPES - UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL2. UESB, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL3. FMB - UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL

**Objetivos:** Descrever e avaliar os dados referentes a hospitalizações por dacriocistorrinostomia no Brasil, nos últimos dez anos, bem como os gastos envolvidos.

**Métodos:** Estudo descritivo e quantitativo das internações por dacriocistorrinostomia no Brasil e suas regiões federativas e estados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2013 a 2022. Foram coletados dados secundários do Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS), sendo selecionadas as seguintes variáveis, por ano de atendimento: número de internações, valor médio e total por internamento e média de dias de permanência.

**Resultados:** Durante os últimos 10 anos, foram realizadas 6.810 internações por dacriocistorrinostomia no Brasil. Entre as regiões, a sudeste foi a responsável por 72,76% desse percentual, tendo o estado de São Paulo realizado sozinho mais da metade de todos os atendimentos do país (55,01%). Em ordem decrescente de produtividade, temos as regiões sul (12,31%), nordeste (8,38%), centro-oeste (4,64%) e norte (1,91%). Na análise comparativo dos 05 primeiros anos do período estudado (2013-2017) com os últimos 05 anos (2018-2022), observou-se uma tendência de queda no número médio de atendimentos por ano, sendo de 756,4 internamentos/ano na primeira metade e 599,2 internamentos/ano no período subsequente. À despeito da diminuição no número de internamentos por ano, houve um aumento no valor médio por internamento nos últimos 05 anos, indo de R\$ 472,03 entre 2013-2017 para R\$ 781,06 entre 2018-2022. Por conseguinte, do valor total dos internamentos nos últimos 10 anos (R\$ 4.160.370,26), 56,81% é referente aos últimos 05 anos. No tangente a média de dias de permanência, observou-se uma redução de 0,86 dia/internamento entre 2013-2017 para 0,7 dia/internamento entre 2018-2022.

**Discussão:** A obstrução do ducto nasolacrimal é a forma mais comum de obstrução lacrimal, com uma frequência relativa estimada, segundo um estudo americano, de 20,2 por 100 mil habitantes na população geral. As principais etiologias têm relação com estenose involutiva em idosos e a estenose idiopática na população mais jovem, podendo ainda ter relação com trauma nasal e alterações ósseas. Ainda, alguns fatores de risco já estabelecidos são: etnia branca, idade avançada, sexo feminino e baixo nível socioeconômico. A definição terapêutica consiste principalmente em três tipos de dacriocistorrinostomia: externa, endonasal e transcanalicular. Em nosso estudo, notamos uma grande diferença regional na quantidade de procedimentos realizados, com destaque para o estado de São Paulo que realiza mais da metade dos procedimentos de todos os atendimentos do país. Isso tem uma relação direta com a quantidade de serviços hospitalares no estado, sobretudo os que possuem serviço de otorrinolaringologia ou oftalmologia, bem como da quantidade de equipamentos e profissionais que realizam a cirurgia – visão que também pode ser ampliada para entender o percentual de toda a região sudeste. Em tempo, a diminuição de procedimentos realizados nos últimos cinco anos pode ser justificada pela pandemia da COVID-19, momento em que as restrições do confinamento limitaram o atendimento médico presencial, incluindo a realização de procedimentos e cirurgias eletivas. Entretanto, notou-se que houve, a partir de 2018, um aumento no valor médio por internamento, que se manteve até o ano de 2022. Tais dados parecem ser contraditórios com os demais, uma vez que foi notado tendência de queda da média de dias de permanência hospitalar. Melhoria das notificações ou um maior investimento em tecnologias cirúrgicas podem vir a justificar tais achados.

**Conclusão:** A dacriocistorrinostomia é um procedimento necessário para trazer de volta a qualidade de vida dos pacientes com obstrução do ducto nasolacrimal. Sendo assim, se faz necessário uma maior disponibilidade no SUS de serviços de otorrinolaringologia/oftalmologia no Brasil, principalmente nas regiões norte, centro-oeste e nordeste. Por fim, é notório que a pandemia por COVID-19 trouxe perdas inexoráveis para o sistema de saúde, estando o Brasil e os brasileiros ainda recuperando dos efeitos gerados por esta crise global.

**Palavras-chave:** DACRIOCISTORRINOSTOMIA; DATASUS; PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.

**PO573****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****VARIAÇÕES ANATÔMICAS NASOSSINUSAIS: SÉRIE DE CASOS****AUTOR PRINCIPAL:** EDNA PATRÍCIA**COAUTORES:** ALINE BARBOSA MAIA; CAIO DE FREITAS MADRUGA; GABRIEL DEL BLANCO; GABRIEL DE MORAES MANGAS; MARIA CATALINA RODRIGUEZ CHARRY; MILENE DE SOUZA LOPES SILVEIRA; STELLA BAYER DE JESUS**INSTITUIÇÃO:** HUAP-UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL

**Objetivo:** Descrever as variações anatômicas nasossinusais observadas em estudos de tomografias computadorizadas dos seios da face realizadas por pacientes do Hospital Universitário Antônio Pedro, no período de janeiro de 2021 até março de 2022.

**Métodos:** Foram selecionadas as tomografias de seios da face realizadas no período de janeiro de 2021 até março de 2022 e, posteriormente, excluíram-se aquelas que se enquadravam em um ou mais dos seguintes critérios: evidência de manipulação cirúrgica nasossinusal, tumores nasossinusais ou craniofaciais que limitassem a avaliação da anatomia nasossinusal, problemas técnicos do exame que impossibilitassem a avaliação da estrutura anatômica original e idade menor de 18 anos. As variações anatômicas estudadas foram: Desvio septal, concha bolhosa, concha paradoxal, célula de Agger Nasi, célula de Haller, célula de Onodi, seio maxilar hipoplásico, septo maxilar e septo esfenoidal. Os exames selecionados foram, então, avaliados por dois pesquisadores, que registraram as variações anatômicas, sexo e idade do paciente.

**Resultado:** Foram encontradas 142 tomografias, sendo 27 excluídas resultando, então, em 115 exames a serem analisados. Dentre dos quais, a maioria dos pacientes eram do sexo feminino (74), a faixa etária mais prevalente foi entre 52 e 64 anos, e a variação anatômica mais encontrada foi célula de Agger Nasi.

**Discussão:** A tomografia computadorizada é o exame de escolha em pacientes com suspeita de doença crônica nasossinusal. Nesse sentido, é importante o conhecimento não somente da anatomia padrão dessas estruturas, como também das variações anatômicas, já que estas podem apresentar consequências à dinâmica de drenagem dos seios paranasais, o que pode predispor quadros inflamatórios e resultar no comprometimento da capacidade respiratória do paciente. Na literatura, dentre as variações anatômicas mais observadas, destacam-se as células de Agger Nasi – que podem comprometer a drenagem do seio frontal pelo ducto nasofrontal e o desvio septal – que pode resultar em obstrução nasal, bem como comprimir a concha média contra a parede nasal lateral e afetar a abertura dos orifícios presentes no complexo ostiomeatal. Ainda, o seio maxilar hipoplásico – que caracteriza-se pelo hipodesenvolvimento desta cavidade – pode ser diagnosticado erroneamente como sinusite crônica, demonstrando que, mesmo as variações anatômicas relatadas com menor frequência, apresentam relevância no estudo dos exames de imagem da região nasossinusal.

**Conclusão:** A variação anatômica mais frequente foi a célula de Agger Nasi, seguida do desvio septal. Já a variação menos observada foi o seio maxilar hipoplásico. Vale, ainda, destacar que apenas 2,6% dos pacientes não apresentaram qualquer variação anatômica nasossinusal, o que evidencia a importância do conhecimento de tais alterações estruturais no cenário de análise dos exames de imagem e de tratamento dos pacientes.

**Palavras-chave:** Seios Paranasais; Anatomia dos seios paranasais; variações anatômicas.



PO575

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****FIBROMA OSSIFICANTE DE CONCHA MÉDIA: DESAFIO DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO TERAPÊUTICA****AUTOR PRINCIPAL:** IGOR ATAÍDE SILVA TEIXEIRA**COAUTORES:** ALLAN GALANTI ZARPELON; BRENO LIMA DE ALMEIDA; GABRIELA MACEDO LEANDRO; LÍVIA HELENA GONÇALVES MITSUI; MARIA LUISA FRECHIANI LARA MACIEL; JONATAS FIGUEIREDO VILLA**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

T.A.A.C., 8 anos, sexo masculino, há 11 meses com obstrução nasal à esquerda aliada à rinorreia hialina, sem resposta à corticoterapia nasal e lavagem nasal com soro fisiológico. Há 4 meses, surgiu com uma proptose à esquerda sendo investigada com exames de imagem. Há 3 meses, apresentou epistaxe por Fossa Nasal Esquerda (FNE), cerca de 6 episódios, de baixa a moderada intensidade. Negava sintomas visuais ou em fossa nasal direita.

Ao exame, apresentava endoscopia nasal com desvio septal para direita área II a IV, com lesão vascularizada, rosácea, oriunda de concha média esquerda, causando compressão septal contralateralmente (Figura 1). Possuía proptose ocular esquerda e acuidade visual à direita 20/20 e à esquerda 20/25, sem outras alterações.

Figura 1. Endoscopia Nasal de FNE demonstrando tumor vascularizado de concha média.

A Tomografia de seios paranasais com contraste demonstrava uma formação expansiva sólida ovalada na FNE, com intenso realce pelo contraste (padrão vascular) e contornos circunscritos, comprimindo septo nasal e lâmina papirácea (Figura 2). A ressonância magnética demonstrava lesão expansiva sólida com áreas císticas de permeio e intenso realce pelo meio de contraste endovenoso, de contornos regulares e limites definidos, em terço médio e superior cavidade nasal e células etmoidais à esquerda, medindo cerca de 4,1 x 2,8 x 3,2 cm e ocasionava remodelamento ósseo locorregional e obstrução do óstio de drenagem do seio maxilar e do recesso fronto-etmoidal com material secretivo de permeio nestes.

Figura 2. Tomografia computadorizada de seios paranasais corte coronal janela de partes moles com contraste demonstrando tumor extenso em FNE.

Feita, então, abordagem com Cirurgia Endoscópica Nasossinusal (CENS) exclusiva por FNE para exérese da tumoração com auxílio de congelação patológica. Realizada exérese de lesão com posterior confirmação anatomopatológica de Fibroma Ossificante (FO). Paciente evoluiu no pós-operatório sem queixas nasossinuais, epistaxe oriunda do tumor ou queixas oftalmológicas.

**DISCUSSÃO**

O FO é um tumor fibro-ósseo benigno, bem delimitado que se caracteriza por ossificação em faixa que se anastomosam, entremeadas por proliferação fibrosa. É considerado a mais rara entre as doenças que compõem o grupo de doenças fibro-ósseas benignas, sendo bem menos frequente que osteoma e displasia fibrótica.

Geralmente, ocorre entre a terceira e quarta década e é mais comum no sexo feminino. Afeta predominantemente a região da cabeça e pescoço, sendo a mandíbula o lugar mais comum (70% a 80% dos casos), seguida pela maxila, órbita e seios paranasais. O envolvimento nasossinusal é considerado extremamente raro, mais incomum ainda quando originado de concha média.

O FO é subclassificado em duas entidades clínico-histopatológicas distintas segundo a OMS: FO convencional e FO juvenil, a qual é mais característico em menores de 15 anos, mais comum no sexo masculino e de maior agressividade e crescimento rápido.

O FO normalmente se apresenta como um tumor indolor, de crescimento lento, geralmente assintomático. Mas, pode cursar com obstrução nasal, cefaleia, distúrbios olfativos, proptose, alterações visuais. A epistaxe espontânea é um sintoma incomum, apesar de ser um tumor bem vascularizado.

A propeudêutica radiológica é fundamental para o diagnóstico diferencial, delimitação tumoral e escolha da abordagem cirúrgica. No passado, o tratamento era feito por via aberta, porém, atualmente, a CENS para ressecção do FO nasossinusal é a via mais utilizada. Ademais, a abordagem intraoperatória deve ser cautelosa e planejada, visto que o tumor pode estar em contato com estruturas anatômicas relevantes, como a base de crânio e órbita, em meio a um campo cirúrgico sangrento devido à alta vascularização tumoral.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O diagnóstico do FO deve ser suscitado em uma faixa etária mais precoce e também no sexo masculino, inclusive com a presença de sintomas não tão comuns como epistaxe espontânea, devido à alta vascularização do tumor. Além disso, a CENS exclusiva pode ser utilizada de forma eficaz como tratamento para tal doença.

Palavras-chave: FIBROMA OSSIFICANTE; CONCHA MÉDIA; TUMOR ÓSSEO BENIGNO.

PO581

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RINOSSINUSITE CRÔNICA DE DIFÍCIL CONTROLE EM DOIS PACIENTES COM SÍNDROME DE KARTAGENER****AUTOR PRINCIPAL:** JÚLIA RUETE DE SOUZA**COAUTORES:** LEONARDO BRANDINI SANCHES; FELIPE FERRAZ QUINTAL; MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT; LARISSA MOLINARI MADLUM; ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA; GUSTAVO SARAIVA DE ALMEIDA; GUSTAVO PEGOS RODRIGUES COY  
**INSTITUIÇÃO:** PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL**INSTITUIÇÃO:** PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL**Apresentação dos Casos:**

**Caso 1:** Paciente do sexo masculino, encaminhado aos 5 anos com diagnóstico de Síndrome de Kartagener (SK). Apresentava quadro de rinossinusite crônica, otite média secretora e pneumonias de repetição. Aos 17 anos, iniciou quadro de polipose nasossinusal, apesar de tratamento clínico adequado. Foi submetido a duas sinusectomia, sendo a última há um ano, com melhora importante dos sintomas nasossinusais, apesar de recidiva discreta da polipose nasal.

**Caso 2:** Paciente do sexo masculino, encaminhado aos 8 anos por polipose nasossinusal e otite média secretora. Após suspeita de etiologia secundária para a polipose nasossinusal, passou por avaliação multidisciplinar, recebendo diagnóstico de SK. Foi submetido a sinusectomia conservadora e miringotomia com colocação de tubos de ventilação. Em 4 anos, evoluiu com remissão importante dos seus sintomas e recidiva discreta da polipose nasal.

**Discussão:** A síndrome de Kartagener (SK) é um subtipo de discinesia ciliar primária (DCP). Trata-se de doença rara, de caráter autossômico recessivo, marcada pela tríade de situs inversus, bronquiectasias e rinossinusite crônica. Atualmente foram identificados 35 genes relacionados a DCP que afetam os cílios móveis. A prevalência estimada da DCP é de 1:1.530.000 nascidos vivos, dado que pode estar subestimado pela dificuldade do diagnóstico definitivo. A DCP leva comprometimento da depuração mucociliar e pode cursar com infecções respiratórias superiores e inferiores recorrentes, otite média crônica, distúrbios reprodutivos e outros. Situs inversus, que caracteriza a SK, ocorre em aproximadamente metade de todos os casos de DCP.

De acordo com o EPOS 2020, a DCP é um fenótipo de rinossinusite crônica secundária, tipicamente de difícil controle. A imotilidade ciliar ocasiona estase da secreção nasossinusal e inflamação crônica da mucosa, além de propiciar infecções secundárias.

O diagnóstico da RSC baseia-se em sintomas clínicos, como obstrução nasal, rinorreia/descarga posterior, dor ou pressão facial e hiposmia, e em achados compatíveis de nasofibrosopia e tomografia computadorizada de seios da face. No contexto da DCP, em pacientes adultos predominam as queixas de hipo e anosmia, enquanto que na população pediátrica a coriza crônica é um sintoma recorrente. A polipose nasal é normalmente encontrada em seios etmoidais e maxilares, mais acometidos pelo batimento ciliar ineficiente. A polipose nasal em pacientes pediátricos é sugestiva de doenças que cursam com alteração da mobilidade ciliar como a DCP e fibrose cística. Quando se tem a suspeita de DCP como etiologia de RSC, além dos sintomas otorrinolaringológicos, deve-se investigar outros órgãos e sistemas. Exames de imagem do tórax, dosagem de cloro e sódio no suor e exames específicos como testes genéticos, óxido nítrico nasal e microscopia eletrônica dos cílios podem contribuir para o diagnóstico.

O manejo dos pacientes com DCP deve ser precoce, visto que pacientes sem tratamento adequado podem evoluir para piora progressiva da função respiratória.

As medidas clínicas envolvem a irrigação nasal com solução salina e corticoides tópicos. Macrolídeos em dose imunomoduladora por período prolongado são usados para o controle de inflamação e de infecções secundárias. A cirurgia endoscópica nasossinusal, que consiste na ampliação das vias de drenagem dos seios paranasais, permite maior irrigação e acesso aos corticoides tópicos destas cavidades. Ela está indicada após falha do manejo clínico e associa-se à melhora significativa dos sintomas nasossinusais.

**Comentários Finais:** A DCP é um grupo de doenças raras de diagnóstico tardio. Os sintomas nasossinusais estão presentes na quase totalidade dos casos e impactam a qualidade de vida dos pacientes. O diagnóstico precoce é importante para melhor evolução clínica da DCP e deve sempre ser considerado em casos de RSC severos e refratários ou na vigência de polipose nasal em pacientes pediátricos. O tratamento cirúrgico com sinusectomias e o seguimento periódico otorrinolaringológico são partes fundamentais dos cuidados destes pacientes.

**Palavras-chave:** Síndrome de Kartagener; Discinesia ciliar primária; Rinossinusite crônica.

PO583

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Alterações tomográficas dos seios paranasais em um paciente com Pneumosinus Dilatans: um estudo de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** GABRIEL NEVES FARIAS

**COAUTORES:** GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA; GUSTAVO CEDRO SOUZA; ROSANA DUARTE LUZ; MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI; GISLANE BORGES PEREIRA; MARCELO GUIMARAES MACHADO

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ - AL - BRASIL

**Objetivos:**

O objetivo deste estudo foi analisar as alterações tomográficas dos seios paranasais em um paciente diagnosticado com pneumosinus dilatans, identificando as características radiológicas específicas dessa condição. Assim como, discutir as implicações clínicas e possíveis complicações associadas ao pneumosinus dilatans.

**Método:**

Realizou-se um estudo de caso de um paciente com diagnóstico confirmado de pneumosinus dilatans, o qual foi submetido a uma tomografia computadorizada dos seios paranasais, as imagens tomográficas foram analisadas e foram considerados os seguintes parâmetros: expansão dos seios paranasais, espessamento da mucosa, presença de secreção, obstrução das vias aéreas e deformidades ósseas.

**Resultados:**

A tomografia computadorizada revelou expansão significativa dos seios paranasais, especialmente dos seios maxilares e etmoidais. Houve um espessamento acentuado da mucosa dos seios paranasais e observou-se a presença de secreção em alguns seios paranasais, sugerindo infecção secundária.

**Discussão:**

A pneumosinus dilatans é uma condição rara caracterizada pela expansão anormal dos seios paranasais, sem obstrução das vias aéreas. A causa exata da pneumosinus dilatans ainda é desconhecida, mas acredita-se que esteja relacionada a uma alteração na reabsorção óssea. A expansão dos seios paranasais pode levar a sintomas como dor facial, obstrução nasal e cefaleia.

A presença de secreção e inflamação crônica pode levar a complicações, como sinusite crônica e infecções recorrentes. Portanto, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para evitar complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com pneumosinus dilatans.

A expansão dos seios paranasais pode causar desconforto significativo ao paciente, afetando sua qualidade de vida. Portanto, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para evitar complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com pneumosinus dilatans.

A tomografia computadorizada é uma ferramenta útil para avaliar as alterações tomográficas dos seios paranasais em pacientes com pneumosinus dilatans. Ela permite uma visualização detalhada das estruturas anatômicas, identificando alterações como expansão dos seios paranasais, espessamento da mucosa e presença de secreção.

No entanto, é importante ressaltar que a pneumosinus dilatans é uma condição rara e pouco compreendida. Mais estudos são necessários para elucidar sua etiologia e desenvolver abordagens terapêuticas mais eficazes. Além disso, é fundamental que os profissionais de saúde estejam cientes dessa condição e considerem a pneumo dilatans como um diagnóstico diferencial em pacientes com sintomas nasossinusais atípicos.

A tomografia computadorizada é uma ferramenta útil para avaliar as alterações tomográficas dos seios paranasais em pacientes com pneumosinus dilatans. Ela permite uma visualização detalhada das estruturas anatômicas, identificando alterações como expansão dos seios paranasais, espessamento da mucosa e presença de secreção. Essas informações são fundamentais para o diagnóstico correto e o planejamento do tratamento. Mas, é importante ressaltar que a pneumosinus dilatans é uma condição rara e pouco compreendida. Mais estudos são necessários para elucidar sua etiologia e desenvolver abordagens terapêuticas mais eficazes. Além disso, é fundamental que os profissionais de saúde estejam cientes dessa condição e considerem a pneumo dilatans como um diagnóstico diferencial em pacientes com sintomas nasossinusais atípicos.

**Conclusão:**

A pneumosinus dilatans é uma condição rara caracterizada pela expansão anormal dos seios paranasais. A tomografia computadorizada desempenha papel fundamental na avaliação dessas alterações, permitindo um diagnóstico preciso e o planejamento do tratamento adequado. O conhecimento sobre as características radiológicas específicas da pneumosinus dilatans é essencial para garantir um manejo adequado e melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados por essa condição.

**Palavras-chave:** sinusite; tomografia computadorizada; doenças dos seios paranasais.

PO586

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****HAMARTOMA CONDROMESENQUIMAL NASAL EM ADULTO: UM RELATO DE CASO RARO****AUTOR PRINCIPAL:** AFONSO RAVANELLO MARIANTE**COAUTORES:** SIMONE MUNCINELLI JULIO; IGOR GORSKI BENEDETTO; NEIMAH MARUF AHMAD MARUF MAHMUD; SABRINA AMARAL RESCHKE**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL 2. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL ULBRA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**HAMARTOMA CONDROMESENQUIMAL NASAL EM ADULTO: UM RELATO DE CASO RARO****AUTORES:** AFONSO RAVANELLO MARIANTE<sup>1</sup>; IGOR GORSKI BENEDETTO<sup>1</sup>; SIMONE MUNCINELLI JULIO<sup>2</sup>; NEIMAH MARUF AHMAD MARUF MAHMUD<sup>2</sup> E SABRINA AMARAL RESCHKE<sup>2</sup>**HOSPITAL MOINHOS DE VENTO<sup>1</sup>; UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL (ULBRA)<sup>2</sup>****RELATO DE CASO**

Uma mulher de 35 anos apresentava história de sinusopatia de repetição associada a quadros respiratório-pulmonares que ocasionaram múltiplas internações hospitalares no ano de 2023. Ao exame, a paciente apresentava história de obstrução nasal importante no lado esquerdo, com intolerância absoluta à videoendoscopia nasal. Negava epistaxe e alterações oculares. Na sua última internação em julho de 2023 por broncopneumonia, a pedido do médico pneumologista que a acompanhava, realizou o exame de tomografia computadorizada dos seios paranasais sem contraste, que revelou lesão expansiva heterogênea centrada na fossa nasal esquerda, que indefine as conchas superior e média e parcialmente a concha nasal inferior, sem plano de clivagem com septo pelúcido, com densidade de partes moles e extensas calcificações irregulares de permeio, medindo 5,0 x 4,0 x 1,9 cm, as quais lembravam a possibilidade de origem condral/encondroma. Encaminhada para a especialidade de otorrinolaringologia, no fim de agosto de 2023 foi realizada a cirurgia funcional endoscópica nasal e a exérese total da lesão localizada na inserção septal, a qual foi enviada para análise anatomopatológica. A conclusão diagnóstica ao associar o perfil imunohistoquímico aos aspectos histopatológicos e dados clínicos foi consistente com hamartoma condromesenquimal nasal. Após a cirurgia de ressecção, a paciente evoluiu satisfatoriamente e segue em acompanhamento com especialista.

**DISCUSSÃO**

O Hamartoma Condromesenquimal Nasal (NCMH), considerado análogo do hamartoma mesenquimal da parede torácica no trato respiratório superior, é um tumor benigno muito raro do trato sinonasal caracterizado por um crescimento anormal de células e tecidos que são encontrados na região nasossinusal e na nasofaringe e podem consistir de tecidos mesenquimais ou epiteliais. Sua incidência é mais significativa no sexo masculino, ocorrendo em aproximadamente 2/3 dos casos, e manifesta-se predominantemente em crianças, com uma idade média de 14 meses. Relatos desse distúrbio em indivíduos adultos são extraordinariamente raros. Devido à sua aparência agressiva, podem ser confundidas com tumores malignos. As lesões apresentam um crescimento lento e costumam manifestar sintomas tardiamente. Geralmente são observadas como massas não encapsuladas e com margens pouco definidas, frequentemente contendo componentes císticos. Pacientes com NCMH apresentam mais comumente sintomas de obstrução nasal, secreção nasal, sangramento nasal, dor facial e sintomas respiratórios. Esses últimos, mais observados no caso apresentado. Estudos de imagem e endoscopia são necessários para delinear a extensão da lesão e auxiliar na sua excisão, e a ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha com baixas taxas de recorrência na maioria dos casos. O diagnóstico histopatológico diferencial inclui cisto ósseo aneurismoso, condroblastoma, fibroma cendromyxóideo, displasia fibrosa e osteocondroma.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O caso relatado de um Hamartoma Condromesenquimal Nasal (NCMH) da paciente em questão é uma condição extremamente rara caracterizada pelo crescimento anormal de células e tecidos na região nasossinusal e na nasofaringe. Embora seja benigno, o NCMH pode apresentar características que o tornam clinicamente desafiador. Todavia, o desfecho da paciente em questão foi favorável após a conduta do médico pneumologista de solicitar exame de imagem adequado somado à história clínica e à abordagem do otorrinolaringologista para a ressecção completa da lesão. O acompanhamento clínico a longo prazo é importante para monitorar qualquer possível recorrência, embora inusual. Destaca-se a importância do diagnóstico preciso, às custas de uma boa história clínica, exame clínico e de imagem, a fim de se obter o tratamento adequado para essa rara condição nasossinusal.

Palavras-chave: Hamartoma nasal; Caso raro; Sinusopatia.

PO588

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PÓLIPO ANTROCOANAL BILATERAL - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** THAÍS FERRES RAINIERI**COAUTORES:** IAN SELONKE; LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI; MILENA SAYURI OTSUKI; ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA; BRUNO CERON HARTMANN; PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA; GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CRUZ VERMELHA PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente, sexo masculino, 17 anos, previamente hígido, queixa-se de obstrução nasal bilateral, pior a esquerda há 3 anos, associado a cefaleia frontal, gotejamento posterior e sensação de peso em face. Relata também epistaxe unilateral, 2 vezes por semana, em pequena quantidade e autolimitada. Em uso de budesonid, sem melhoras. Fez uso de levofloxacin, prednisolona com melhora de 70% do quadro. Nega sintomas riníticos, otalgia, disfagia, asma. Cirurgia de adenoidectomia aos 5 anos de idade. Ao exame físico, rinoscopia evidenciando massa polipóide em cavidade nasal à esquerda. Otoscopia e oroscopia sem alterações. Durante a nasofibroscopia visualiza-se massa polipóide em grande volume em cavidade nasal à esquerda, impedindo progressão do aparelho e lesão polipóide impedindo progressão do aparelho pelo meato inferior e médio à direita. A tomografia computadorizada de seios da face externa evidenciou extenso pólio na cavidade nasal à direita; pólio antrocoanal no seio maxilar e na cavidade nasal à esquerda; cistos de retenção em seio maxilar, sendo proposto tratamento cirúrgico. A visualização endoscópica nasal mostrou pólipos que se estendiam além do meato médio esquerdo e meato médio à direita. Foi realizada a disseção e retirada do pólio pela cavidade oral, devido ao seu tamanho. Enviado tumor para anatomopatológico. O pós cirúrgico ocorreu sem intercorrências e o paciente recebeu alta após 24 horas da cirurgia.

**DISCUSSÃO**

O pólio antrocoanal é uma lesão benigna extremamente rara quando bilateral, originando-se da mucosa do seio maxilar, atravessando o óstio do seio e atingindo a coana e rinofaringe, podendo estender-se até a orofaringe. A etiologia do pólio antrocoanal ainda é desconhecida. A manifestação clínica mais comum é a obstrução nasal, que pode estar associada a queixa de rinorreia posterior, odinofagia, sensação de corpo estranho, dor facial e, raramente, disfagia ou dispneia. O principal diagnóstico diferencial é o pólio esfenocoanal, devido às suas características clínicas e histologia semelhantes. A diferenciação entre os pólipos coanais é realizada por meio de exames de imagem, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada. No caso em questão, devido ao grande volume de massa nasal e a dificuldade de localizar sua origem, foi utilizado o exame de imagem para diferenciá-la. Essa diferenciação é importante para o procedimento cirúrgico, pois determina a necessidade de manipulação dos seios paranasais e reduz a incidência de recidiva, que é comum nos pólipos antrocoanais. Portanto, durante a cirurgia, foram removidas tanto a implantação do pólio quanto a mucosa adjacente, a fim de evitar recidivas. O tratamento dos pólipos coanais é sempre cirúrgico. Assim, quando não é possível fazer a diferenciação mesmo por meio de exames de imagem, a cirurgia endoscópica é tanto diagnóstica quanto terapêutica. O procedimento realizado no paciente em questão foi bem-sucedido, e um acompanhamento regular está programado para avaliar a recorrência e a resposta a longo prazo.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O pólio antrocoanal nasal é uma condição rara, especialmente quando bilateral, que pode causar impacto funcional e estético significativo, especialmente em crianças em fase de desenvolvimento. O tratamento dessa condição geralmente envolve uma abordagem cirúrgica endoscópica com remoção do pólio. A escolha da técnica cirúrgica pode variar dependendo do tamanho e localização do pólio. É essencial fazer a diferenciação adequada entre os diferentes tipos de pólipos para determinar a abordagem cirúrgica mais adequada. O acompanhamento regular é necessário para avaliar a resposta ao tratamento e detectar possíveis recidivas.

Palavras-chave: POLIPO NASAL; POLIPO ANTROCOANAL; POLIPO BILATERAL.

PO589

## E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

## RELATO DE CASO: HISTOPLASMOSE E DESTRUIÇÃO DA PIRÂMIDE NASAL

AUTOR PRINCIPAL: FERNANDA CHAVES AMANTÉA

COAUTORES: LUIZA CABREIRA BRUST; PEDRO HENRIQUE ZANELLA CATTO; VICTORIA FRÓIS OSS-EMER; GUILHERME DOEHL KNEBEL; CAMILA DEGEN MEOTTI

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

Paciente, 76 anos, masculino, multicomórbido, imunossupresso por HTLV, diagnóstico prévio de síndrome de sjogren e lúpus eritematoso sistêmico, angina instável, além de tuberculose pulmonar tratada em 2019. Estava em acompanhamento ambulatorial desde maio/2023 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) devido à úlcera septal (sem descrição de perfuração), rinorreia purulenta e desabamento de asa nasal esquerda - quadro iniciado há cerca de 1 ano. Realizava lavagem nasal com bálsamo cultivado em seu domicílio diariamente. Iniciada investigação ambulatorial com solicitação de tomografia de seios da face, laboratoriais (sorologias e provas reumatológicas) e avaliação pré-anestésica por plano de biópsia nasal sob anestesia geral. Perdeu seguimento por internação externa por piora cardiológica, quando em julho/2023 procurou novamente HCPA por dor nasal intensa, principalmente em fossa nasal esquerda, piora de rinorreia piossanguinolenta, surgimento de duas perfurações em asa nasal esquerda, perfuração septal anterior ampla com grande acúmulo de crostas. Mantinha lavagem nasal com bálsamo a despeito de contraindicação médica. Revisada tomografia de seios da face realizada, evidenciando apenas provável bola fúngica em seio esfenoidal direito, sem acometimento de outros seios paranasais ou erosões ósseas. Realizada biópsia em consultório por alto risco cardiovascular, mas anatomopatológico (AP) evidenciou tecido necrótico. Optado então por nova biópsia em bloco cirúrgico com anestesia local. AP com inflamação supurativa crônica granulomatosa em pele, pesquisa direta para fungos, cultura para fungos, pesquisa de micobactérias, pesquisa de BAAR, cultura de micobactérias com todas amostras negativas. Cultura de bactérias positiva para staphylococcus aureus e pseudomonas aeruginosa. Em agosto/2023 foram solicitadas revisões das amostras e colorações especiais (prata) com resultado positivo para histoplasmoses. O tratamento do paciente foi iniciado com itraconazol, apresentando melhora do aspecto da lesão e resolução completa da dor. Avaliado pela medicina interna e infectologia, sem achados pulmonares associados. Em setembro/2023 realizada abordagem cirúrgica de seio esfenoidal direito, com AP pendente até a presente data, material com aspecto macroscópico sugestivo de fungo (em concomitância com achados tomográficos), mucosa do seio de aspecto saudável. Paciente assintomático.

Discussão: A infecção por Histoplasma capsulatum, a histoplasmoses, pode ser classificada em infecção primária - normalmente auto-limitada e assintomática - e em um segundo momento como doença disseminada. Essa última, normalmente ocorre em pacientes imunossupressos e pode ser caracteristicamente diagnosticada quando do envolvimento muco-cutâneo por esse patógeno. A histoplasmoses nasal sem acometimento pulmonar é uma entidade rara. O presente caso demonstra de forma importante a necessidade de amplo diagnóstico diferencial com relação à perfuração septal e alterações muco-cutâneas nasais abrindo um leque importante de hipóteses, como: neoplasias, granulomatoses, infecções, trauma crônico e abuso de drogas. A colonização por esse patógeno não ocorre como com Candida ou Aspergillus, assim sendo, o seu isolamento em culturas, exame padrão-ouro para seu diagnóstico, confirmam seu papel na doença, apesar da demora para seu resultado (até 4 semanas). O tratamento para os casos disseminados é normalmente realizado com a anfotericina B.

Comentários finais: Uma boa anamnese, com especial atenção à epidemiologia e hábitos de vida, em contexto de rinossinusite é fundamental para o raciocínio clínico, pois possibilita suspeitar de doenças menos comuns, como a Histoplasmoses, descrita neste caso. No entanto, na presença de outros achados nasais não característicos de tal patologia suspeitada, é importante aventar a presença de outra doença nasossinusal concomitante, como no caso da bola fúngica do paciente relatado.

Palavras-chave: histoplasmoses;perfuração septal;destruição nasal.



PO592

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Perfil epidemiológico da neoplasia maligna da nasofaringe no Brasil

**AUTOR PRINCIPAL:** MATHEUS SANTOS VICENTE DIAS**COAUTORES:** INGRI ROCHAEL AGUIAR XISTO BRITO; LÍVIA THABATA DE OLIVEIRA; CÉSAR ROMERO ANTUNES JÚNIOR; AGNEL TEIXEIRA DOS SANTOS JÚNIOR**INSTITUIÇÃO:** 1. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL2. MEDICINA FTC, SALVADOR - BA - BRASIL3. UNEB, SALVADOR - BA - BRASIL

**RESUMO:** Introdução: A incidência do carcinoma de nasofaringe é rara em todo o mundo, e tem o pico de incidência após os 30 anos, entre os 40-60 anos com declínio após esta idade. Frequentemente, o diagnóstico da neoplasia é realizado em fase avançada, com sintomas e sinais de invasão de base de crânio e acometimento de pares de nervos cranianos. Os sintomas iniciais prodrômicos da doença são raros e constituem-se de obstrução nasal, cefaleia, surdez e otite média. Os fatores de risco envolvidos estão o tabagismo, exposição ocupacional ao cigarro, fumaças químicas e poeira, exposição ao formaldeído e a irradiação. O diagnóstico é realizado através da associação dos exames de imagem da nasofaringe complementados com biópsia da lesão. Em relação ao tratamento de escolha, a radioterapia é indicada para os tumores de estádios iniciais e a associação com quimioterapia para tumores de estádios avançados.

**Objetivos:** descrever o perfil epidemiológico da neoplasia maligna da nasofaringe no Brasil do recorte temporal do estudo.

**Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico observacional com dados secundários do Tabnet DATASUS referentes ao diagnóstico detalhado de neoplasia maligna da nasofaringe nos anos de 2018 a 2022. A filtragem foi feita a partir das variáveis: período entre 2018 a 2022; faixa etária: pediátrica (0-19 anos), adultos (20-64 anos), idosos (>64anos) e sexo (masculino e feminino). Resultados: foram analisados 5821 casos de neoplasia maligna da nasofaringe no Brasil entre 2018 a 2022, sendo destes 3979 (68,4%) casos do sexo masculino e 1842 casos (31,6%) do sexo feminino. Com relação à faixa-etária, um total de 266 casos – 4,6% do total – foi observado na população pediátrica (0-19 anos), enquanto na população adulta (20-64 anos) foi observado um número de 3932 casos – 67,5% do total – no mesmo período e na população idosa (65+) um total de 1.623 casos (27,9%). Foi observado que independente da faixa-etária, os casos do sexo masculino foram sempre superiores aos do sexo feminino. Além disso, um pico de diagnósticos foi observado nos anos de 2021 e 2022 com 46,8% dos casos. Disparadamente, a faixa-etária compreendida entre 20 a 64 anos corresponde à maioria do número de casos (67,5%).

**Discussão:** O estudo apontou que a população masculina foi a mais acometida pela neoplasia maligna da nasofaringe (68%) no Brasil nos anos de 2018 a 2022, tendo um destaque para a faixa-etária compreendida entre 20 a 64 anos. Tal fato condiz com a análise feita por Chedid et. al. que em seu estudo de 2008 concluiu que a idade média do aparecimento da neoplasia maligna de nasofaringe é de 46 anos, sendo 76% do sexo masculino. Ademais, a população masculina é mais adepta ao ato de fumar do que a feminina, o que se caracteriza como um fator de risco para a neoplasia de nasofaringe, podendo ser uma possível causa para a discrepância dos diagnósticos entre os sexos.

**Conclusão:** Pôde-se concluir que houve um maior número de neoplasia maligna de nasofaringe na população brasileira do sexo masculino, assim como observa-se um destaque para a faixa-etária dos 20 aos 64 anos, em que houve maior diagnóstico. Além do mais, destaca-se os anos de 2021 e 2022 com maior número de casos, apresentando um número crescente de diagnósticos. Dessa forma, fazem-se necessárias medidas públicas para ampliar a disseminação de conhecimento à cerca da neoplasia e facilitar seu diagnóstico.

**Palavras-chave:** perfil epidemiológico ;Neoplasia maligna ;Nasofaringe .



PO593

## E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

## HEMANGIOMA INFANTIL EM PONTA NASAL: RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: YASMIN DE REZENDE BEIRIZ

COAUTORES: THIAGO LOUREIRO MENDES; AMÉRICO CARNELLI BONATTO; GUSTAVO SASSO BENSO MACIEL; JOSÉ MARCELO CORASSA; PAULA COLI MENDES LIMA; BRENNO AUGUSTO SEABRA DE MELLO NETTO

INSTITUIÇÃO: 1. HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. EMESCAM, VITÓRIA - ES - BRASIL3. MULTIVIX, VITÓRIA - ES - BRASIL4. HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA - ES - BRASIL5. HOSPITAL SANTA PAULA, VITÓRIA - ES - BRASIL6. HOSPITAL OTORRINOS DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

## APRESENTAÇÃO DO CASO

J.M.F, sexo feminino, 7 meses de idade, nascida a termo e sem alterações sistêmicas, foi trazida ao consultório por seus responsáveis com encaminhamento do pediatra devido a um hemangioma infantil em nariz, acometendo principalmente região de ponta (Figura 1).

Clinicamente a lesão se apresentava como um hemangioma de rápido crescimento e coloração violácea, com limites nítidos e de superfície lisa, sem sinais de fístula e sem frêmitos, comprometendo quase toda a extensão nasal (Figura 2). O importante acometimento da região nasal não comprometia a amamentação e tampouco a respiração, porém a aparência incomodava a mãe da paciente, e poderia, no futuro, acarretar em prejuízos sociais e dificuldade de socialização da criança.

Após o diagnóstico, foi iniciado tratamento com cloridrato de propranolol 1mg/kg/dia. Essa foi a terapêutica escolhida pela não involução espontânea do hemangioma até a data da primeira consulta com a equipe de cirurgia vascular. O tratamento foi seguido por consulta bimestrais para acompanhamento, com reajuste da dose de acordo com o peso da paciente. Durante o tratamento, os sinais vitais foram acompanhados pelo pediatra, e não houve nenhuma alteração ou complicação decorrente do uso do medicamento. Após dois anos de tratamento, observou-se remissão satisfatória do hemangioma (Figura 3), tendo permanecido massa gordurosa residual (Figura 4), ocorrência vista mais frequentemente em hemangiomas nasais, que será ressecada pelo serviço de cirurgia plástica quando a paciente completar doze anos de idade, reduzindo assim risco de lesões iatrogênicas inerentes à intervenções cirúrgicas em áreas cartilaginosas de pacientes com traços da face em desenvolvimento. No momento, a paciente se encontra em acompanhamento, sem medicação.

## DISCUSSÃO

O hemangioma Infantil é o tumor benigno mais comum da infância. São mais comuns em pacientes do sexo feminino. Seu crescimento ocorre de forma mais acelerada de 1 a 3 meses de vida. Nos hemangiomas infantis, como existe grande tendência à regressão espontânea, normalmente adota-se conduta expectante, atentando-se ao desenvolvimento de complicações. Dessa forma, quando indicado tratamento, as opções incluem terapias sistêmicas, como cloridrato de propranolol oral 1-3mg/kg/dia e intervenções locais como laser e cirurgia.

## COMENTÁRIOS FINAIS

O caso apresentante uma opção para tratamento de hemangiomas em ponta nasal. O propranolol representa a primeira linha para hemangioma infantil devido à sua grande eficácia e segurança.

Palavras-chave: Hemangioma; Hemangioma Infantil; Nariz.

**PO600****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE NASOFARINGE: DIAGNÓSTICO TARDIO.****AUTOR PRINCIPAL:** RODRIGO BARRETO RODRIGUES CONDÉ**COAUTORES:** ANA PAULA DE SOUZA LIMA; BRUNA FIGUEIRA BRAGA; LUIZA MARIA DIAS; JULIANA LAINO RIBEIRO; CORA PICHLER DE OLIVEIRA; LAURA GONÇALVES MOTA; LANA PATRICIA SOUZA MOUTINHO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Apresentação do Caso:**

R.N.G.F., 56 anos, pardo, sexo masculino, portador de diabetes mellitus, nega tabagismo, veio ao ambulatório encaminhado de outro serviço, apresentando quadro de obstrução nasal e epistaxe bilaterais há seis meses, associado à dor em topografia de seios maxilares e perda ponderal aproximada de sete quilos nesse período. Apresentava história patológica pregressa de remoção cirúrgica de pólipos nasais, há cerca de quinze anos.

Ao exame físico inicial evidenciava secreção serossanguinolenta em fossa nasal direita e linfonodomegalia indolor e rígida em topografia cervical posterossuperior direita. Sucedeu-se, respectivamente, com a realização de endoscopia nasal, tomografias de seios da face, crânio, pescoço e tórax sem e com contraste, e ressonância nuclear magnética com contraste. Aos exames evidenciou-se volumosa formação expansiva, com densidade de partes moles, infiltrativa, captante de contraste, envolvendo rinofaringe, fossas nasais, seios esfenóides, maxilar e cavernoso à direita, região paravertebral anterior; além de pequenas lesões nodulares, irregulares, contínuas e com realce anelar ao contraste, em topografia de corpo caloso. Posteriormente foi realizada biópsia da lesão, a qual constatou carcinoma de células escamosas de nasofaringe, localmente avançado, pouco diferenciado, com implante único em corpo caloso.

Paciente foi estadiado em T4 N0 M0 (estágio IVA). Realizou-se uma junta médica com equipe multidisciplinar para discutir a proposta terapêutica e foram definidas quimioterapia e radioterapia exclusivas. Ficou hospitalizado por um período de três meses, realizou tratamento proposto, porém apresentou piora progressiva do estado geral e evoluiu a óbito.

**Discussão:**

Carcinoma de nasofaringe é um tipo particular de tumor maligno nasossinusal, com incidência mundial anual próxima a 1:100.000 habitantes, porém em algumas regiões é mais comum, como por exemplo o sudoeste asiático. Alguns dos motivos desse aumento da incidência em determinadas localidades ocorre devido à estreita relação do tumor com o vírus Epstein Baar, fatores genéticos e dietéticos. Tem-se observado um declínio na incidência e mortalidade por esta patologia na última década, possivelmente devido a mudanças no estilo de vida e diagnóstico e tratamento realizado de formas mais precoces.

Com frequência os portadores dessa neoplasia apresentam-se com adenopatia cervical, comumente indolor, que com a progressão da doença pode ocasionar rigidez e dor cervical aos movimentos de rotação e extensão respectivamente. Outra forma comum de manifestação clínica é otite média secretora unilateral devido a disfunção tubária, levando a queixa de diminuição da acuidade auditiva e plenitude aural ipsilaterais. Obstrução nasal e epistaxe também não são sintomas raros e o envolvimento de pares cranianos pode ocorrer em casos mais avançados, onde há extensão do tumor para a base do crânio.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o carcinoma nasofaríngeo pode ser classificado em três tipos histopatológicos: carcinoma de células escamosas queratinizadas, carcinoma diferenciado não queratinizado e carcinoma indiferenciado não queratinizado. Para estabelecer o diagnóstico e realizar o estadiamento da doença é imprescindível a realização de exames complementares, tais como endoscopia nasal, biópsia do sítio primário, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética contrastados de crânio, seios da face, pescoço e mediastino. A taxa de sobrevivência aos cinco anos para doentes em estágio IVA é entre 30 a 40%.

O tratamento de escolha para casos em estágio inicial é a radioterapia exclusiva, porém a maioria dos pacientes são diagnosticados com a doença localmente avançada e a base do tratamento consiste em quimiorradioterapia.

**Comentários Finais:**

Atribuímos o desfavorável desfecho do paciente ao diagnóstico realizado de forma tardia, onde a doença já se encontrava localmente avançada quando foi admitido em nosso serviço. Isso reforça a importância de exame físico e anamnese detalhados e não protelar a realização de exames complementares, quando houver indicação.

Palavras-chave: carcinoma de células escamosas; nasofaringe; diagnóstico tardio.

## PO602

## E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

Características clínicas de pacientes com RSCcPNS submetidos a teste de provocação com AINES.

**AUTOR PRINCIPAL:** CHRISTIANO COLUCCI DE MELLO VILLELA

**COAUTORES:** CLAUDIA VALETE; PRISCILA NOVAES FERRAILOLO; SERGIO DUARTE DORTAS JUNIOR; HUGO FERREIRA ALVES; GIOVANNA PROENÇA MARIN; LORENA CARVALHO DOS SANTOS

**INSTITUIÇÃO:** UFRJ, RJ - RJ - BRASIL

O objetivo deste trabalho é associar a positividade do teste de provocação oral com AINES em pacientes com RSCcPNS, com dados clínicos, epidemiológicos e diagnóstico de Doença Respiratória Exacerbada pelos AINES (DRE-AINES). **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo transversal e retrospectivo com pacientes atendidos em um ambulatório de rinologia e imunologia de um hospital universitário. Foram incluídos pacientes com diagnóstico de RSCcPNS (EPOS2020), a partir de 18 anos, nos quais havia dúvida diagnóstica quanto a história de hipersensibilidade aos AINES, segundo EAACI position paper (1). O teste de provocação foi realizado segundo o protocolo do hospital, baseando-se no quadro 1.

**RESULTADOS:** Foram incluídos 11 pacientes com RSCcPNS, com média de 52,55 anos (DP +/- 10,87 anos), sendo sete (63,6%) mulheres e quatro (36,4%) homens, sete (63,6%) de raça branca e quatro (36,4%) de raça parda. Oito (72,7%) tinham asma, sendo três (37,5%) leves, duas (25%) moderadas e três (37,5%) graves. O início do aparecimento da RSCcPNS foi de 32 a 58 anos (mediana de 40 anos) e do aparecimento da asma foi de 15 a 59 anos (mediana de 35,5 anos). Os pacientes foram submetidos entre 1 e 5 cirurgias (mediana= 2), com tempo de recidiva entre as cirurgias de 5 a 72 meses (mediana= 15 meses). O teste de provocação foi realizado com administração de AAS em oito (72,7%), celecoxibe em dois (18,2%) e dipirona em um (9,1%). Sete (63,6%) pacientes não tiveram reação, dois (18,2%) tiveram reação local e dois (18,2%) tiveram anafilaxia. O único paciente que não precisou de medicação de suporte não tinha asma. Os sintomas apresentados foram: Obstrução nasal e/ou rinorréia (100%), dispneia (50%), hiperemia conjuntival (25%), urticária (25%). O tempo de observação após o teste de provocação variou de 2 a 3 horas (mediana de 2 horas e meia).

**DISCUSSÃO:** Em nosso estudo, a positividade do teste de provocação em pacientes com RSCcPNS foi de 36,4% dos casos, sendo mais frequente entre os homens, os de raça branca, os com asma moderada a grave e que apresentavam um tempo de recidiva de polipose nasossinusal pós-cirúrgico menor. Porém, pelo nosso tamanho amostral, não se pode inferir validade estatística. Dentre os pacientes com teste de provocação positivo, tivemos frequência igual (50%) entre homens e mulheres, divergindo da literatura, a qual relata 57 a 75% de prevalência entre as mulheres, o mesmo ocorre na gravidade dos sintomas.(Gimeno et al.;(5). A raça branca prevaleceu em todos os pacientes com teste positivo. Gimeno et al. relata que na literatura carece de estudos a respeito de etnias (5). Dentre os nossos oito pacientes com asma, três (37,5%) apresentaram teste de provocação positivo, comparado a 20% a 43% relatados na literatura (Gimeno et al. ;). Observamos também 60% de positividade entre os casos de asma moderada a grave, associação anteriormente relatada por (Borges et al.) (4) Andrade et.al (3). Segundo makowska et al. 10% dos que apresentaram hipersensibilidade aos AINES, entre pacientes com RSCcPNS e asma, manifestaram apenas sintomas cutâneos como urticária ou angioedema, número de 12,5% em nosso estudo.(2). Szczeklik et al. com 500 pacientes positivos ao teste de sensibilidade relata a prevalência de: dispneia (88%), 50% em nosso estudo, congestão nasal (42%) 100% em nosso estudo, urticária (20%) 25% em nosso estudo, hiperemia conjuntival (15%) 25% em nosso estudo e choque anafilático (6%) 0% em nosso estudo(6). A idade de início da DRE-AINES varia entre a 3 e 4 década de vida, em nosso estudo variou entre 4 e 5 década, talvez devido a demora até a realização do teste diagnóstico(1). Szczeklik et al.(6) refere média de início da asma aos 31 anos e RSCcPNS aos 35.2, valor de 30 e 50 anos em nossos testes positivos respectivamente, assim como média de polipectomias de 3 cirurgias, valor de 2 em nosso estudo.

**CONCLUSÃO:** Observamos que a positividade do teste de sensibilidade foi mais frequente em casos mais graves de asma e com menor tempo de recidiva da polipose nasossinusal pós-cirúrgicas.

**Palavras-chave:** DRE-AINES;RSCcPNS;AINE.

PO607

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CARCINOMA NUT: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ANNA KAROLYNA RODRIGUES CUNHA**COAUTORES:** RAFAELA FURTADO DE MENDONÇA PICININ MARTINS; MATHEUS MATOS MOHALLEM; ISABELA CAROLINE DA SILVA RODRIGUES; GABRIEL COELHO SOARES MORAES; MATEUS PINTO RIBEIRO; TIAGO FRAGA VIEIRA; MIRIAN CABRAL MOREIRA DE CASTRO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL**Apresentação do caso**

Paciente, sexo feminino, 25 anos, iniciou com obstrução nasal bilateral e dor em hemiface esquerda. Evoluiu com edema em hemiface esquerda, edema periorbitário esquerdo, turvação visual e dor em olho esquerdo. A paciente foi admitida em serviço hospitalar com insuficiência respiratória, epistaxe bilateral e dor óssea em toda a extensão da coluna. Ao exame físico, apresentava lesão de aspecto tumoral obstruindo as fossas nasais, linfonodomegalias cervicais múltiplas, edema bpalpebral e proptose ocular importante à esquerda. A tomografia computadorizada de face revelou formação expansiva sólida, envolvendo a asa maior do esfenóide esquerdo, estendendo-se ao plano muscular adiposo extracraniano e à gordura extraconal da órbita ipsilateral, determinando proptose deste lado e comprometendo difusamente os seios paranasais<sup>1</sup>. A ressonância magnética da coluna evidenciou múltiplas lesões nas estruturas vertebrais e arcos costais, compatíveis com infiltração neoplásica. A tomografia computadorizada de pescoço mostrou múltiplas linfonodomegalias nas cadeias cervicais bilaterais, de aspecto neoplásico. O exame anatomopatológico da lesão nasal foi compatível com neoplasia de pequenas células pouco diferenciada, apresentando fragmentos de mucosa respiratória infiltrados por células pequenas e atípicas. O estudo imuno-histoquímico constatou neoplasia maligna epiteloide, devendo-se considerar a possibilidade de carcinoma NUT. A cintilografia óssea demonstrou múltiplos implantes secundários à doença de base, com acometimento dos ossos do crânio, úmeros, ulnas, escápulas, manúbrio e corpo do esterno, gradil costal, todos os segmentos da coluna vertebral, ossos da pelve e fêmures. Como terapêutica, a paciente foi submetida à radioterapia hemostática da lesão nasal, radioterapia descompressiva em topografia lombar e quimioterapia semanal com cisplatina e gencitabina. Evoluiu com sarcopenia, caquexia neoplásica, neutropenia febril e infecção por *Clostridium difficile*. Dois meses após a admissão, a paciente foi a óbito com choque séptico de foco abdominal por colite pseudomembranosa.

1. Tomografias de face com lesão heterogênea comprometendo difusamente os seios paranasais.

**Discussão**

O carcinoma NUT é um tumor maligno raro e altamente agressivo. É um subtipo de carcinoma escamoso, caracterizado pela translocação do gene NUTM1. Apenas cerca de 300 casos foram relatados até o momento. Homens e mulheres são igualmente afetados e a idade média de diagnóstico é aos 30 anos. A sobrevida média é de 6 meses. O tumor ocorre principalmente em estruturas da linha média das vias aéreas superiores ou do mediastino. Os locais mais comuns são pulmão, mediastino, cavidade nasal e trato sinusal. Frequentemente, o local do tumor primário não é identificado, pois o diagnóstico costuma ocorrer em uma fase avançada, já com comprometimento metastático. Os tumores são heterogêneos e os exames de imagem não possuem características distintivas específicas. Algumas características histológicas podem ser indicativas, como o monomorfismo das células de tamanho pequeno a médio. O diagnóstico advém do estudo imuno-histoquímico, através de um anticorpo monoclonal específico que reconhece a proteína NUTM1. Atualmente, não existe uma terapia padrão eficaz. Os pacientes geralmente são tratados com uma combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Não há recomendação de nenhum regime quimioterápico, mas comumente são feitos esquemas à base de platina. Novas terapias moleculares direcionadas ao mecanismo oncogênico estão em desenvolvimento, como os inibidores de histona desacetilase e os inibidores de BET.

**Comentários finais**

O carcinoma NUT é um tumor raro e com pequeno número de pacientes, o que dificulta a avaliação estatística de diferentes tratamentos. Muitos casos são subdiagnosticados devido ao desconhecimento acerca desse tumor. Aumentar a conscientização proporcionará aos pacientes o diagnóstico correto e permitirá que novas estratégias terapêuticas e protocolos clínicos sejam desenvolvidos.

Palavras-chave: Carcinoma NUT; Neoplasia epiteloide; Tumor nasal.

PO612

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CARCINOMA DE DUCTO SALIVAR EM ESPAÇO PARAFARÍNGEO – RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** OTÁVIO MARANA MIELI**COAUTORES:** ISABELLA BEZERRA FREITAS; MARINA LOTUFO ESVAEL RODRIGUES; EDWIN TAMASHIRO; LUCAS DE SOUZA CAVALCANTI; FELIPE OLIVEIRA PIRES; ALEMER CORTAT DE QUEIROZ**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

Paciente masculino, 64 anos, encaminhado após avaliação com equipe de cirurgia de cabeça e pescoço devido à paralisia facial periférica e obstrução nasal.

À consulta, referia paralisia hemifacial à esquerda de início há 60 dias. Além disso, apresentava tontura em desequilíbrio e otalgia à esquerda com início pouco após a paralisia. Queixava-se de obstrução nasal há 5 anos, pior à esquerda, progressiva. Como antecedentes de importância, referia adenoma pleomórfico de parótida à esquerda, removido em serviço externo com parotidectomia subtotal em 1990 e parotidectomia total em 1991 após diagnóstico de lesão residual. Em ambos os casos refere diagnóstico de adenoma pleomórfico, não sendo indicado, à época, complementação do tratamento cirúrgico.

Ao exame físico, com as seguintes alterações dignas de nota: otoscopia à esquerda com região friável, vascularizada e hiperemiada em conduto auditivo externo; paralisia facial periférica à esquerda grau III na escala de House-Brackman; desvio septal em bloco para direita e massa em fossa nasal esquerda evidenciadas à nasofibrosopia; nodulações palpáveis em cadeia cervical anterior à esquerda.

Paciente trazia laudos e imagens para a consulta. À ressonância nuclear magnética, destacava-se formação nodular sólida heterogênea com realce pós-contraste no aspecto posterior da cavidade nasal à esquerda com obliteração do tórus tubário, medindo cerca de 3,6x2,4 cm; alteração do sinal junto ao ápice do osso petroso esquerdo com realce pelo contraste com espessamento nervo facial e das paredes dos condutos auditivos à esquerda, envolvendo o complexo dos VII e VIII pares de nervos cranianos. À tomografia computadorizada de seios da face, destacava-se formação polipoide de contornos bem definidos localizada no região posterior da cavidade nasal esquerda, estendendo-se à coluna aérea da nasofaringe e determinando importante efeito compressivo locorregional, com aparente remodelagem óssea adjacente e obstrução do tórus tubário, com realce heterogêneo pelo contraste.

Realizou-se biópsia da lesão nasal ambulatorialmente, mas sem resultado conclusivo. Como paciente sem diagnóstico e com importante queixa de obstrução nasal, optado cirurgia endoscópica nasal para remoção da lesão e envio ao estudo anatomopatológico.

Paciente foi submetido à cirurgia, com este achado: lesão em fossa nasal esquerda abaulando região posterior do septo nasal, com inserção em parede inferior do esfenóide, parede lateral da nasofaringe e cauda da concha inferior esquerda. Lesão amolecida e encapsulada.

No retorno pós-operatório, houve melhora importante da obstrução nasal. Checado resultado do anatomopatológico da massa nasal: adenoma pleomórfico celular com focos de atipias sugestivos de transformação maligna. Esses focos mostram achados morfológicos e imunoistoquímicos sugestivos de transformação para carcinoma de ducto salivar.

Diante da confirmação de transformação maligna, paciente foi prontamente encaminhado à equipe de oncologia, pra continuidade de cuidado, não comparecendo aos demais retornos.

Esse relato visa a descrever a correlação do adenoma de parótida apresentado pelo paciente no passado com a condição diagnosticada em nosso serviço. Além disso, pretendemos auxiliar na ampliação do leque de opções diagnósticas para pacientes como esse, que apresentam diversas manifestações otorrinolaringológicas que devem sempre, em primeira análise, ser encaradas em conjunto, buscando-se uma causa comum para todos os comemorativos do quadro.

Palavras-chave: CARCINOMA DUCTO SALIVAR; CARCINOMA EX-ADENOMA PLEOMÓRFICO; CARCINOMA ESPAÇO PARAFARÍNGEO.

PO614

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Caso raro de Neuroblastoma: fatores diagnóstico correlacionados com a Imuno-histoquímica

**AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE FERREIRA WANDERLEY**COAUTORES:** PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA; KELVIN LEITE MOURA; MARINA MENDONÇA DE MIRANDA; DAMÁCIO SOARES PAIVA; RAYANE BEZERRA FREITAS; YASMIM BARROS SILVEIRA; WENDELL DE PAIVA LEITE**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CAICÓ - RN - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL**Apresentação do Caso**

B.J.S, masculino, 34 anos, comparece ao serviço especializado do Hospital Universitário com queixa de obstrução nasal há cerca de um ano e meio, progressiva, sobretudo à direita, associada a epistaxes ipsilaterais recorrentes e progressivas. Há cerca de 9 meses, evoluiu com abaulamento em região malar direita e em região palatal ipsilateral. Relata dificuldade para dormir e borramento visual esporádico. O exame nasal apresenta extensa lesão em cavidade nasal direita, de aspecto eritematoso, ocluindo completamente a narina direita e rechaçando o septo nasal contra-lateralmente, ocluindo parcialmente a cavidade nasal esquerda. Ao exame otológico, apresenta canais auditivos externos sem alterações, membranas timpânicas esquerda íntegra e direita opaca e hiperemiada. Em tempo, apresenta abaulamento palatal à direita e discreta restrição do movimento ocular à direita, além de abaulamento da região lateral nasal direita. A Tomografia Computadorizada de Crânio evidenciou formação tecidual expansiva sólida hipervascularizada de aspecto invasivo com remodelação/reabsorção, acometendo parte da face à direita, atingindo forame esfenopalatino, fossa pterigopalatina, cavidade nasal, lúmen da rinofaringe e da orofaringe, trabeculado etmoidal, seios maxilar e frontal, órbita direita, espaço mastigatório, subcutâneo da face (frontal e maxilar) e parcialmente a placa cribiforme, septo nasal, conchas nasais à direita e palato duro. A formação mede cerca de 7,7 x 7,5 x 5,5cm. O anatomopatológico evidenciou lesão de células fusiformes em estroma edematoso e ricamente vascularizado. A imunohistoquímica revelou inicialmente angiofibroma nasofaríngeo, mas devido ao padrão epidemiológico e evolução natural atípica da doença, solicitou-se Ressonância Magnética (RM) do Encéfalo e dos Seios da Face para melhor elucidação dos limites da lesão a revisão da Imunohistoquímica com coleta de novo material histológico. A RM evidenciou neoplasia agressiva hipervascularizada na hemiface direita (acometendo faringe, cavidade nasal, seios da face e órbita direita), associado a linfonodomegalias nos níveis II-A, I-B e intraparotídeo à direita; exoftalmia direita grau III e espessamento paquimeníngeo frontobasal à direita. Revelou, também, expansão encefálica entre o IV ventrículo e o forame de Luschka, de aspecto neoplásico. A revisão e ampliação da imuno-histoquímica revelou uma lesão consistente com Neuroblastoma olfatório de Grau II. O desfecho do caso foi o encaminhamento ao hospital referência de câncer, o qual está realizando quimioterapia neoadjuvante, para programar a ressecção do tumor.

**Discussão**

Os angiofibromas nasofaríngeos são tumores raros observados mais frequentemente em adolescentes do sexo masculino. A lesão é localmente invasiva, com envolvimento local da cavidade nasal e dos seios paranasais, podendo ser extenso, com invasão ocasional da base do crânio. Nesse contexto, o parecer inicial da imunohistoquímica para o paciente do caso levou à dúvida diagnóstica por parte da equipe, tendo em vista o distinto padrão epidemiológico, uma vez que a história da doença atual iniciou na fase adulta e com abrupta progressão dos sintomas e das dimensões da lesão.

Já o neuroblastoma olfatório, também conhecido como estesieneuroblastoma, é um tumor maligno raro de origem neuroectodérmica com diferenciação neuroendócrina, com a maioria dos casos ocorrendo entre 35 e 70 anos e idade média de 53 anos, o que corrobora, epidemiologicamente, com o presente caso clínico. Além disso, as manifestações clínicas também são sugestivas, visto que o neuroblastoma olfatório se caracteriza pela obstrução nasal (sintoma mais comum), além de epistaxe, secreção nasal e/ou dor. Quando os sintomas nasais estão presentes, o exame físico geralmente revela uma massa polipóide marrom-avermelhada localizada no alto da cavidade nasal.

**Comentários Finais.**

O presente relato evidencia a relevância do olhar clínico e epidemiológico em conjunto com o estudo anatomopatológico para estabelecer correlações concretas para a definição da etiopatogenia da doença e para a adequada medida terapêutica.

**Palavras-chave:** Estesieneuroblastoma Olfatório; Diagnóstico Diferencial; Imuno-Histoquímica.



PO615

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****LINFOMA EXTRANODAL DE CÉLULAS NK-T TIPO NASAL COM INFECÇÃO SECUNDÁRIA POR ASPERGILLUS COMO CAUSA DE PERFURAÇÃO SEPTAL****AUTOR PRINCIPAL:** HEMILY IZABEL ALVES NEVES**COAUTORES:** GUILHERME LUIS DA SILVA FRANCHE; MARINA ZOTTIS DE DEUS VIEIRA; BERNARD SOCCOL BERALDIN; LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO; ISABEL SAORIN CONTE; LUANA VIEIRA MARGHETI; MATEUS DOS SANTOS TAIAROL**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

D.B.M., 66 anos, sexo feminino, tabagista. Há 17 meses iniciou quadro de edema facial, rinorreia esverdeada e epistaxe recorrente, associado à lesão ulcerada em palato causando odinofagia. Relatou perda ponderal de 10kg no período devido a dor. Negava febre, calafrios ou sudorese noturna. Notou ainda selamento nasal progressivo durante este período. Foi encaminhada para serviço terciário para investigação conjunta com equipe de otorrinolaringologia, cirurgia de cabeça e pescoço e infectologia. Realizada biópsia da lesão de palato, que revelou presença pseudo-hifas e hifas em meio a material necrótico - Sem sinais de neoplasia no material analisado. Após tratamento com Fluconazol 300mg/semana por 4 semanas, apresentou regressão completa da lesão de palato, que já não era presente no momento da avaliação com equipe de otorrinolaringologia.

Na avaliação otorrinolaringológica a paciente apresentava nariz em sela. Oroscopia com úvula edemaciada e secreção purulenta em orofaringe, sem lesões atuais em palato. Otoscopia sem alterações. Endoscopia nasal com fossa nasal recoberta de crostas e secreção purulenta, dificultando progressão do aparelho, perfuração septal ampla. Laringoscopia com identificação de edema difuso da laringe. Realizada biópsia de mucosa nasal, remoção de crostas e aspiração de conteúdo purulento para análise.

Anatomopatológico demonstrou mucosa nasal ulcerada com denso infiltrado de células redondas grandes e intermediárias atípicas, e imunoistoquímica consistente com um linfoma de células T/NK extranodal, subtipo nasal, com positividade para os marcadores: CD3, CD43, CD7, CD56, Granzima-B, EBV, Ki-67. Cultura para fungos com crescimento de *Aspergillus fumigatus* sensu lato e bacteriológico com identificação de MSSA. Sorologias com IgG e IgM positivos para o vírus Epstein-Barr.

A paciente foi encaminhada para avaliação com hematologia para estadiamento, onde recebeu indicação de início do protocolo SMILE.

**DISCUSSÃO**

O linfoma de células NK/T tipo nasal é um subtipo raro de linfoma não-Hodgkin, de comportamento altamente agressivo, que corresponde a 0,017% de todos os linfomas. Sua distribuição é mais comum em países asiáticos e em populações indígenas da América Latina. A idade média de apresentação é por volta dos 50 anos, sendo mais comum no sexo masculino, na proporção 2:1. Possui íntima relação com a infecção pelo vírus Epstein-Barr, e na ausência deste, o diagnóstico deve ser reconsiderado.

A doença costuma manifestar-se de forma infiltrativa na linha médio-facial sobre os tecidos adjacentes, podendo levar à necrose e destruição óssea, causando perfuração septal e de palato. Seus sintomas iniciais geralmente são inespecíficos, e consistem em rinorreia purulenta, obstrução nasal e epistaxe recorrente, o que torna difícil a sua diferenciação clínica de outras rinossinusites infecciosas ou inflamatórias. Dentre seus diagnósticos diferenciais, deve-se considerar doenças infecciosas como sífilis, leishmaniose, tuberculose, infecções fúngicas, granulomatoses e outras neoplasias.

O diagnóstico requer a realização de biópsia da região acometida, associada com avaliação imunohistoquímica. Devido a frequente presença de necrose tecidual, a biópsia necessita da coleta de um fragmento amplo. A imunohistoquímica geralmente consiste em positividade para CD2, CD56, CD3 citoplasmático e grânulos citotóxicos (como granzima B), e negativos para CD3 superfície.

É frequente a existência de infecções secundárias em casos mais avançados. A infecção (bacteriana ou fúngica) deve ser prontamente tratada para evitar sua disseminação e evolução para sepse. A terapia de eleição é a associação de quimioterapia associada com radioterapia. O prognóstico é frequentemente desfavorável, com evolução rápida e agressiva e a recidiva é comum.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O linfoma de células NK/T tipo nasal é um subtipo raro e agressivo de linfoma não-Hodgkin. Sua evolução é agressiva e portanto o diagnóstico precoce é essencial. Sua correlação com infecção pelo EBV está bem estabelecida e alguns autores defendem que a carga viral pode ser marcador prognóstico importante.

Palavras-chave: LINFOMA NK/T TIPO NASAL; ASPERGILLUS; PERFURAÇÃO SEPTAL.



PO616

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

"Evolução Favorável em Carcinoma indiferenciado de fossa pterigopalatina invadindo seio cavernoso e fissura orbitária inferior - relato de caso"

**AUTOR PRINCIPAL:** GIOVANNA FERREIRA GOMES

**COAUTORES:** FABIO DE AZEVEDO CAPARROZ; GUSTAVO GONÇALVES MACIEL; THAIS GUERRA DA CUNHA; MARIANA NEVES CERATTI; PAULA BELONE GARCIA; JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE; GUILHERME HENRIQUE FERREIRA DAMASCENO

**INSTITUIÇÃO:** 1. INSTITUTO MANIGLIA - HIORP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL2. HIORP - INSTITUTO MANIGLIA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL

**Objetivo:** O presente relato objetiva evidenciar evolução de um caso de tumor do tipo NUT, sem recidivas após tratamento clínico e cirúrgico.

**Métodos:** Relato de caso e revisão de literatura.

**Apresentação do caso:** J.A.P.M, 51 anos, sexo masculino, sem comorbidades, procurou atendimento em Hospital de Otorrino e Especialidades (HIORP) em julho de 2022, relatando hipoestesia de hemiface a direita, zumbido e cefaleia frontal ipsilateral, com 1 mês de evolução, com exame físico otorrinolaringológico sem alterações. Realizada ressonância nuclear magnética (RNM), que evidenciou lesão expansiva sólida com epicentro na fossa pterigopalatina à direita com extensão para fossa orbitária inferior e extensão para seios etmoidal posterior e esfenoidal, sugerindo correlação paraneoplásica.

Após dois meses, o paciente foi submetido a embolização pré-operatória da lesão, devido a localização em território altamente vascularizado. Em seguida, foi realizada a exérese do tumor de região pterigopalatina a direita, com acesso de Degloving médio-facial e acesso combinado endoscópico endonasal. O seio cavernoso ipsilateral estava infiltrado, no qual não foi possível a ressecção tumoral.

A avaliação anatomopatológica demonstrou carcinoma indiferenciado, não sendo possível diferenciar o mesmo de carcinoma tipo NUT (carcinoma de tumor neuroendócrino). Paciente realizou tratamento oncológico após ressecção, com quimioterapia, protocolo BEP (Bleomicina, Etoposídeo e Cisplatina), e radioterapia.

A RNM de controle após 5 meses de abordagem cirúrgica, mostrou espessamento mucoso de seio maxilar e etmoidal à direita, sem evidências de novas lesões, além de órbita, seio cavernoso e fossa pterigopalatina à direita livre.

Um ano após, o novo exame não demonstrou sinais evolutivos da doença. O mesmo, correlacionado à nasofibroscopia, descartou novas lesões ou progressão do ponto de vista macroscópico em topografia do sítio cirúrgico.

Até o presente momento paciente encontra-se assintomático e sem evidências de recidiva neoplásica, e segue em acompanhamento conjunto com oncologia e otorrinolaringologia.

**Discussão:** O carcinoma indiferenciado das vias aéreas superiores é uma entidade clínica complexa, caracterizada pela falta de diferenciação das células malignas, o que dificulta apontar a origem exata do tumor. Isto se traduz em uma agressividade intrínseca, tornando o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz cruciais para o prognóstico. O Carcinoma do tipo NUT, consiste na fusão genética do gene NUTM1 que produz proteínas anômalas capazes de formar tumores muito agressivos, frequentemente encontrados no trato aéreo superior.

O diagnóstico do carcinoma indiferenciado inclui a realização de testes moleculares, onde identifica-se a fusão NUTM1, presente no carcinoma tipo NUT. Além disso, a ressonância magnética e a histopatologia corroboram para o diagnóstico. O tratamento geralmente inclui cirurgia, quando possível, seguida de quimioterapia e radioterapia adjuvantes.

O tratamento cirúrgico do Carcinoma do tipo NUT continua sendo um desafio devido à sua agressividade e à frequente invasão de estruturas críticas. Sendo assim, a técnica de Degloving Médio-Facial é uma abordagem para a ressecção de tumores complexos, extensos e invasivos localizados na região pterigopalatina e áreas adjacentes do crânio e face. Nesse procedimento, uma incisão é feita dentro da boca e ao longo da linha média do nariz, permitindo que o cirurgião descole a pele e os tecidos moles da face do crânio e do esqueleto facial subjacente, como os ossos maxilares e as estruturas nasais, criando um amplo campo de visão e acesso, facilitando a ressecção segura e precisa do tumor.

**Comentários finais:** O caso relatado expõe que, o carcinoma indiferenciado permanece uma condição desafiadora, que requer abordagens multidisciplinares e personalizadas. A vigilância a longo prazo é essencial para avaliação de recidiva, sendo as terapias adjuvantes, cruciais na melhoria das perspectivas de sobrevivência. Portanto, a investigação contínua e a busca por estratégias terapêuticas mais eficazes são imperativas para enfrentar esse desafio clínico e cirúrgico.

**Palavras-chave:** Carcinoma tipo NUT;Carcinoma indiferenciado;Degloving Médio-facial.

PO618

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS PACIENTES COM DREA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO****AUTOR PRINCIPAL:** HUGO FERREIRA ALVES**COAUTORES:** FELIPPE FELIX; PRISCILA NOVAES FERRAILOLO; CHRISTIANO COLUCCI DE MELLO VILLELA; GIOVANNA PROENÇA MARIN; NATHÁLIA FERNANDA DA SILVA; YURI DE MEDEIROS ALCÂNTARA; IVIS ANDREA MARQUES FERRO**INSTITUIÇÃO:** HUCFF / UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**OBJETIVOS:** A rinossinusite crônica (RSC) é uma das doenças crônicas mais prevalentes na população em todo o mundo, provocando impactos sociais e econômicos importantes. Um dos fenótipos da RSC, a Doença Respiratória Exacerbada por Aspirina (DREA), está relacionada a maior gravidade de sintomas e a maior recorrência dos pólipos nasais, causando ainda mais prejuízo à qualidade de vida. Sintomas como obstrução nasal, rinorreia, facialgia e hiposmia provocam desconforto significativo, além dos sintomas extra-nasais, que incluem piora na qualidade do sono, disfunção cognitiva, piora do humor e queda da produtividade. Este presente estudo tem como principal objetivo estimar a prevalência do fenótipo DREA em pacientes com RSC e avaliar a distribuição populacional da doença, a presença de marcadores laboratoriais, o uso de imunobiológicos e a quantidade de cirurgias às quais foram submetido os pacientes adultos regularmente atendidos no Ambulatório de Rinossinusite Crônica de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro.

**MÉTODOS:** Estudo transversal com uma amostra contendo 273 participantes, no período compreendido de 13/04/2013 a 17/03/2023, em um ambulatório especializado do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Todos os pacientes do estudo foram perguntados sobre intolerância a AINEs e/ou AAS, presença de asma, uso de imunobiológicos, idade de início dos sintomas e foram submetidos a exames de hemograma e bioquímica com contagem de eosinófilos e IgE sérica, a endoscopias nasais e a cirurgias endoscópicas nasais já realizadas. Foram incluídos no estudo somente os pacientes com fenótipo DREA, definido por presença de pólipos nasais à endoscopia nasal, intolerância a AINEs e/ou AAS e asma. A ausência de pelo menos um desses três critérios resultou na exclusão do paciente do estudo. Todos os pacientes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**RESULTADOS:** Foram selecionados 31 participantes da amostra inicial de 273, definindo uma prevalência de 11,36% do fenótipo DREA entre os pacientes com RSC avaliados nesse ambulatório. Vinte e um eram do sexo feminino (63,7%) e 9 do sexo masculino (27,3%). A mediana de idade de início dos sintomas foi de 36 anos. A cirurgia endoscópica nasal foi realizada uma vez em 14 pacientes (42,4%), duas vezes em 10 pacientes (30,3%) e três vezes em 3 pacientes (9,1%). Um (3,0%) paciente não foi submetido a nenhuma cirurgia. Foram observados 20 pacientes (60,6%) com IgE sérica maior ou igual a 100UI/ml e 25 pacientes (75,6%) com eosinofilia, definido por resultado maior ou igual a 250 células/mm<sup>3</sup>. Em relação ao tratamento clínico, 7 pacientes (21,2%) faziam uso de imunobiológicos.

**DISCUSSÃO:** A prevalência de DREA em pacientes com RSC (11,36%) foi semelhante à observada na literatura. A idade de início dos sintomas também encontra semelhança com a verificada na literatura: o presente estudo encontrou uma mediana de 36 anos, enquanto outras referências variaram entre 34 e 40 anos. A presença de eosinofilia e aumento de IgE sérica encontrados no grupo estudado é maior que na população geral, o que vai de encontro à fisiopatologia da doença. Finalmente, foi observado uso mais frequente de imunobiológicos quando comparado a pacientes com RSC sem DREA. Não houve diferença importante no diagnóstico de DREA entre os sexos.

**CONCLUSÃO:** O estudo contribui para a estimativa da prevalência do fenótipo da DREA em pacientes com RSC, o seu comportamento em relação a sexo e idade na população e aos achados laboratoriais mais frequentes.

**Palavras-chave:** DREA; Rinossinusite; Epidemiologia.

PO623

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****HEMATOMA SEPTAL INFECTADO PÓS TRAUMÁTICO DIAGNOSTICADO TARDIAMENTE COMPLICADO COM CELULITE FACIAL E NARIZ EM SELA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ISADORA SEROTINI PERTINHEZ**COAUTORES:** MATEUS CAMPESTRINI HARGER; BEATRIZ BATISTA ALVES SALGADO; LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO; VICTORIA LIMA TISEO; JULIANO DE ALENCAR VASCONCELOS; FABRICIO EGIDIO PANDINI**INSTITUIÇÃO:** FACULDADE MEDICINA JUNDIAI, JUNDIAÍ - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 10 anos, procurou serviço pediátrico de urgência após trauma nasal, sendo liberado após radiografia. Após 2 dias, procurou o serviço com queixa de febre, rinorreia, obstrução nasal, edema de região malar, orbitária bilateralmente e de dorso nasal, além de diplopia e turvação visual. Sendo prescrito amoxicilina e clavulanato. Porém, sem melhora. Optou por procurar outro serviço de emergência, 4 dias após o trauma, sendo avaliado por equipe de otorrinolaringologia. Não apresentava queixas orofaríngeas, otológicas ou histórico de rinossinusites. Ao exame físico, apresentava-se com edema de região frontal, nasal, malar bilateralmente e de lábios superiores, com calor local e eritema compatível com celulite facial. À rinoscopia, foi visualizado secreção amarelada em ambas fossas nasais, com abaulamento em áreas II-IV de região septal bilateralmente, obstruindo as fossas nasais, impedindo visualização e progressão de nasofibroscópio. Leucocitose de 27,12 mil/mm<sup>3</sup> e PCR de 21,8 mg/dl sendo optado por Ceftriaxone e Clindamicina em ambiente hospitalar. Após imagem sugestiva de hematoma septal, foi realizado punção bilateral, com saída de 3,5 mL de secreção sanguinolenta e, posteriormente, realizado tamponamento anterior compressivo em ambas fossas nasais com Rayon embebido em pomada. Evoluiu com persistência de obstrução nasal, após retirada de tampão e exame físico com discreta melhora. Realizada avaliação oftalmológica especializada, sem alterações oculares. Com isso, optou-se por drenagem cirúrgica do abscesso (saída de 2 ml de secreção serossanguinolenta) e dreno de penrose e de splint nasal com novo tamponamento bilateral em dedo de luva. Durante o procedimento, não foi palpado a cartilagem septal, sendo evidenciado nariz em sela. Realizada troca de antibióticos por teicoplanina, após hemocultura positiva para *S. aureus* resistente. Realizado antibioticoterapia endovenosa por 4 dias, recebendo alta após melhora clínica e laboratorial. Retornou após 7 dias sendo observado nariz em sela, com melhora de celulite facial e edema facial, sem sequelas oftalmológicas.

**DISCUSSÃO:** Trauma nasal é extremamente comum em crianças, no entanto, o desenvolvimento de hematoma septal nasal é uma rara complicação de incidência entre 0,8% e 1,6%. Comum em meninos, como no caso apresentado, o hematoma septal resulta de uma separação, da cartilagem septal e retalho mucopericondrial, sendo que em poucos dias é capaz de levar a destruição e infecção com formação de abscesso. O diagnóstico é clínico e deve ser considerado em paciente com edema, equimose, epistaxe, dor ou obstrução nasal progressiva precedido por trauma. A fratura nasal pode estar presente ou não, sendo no presente caso ausente. A tomografia de face evidencia coleções hipoatenuantes no septo nasal. Antibioticoterapia deve ser instituída empiricamente para os agentes comuns, *S. aureus* e *S. pneumoniae*. Complicações incluem desvios septais e nariz em sela. O diagnóstico é frequentemente postergado devido à dificuldade de expressar queixas por parte dos pacientes nessa faixa etária e identificação médica tardia, com uma média de 7 dias variando de 8 a 12 dias. A destruição da cartilagem septal pode ser rápida em até 4 dias do trauma inicial e apenas 31% dos pacientes são vistos por otorrinolaringologistas durante as evoluções iniciais. No caso citado, observa-se evolução semelhante ao que a literatura descreve: rápida para destruição de cartilagem septal com avaliação especializada e diagnóstico tardio. O tratamento é cirúrgico e começa com uma punção com agulha. Após, incisão da mucosa, lavagem com soro fisiológico e debridamento. Vários autores recomendam o dreno de Penrose. Descreve-se a realização de tampão nasal com gaze e adrenalina com retirada em 48-72 horas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Hematoma septal após trauma nasal em crianças é evento raro de incidência baixa. No caso descrito, apresentou complicação com celulite facial e nariz em sela. Tal evolução é descrita e condizente com a literatura, mostrando a importância da avaliação especializada, diagnóstico e tratamentos precoces para evitar complicações.

**Palavras-chave:** septo nasal; hematoma; trauma.

PO626

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****LINFOMA DE CÉLULAS T/NK NASAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA LEMES DAVID**COAUTORES:** NATALIA NUNES DA SILVA; BEATRIZ BRAGA SILVA; VICTTORIA RIBEIRO DE ALENCAR ARARIPE FERREIRA; SORAYA ELIAS RUSSO LIMA; WILSON BENINI GUERCIO; ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL**Apresentação do Caso**

Paciente do sexo feminino, 72 anos, não-tabagista e não-etilista, sem comorbidades conhecidas, apresenta quadro de edema nasal, rinorreia serossanguinolenta, parestesia de sulco nasolabial e obstrução nasal associados ao surgimento lesão eritematosa em asa nasal direita há cerca de três meses. Foi tratada previamente à consulta com diversos antibióticos sem melhora do quadro. Lesão em ponta nasal apresentava aspecto endurecido, infiltrativo e friável (Imagens 1 e 2). Foi solicitada tomografia computadorizada para determinar a extensão da lesão, evidenciando formação expansiva com atenuação de partes moles ocupando a cavidade nasal bilateralmente, região maxilar à esquerda, cantos nasolacrimais das órbitas e gordura no assoalho da órbita esquerda. A paciente foi internada sendo realizada biópsia com imprinting para Leishmaniose, cultura de secreção, com pesquisa de micobactérias e fungos, exame anatomopatológico, nova Tomografia Computadorizada (Imagem 3) e Ressonância Nuclear Magnética, que detalharam a extensão de acometimento da lesão. O resultado anatomopatológico evidenciou neoplasia maligna, pouco diferenciada, constituída por proliferação difusa de células pequenas, redondas e azuis com elevado índice mitótico. Somente após a realização de imuno-histoquímica foi determinado o diagnóstico de linfoma não Hodgkin de células T/NK, tipo nasal.

**Discussão**

O Linfoma Extranodal de Células NK/T tipo Nasal é um linfoma raro e agressivo associado a infecção pelo vírus Epstein-Barr, sendo mais comum em populações da Ásia e América Latina. Tipicamente se localiza na cavidade nasal e na rinofaringe. Sua apresentação clínica é caracterizada por infiltração e destruição local, e seu diagnóstico requer a diferenciação de diversas condições, como doenças infecciosas, granulomatosas, autoimunes e neoplásicas, tais como sífilis, leishmaniose, tuberculose, infecções fúngicas, granulomatose com poliangite, carcinoma e outros tipos de linfoma. Os sintomas iniciais mais comuns incluem obstrução nasal, secreção nasal e epistaxe, que frequentemente se assemelham a sinusopatias inflamatórias ou infecciosas. À medida que a doença progride, ocorre edema, necrose e destruição óssea local.

**Considerações Finais**

Esse quadro clínico ilustra uma apresentação típica de um Linfoma Extranodal de Células NK/T tipo Nasal, com acometimento da cavidade nasal e progressão agressiva e infiltrativa. Ressalta-se a importância da investigação das doenças granulomatosas nasais e de um diagnóstico diferencial abrangente, pois muitas condições podem se manifestar inicialmente de forma semelhante.

Palavras-chave: linfoma;Granulomatose nasal;Rinorreia.

PO628

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO- RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** THAIS AGUIAR BRITO**COAUTORES:** ATILIO MAXIMINO FERNANDES; JANICE SILVA; JOAO VITOR PEREIRA CUNHA**INSTITUIÇÃO:** FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** JF, 71 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e hiperplasia prostática benigna, em uso de losartana, negava etilismo e tabagismo. Comparece ao otorrino com relato de obstrução nasal à direita de longa data com piora há 6 meses. Negava queixas de atopia, utilizou furoato de mometasona e vasoconstrictor nasal sem melhora do quadro. Ao exame físico apresentava uma lesão de aspecto polipóide em cavidade nasal direita com extensão para o cavum. Realizada exérese de lesão no centro cirúrgico via endonasal com envio de material para anatomo com resultado de Hamartoma Adenomatóide epitelial respiratório.

**Discussão:** Desde 1995 quando foi descrito pela primeira vez até os dias atuais, muitas discussões permeiam o hamartoma adenomatoide epitelial respiratório. Diversas teorias já foram descritas, algumas relacionando a condição à processos inflamatórios nasossinusais, outras levantam hipótese de base genética ou origem desconhecida. Acomete preferencialmente homens adultos, como no caso apresentado. Trata-se de uma tumoração originada do septo posterior que na maioria dos casos apresenta-se como massa nasal com crescimento lento, remodelando os tecidos adjacentes e provocando sintomas obstrutivos nasossinusais, que geralmente são o que motivam a busca do paciente por avaliação médica, o que aconteceu no caso em questão. Podem ainda acometer a fossa olfatória, os seios paranasais e nasofaringe e ser unilateral ou bilateral. À avaliação endoscópica endonasal, pode-se ter a presença de uma massa amarelada, esbranquiçada ou rósea, geralmente de consistência firme, que por vezes assemelha-se a um polipo nasal inflamatório. A avaliação por imagem é utilizada para avaliar a extensão da tumoração e permite a visualização da hiperostose dos seios acometidos, o que fala a favor de um processo benigno. Ainda favorece o diagnóstico diferencial com polipos inflamatórios quando demonstra alargamento da fossa olfatória e tumoração em septo posterior, locais que podem ser acometidos pelo hamartoma adenomatoide epitelial respiratório e que em geral não são acometidos por pólipos. O diagnóstico definitivo é fornecido após a biópsia e o estudo anatomo patológico demonstra os característicos focos de tecido glandular revestidos por epitélio respiratório, tais como no caso descrito e demonstrado na lamina do paciente. Ainda, de acordo com a literatura, tem-se a visualização de poucas mitoses, corroborando se tratar de uma entidade benigna e favorecendo a diferenciação com adenocarcinomas. Estabelecido o diagnóstico, a cirurgia visa a remoção do tumor, não sendo necessária cirurgia agressiva. O índice de reicidiva em 5 anos é baixo e o prognóstico é bom.

**Comentários finais:** Embora se trate de uma entidade benigna e de ocorrência rara no trato aerodigestivo, o hamartoma adenomatoide epitelial respiratório é uma condição que apresenta importantes diagnósticos diferenciais, incluindo neoplasias malignas.

**Palavras-chave:** tumor benigno nasossinusal; obstrução nasal; cirurgia endoscópica endonasal.

PO631

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO DO NARIZ E DOS SEIOS PARANASAIS: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH**COAUTORES:** GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO; JULIA TONIETTO PORTO; RENATA TRAMONTINI MENA BARRETO FRITSCHER; CARLA CUENCA SCHWARTSMANN; EDUARDO MÜLLER AÑEZ; VIVIANE FELLER MARTHA; GERSON SCHULZ MAAHS**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**Apresentação do Caso**

Paciente M.M.B.A, 32 anos, proveniente de Viamão, Rio Grande do Sul, Brasil, vem encaminhado ao Ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital São Lucas da PUCRS com quadro de obstrução nasal predominantemente à direita, epistaxes recorrentes e progressivamente mais graves com um ano de evolução. Além disso, nas últimas três semanas, evoluiu com turvação visual do lado direito. Relata aparecimento de uma úlcera no palato há quatro meses, tratada na UBS como sífilis terciária. Ao exame físico, nasofibrolaringoscopia com evidência de lesão de aspecto polipode ocupando ambas fossas nasais, com obstrução completa, não sendo possível definir a origem da inserção. Na oroscopia, identificava-se uma lesão ulcerada, de aspecto infiltrativo, na transição entre o palato mole e o palato duro, medindo 1,5 x 1,0 cm, com neoangiogênese e aspecto infiltrativo do todo o hemipalato à direita. Região cervical sem evidências de linfonodomegalias. Tomografia Computadorizada dos Seios Paranasais evidenciou extensa opacificação das fossas nasais e dos seios maxilares, esfenoidais e etmoidais por conteúdo de densidade de partes moles, obliterando a rinofaringe e os recessos esenoetmoidais, determinando remodelamento ósseo. Além disso, apresentava erosão óssea da lâmina papirácea direita e efeito de massa sobre o músculo reto medial homólogo; e erosão óssea do seio esfenoidal direito, com aparente extensão para fossa craniana média. A Ressonância Magnética, por conseguinte, confirmou a presença de invasão de fossa craniana média. Isto posto, foi indicada biópsia da lesão em bloco cirúrgico por via endoscópica, sob anestesia geral. O resultado do Anatomopatológico evidenciou Carcinoma Adenóide Cístico. A lesão foi estadiada como T4bN0M0, ou seja, estágio clínico IVB e, uma vez que a lesão era irresssecável, foi contraindicado o tratamento cirúrgico. O paciente foi encaminhado para tratamento clínico oncológico.

**Discussão**

As neoplasias malignas de glândulas salivares são incomuns e contabilizam menos de 7% dos cânceres de cabeça e pescoço. Do total dessas neoplasias, apenas 10% compreendem o diagnóstico de carcinoma adenoide cístico. Quando originados no nariz e nos seios paranasais, correspondem a 1% dos tumores malignos da região cérvico-facial. São tumores das células ducais e mioepiteliais provenientes dos ductos intercalares. No que tange aos dados epidemiológicos, alguns estudos demonstram uma prevalência em mulheres, bem como um acometimento mais frequente em adultos entre a quinta e sétima décadas de vida. O tabagismo e o consumo de álcool são fatores de risco para essa patologia. É uma neoplasia que se caracteriza por sua natureza infiltrativa, com disseminação local recorrente e, comumente, metástase à distância, sendo os principais sítios: pulmão, ossos, fígado e cérebro. Ademais, a invasão perineural é um achado comum desta doença. Sem dúvida, o estágio clínico, a localização e o tipo histológico são fatores importantes na determinação do prognóstico do paciente. O carcinoma adenoide cístico de seio maxilar e de glândula submandibular são os de pior prognóstico, visto que frequentemente invadem estruturas adjacentes, além de apresentarem alta prevalência do subtipo sólido, o mais agressivo. Indubitavelmente, o tratamento de escolha é a excisão completa da lesão com margem, já que sua característica infiltrativa aumenta o risco de recorrência e metástases. O esvaziamento cervical, além disso, deve ser indicado sempre que houver evidência clínica de metástase. O tratamento radioterápico adjunto é preconizado e pode ser realizado após a cirurgia inicial, para controle da doença microscópica, ou no tratamento da recorrência local. O prognóstico é reservado, infelizmente, ainda com baixos índices de cura.

**Comentários Finais**

Em suma, o carcinoma adenoide cístico do nariz e dos seios paranasais é raro, além de ser uma neoplasia de comportamento agressivo. Comumente tem seu diagnóstico tardio. Dessa maneira, apresenta prognóstico desfavorável, com baixas taxas de cura.

**Palavras-chave:** Carcinoma Adenoide Cístico; Neoplasia dos Seios Paranasais; Rinologia.



PO633

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CELULITE PERIORBITÁRIA COMO COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE****AUTOR PRINCIPAL:** BEATRIZ VITORIA RIGON**COAUTORES:** ANDRÉ ANTONGIOVANNI SALLUM; ULISSES JOSE RIBEIRO; DAVI KNOLL RIBEIRO; JULIANA MARQUES COLLA; ANA JULIA RODRIGUES FERREIRA; PATRICIA GUIMARÃES PASTORE**INSTITUIÇÃO:** OTORRINO SEUL, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo masculino, 9 anos, procurou nosso atendimento de Otorrinolaringologia em São Paulo após quadro de cefaleia frontal em peso, associada à febre (38,2°C) há 8 dias. Notou, nos últimos 4 dias, um grande aumento do volume periorbitário à direita acompanhado de sinais flogísticos e prurido local, sendo solicitada de imediato tomografia computadorizada (TC) de órbitas com contraste e exames laboratoriais com hipótese de celulite periorbitária. A TC de órbita mostrou imagem radiológica sugestiva de processo inflamatório/infeccioso periorbitário direito com extensão pós-septal, provável abscesso subperiosteal e palpebral superior. Os exames laboratoriais incluíram hemograma normal e PCR em ligeira elevação. Seguiu em tratamento com Ceftriaxona associada à Clindamicina quando foi optado por drenagem do abscesso pós-septal em centro cirúrgico. Foi então realizada incisão, de aproximadamente 3 cm, em região palpebral superior direita com saída de secreção mucopurulenta. Posteriormente, através da cirurgia microendonasal, realizou-se etmoidectomia à direita a fim de descomprimir seio etmoidal. Ao fim do procedimento foi optado pela colocação de dreno Penrose em pálpebra superior direita. Paciente evoluiu de forma satisfatória, apresentando 4 dias após procedimento boa abertura ocular e remissão dos sintomas.

**DISCUSSÃO**

A celulite periorbitária é o tipo mais frequente de infecção orbitária, com ocorrência durante às fases da infância e com maior prevalência entre o sexo masculino. Consiste em inflamação bipalpebral e dos tecidos periorbitários, e localizado na porção anterior do septo orbitário, relacionado ou não com extensão posterior para órbita. A clínica é variável sendo os principais sintomas eritema e edema palpebral, o qual pode dificultar a visualização do globo ocular, não havendo alterações da acuidade visual. A infecção pode ter origem em traumatismos locais, extensão de infecção adjacente (conjuntiva, glândulas lacrimais, cutânea, seios perinasais, abscesso dentário) ou ser secundária a bacteremia (raramente). Cerca de 75-90% dos casos de celulite orbitária e 13-27% de celulite periorbitária associam-se a sinusite. A extensão do processo infeccioso é facilitada pela fina espessura da parede óssea da órbita, especialmente a lâmina papirácea do etmóide e pela profusa anastomose venosa avalvulada entre os seios paranasais e a órbita. Os agentes etiopatogênicos mais frequentemente implicados na celulite periorbitária associada a infecção respiratória alta são o *Haemophilus influenzae* tipo B e o *Streptococcus pneumoniae*. O *Streptococcus pyogenes* (grupo A) e *Staphylococcus aureus* são os agentes mais prováveis quando existe lesão cutânea local. Exames de imagem como a tomografia computadorizada são importantes pois revelam a presença de sinusite, abscessos orbitários e envolvimento intracranial e ajudam a identificar pacientes que necessitam de intervenção cirúrgica. Na era pré-antibiótica às complicações incluíam meningites, abscessos cerebrais, trombose do seio cavernoso, altos níveis de mortalidade e cegueira. Às complicações intracranianas ainda mantém elevada taxa de mortalidade, de aproximadamente 11%. Atualmente, são frequentemente tratadas clinicamente, com um bom prognóstico quando tratadas com antibioticoterapia adequada, entretanto a natureza ou gravidade da infecção pode progredir a tal ponto que a abordagem cirúrgica se torna necessária.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A celulite periorbitária é secundária a traumas ou infecções do trato respiratório, mas também pode ser devido a infecções de pele, dentais e naso-lacrimais. Exames de imagem são de suma importância para excluir a presença de celulite orbitária e para guiar os planos terapêuticos. Os pacientes devem receber antibioticoterapia de amplo espectro, sendo que em alguns casos a intervenção cirúrgica torna-se necessária. Não é uma patologia que deve ser subestimada, apesar da evolução favorável e da baixa taxa de complicações, caso não diagnosticada e tratada precocemente pode levar a complicações irreversíveis.

Palavras-chave: celulite;periorbitária;sinusite.



PO635

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

TRANSMUTACÃO MALIGNA DE PAPILOMA INVERTIDO EM USUÁRIO DE COCAÍNA

**AUTOR PRINCIPAL:** HENRIQUE GONÇALVES DUCHINI**COAUTORES:** CRISTIANO ROBERTO NAKAGAWA; LUIZ EDUARDO NERCOLINI; CAMILA SCHREIBER BORTOLAZZA; MATHEUS DO NASCIMENTO JAMUR; FLÁVIA EMILLY RODRIGUES DA SILVA; EDUARDO CORDEIRO DE OLIVEIRA; GUSTAVO CEMBRANELLI TAZINAFFO**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente 31 anos, masculino, com histórico de asma e tabagismo com carga tabágica de 10 anos-maço, usuário de cocaína por doze anos, tendo cessado o uso cinco meses antes do início do acompanhamento. Procurou atendimento com queixa de secreção nasal purulenta bilateral há 4 meses, associada a obstrução nasal com maior intensidade a esquerda, associada à hiposmia. Relatava diversas tentativas de tratamento clínico sem sucesso. A tomografia computadorizada de seios da face evidenciou lesão com obliteração difusa do seio maxilar, células etmoidais e meatos nasais esquerdos além de obliteração com expansão óssea difusa do complexo ostiometal. Foi realizada biópsia em ambiente ambulatorial, com resultado de exame anatomopatológico compatível com papiloma invertido. Realizou-se exérese da lesão através de cirurgia endoscópica nasossinusal que correu sem intercorrências, e o produto cirúrgico foi encaminhado para novo estudo anatomopatológico. O novo exame trouxe diagnóstico de carcinoma pouco diferenciado, não pequenas células, com áreas de aspecto epidermoide e áreas com células claras, invasor. A análise imuno-histoquímica confirmou carcinoma de células escamosas pouco diferenciado não queratinizante.

**Discussão:** O papiloma invertido é o subtipo mais frequente dentro os papilomas nasossinusais, seguido pelo exofítico e pelo oncocítico. Em relação à epidemiologia, são mais comuns em pacientes masculinos na quinta década de vida. Em relação ao local de acometimento da lesão, o seio maxilar é o local mais frequente, diferindo da localização do relato em questão, onde a lesão, apesar de estender-se para o seio maxilar, era originária do seio etmoidal. Apesar da sugerida relação da infecção pelo papilomavírus humano com a presença de papiloma invertido, e ainda mais, com o aumento do risco de transformação maligna, o paciente não apresentou positividade para o HPV. O que vai de encontro com alguns estudos mais recentes em que a presença do HPV não demonstrou relação com a transformação maligna. Alteração genéticas no p16, que também foram sugeridas como um fator de risco para malignização, foi negativa na análise imuno-histoquímica da amostra, sendo positiva apenas o p40. O rápido crescimento tumoral e a invasão de estruturas adjacentes são indicativos de possível malignidade, fatores observados no caso. Apenas 5 meses separaram o início dos sintomas do diagnóstico e neste mesmo momento, a tomografia computadorizada de seios da face já apresentava invasão tumoral da fossa craniana anterior. O paciente foi encaminhado para tratamento adjuvante com quimio e radioterapia após a exérese da lesão, uma vez que a mesma apresentava extensão intracraniana. Também mantém seguimento clínico com vídeo endoscopia nasal seriada devido ao risco elevado de recidiva dos papilomas, e ainda maior dos casos mais agressivos.

**Comentários finais:** Apesar de benignos, os papilomas nasossinusais acarretam grande morbidade. As altas taxas de recidiva assim como o risco relativamente grande de malignização, justificam a investigação precoce e a indicação de tratamentos invasivos. Os fatores de risco para a transformação maligna dos papilomas ainda não são bem entendidos, tendo sido sugeridas alterações genéticas e a presença do HPV como fatores importantes. Este relato traz um caso de um paciente que não apresentava os principais fatores de risco indicados por estudos recentes, porém era usuário crônico de cocaína e que apresentou uma transformação maligna bastante agressiva.

**Palavras-chave:** Papiloma invertido; Transformação maligna; Cocaína.

PO636

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Aspergilose Nasal com Paralisia Facial Bilateral: Relato de Caso

AUTOR PRINCIPAL: RAÍSA ARUME DE SOUZA

COAUTORES: GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA; LARA PASCOUTTO SAMPAIO; FELIPPE MAGIOLLI LIMA; ALICE WERNECK SILVA; JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA; GABRIELLE DE ALMEIDA DIAS ROCHA; ANA CRISTINA COSTA MARTINS

INSTITUIÇÃO: PUC-RJ/SEPTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

**1. Apresentação do Caso**

RFS, masculino, 57 anos, hipertenso, diabético tipo 2 não tratado, iniciou edema de face à direita e evoluiu com diminuição de acuidade visual ipsilateral 15 dias após. Foi internado por 3 meses com diagnóstico de rinossinusite complicada com celulite pós-septal, sendo submetido a biópsia dos seios paranasais e cultura que revelou *Pseudomonas aeruginosa*. Paciente recebeu alta após antibioticoterapia e controle glicêmico, porém, após 2 meses, reinterna em outro hospital, devido persistência de dor e edema facial, com evolução para amaurose do olho direito e início de paralisia facial bilateral. Foi realizada cultura de secreção do seio maxilar direito com isolamento de *Klebsiella spp* e tratado com Amicacina. Ressonância Magnética (RM) evidenciou tecido inespecífico próximo ao nervo óptico e mastoidite. Tomografia Computadorizada (TC) com destruição óssea em seios etmoidais, osteomielite em seio maxilar direito, de aspecto infeccioso fúngico e espessamento do aparelho oculomotor. Sem melhora após um mês, foi submetido a etmoidectomia e antrostomia cirúrgica endoscópica nasossinusal. Um novo material foi coletado do seio maxilar, cujo cultura evidenciou crescimento de hifas em profundidade de tecido conjuntivo da mucosa parasinusal, sugestivo de Aspergilose. Iniciou-se, então, tratamento com Voriconazol por 3 meses, evoluindo com melhora infecciosa. Paciente, no entanto, manteve seguimento ambulatorial com sequelas como exenteração orbitária, paralisia facial bilateral e perfuração septal.

**2. Discussão**

A rinossinusite fúngica invasiva é uma infecção potencialmente fatal com destruição óssea nasossinusal e pode ser classificada em aguda ou crônica. Acomete preferencialmente estados de imunossupressão, cujos principais fatores de risco são: doenças hematológicas malignas, diabetes mal controlado, transplantados, imunodeficiência adquirida, antibioticoterapia prolongada. Sinais e sintomas como edema facial, alterações de pares cranianos, proptose, oftalmoplegia podem ocorrer. O principal agente etiológico envolvido é o *Aspergillus*. A suspeita da doença justifica biópsia para diagnóstico e pode ser complementada por TC de seios paranasais, cujos achados são inespecíficos como espessamento da mucosa da cavidade nasal, preenchimento de células etmoidais, erosão óssea e disseminação orbital através da lâmina papirácea. Em vigência de alterações visuais, a RM é mandatória. O tratamento consiste em correção dos distúrbios metabólicos ou imunológicos de base, terapia antifúngica venosa específica para aspergilose invasiva e desbridamento cirúrgico.

No caso apresentado, o paciente era diabético mal controlado e tratou previamente com diversos antibióticos para rinossinusites complicadas, tendo como diagnóstico diferencial a mucormicose. O histopatológico e a cultura foram compatíveis com *Aspergillus*, enquanto os exames de imagem confirmavam o edema de gordura intraconal, acometimento de estruturas vasculonervosas e destruição óssea dos seios etmoidais e maxilar direito. Entre as complicações desse processo, a celulite orbitária é frequente e pode ter etiologia fúngica. Houve também extensão para pares cranianos III, IV e V. Já a paralisia facial, complicação rara, aumenta hipótese de tromboflebite do seio cavernoso, secundário à pansinusite. A evolução para paralisia bilateral é evento ainda mais raro. Por fim, o tratamento de escolha para o caso foi o Voriconazol, associado a abordagem cirúrgica para remoção de tecido necrótico.

**3. Comentários Finais**

A infecção fúngica invasiva de seios paranasais é uma entidade clínica pouco comum que deve ser suspeitada precocemente devido sua alta taxa de morbidade e potencial mortalidade, principalmente em pacientes imunossuprimidos, a fim de evitar desfechos desfavoráveis.

Palavras-chave: aspergilose rinossinusal; paralisia facial bilateral; osteomielite rinossinusal.

PO642

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE PAPILOMA INVERTIDO - MAXILECTOMIA MEDIAL COM TRANSPOSIÇÃO DO DUCTO NASOLACRIMAL****AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO AUGUSTO FLORES MACHADO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL ANGELINA CARON, CAMPINA GRANDE DO SUL - PR - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo masculino, com 44 anos de idade, buscou atendimento no Hospital Angelina Caron devido a queixa de obstrução nasal persistente no lado esquerdo, acompanhada por episódios recorrentes de epistaxe unilateral. O paciente relatou uma história de aproximadamente seis meses de sintomas progressivos.

Ao exame físico, observou-se uma massa polipóide na fossa nasal esquerda. Os exames de imagem, incluindo tomografia computadorizada, revelaram uma lesão que se estendia da cavidade nasal esquerda para o seio maxilar e etmoide, indicativa de papiloma invertido.

Diante dessas manifestações clínicas e dos achados radiológicos, foi recomendada a realização de uma ressecção cirúrgica endoscópica nasal da lesão, que incluiu uma maxilectomia medial com transposição do ducto nasolacrimal para permitir acesso à região anterior e lateral do seio maxilar esquerdo.

**DISCUSSÃO**

O papiloma invertido, também conhecido como papiloma de células transicionais, é uma rara neoplasia benigna que acomete as cavidades nasais e os seios paranasais. Embora seja benigno, esse tipo de lesão é notório por sua tendência à invasão local, incluindo extensão para o seio maxilar e etmoide. Geralmente, a doença afeta adultos, com sintomas típicos, como obstrução nasal unilateral, epistaxe recorrente, rinorreia e perda do olfato.

O diagnóstico do papiloma invertido frequentemente é estabelecido por meio de exames de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, que demonstram a presença da lesão e sua extensão. A confirmação é obtida através de biópsia, frequentemente realizada durante a ressecção cirúrgica.

A ressecção cirúrgica completa da lesão é o tratamento de escolha para o papiloma invertido. A abordagem endoscópica nasal tem ganhado destaque, uma vez que oferece menor morbidade e recuperação mais rápida em comparação com a cirurgia aberta tradicional. No caso apresentado, uma maxilectomia medial com transposição do ducto nasolacrimal foi realizada para permitir um acesso adequado à região anterior e lateral do seio maxilar esquerdo.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O presente relato de caso ilustra um paciente diagnosticado com papiloma invertido, uma neoplasia benigna mas localmente invasiva que afeta as cavidades nasais e os seios paranasais. Os sintomas comuns, como obstrução nasal unilateral e epistaxe recorrente, frequentemente levam ao diagnóstico. A ressecção cirúrgica endoscópica nasal é a abordagem preferencial, permitindo a remoção completa da lesão com menor morbidade. No caso em questão, uma maxilectomia medial com transposição do ducto nasolacrimal foi realizada para garantir acesso adequado à lesão.

É importante destacar que o acompanhamento a longo prazo é fundamental para detectar potenciais recorrências, apesar da natureza benigna dessa lesão. Este caso exemplifica a importância da abordagem multidisciplinar, envolvendo otorrinolaringologistas e cirurgiões, para o tratamento eficaz do papiloma invertido. Até o momento, o paciente apresentou uma evolução positiva, com melhora significativa dos sintomas, evidenciando os benefícios da abordagem cirúrgica adotada.

Palavras-chave: ENDOSCOPICA;PAPILOMA INVERTIDO;MAXILECTOMIA.

PO647

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Relato de Caso: Exérese de pólipos antrocoanales recidivantes pela técnica Caldwell-Luc

**AUTOR PRINCIPAL:** IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO**COAUTORES:** MARIA FERNANDA ESPOSITO SANTIN LUCAS; RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES; TARCÍSIO REDES XAVIER; VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA; OMAR CEZAR DOS SANTOS; GUILHERME SORIANO PINHEIRO ESPOSITO; MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL OTORRINO, CUIABA - MT - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE DE CUIABA, CUIABA - MT - BRASIL. 3. HOSPITAL OTORRINO DE CUIABA, CUIABA - MT - BRASIL. 4. UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUARI - GO - BRASIL

**Apresentação do caso:** G. S. F., 54, sexo masculino, residente Cuiabá-MT, cor parda, casado. Em meados de 2023 comparece em consulta otorrinolaringológica queixando-se de obstrução nasal há 6 anos com piora progressiva. Relata ter história pregressa de exérese de pólipos nasal de Killian ocorrida no ano de 2017. Inicialmente foi realizada videonasofibrosopia que suscitou presença de lesão de aspecto polipoide em fossa nasal esquerda com dificuldade para progressão do fibroscopio. Após, realizada tomografia dos seios da face, constatou-se obliteração dos seios frontais, células etmoidais, seio esfenoidal esquerdo com extensão para as cavidades nasais e rinofaringe com características que concluíram pela formação polipoide típica de recidiva em fossa nasal esquerda. Devido extensão da lesão foi optado por intervenção cirúrgica para remoção do tumor por meio da Técnica Caldwell-Luc. Com o laudo histopatológico confirmou-se tratar de pólipos antrocoanales esquerdo associado a tumoração de fossa nasal esquerda tendo como conclusão diagnóstica papiloma invertido com intensa displasia. Paciente atualmente refere melhora substancial na obstrução nasal relatada previamente.

**Discussão:** O "papiloma invertido" é um tumor benigno relativamente raro que geralmente se origina na cavidade nasal e nos seios paranasais. Ele é caracterizado por sua tendência a crescer para dentro dos tecidos circundantes, ao contrário dos papilomas típicos, que crescem para fora. A causa exata do papiloma invertido não é bem compreendida, mas muitas vezes está associada à inflamação crônica e a certos vírus. Ele comumente apresenta sintomas como obstrução nasal, congestão dos seios paranasais e, às vezes, sangramento. O diagnóstico é feito por meio de exames de imagem e exame endoscópico, e o tratamento principal é a remoção cirúrgica. Devido à sua potencial recorrência e à possibilidade de transformação em uma malignidade, o acompanhamento regular após o tratamento é importante. O prognóstico após a cirurgia é geralmente bom, com baixa recorrência, mas o acompanhamento médico regular é essencial. Devido às particularidades do caso em comento, optou-se pela associação da técnica endoscopia nasal e da técnica de acesso externo aos seios paranasais, Caldwell-Luc, visando um melhor resultado na erradicação da tumoração nasossinusal.

**Comentários finais:** O papiloma invertido é um tumor benigno raro que afeta a cavidade nasal e os seios paranasais cujo diagnóstico envolve exames de imagem e endoscopia, enquanto o tratamento principal é a remoção cirúrgica, neste caso, realizada por meio da técnica Caldwell-Luc devido à extensão da lesão. A importância do acompanhamento médico regular é ressaltada devido à potencial recorrência e risco de transformação maligna. No relato de caso de G.S.F., a recidiva do papiloma invertido foi identificada após cirurgia anterior para pólipos de Killian, e a confirmação histopatológica revelou intensa displasia, destacando a complexidade dessa condição.

**Palavras-chave:** Papiloma invertido; Recidiva; Técnica Caldwell-Luc.

PO650

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Síndrome de Rendu-Osler-Weber com acometimento nasal e pulmonar: relato de caso.

AUTOR PRINCIPAL: RICARDO ARAUJO MEIRA ALMEIDA

COAUTORES: FELIPE DA SILVA BRAZ; JHOLBERT CARDOSO SANTANA; RHAEL SOUSA RODRIGUES; EDUARDO RODRIGUES SILVA; MATHEUS NEIVA CARVALHO; HUGO VALTER LISBOA RAMOS

INSTITUIÇÃO: HCUFG, GOIÂNIA - GO - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente S.V.M, 36 anos, sexo feminino, caucasiana, compareceu ao Serviço com história de epistaxes de repetição, iniciada desde infância. Segundo relata, as hemorragias sempre ocorrem diariamente, variando em volume e intensidade, espontaneamente ou com o menor esforço físico, além de variações na umidade e temperatura do ambiente, estresse emocional e doenças infecciosas. Relatou episódios de internação e hemotransfusões prévias devido quadros hemorrágicos nasais severos. O exame físico revelou diversas telangiectasias em septo nasal, mucosa da boca e lábios. A lesão sobre o lábio desaparecia à compressão extrínseca. Não havia outros sinais característicos da patologia. Os exames laboratoriais realizados revelaram hematócrito de 33.9%, hemoglobina de 10,6 g/dl, VCM 67.94 fm<sup>3</sup>, HCM: 21.24 21,24pg com ausência de plaquetopenia, sendo a mesma em 4489.000/mm<sup>3</sup>. À história pregressa refere ter apresentado insuficiência respiratória há 3 anos, atribuída na ocasião a quadro grave de Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) grave por Infecção por Sars-COV-2 (COVID-19). À melhora dos parâmetros clínicos, porém, apresentou falha de extubação devido episódios de hemoptise de repetição, com broncoscopia e exames de imagens inconclusivos, sendo submetida na ocasião à traqueostomia e uso de transfusão de hemoderivados. À história familiar revelou que apresentam crises recorrentes de epistaxes severas o seu pai e seu avô paterno, além de todos os seus oito irmãos (8) por parte de pai. A paciente foi orientada a fazer uso de soro fisiológico para lavagem nasal regularmente, reposição de ferro elementar e sulfato ferroso. Múltiplas cauterizações químicas com ATA 30-80% foram realizadas, tendo pouca interferência no controle das epistaxes diárias, referindo a paciente que em sua percepção houve aumento da recorrência dos episódios.

**Discussão:** A síndrome de Rendu-Osler-Weber ou Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH) é uma displasia vascular autossômica dominante e sua incidência na população é de 1-2/100.000 e possui distribuição homogênea entre raça e sexo. A epistaxe é a sintomatologia mais frequente. Hemorragia gastrointestinal ocorre em aproximadamente 10% dos casos. Outras malformações vasculares como pulmonares, hepáticas e cerebrais, também podem ocorrer. As telangiectasias típicas iniciam-se na 3ª ou 4ª década de vida, sendo rara sua ocorrência antes da puberdade. O diagnóstico clínico é feito com base nos Critérios de Curaçao, baseado na presença de pelo menos três das características que se seguem: epistaxes, teleangiectasias, lesões viscerais e história familiar com acometimento de parente de 1º grau. O estadiamento da doença pode ser realizado com vários exames, incluindo hemograma, Rx de tórax (fístula artério-venosa), ecografia hepática e tomografia cerebral. Muito pode ser feito para controle da epistaxes, mesmo que de eficácia temporária (cauterizações químicas e elétricas, fotocoagulação por laser, estrogênio sistêmico e dermoplastia septal), mas quadros de hemorragia intestinal ou cerebral severos podem ser fatais. Orientação quanto à patologia e suas complicações, além de sua transmissão genética, deve ser dada a pacientes e familiares. No caso relatado, a paciente apresentou anemia hipocrômica e microcítica de etiologia ferropriva sendo indicada suplementação de ferro. Apesar de não terem sido demonstradas alterações em exames de imagem realizados, o quadro anterior de hemoptise severa é indicativo de acometimento pulmonar da doença, apesar de que exames mais complexos poderiam ser realizados. O fato do pai e seus parentes de primeiro grau serem todos acometidos por epistaxe e teleangiectasias similares demonstram o caráter hereditário dominante da doença.

**Comentários finais:** A THH é uma moléstia multisistêmica, que comumente se manifesta, como primeiro sinal pelas epistaxes de repetição. Assim, é de responsabilidade do otorrinolaringologista realizar o seu diagnóstico, principalmente por ser uma doença definida pelos parâmetros clínicos (telangiectasias cutâneo-mucosas, sangramentos e história familiar), e não laboratoriais.

**Palavras-chave:** Rendu-Osler-Weber; Teleangiectasias Hereditárias Hemorrágicas; Epistaxe recorrente.

PO651

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****INTERNAÇÕES POR RINOSSINUSITE CRÔNICA EM MATO GROSSO: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICOS DOS ÚLTIMOS 5 ANOS****AUTOR PRINCIPAL:** HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG**COAUTORES:** DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS; GABRIELY LERNER BIANCHI; JOÃO PAULO DE MOURA NEVES; VICTOR RANZULLA DE SOUZA**INSTITUIÇÃO:** UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Objetivo:** Analisar o número de internações através do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento de sinusite crônica em Mato Grosso, em relação à faixa etária, sexo e cor/raça, no período de 2018 a 2022, comparando com dados nacionais.

**Métodos:** Estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa das internações por sinusite crônica pelo SUS no estado de Mato Grosso, no período de 2018 a 2022. A pesquisa foi realizada através das Informações de Saúde (TABNET), com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), e posteriormente os dados coletados foram tabulados no programa Excel 2013.

**Resultados:** De acordo com o DATASUS, no Brasil, no período de 2018 a 2022 foram contabilizados 12.795 internações por rinossinusite crônica, sendo a região Centro-Oeste responsável por 811 destas (6,34%). Em Mato Grosso, foram registrados 85 internamentos no mesmo período (0,66%). Em relação ao perfil dos internados em MT, 68,2% dos indivíduos eram pardos e 60% eram do sexo feminino. A faixa etária mais acometida foi entre os 40 a 59 anos, com 22,35% dos casos, sendo que os recortes de idade de 20-29 e 30-39 corresponderam aos segundos maiores acometimentos, responsáveis cada um por 16,48% dos casos. O número de internações tiveram aumentos progressivos de 2020 a 2022, com 11 (2020), 22 (2021) e 31 (2022) casos.

**Discussão:** Rinossinusite é a inflamação da mucosa de revestimento do nariz e seios paranasais, sendo considerada uma doença imunológica inflamatória, tornando-se uma das condições mais comuns que afetam as vias aéreas superiores. A análise das internações por sinusite crônica em Mato Grosso no período de 2018 a 2022 revela uma tendência preocupante de aumento nas internações, especialmente nos anos de 2021 e 2022. Esse aumento pode ser influenciado por diversos fatores, incluindo mudanças nos padrões de busca por atendimento médico devido à pandemia de COVID-19, variações sazonais na incidência da doença ou outros fatores de risco emergentes. Além disso, nota-se que a sinusite crônica afeta uma diversidade demográfica, com uma predominância de pacientes do sexo feminino (60%) e uma representatividade significativa da população parda (68,2%) em Mato Grosso. Esses dados destacam a importância de uma abordagem inclusiva no diagnóstico e tratamento da doença, levando em consideração as diferenças demográficas e possíveis fatores de risco específicos para esses grupos.

**Conclusão:** A partir do estudo, conclui-se que a análise das internações por sinusite crônica em MT entre 2018 e 2022 destaca um cenário epidemiológico que demanda uma abordagem mais aprofundada e medidas preventivas. O aumento progressivo das internações, particularmente nos anos recentes, é um indicativo de que a doença requer atenção contínua por parte das autoridades de saúde e da comunidade médica. Além disso, a diversidade demográfica dos afetados, com uma predominância de mulheres e uma representação significativa de pessoas pardas, sublinha a necessidade de políticas de saúde mais inclusivas e estratégias de conscientização para promover um diagnóstico precoce e tratamento adequado.

**Palavras-chave:** Sinusite; Otorrinolaringologia; Internação Hospitalar.

PO654

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Relato de Caso: Exérese de pólipos antrocoanales recidivantes

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA FERNANDA ESPOSITO SANTIN LUCAS**COAUTORES:** IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO; BRUNA REZENDE TELLES; LUCCA FARIAS ESPOSITO; RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES; CARLOS EDUARDO DANTAS DE MENEZES; GIANNE HANNA GUIMARÃES DIB; MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE DE CUIABA, CUIABA - MT - BRASIL. 2. HOSPITAL OTORRINO, CUIABA - MT - BRASIL. 3. HOSPITAL OTORRINO DE CUIABA, CUIABA - MT - BRASIL

**Apresentação do caso:** M. F. E. S., 33 anos, sexo feminino, residente Cuiabá-MT, cor branca, casada. Em meados de 2023 comparece em consulta otorrinolaringológica queixando-se de obstrução nasal com piora progressiva. Relata ter história pregressa de exérese de pólipos nasais de Killian ocorrida no ano de 2014. Inicialmente foi realizada videonasofibrosopia que suscitou presença de lesão de aspecto polipoide em fossa nasal esquerda com dificuldade para progressão do fibroscopio. Após, realizada tomografia dos seios da face, constatou-se obliteração dos seios frontais, células etmoidais, seio esfenoidal esquerdo com extensão para as cavidades nasais e rinofaringe com características que concluíram pela formação polipoide típica de recidiva em fossa nasal esquerda. Com o laudo histopatológico confirmou-se tratar de pólipos antrocoanales esquerdo associado a tumoração de fossa nasal esquerda tendo como conclusão diagnóstica de polipose de Killian. Paciente atualmente refere melhora substancial na obstrução nasal relatada previamente.

**Discussão:** Pólipos antrocoanales ou pólipos de Killian trata-se de uma condição rara de crescimento benigno e não cancerígeno que se origina no recesso de Killian, uma área frágil da faringe próxima à transição entre o esôfago e a faringe, e acomete a região da faringe e seios maxilares. Acomete principalmente adultos jovens com leve prevalência em homens e sua etiologia não está totalmente esclarecida, acreditando-se estar relacionada à algum defeito congênito ou enfraquecimento da parede faríngea da área de Killian. A sintomatologia ocasionada por essa inflamação tecidual reside em disfagia, obstrução nasal importante, anosmia, halitose, pressão facial e odinofagia que progridem à medida que há o crescimento tumoral. O diagnóstico do pólipos antrocoanales pode ser feito por meio de exames endoscópicos, tomografia computadorizada ou ressonância magnética e a confirmação diagnóstica se dá com a histopatologia. O tratamento é cirúrgico com objetivo de remoção completa da lesão e via de consequência a restauração da função normal da faringe. O prognóstico após a cirurgia é geralmente favorável, com melhora significativa dos sintomas e recorrência rara do pólipos. No entanto, o acompanhamento médico regular é recomendado para monitorar qualquer sinal de recorrência e garantir a saúde contínua do paciente.

**Comentários finais:** O caso clínico de M.F.E.S. destaca a frequente recidiva da polipose de Killian, uma condição benigna dos seios paranasais. O diagnóstico preciso, tratamento cirúrgico e a melhora substancial da obstrução nasal ressaltam a importância do acompanhamento médico regular para pacientes com histórico dessa condição. Este caso sublinha a complexidade da patologia e a necessidade de atenção contínua à saúde nasal desses pacientes.

**Palavras-chave:** Polipos antrocoanales ;Recidiva;Relato de caso.



PO659

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****OSTEOMIELEITE DO OSSO FRONTAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JAÉDSON BRUNO PEREIRA DA SILVA**COAUTORES:** PEDRO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO; PEDRO GUILHERME BARBALHO CAVALCANTI; KEYLLA ROBERTA SIQUEIRA SOUZA SENA; MICHELLE PEREIRA DE FARIA E SILVA; GUILHERME BULHÕES MARQUES DA SILVA; LUCAS PEREIRA LEITE; FELIPE SIMÃO BRITO DA SILVA**INSTITUIÇÃO:** CLÍNICA PEDRO CAVALCANTI, NATAL - RN - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** As complicações ósseas são raras e correspondem de 5 a 10% das complicações de rinossinusite. Consistem na extensão do processo infeccioso ao osso, eventualmente envolvendo o sistema nervoso central (SNC). A osteomielite causada pela rinossinusite costuma envolver mais comumente o osso frontal. E apesar da proximidade, a via de disseminação não costuma ser por contiguidade, e sim hematogênica, devido às veias avasculares diploicas, que ocorre após cirurgia, trauma ou infecções. Requer grande cuidado, pois pode cursar com complicações intracranianas, como meningites, abscessos e empiemas, que levam a importante morbidade e mortalidade, além das deformidades estéticas advindas do seu tratamento. Os microorganismos mais frequentes na osteomielite aguda são *Sthaphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, e organismos anaeróbios. O sinal clínico mais característico da osteomielite é o tumor de Pott (Pott's puffy tumor), um edema em região frontal, amolecido, flutuante, que corresponde a um abscesso subperiosteal do osso frontal associado à osteomielite subjacente.

**MÉTODO:** Relato de caso de um paciente que procurou o serviço de emergência de otorrinolaringologia da Clínica Pedro Cavalcanti por complicação de rinossinusite.

**RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 59 anos, procura o serviço de otorrinolaringologia com relato de cefaleia há um mês, associada a dor infraorbitária esquerda e evolução de edema em região frontal há 4 dias. Estava em uso de levofloxacino e spray nasal de corticosteróide há 4 dias. Relatou história de TCE com acometimento frontal em 2006. Trazia TC de seios da face que identificou sinais de manipulação cirúrgica em lobo frontal esquerdo e seio frontal, associados à área hipodensa adjacente sugestiva de encefalomalácia, além de sinusopatia maxilar esquerda, de seios frontais e de células etmoidais anteriores à esquerda. Ao exame físico, apresentava edema mole em região frontal, doloroso ao toque. À oroscopia, gotejamento pós-nasal e à nasofibrosopia, presença de secreção purulenta em cavidade nasal esquerda. O paciente foi encaminhado para internação hospitalar para antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro, com melhora parcial do abaulamento frontal. Foi então submetido à sinusotomia frontal combinada (acesso externo e endoscópico) para drenagem do abscesso com correção da obstrução sinusal. Após abordagem cirúrgica, foi novamente referenciado ao hospital de origem para conclusão da antibioticoterapia por 6 semanas. Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório e no momento apresenta-se com remissão completa da doença.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O diagnóstico é feito com base nos achados clínicos típicos, complementados por exames radiológicos. A tomografia computadorizada costuma ser suficiente para o diagnóstico. A cintilografia com tecnécio-99 para o diagnóstico e com gálio-67 para o acompanhamento da cura são úteis, mas não imprescindíveis. O tratamento é sempre clínico-cirúrgico. A abordagem cirúrgica envolve debridamento do osso e tecido necrótico, além de abertura do recesso frontal. Pode ainda ser feita por via endoscópica nasossinusal e por abordagens externas envolvendo a parede anterior do seio frontal, ou ainda por craniotomia em casos com envolvimento extenso da parede posterior. Deve ser feita a antibioticoterapia, de seis a oito semanas, após o procedimento cirúrgico.

**REFERÊNCIAS:**

1. TRATADO de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial – ABORL-CCF. 3. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2017.
2. RHINOSINUSITIS: evidence and experience: October 18 and 19, 2013 - São Paulo, Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v. 81, Supplement 1, p. 1-49, 2015.
3. VERDE, R. C. L. et al. Evolução clínica e tomográfica da osteomielite frontal: Relato de caso. Arq. Int. Otorrinolaringol. v. 16, n.1, p. 130 – 134, 2012.

Palavras-chave: osteomielite; sinusite frontal; complicação de rinossinusite.

**PO667****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DO NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: SÉRIE DE CASOS****AUTOR PRINCIPAL:** LUMA TAVEIRA NUNES**COAUTORES:** LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE; MATEUS RUFINO MELO; LARA TAVEIRA NUNES; ANTONIO PEDRO DO NASCIMENTO**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI, TERESINA - PI - BRASIL2. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACID, TERESINA - PI - BRASIL3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL**Objetivos:** Apresentar o avanço no tratamento do nasoangiofibroma juvenil (NAJ) através da cirurgia endoscópica com a discussão de 04 casos atendidos pelo serviço de otorrinolaringologia do Hospital Getúlio Vargas (HGV) em Teresina – Piauí**Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo do tipo série de casos baseado na revisão de prontuários de janeiro de 2021 a agosto de 2023, período em que foram admitidos no HGV 04 pacientes com NAJ**Resultados:** Paciente masculino, 15 anos, estudante, com queixa de obstrução nasal crônica a direita e episódios recorrentes de epistaxe há 02 anos. Rinoscopia com secreção espessa em fossa nasal direita e mucosa pálida. Realizados exames radiológicos que evidenciaram: extensa lesão expansiva e infiltrativa com epicentro na nasofaringe a direita medindo 5x4,4x4,1cm captante de contraste com alargamento de forame esfenopalatino homolateral.

Paciente masculino, 37 anos, autônomo, com queixa de obstrução nasal crônica a direita, cacosmia, episódios recorrentes de epistaxe com necessidade de internação hospitalar. História prévia de ressecção de NAJ em fossa nasal direita há 08 anos. Rinoscopia com lesão tumoral em narina direita. Realizados exames radiológicos que evidenciaram lesão expansiva, hipodensa, sólida, captante de contraste medindo 4 x 8 x 2,4cm em cavidade nasal direita se estendendo para seio maxilar, etmoidal e frontal homolateral e para nasofaringe

Paciente masculino, 14 anos, estudante, com queixa de obstrução nasal a direita associada a rinorreia, anosmia, epistaxe recorrente intermitente há 02 anos. Rinoscopia com lesão de aspecto tumoral a direita, coágulos e mucosa pálida. Exames radiológicos evidenciaram lesão nodular com densidade de partes moles localizada em rinofaringe com predomínio a direita insinuando-se para o seio esfenoidal direito medindo 3,6x2,7cm.

Paciente masculino, 53 anos, autônomo, com queixa de obstrução nasal bilateral contínua, anosmia, abaulamento nasal a direita e episódios recorrentes de epistaxe há 10 anos. Rinoscopia apresentando lesão de aspecto tumoral se exteriorizando por fossa nasal direita. Exames radiológicos evidenciaram imagem expansiva sólida com epicentro em forame esfenopalatino direito anteriormente obstruindo grande parte da cavidade nasal direita, etmoide posterior e coluna aérea da rinofaringe.

Nota-se que os pacientes eram todos do sexo masculino com idade entre 14 e 53 anos. Apresentavam em comum queixa de obstrução nasal e episódios recorrentes de epistaxe. Todos os pacientes foram submetidos a angiografia com embolização do tumor em período pré cirúrgico. As cirurgias foram realizadas via endoscópica nasal. O diagnóstico de NAJ foi confirmado em todos os casos através do anatomopatológico. Os pacientes seguem em acompanhamento com a equipe de otorrinolaringologia do HGV.

**Discussão:** O NAJ é um tumor benigno, raro, altamente vascularizado, com elevado índice de recorrência e invasividade local. Representa 0,05% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço. Histologicamente é composto por elementos miofibroblásticos e vasogênicos sendo o principal suprimento sanguíneo pela artéria maxilar. O diagnóstico é baseado nos sinais, sintomas e características morfológicas. Os exames radiológicos fornecem informações sobre a localização e extensão tumoral e as relações com estruturas adjacentes. O tratamento é possível através da abordagem cirúrgica do tumor por via aberta, endoscópica ou combinada. A ressecção endoscópica é possível inclusive em estágios mais avançados. O acesso endoscópico permite a visualização de toda a extensão do tumor, especialmente na região da fissura orbital superior, do seio cavernoso e da fossa pterigopalatina.

**Conclusão:** O NAJ apresenta-se como um tumor benigno com comportamento invasivo acometendo principalmente a população masculina jovem. A abordagem endoscópica após embolização do tumor é considerado um avanço no tratamento dessa patologia, apresentando grandes taxas de sucesso.

**Palavras-chave:** Nasoangiofibroma; Epistaxe; Endoscópica.

PO669

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****LAVAGEM NASAL E DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE COANA UNILATERAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** WILLIAN DA SILVA LOPES**COAUTORES:** CLARISSE CÍCERA MARINHO OLIVEIRA; MARIA DE JESUS MENDES OLIVEIRA; CAMILA LAÍS NERES DA SILVA LELES; CAMILA SEABRA DE OLIVEIRA**INSTITUIÇÃO:** 1. UFMA, IMPERATRIZ - MA - BRASIL2. UEMASUL, IMPERATRIZ - MA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 3 meses, nascido a termo é levado ao ambulatório de Otorrinolaringologia pela mãe que refere há dois dias roncamentos noturnos sem coriza ou febre, mas com congestão nasal e tosse discreta. Há um dia refere espirros, porém relata rinorreia esverdeada unilateral desde o nascimento e alega ao fazer a lavagem nasal não sair soro lado contralateral. Possui casos de rinite alérgica em familiares. Ao exame físico apresentou alterações quanto a hipertrofia significativa nas conchas nasais inferiores, rinorreia abundante somente à direita. Feito lavagem nasal durante consulta e confirmado ausência de saída contralateral do soro. Realizada nasofibrosopia onde foi observada presença de atresia de coana a direita. Foi solicitado tomografia computadorizada dos seios paranasais evidenciando atresia mista. Submetido a cirurgia de correção de atresia de coana aos 9 meses de idade sob via endoscópica nasal, utilizando-se cola de fibrina, com sucesso.

**DISCUSSÃO:** A atresia de coanas é uma rara malformação congênita de incidência 1: 5000-8000 nascidos vivos, de prevalência maior no sexo feminino. Os defeitos unilaterais são predominantes nessa clínica e as anomalias, em maioria, são mistas (ósseo-membranosas) e frequentemente associada a outras síndromes como CHARGE e Treacher Collins. A apresentação bilateral é uma emergência médica devido a obrigatoriedade da respiração nasal dos recém-nascidos possibilitando o diagnóstico precoce. Já a forma unilateral pode permanecer sem diagnóstico por anos visto que não apresenta insuficiência respiratória severa, mas sim um quadro de obstrução nasal, rinorreia e apneia do sono, sintomatologia comuns a outras patologias nasais. A permeabilidade nasal é avaliada em neonatos com teste do cateter nasal, mas a possibilidade de falsa passagem por encurvamento do cateter dentro da cavidade na presença de atresia de coana unilateral justificaria a necessidade de visualização do cateter pela orofaringe durante o teste, algo não realizado usualmente. O diagnóstico neste caso foi suscitado enquanto mãe fazia lavagem nasal e não observava nunca a saída de soro pelo lado contralateral. A correção pode ser feita por via aberta transpalatina ou por via endoscópica nasal.

**COMENTÁRIOS:** A atresia de coanas unilateral possui perfil de diagnóstico tardio e é frequentemente tratada como doenças de vias aéreas superiores com uma refratariedade clínica. O caso em questão teve um diagnóstico precoce devido observação da mãe durante as lavagens nasais. Deve-se, assim, estimular lavagens nasais em recém nascidos, até mesmo durante assistência em sala de parto pelo neonatologista.

**Palavras-chave:** ATRESIA DE COANA; UNILATERAL; LAVAGEM NASAL.

PO675

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**  
**EMPIEMA SUBDURAL SECUNDÁRIO À RINOSSINUSITE****AUTOR PRINCIPAL:** ANA CAROLINA RODRIGUES PEREIRA**COAUTORES:** BRANDA CAVALCANTE DOURADO; GABRIELE DOS SANTOS; RAQUEL MOREIRA BORGES**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL3. UEFS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo masculino, 14 anos, com história prévia de rinossinusite, é admitido no Hospital Estadual da Criança de Feira de Santana-BA, em janeiro de 2022, com cefaleia frontal intensa, febre intermitente e edema em região frontal. Após 24 horas, evoluiu com vômitos e dor em nuca com piora ao movimento. Realizou TC de crânio onde foi identificado empiema subdural, sendo optado por conduta conservadora com uso de Ceftriaxone. No dia seguinte evoluiu com desorientação, onde foi optado por introduzir Dexametasona, Fenitoína, e associação de Vancomicina e Metronidazol ao esquema antibiótico, assim como vigilância neurológica. O paciente foi transferido para UTI em ventilação espontânea, estável hemodinamicamente e oscilando com frases desconexas, necessitando de doses de Haloperidol e Prometazina em decorrência de alguns momentos de agressividade. Após 04 dias, recebeu alta para enfermaria cirúrgica, mantendo cefaleia intensa, persistente e matutina, nesse contexto foi realizado nova TC de crânio evidenciando aumento do empiema subdural com desvio de linha média. No dia seguinte foi submetido a cirurgia de craniotomia frontotemporal esquerda para drenagem do empiema, com descrição cirúrgica evidenciando cérebro tenso, avermelhado, empiema subdural com crostas, onde foi feito drenagem do abscesso, lavagem e limpeza com soro fisiológico e Gentamicina. No pós operatório foi realizada extubação sem intercorrências e encaminhado para UTI, onde recebeu alta após 05 com bom quadro neurológico, afebril, estável e TC com bom controle radiológico, sendo orientado acompanhamento ambulatorial com neurocirurgia.

**Discussão:** O abscesso cerebral é incomum durante o curso da sinusite bacteriana, quando ocorre a maioria é associado à pansinusite. É mais comum em pacientes do sexo masculino e abaixo dos 20 anos de idade, devido o aumento da vascularização do sistema diplóico e ao desenvolvimento do sistema frontal que ocorrem entre 7 e 20 anos. As lesões podem se desenvolver por disseminação venosa direta de infecções extradurais e têm início com área de cerebrite localizada no parênquima cerebral que evoluem para coleções de pus limitadas por cápsula. Os agentes etiológicos mais comuns são: Staphylococcus aureus, Streptococcus sp e Haemophilus influenzae. O empiema pode variar desde uma expansão de massa focal e hipertensão intracraniana à destruição difusa, com apresentação de sintomas como cefaleia, alteração do sensorio, alterações de consciência, hemiparesia, náusea e/ou vômito e febre alta. Deve-se ficar atento a pacientes que evoluem com persistência de febre e cefaléia ou ainda outras manifestações neurológicas após tratamento inicial da rinossinusite. Seu diagnóstico é baseado primeiramente na suspeita clínica, e quando a cirurgia passa a ser considerada, a TC é utilizada e evidencia lesão hipodensa e com contraste mostra um realce anular; quando é envolvido por cápsula visualiza-se um centro hipodenso, demonstrando a necrose central com liquefação. No entanto, em determinados casos a TC pode apresentar resultados falso negativos, de modo que deve ser repetida em 24 horas ou realizar Ressonância Magnética que é o padrão ouro para o diagnóstico. A identificação do seu estágio inicial de “cerebrite” resulta no tratamento apropriado, incluindo a seleção cuidadosa de antibióticos, sendo Ceftriaxone, Vancomicina e Metronidazol os mais indicados pela literatura. A cirurgia consiste na drenagem da cavidade do abscesso por craniotomia e correção da fonte original da infecção, principalmente quando secundário a uma infecção de seio da face. A maioria dos abscessos necessitam de abordagem cirúrgica, e quando adequadamente realizada, produz uma melhora clínica imediata e estabiliza o paciente hemodinamicamente.

**Comentários finais:** Considera-se o empiema subdural uma complicação intracraniana das rinossinusites pouco frequente e de alta taxa de mortalidade quando não identificada precocemente e manejada de forma adequada. Diante disso, torna-se essencial realizar mais estudos acerca desse tema, visando otimizar diagnóstico, terapêutica e prognóstico desses pacientes.

**Palavras-chave:** EMPIEMA SUBDURAL;RINOSSINUSITE;PEDIATRIA.

PO676

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****VESTIBULITE POR MRSA EVOLUINDO PARA CELULITE DE FACE: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA CLAUDIA PASCOAL DA SILVA**COAUTORES:** BEATRIZ COVICI BARROS; MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR; ALINE BATISTA LOPES; MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS; MARIANE PAIVA RANGEL; GUILHERME LIPPI CIANTELLI; FABIO TADEU MOURA LORENZETTI**INSTITUIÇÃO:** BOS, SOROCABA - SP - BRASIL

A.A.M, 67 anos, deu entrada em nosso PS com história de manipulação de região de vestíbulo nasal esquerdo há 8 dias, evoluindo com dor e hiperemia locais importantes. HPP: diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Ao exame físico apresentava edema e hiperemia intensos da região da pirâmide nasal incluindo região columelar, com drenagem espontânea de secreção purulenta da região de vestíbulo e zona 1 septal à esquerda, não apresentava pontos de flutuação em outras regiões (Imagem 1), exames laboratoriais com leucocitose, PCR 225 e quadro de insuficiência renal aguda, foi avaliado pela equipe de plástica facial do nosso serviço e optou-se por drenagem em centro cirúrgico. Foram realizadas 3 incisões: em região medial do dorso nasal e região anterior do septo nasal bilateralmente com saída de grande quantidade de secreção purulenta, foi realizada a verificação endoscópica do septo nasal, sendo avaliado o comprometimento da cartilagem devido à infecção, também colocados drenos de Penrose em todas as incisões e Splint nasal. Foi encaminhado para internação clínica na origem em uso de Ceftriaxona 2g EV de 12/12h e Clindamicina 600mg EV de 6/6h, além de controle das comorbidades. Retorna após 4 dias do procedimento, em realização da antibioticoterapia prescrita, com melhora do aspecto da região do dorso nasal, refere queda espontânea de todos os drenos, à expressão ainda é drenada pouca secreção purulenta, não foram observados hematomas ou abscessos septais (Imagem 2). A cultura da secreção drenada apresentou crescimento de *S. Aureus* MRSA, sensível à Clindamicina, optou-se por manter a antibioticoterapia que já estava instituída. Retornou para nova avaliação, após 10 dias de antibioticoterapia, com boa evolução, sem queixas, laboratório com leucócitos na normalidade e melhora dos parâmetros inflamatórios, sem novas coleções e sem saída de secreção espontânea, à expressão ou punção (Imagem 3), optado por alta hospitalar e seguimento ambulatorial.

A vestibulite nasal é um quadro infeccioso que acomete a região do vestíbulo do nariz, tipicamente é causado pela bactéria *Staphylococcus aureus*. Em sua maioria, é consequência da manipulação nasal e/ou pelo ato repetido de assoar o nariz, que geram crostas, que são a porta de entrada para o agente.

Na maioria dos casos, cremes de bacitracina ou mupirocina, são eficazes para o tratamento. Já em casos de infecções por *S. aureus* resistentes à metilina associadas com a comunidade ou com complicações como a celulite de face associada ao quadro, o tratamento deve ser direcionado por testes dos resultados de cultura e sensibilidade.

Em sua maioria, tratamento com antibióticos como a clindamicina, sulfametoxazol/ trimetoprima e doxiciclina se mostram eficazes contra a maioria das cepas.

A vestibulite nasal é um quadro que na sua maioria é autolimitado, evoluindo bem com tratamento tópico, porém, é de suma importância que populações de risco, como diabéticos e imunodeprimidos sejam acompanhados devido à possibilidade do quadro evoluir com complicações, como abscesso de face, entre outros.

O tratamento direcionado ao espectro do agente causal juntamente com drenagem cirúrgica em casos selecionados traz bons resultados

Palavras-chave: vestibulite nasal ;celulite de face ;drenagem nasal.

PO680

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ACESSO COMBINADO (ENDOSCÓPICO E CALDWELL-LUC) PARA TRATAMENTO DE CISTO DENTÍGERO DE GRANDE DIMENSÃO EM SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** THIARA CORREIA LIMA**COAUTORES:** EMILIO SALVIANO NETO; FRANCISCO RAMON TELES DE OLIVEIRA; YASMIN CABRAL SOARES FERNANDES; INGRID SAMPAIO TAVARES; ANNA CAROLYNE ALVES DE LIMA**INSTITUIÇÃO:** ESTACIO IDOMED, JUAZEIRO DO NORTE - CE - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 72 anos, com histórico de obstrução nasal de piora progressiva há cerca de 5 anos. Negava rinorreia, cacosmia ou sangramento nasal, apresentava assimetria facial, com abaulamento em região malar à direita. A rinoscopia anterior revelava medialização das estruturas da parede lateral da cavidade nasal direita, com consequente estreitamento desta cavidade nasal, impossibilitando passagem da ótica. Tomografia computadorizada da face evidenciava velamento do seio maxilar com material com densidade de partes moles, com medialização da parede lateral da cavidade nasal e área de descontinuidade óssea em parede inferior do seio maxilar. Optado pela realização de acesso combinado (endoscópico e Caldwell-Luc). Após a antrostomia maxilar, foi drenada grande quantidade de secreção de coloração acastanhada, consistência fluida, com traços de conteúdo purulento. Realizado acesso externo concomitante (Caldwell-Luc), para complementação da aspiração, remoção de cápsula e de fragmentos da mucosa do seio maxilar. Logo em seguida, observou-se afinamento da parede anterior do seio maxilar, com luxação, causando abaulamento na região malar, recuperado com redução anatômica. O material foi encaminhado para estudo anatomopatológico, que confirmou tratar-se de cisto dentígero, com processo inflamatório inespecífico. No seguimento pós-operatório de 6 meses, a paciente apresentava-se assintomática, sem assimetrias faciais. Nova tomografia sem sinais de lesões redicivantes.

**DISCUSSÃO:** Cistos odontogênicos são achados comuns, sendo eles classificados como cisto de desenvolvimento ou inflamatórios de acordo com a sua formação. O cisto dentígero ou folicular é o subtipo mais comum de cisto odontogênico, responsável por cerca de 20% dos casos e origina-se a partir da separação do folículo que circunda a coroa de um dente não erupcionado, no entanto, sua patogênese ainda não é totalmente esclarecida. Embora possa ocorrer em qualquer dente incluso, a literatura revela que são mais prevalentes nos terceiros molares inferiores, seguido por caninos superiores, terceiros molares superiores e segundos pré-molares inferiores. A faixa etária entre 1 e 30 anos é mais comumente acometida e no sexo masculino é mais prevalente. Em geral, os cistos dentígeros são assintomáticos, encontrados ocasionalmente em exames de rotina, porém, aqueles com maior expansão podem se manifestar com dor na região acometida, assimetria facial e sintomas de sinusite crônica. Nos exames radiográficos, a lesão se apresenta como uma área radiolúcida unilocular de margens definidas. O tratamento baseia-se em enucleação do cisto e remoção do dente não erupcionado com abordagem individualizada de acordo com o perfil de lesão. A técnica de Caldwell-Luc permite maior visualização do campo operatório com abordagem segura e eficiente do seio maxilar. O prognóstico é bom na maioria dos casos e recidivas são raras quando feita enucleação completa do cisto.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Diante do exposto, o cisto odontogênico é relativamente comum. No entanto, considerando suas características epidemiológicas e sua sintomatologia compressiva apresentadas acima, indica-se o tratamento cirúrgico, sendo as técnicas endoscópica e Caldwell-Luc as mais indicadas neste caso.

**Palavras-chave:** CISTO ODONTOGÊNICO; CISTO DENTÍGERO; SINUSITE CRÔNICA.



PO691

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS ADESÕES DA MUCOSA INTRANASAL APÓS TRAUMA NASAL. RELATO DE CASO.****AUTOR PRINCIPAL:** FERNANDO PIRES DE ARAUJO**COAUTORES:** GILBERTO ULSON PIZARRO; RODRIGO DOS SANTOS NEVES; ANA LUIZA FARIA DIAS; MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN; MARLON SOUZA COELHO; SIMIRAMIS CAROLINE PALMEJANI; MARIA GABRIELA SCARAMUSSA OFRANTI**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PAULISTA, São PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

RM, 51 anos, masculino, de descendência oriental, hipertenso, diabético e portador de transtorno de ansiedade, revela histórico de fratura nasal há 30 anos, não tratada, após acidente automobilístico e posteriormente, há 8 anos, vítima de mordedura de cão no nariz, no qual desenvolveu fibrose da mucosa nasal com subsequente obstrução nasal. Realizado atendimento ambulatorial e através do exame físico e imagens tomográficas, constatou-se um tecido fibroso denso em ambas fossas nasais, associado à sinéquias e estenose das válvulas nasais internas e externas, sendo necessário a execução de procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, com auxílio endoscópico e de microdebridador para ressecção das adesões, tendo a finalidade de promover a patência das fossas nasais. No decorrer do pós-operatório, devido a uma internação psiquiátrica do paciente, não se obteve suporte ambulatorial, ocasionando o colapso das válvulas nasais e recidiva da fibrose. Após noventa dias, foi realizada nova cirurgia e, dessa vez, foi optado pela implantação de splints intranasal de silicone bilateral com uma adaptação em forma de aba em sua parte superior, mediante à sutura com fio de nylon 3-0, recobrimdo a mucosa do septo nasal e contornando inferiormente a cartilagem lateral superior até a parede lateral do nariz, estendendo-se ao vestíbulo nasal e sustentando as válvulas nasais internas e externas. Nessa ocasião, o pós-operatório decorreu de maneira satisfatória. Esperou-se então a granulação do tecido por quarenta dias para remoção dos splints e, em seguida, deu-se a utilização de um dilatador nasal por mais quatro semanas. A terapêutica de seguimento através de corticosteroide tópico de fluticasona e ácido hialurônico foi efetiva e o paciente evoluiu com abrandamento dos sintomas, mantendo a perviedade da abertura narinária e do fluxo aéreo na ausência dos splints e dilatador nasal.

**DISCUSSÃO**

Byung-Woo Yoon et al (2018) afirma que embora diversas técnicas tenham sido descritas, a correção da estenose do vestíbulo nasal pode ser difícil pela tendência de contração tecidual e defende o proveito de dispositivos de sustentação das estruturas do nariz no pós-operatório. Daines, em 2010, faz uma revisão em pacientes cirúrgicos para restaurar a resistência alar, em que preconiza os stents a curto prazo. Dawes (1987) e Ogura (1995) descrevem que as adesões intranasais são complicações comuns nas cirurgias funcionais, porém grave, se não abordadas efetivamente. De modo geral, elas são caracterizadas pelo crescimento de um tecido fibroso da mucosa da cavidade nasal e seu desenvolvimento deve-se a respostas inflamatórias seguidas de alterações cicatriciais exacerbadas. Para tanto, o enfoque do tratamento tem de se privilegiar o retorno da passagem de ar pela cavidade nasal e sua conservação. Descritos por Salinger e Cohen pela primeira vez em 1955, os splints nasais são empregados no suporte ao septo nasal, na fixação de enxertos e no controle de hemorragias, mas a manutenção da patência nasal e a prevenção de adesões teciduais tem se tornado funções primárias para as frequentes indicações de seu uso. É o que demonstra um estudo britânico, em que 64% dos consultórios do Reino Unido preconizam esse aparato como uma barreira profilática às complicações. Invariavelmente o tratamento em casos que comprometem o fluxo aéreo, bem como a qualidade de vida do indivíduo, deve ser cirúrgico, por meio da instalação de tal dispositivo.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

No presente relato, a escolha pela abordagem cirúrgica através da lise endoscópica das aderências, associada a colocação dos splints modificados foi bem-sucedida e o paciente permaneceu assintomático por mais de seis meses de acompanhamento.

Palavras-chave: adesões;estenose;splint.



PO701

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DESVIO DE SEPTO NASAL ANTES E DEPOIS DA SEPTOPLASTIA****AUTOR PRINCIPAL:** CLARA DE FREITAS CARNEIRO**COAUTORES:** MATEO FERNANDEZ R.; CAROLINE SANTOS COSTA PINHO; EMILY CARLA DANTAS OLIVEIRA DA SILVA; LORENE DE JESUS ALCANTARA; MARIA CLARA MARQUES DA COSTA MOREIRA; PHABLO FERRAZ BRITO**INSTITUIÇÃO:** 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL4. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDOMPEDRO, SALVADOR - BA - BRASIL**OBJETIVO:** O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da septoplastia na qualidade de vida dos pacientes.**MÉTODOS:** Os artigos foram pesquisados sistematicamente na base de dados Pubmed/MEDLINE em 11 de agosto de 2023, sem restrição de idioma. A estratégia de busca incluiu dois grupos de termos, um relacionado a desvio nasal e qualidade de vida e outro a desvio de septo nasal. Os estudos considerados para inclusão foram aqueles que analisaram o pré e pós operatório de pacientes submetidos a septoplastia e o efeito desse procedimento cirúrgico na qualidade de vida. Foram excluídos os artigos publicados antes de 2006.**RESULTADOS:** Todos os artigos coletados relataram melhora na qualidade de vida dos pacientes que realizaram septoplastia. 26,9% destes utilizou o questionário NOSE, em que foram obtidas pontuações elevadas no pré-operatório, e decréscimo nos meses após a cirurgia. 7% dos artigos relataram os efeitos da septoplastia combinada à cirurgia da concha nasal inferior, e ressaltaram melhora substancial dos sintomas pós-operatórios. Foi relatada melhora funcional significativa da função olfativa pós rinoplastia, a qual não foi grande o suficiente para elevar o score associado à qualidade de vida pós-operatória desses pacientes. Além dos sintomas nasais, houve incremento na qualidade do sono dos pacientes submetidos à septoplastia, sobretudo no que diz respeito à Apneia Obstrutiva do Sono, Sonolência Diurna e Ronco.**DISCUSSÃO:** A análise dos dados apurados revelou que sintomas como obstrução nasal, bloqueio, dificuldades na respiração nasal, distúrbios do sono e dor facial foram frequentemente relatados pelos pacientes. A obstrução nasal foi o sintoma de maior prevalência. Pacientes portadores dessa condição apresentaram comprometimento significativo da função olfativa, com a utilização do teste breve de identificação de cheiro (B-SIT) avaliando esta deficiência. Os estudos sugerem que a septoplastia desempenha um papel crucial no tratamento da obstrução nasal decorrente do desvio septal nasal. É premente a realização de pesquisas adicionais para uma compreensão dos mecanismos subjacentes e para o refinamento das diretrizes de seleção de pacientes para intervenção cirúrgica.**CONCLUSÃO:** Portanto, os artigos confirmam que a septoplastia melhora a qualidade de vida dos pacientes, especialmente sobre a obstrução nasal, aprimorando a função olfativa e reduzindo sintomas relacionados em pacientes de todas as idades. Combinar septoplastia com RFIT pode oferecer resultados ainda melhores. A septoplastia é uma cirurgia recomendada para tratar o desvio de septo, com a escolha dependendo dos sintomas e necessidades individuais do paciente.**Palavras-chave:** desvio de septo nasal;septoplastia;qualidade de vida.

**PO703****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****MUCOPIOCELE EM CONCHA SUPERIOR BOLHOSA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN**COAUTORES:** ARNALDO GUILHERME BRAGA TAMISO; RODRIGO DOS SANTOS NEVES; ANA LUIZA FARIA DIAS; MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO; MARLON SOUZA COELHO; SIMIRAMIS CAROLINE PALMEJANI; ANSELMO VAGNER DA SILVA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PAULISTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Apresentação do caso**

P.F.S.S, feminina, de 39 anos apresenta-se com queixas de cefaleia frontal refrataria a medicações analgésicas, pressão facial e hiposmia progressiva de início há 6 meses. Nega comorbidades, traumas físicos ou cirurgia nasal previa.

Realizado Tomografia computadorizada dos seios paranasais que evidenciou tumor de características benignas em teto etmoidal e concha superior a direita, sem erosão óssea evidente, demais seios sem alterações significativas. Como hipótese diagnostica foram aventadas rinossinusite crônica, polipose nasal, mucopiocele etmoidal, meningoencefalocele, mucopiocele de concha superior, papiloma invertido e rinossinusite fúngica.

Optado por cirurgia endonasal via endoscópica, feito septoplastia e turbincentomia inferior, foi visualizado um grande abaulamento da concha superior, realizado ressecção da base do corneto superior, com saída de secreção purulenta dela, confirmando a suspeita diagnóstica de mucopiocele, feita completa remoção da lesão e da mucosa sinusal, não foi visualizado erosão óssea da base do crânio.

Paciente evolui bem no pós-operatório, com resolução total da cefaleia e melhora da hiposmia.

**Discussão do caso**

A prevalência de concha superior bolhosa é 14,9%, uma alteração anatômica incomum, mais raramente obstrução de sua ventilação ocasionando mucocoele, que eventualmente foi infectada. Usualmente são complicações pós inflamatórias, mas menos comumente podem ser secundarias a obstrução neoplásica, processos pós-operatórios e pós-traumáticos

O local mais acometido é o seio frontal (65%), seguido de etmoide anterior, seio maxilar e etmoide posterior, sua incidência é entre a terceira e quarta década de vida. não possui predominância entre os sexos.

A tomografia computadorizada de ossos temporais é o exame de escolha para o diagnóstico, sendo por vezes necessária ressonância magnética de crânio com contraste de gadolínio para auxiliar na diferenciação da mucocoele com o tecido cerebral, órbita e partes moles.

O diagnostico preciso através de exame de imagem se faz essencial para o tratamento precoce devido seu caráter expansivo (poderá ocasionar erosão dos limites ósseos dos seios paranasais por compressão e consequente reabsorção óssea, levando ao comprometimento de estruturas adjacentes).

**Comentários finais**

A mucopiocele de concha superior pneumatizada é um diagnostico incomum, causando sintomas semelhantes a outras patologias. No presente caso o tratamento cirúrgico endoscópico foi satisfatório, com resolução dos sintomas.

Palavras-chave: MUCOPIOCELE;CONCHA SUPERIOR;BOLHOSA.

PO705

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PERFIL DE GASTOS COM INTERNAÇÕES POR RINOSSINUSITE CRÔNICA NA BAHIA: ANÁLISE QUANTITATIVA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS.****AUTOR PRINCIPAL:** WANDERLANY DE MIRANDA ANDRADE CARNEIRO**COAUTORES:** VICTOR LEVY DE JESUS CARVALHO SENA; GABRIELE DOS SANTOS; RODOLFO BAPTISTA GIFFONI**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS), FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL**OBJETIVOS:**

Este estudo tem como propósito fornecer uma análise quantitativa das hospitalizações relacionadas à Rinossinusite Crônica (RCA) na Bahia, abrangendo o período de Julho de 2013 a Julho de 2023, com base na classificação CID10-J32. O objetivo é investigar aspectos como sexo, faixa etária, tipo de atendimento, duração média das hospitalizações, custos de serviços médicos e hospitalares, além de calcular o valor médio por internação. Por meio dessas análises, busca-se compreender as variações e os diferentes impactos da RCA nas diversas macrorregiões baianas.

**MÉTODOS:**

Trata-se de um estudo ecológico descritivo, retrospectivo e quantitativo com dados coletados no Sistema de Informação Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).

**RESULTADOS:**

Na Bahia, entre julho de 2013 e julho de 2023, ocorreram um total de 819 internações por RCA, sendo 56,17% correspondente ao leste do estado. Dessas internações, 410 abrangem o sexo masculino e 409 o sexo feminino, podendo ainda constatar que 55,56% foram internamentos os quais contemplaram a faixa etária entre 30 e 59 anos. Com relação ao caráter de atendimento, as internações eletivas equivalem a 91,94% e as de urgência ficam com apenas 8,06% do número total. A duração média de permanência total é de 1,4 dias, com o Sul liderando o estado por uma média de 4,3. Ao avaliar o valor médio por internação foi constatado 1.068,62 reais e um total de gastos de 875.197,62 reais, sendo a região leste responsável por 56,30% do custo geral. Desse valor, 61,63% é destinado a serviços hospitalares e 38,37% a serviços profissionais.

**DISCUSSÃO:**

A análise dos dados fornece insights valiosos sobre a carga dessa condição conceituada como um processo de caráter inflamatório que acomete a mucosa do nariz e dos seios paranasais, tendo uma evolução maior que 12 semanas.

Primeiramente, é notável que a doença se faz frequente na Bahia, com grandes impactos diante do número de internações observados mediante aos dados expostos. A prevalência desta condição na região, portanto, é substancial e representa uma considerável demanda sobre os serviços de saúde. A distribuição geográfica dessas internações revela uma concentração significativa no leste do estado, com mais da metade ocorrendo nessa região, podendo ser atrelado a fatores determinantes da área.

Além disso, a análise do perfil dos pacientes hospitalizados revelou que a RCA afeta igualmente ambos os sexos. No entanto, o destaque vai para a faixa etária entre 30 e 59 anos, que corresponde a 55,56% das internações. sugerindo uma preocupação significativa para adultos em idade produtiva, com implicações potenciais para a qualidade de vida e a capacidade de trabalho dessa população, assim como para a economia do estado.

A natureza predominantemente eletiva das internações é um achado perceptível, indicando que a maioria dos casos de RCA pode ser realizado um melhor planejamento dos recursos hospitalares e uma gestão mais eficiente das internações.

A média de permanência hospitalar geral de 1,4 dias na Bahia contrasta com a média mais longa no Sul do estado, que foi de 4,3 dias. Isso pode indicar diferenças na gravidade dos casos ou na gestão de internações entre as regiões.

O valor médio por internação reflete o impacto financeiro relacionado a essa condição e o gasto total com mais da metade sendo atribuída à região leste, ressalta disparidade e a importância de uma alocação eficaz dos recursos. Além disso, a divisão de custos entre serviços hospitalares e serviços profissionais destaca a necessidade de um modelo de assistência multidisciplinar eficiente e colaborativo.

**CONCLUSÃO:**

Os resultados deste estudo enfatizam a relevância da RCA como uma condição médica significativa na Bahia, com implicações demográficas, geográficas e financeiras. A compreensão desses dados atesta a repercussão das internações e sua média de permanência nos custos relacionados a saúde e traz à tona as disparidades regionais e demográficas observadas. Ademais, nota-se a constituição do planejamento de atendimento para essa comorbidade no estado.

Palavras-chave: Rinossinusite crônica; internações; gastos.

PO708

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ABORDAGEM FULL-HOUSE ASSOCIADA AO LOTHROP NO TRATAMENTO DA MUCOCELE FRONTAL RECIDIVANTE: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIA FERNANDA MACHADO BRANDALIZE**COAUTORES:** IAN SELONKE; FÁBIO LUIGI CRISIGIOVANNI; GIOVANA LOIACONO GAVAZZONI; GABRIELLE GONÇALVES; GABRIELA SCHLABENDORFF; VITOR STANISLAUKI NAGATA; PABLO DOS SANTOS LIMA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA - CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso** Paciente sexo feminino, 74 anos, com presença de mucocoele em seio maxilar esquerdo, realizou uma combinação de abordagens endoscópicas para exérese, sem intercorrências. Retorna ao serviço de otorrinolaringologia após 11 meses, queixando-se de dor em região frontal associada à ptose palpebral à esquerda. Indicado uso de lavagem nasal com shampoo neutro infantil e pomada bactroban diariamente, uso de soro fisiológico 3 vezes ao dia. Após um mês, relata saída de crostas nasais pelo menos uma vez na semana e nega sangramentos ou obstruções. Foi realizado exame anatomopatológico de mucosa respiratória que revelou processo inflamatório crônico moderado e agudo discreto, com ausência de malignidade. Em cultura, foi detectada presença de *Staphylococcus aureus*. Na nasofibrosopia, verificou-se presença de crostas, secreção purulenta de seio maxilar, sinéquia entre corneto inferior e septo direito. A tomografia de seios de face mostrou velamento de seio maxilar esquerdo e parcial à direita e velamento de células etmoidais. Resolvido o quadro agudo, foi então orientado tratamento de manejo domiciliar, mantendo lavagem nasal com soro fisiológico e adicionado o uso de dipropionato de beclometasona nasal, com resolução das queixas.

**Discussão** Mucocoele é uma formação cística benigna composta por epitélio do tipo respiratório com acúmulo de secreção mucosa no seu interior. Trata-se de uma condição expansiva que pode afetar os seios paranasais, comumente da região fronto-etmoidal, e obstruir a drenagem, ocasionando o acúmulo de muco dentro da cavidade bloqueada. Quando a obstrução é sintomática, exige-se intervenção cirúrgica. A abordagem cirúrgica escolhida foi o acesso endoscópico nasal com etmoidectomia com sinusotomia frontal ampla associada a abertura de todos os seios paranasais ipsilaterais e contralaterais usada no tratamento de sinusite crônica e polipose nasossinusal. A abertura de todos os seios pode também ser chamada de técnica full-house, esta técnica é utilizada para tratar condições mais severas e difusas dos seios paranasais. Os procedimentos realizados neste caso são septoplastia, com correção de desvio osteo-cartilaginoso, com videoendoscopia associado, a sinusectomia maxilar endonasal, etmoidectomia intranasal completa, sinusotomia esfenoidal e sinusotomia frontal ampla bilateral para uma drenagem frontal mediana também chamada de Lothrop radical modificado ou sinusotomia frontal tipo Draf III. Ao final do procedimento, foi realizado cauterização de artéria esfenopalatina bilateral, controle hemostático e aplicação de curativos.

**Conclusões** Em síntese, este relato de caso ilustra a abordagem cirúrgica full-house associada ao Lothrop no tratamento da mucocoele frontal recidivante, com resultados favoráveis na melhora dos sintomas da paciente. A combinação de procedimentos endoscópicos permitiu o controle efetivo da condição, sendo que neste caso os limites cirúrgicos são os limites da cavidade nasal e seu sucesso depende de conhecimento anatômico endoscópico do nariz. Além disso, ressalta-se a necessidade de um acompanhamento cuidadoso e da adesão ao tratamento domiciliar para garantir a recuperação ideal do paciente. Destaca-se também a importância de reconhecer a singularidade de cada caso e a necessidade contínua de pesquisa clínica para avaliar e aprimorar abordagens terapêuticas em pacientes com mucocoele.

**Palavras-chave:** Pansinusite; Obstrução nasal; Lothrop radical.

PO713

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO: LINFOMA T/NK EXTRANODAL NASAL UMA BREVE APRESENTAÇÃO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JOÃO MARCELO TEIXEIRA LOBO**COAUTORES:** PRISCILA NOGUEIRA SOARES; MARINA HE RYI KIM; CHRISTIAN WAGNER MAURENCIO; MARIA FERNANDA BONOME CARDOSO; CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS; PEDRO PAULO VIVACQUA DA CUNHA CINTRA; JOSE ANTONIO PINTO**INSTITUIÇÃO:** NÚCLEO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E MEDICINA DO SONO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

M.C.S.B., feminino, 70 anos, proveniente de São Paulo, apresenta como comorbidade hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus de difícil controle e em uso medicação contínua. Procurou nosso serviço devido quadro de congestão nasal, rinorreia sem melhora de uso prévio de antibiótico e já apresentava tomografia computadorizada de seios da face do dia 17/05/2023 evidenciando espessamento do revestimento mucoso de todas as cavidades paranasais. Ao exame físico percebeu-se a rinoscopia anterior presença de grande quantidade de secreção espessa esverdeada e odor fétido, iniciado tratamento clínico e acompanhamento ambulatorial. Retornou após término do tratamento sem melhora clínica, devido ao quadro solicitou-se tomografia computadorizada dos seios da face com contraste 02/06/2023 que evidenciou espessamento regular/tecido com discreto realce pelo meio de contraste envolvendo internamente a porção anterossuperior das pirâmides nasais com maior componente a direita e extensão à transição com a porção anterior do segmento cartilaginoso do septo nasal/columela nasal medindo cerca de 1,5 x 1,2 x 1,7 cm. Sendo assim, solicitados exames pré-operatórios e agendada cirurgia endonasal para exérese e biópsia da lesão. Porém, no dia 28/6/2023 paciente evoluiu com quadro de diverticulite aguda sendo realizado procedimento cirúrgico de urgência para resolução do quadro. Durante sua internação, acompanhamos sua evolução e devido a instabilidade clínica optou-se abordagem cirúrgica da equipe após alta hospitalar. Retornou em nosso serviço no dia 13/7/2023 apresentando edema em face acometendo região periorbital e nasal, principalmente a direita, mantendo quadro de rinorreia esverdeada, lesão crostosa em asa nasal a direita e lesão de aspecto polipóide em fossa nasal direita. Devido ao quadro optou-se pela internação da mesma e abordagem cirúrgica após estabilização clínica. Realizado procedimento cirúrgico no dia 20/07/2023 cujo anatomopatológico evidenciou linfoma T/NK extranodal, subtipo nasal e a pesquisa imunohistoquímica de TIA-1, realizado em laboratório de apoio, resultou em positiva focal e hibridização in situ para Epstein Barr Virus. Neoplasia linfóide extensamente necrótica infiltrando tecido fibroadiposo e cartilaginoso, composta por linfócitos médios e grandes atípicos com padrão de crescimento sólido. Paciente foi acompanhada em conjunto com equipe multidisciplinar (Neurologia, hematologia, endocrinologia e infectologia). Porém evoluiu durante internação com piora dos padrões hemodinâmicos, evoluindo a óbito no dia 13/08/2023.

**DISCUSSÃO** O linfoma de células NK/T tipo nasal é um subtipo extranodal agressivo, que apresenta infiltração, necrose e angioinvasão. Localiza-se preferencialmente na cavidade nasal e nos seios paranasais, podendo haver acometimento de outras estruturas da chamada região médio-facial. Tem um padrão de disseminação que inclui pele, testículo, SNC e trato digestivo. Inicialmente os sintomas mais comuns são obstrução nasal, secreção nasal e epistaxe. Manifestações por vezes indistinguíveis de sinusopatias inflamatórias ou infecciosas. Acomete predominantemente homens de meia-idade, relação 3:1 em relação a mulheres, estando associado a mau prognóstico e, muitas vezes, óbito do paciente. Embora seja sensível à radioterapia, apresenta resistência a agentes quimioterápicos com maior frequência se comparado a outros tipos de linfomas. O genoma do vírus Epstein-Barr é detectado na maioria dos casos, sugerindo um relação etiológica.

**COMENTÁRIOS FINAIS** Diante do quadro apresentado devemos nos atentar as diversas possibilidades de uma lesão nasal associada a obstrução nasal, secreção nasal e epistaxe. Além de manifestações por vezes indistinguíveis de sinusopatias inflamatórias ou infecciosas que por vezes podem estar associadas a estes casos como o linfoma T/NK extranodal, subtipo nasal.

Palavras-chave: LINFOMA T/NK; TUMOR; NARIZ.

PO715

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RESSECÇÃO DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL POR VIA NASOENDOSCÓPICA SEM EMBOLIZAÇÃO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JULIANA MARQUES COLLA**COAUTORES:** DAVI KNOLL RIBEIRO; ULISSES JOSE RIBEIRO; ANA JULIA RODRIGUES FERREIRA; BEATRIZ VITORIA RIGON; ANDRÉ ANTONGIOVANNI SALLUM; FREDERICO DE LIMA ALVARENGA; PATRICIA GUIMARÃES PASTORE**INSTITUIÇÃO:** 1. OTORRINO SEUL, SAO PAULO - SP - BRASIL2. SEUL, SAO PAULO - SP - BRASIL**Apresentação do caso**

V.C.J., 18 anos, com quadro de obstrução nasal há 10 anos, com evolução de piora. Associado a respiração oral, roncos, voz anasalada, sialorreia importante, rinorreia amarelada de odor fétido e episódios recorrentes de epistaxes auto limitadas desde os 5 anos de idade. Exame de tomografia computadorizada de seios paranasais com contraste (08/12/2022): Formação nodular com intenso realce anômalo ao contraste iodado com epicentro presumido no forame esfenopalatino à direita, ocupando e obliterando parcialmente o aspecto posterior da fossa nasal direita, medindo 29 x 16 mm em seus maiores eixos, compatível com a possibilidade de nasoangiofibroma. Septo nasal sinuoso com esporão posterior a direita. Nasofibroscopia (07/10/2022): lesão violácea em recesso esfenotmoidal, com invasão da região posterior da fossa nasal direita, desvio septal a direita. Paciente portador de rinite alérgica, nega uso de medicações contínuas. Eletivamente, programado procedimento cirúrgico para 29/03/2023, via nasoendoscopia sem embolização, através da septoplastia, seguida pela abertura da fontanela posterior para ligadura da artéria esfenopalatina e seus ramos, e então ,realizado o descolamento do tumor por eletrocoagulação. Sem intercorrências cirúrgicas, após 24 horas, o paciente recebeu alta hospitalar, sem indicação de transfusão sanguínea. Prescrito ácido tranexâmico 750mg/dia por 5 dias no pré e 7 dias após procedimento. Anatomopatológico (31/03/2023): achados compatíveis com nasoangiofibroma, sem sinais histológicos de malignidade. Paciente em acompanhamento ambulatorial, sem recidiva da lesão.

**Discussão**

O Nasoangiofibroma juvenil (NAFJ) é um tumor benigno, de ocorrência rara, no qual corresponde a menos de 0,05% das neoplasias de cabeça e pescoço. Possui crescimento lento e de componente vascular. Entretanto, possui um grau de agressividade devido ao seu potencial de invasão de estruturas importantes adjacentes. Tem predileção por indivíduos do sexo masculino, pré adolescentes e adolescentes (97%), sem relação com hereditariedade, e o grupo sanguíneo O+ é considerado como um marcador racial. Sua etiopatogenia permanece controversa, e possui teorias como: hormonal (andrógenos); genética; congênita e vascular. O quadro clínico é descrito por uma tríade clássica de epistaxe, obstrução nasal unilateral e massa na nasofaringe. O diagnóstico é complementado pela tomografia computadorizada (TC), Ressonância magnética (RM) e endoscopia nasal, que determinam a localização e extensão do NAFJ, e permitem a realização do estadiamento pela classificação de radkowski, no qual se baseia em critérios clínicorradiológicos.

O tratamento da doença não segue um protocolo, porém, na maioria dos casos, é realizada a abordagem cirúrgica, principalmente por via nasoendoscópica. Restrita para tumores mais precoces, localizados na rinofaringe, cavidade nasal e seios paranasais, é preconizada por ser minimamente invasiva e de menor morbidade. A radioterapia, hormonioterapia e quimioterapia são modalidades complementares necessárias. A complicação mais comum é o sangramento intra-operatório, e pode ocorrer em qualquer via de acesso, assim, a embolização das artérias nutridoras, no pré-operatório, é frequentemente realizada para reduzir esse risco. O uso de hemoderivados no intra ou pós-operatório pode ser mandatório. Entretanto, não há consenso quanto a utilização rotineira da embolização pré-operatória, além de possuir elevado custo e não disponível na maioria dos hospitais. Os pacientes portadores do NAFJ, devem manter seguimento ambulatorial mesmo após tratamento, pois as recidivas são frequentes.

**Comentários finais**

Diante da agressividade e possibilidade de expansão do NAFJ para estruturas adjacentes importantes, o diagnóstico precoce e planejamento terapêutico são essenciais. O ressecamento cirúrgico por via nasoendoscópica é preferencial, porém a via de abordagem deve ser individualizada para cada paciente tendo em vista o seu estadiamento clinicorradiológico, com ou sem embolização pré operatória. O seguimento ambulatorial dos pacientes é de suma importância, devido ao risco de recidiva.

Palavras-chave: nasoangiofibroma; embolização; nasoendoscopia.



**PO716****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****EXÉRESE CIRÚRGICA DE CISTO NASOALVEOLAR - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO**COAUTORES:** GILBERTO ULSON PIZARRO; MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN; FERNANDO PIRES DE ARAUJO; MARLON SOUZA COELHO; ANSELMO VAGNER DA SILVA; SIMIRAMIS CAROLINE PALMEJANI; MARIA GABRIELA SCARAMUSSA OFRANTI**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PAULISTA, São PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

A.M.W, 33 anos, masculino, caucasiano, apresenta quadro de obstrução nasal progressiva há 1 ano, unilateral à esquerda, sem demais sintomas nasais. Ao exame, foi verificado a presença de lesão no assoalho encobrendo o corneto e impedindo a visualização da cavidade nasal, septo centrado. Foi solicitado uma TC de seios da face que evidenciou presença de lesão maxilar em assoalho nasal de aspecto cístico. As hipóteses diagnósticas para o caso incluíram cisto nasoalveolar, mucocoele, cisto periapical, adenoma de glândulas salivares menores. O paciente foi submetido à cirurgia de ressecção de tumor benigno em assoalho nasal, com remoção de lesão cística e retirada a cápsula por completo via mucosa jugal com margens livres, feito o fechamento por planos por sutura com catgut, enviado material para anatomopatológico, cujo resultado (epitélio respiratório) foi compatível com cisto nasoalveolar. A paciente foi acompanhada por 6 meses, sem evidências de recidiva ou complicações

**DISCUSSÃO**

O cisto nasoalveolar, também chamado de cisto nasolabial, apresenta duas principais teorias etiopatogênicas. A primeira sugere que o cisto nasoalveolar é derivado de restos ectodérmicos na linha de fusão entre as paredes nasais medial e lateral com o processo maxilar. Outros autores, entretanto, defendem que o cisto seria derivado do epitélio do ducto nasolacrimal, durante o seu desenvolvimento.

Embora o paciente do caso exposto seja do sexo masculino, a epidemiologia descrita em literatura sugere ser mais comum em mulheres, da raça negra, geralmente unilaterais, com pico de incidência na quarta ou quinta década de vida. Clinicamente o paciente apresentou apenas obstrução nasal devido ao abaulamento do assoalho na região da válvula nasal, resultando em um aumento da resistência do fluxo aéreo fisiológico da fossa nasal esquerda. Na literatura ainda é descrito alterações como deformidades faciais, com protrusão do lábio superior e abaulamento do sulco nasolabial, dor na região quando o cisto é infectado, e drenagem para a vestibulo nasal e cavidade oral na presença de fístulas. Os diagnósticos diferenciais podem incluir abscesso dental ou periodontal, cistos odontogênicos, tumores ou pólipos nasais. A tomografia computadorizada nos auxiliou no diagnóstico, na avaliação da extensão da patologia e no planejamento cirúrgico.

O tratamento cirúrgico consiste na exérese do cisto através da enucleação cirúrgica, realizando uma incisão no sulco gengivolabial e dissecação romba da lesão, é preferível remover a lesão sem o rompimento da cápsula. A sutura é feita com pontos absorvíveis para evitar fístula oro-nasal. No anátomo patológico é esperado um epitélio respiratório com células caliciformes. A taxa de recorrência descrita para essa patologia é baixa e como complicação pode ocorrer infecção e mais raramente erosão do osso maxilar. O paciente passou por acompanhamento pós-operatório por 6 meses e teve evolução satisfatória sem presença de complicações ou recorrência.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O caso apresentado evidencia que o cisto nasolabial, embora seja uma condição rara e com características clínicas singulares, apresenta uma resolução simples, segura e efetiva pela enucleação cirúrgica com acesso intraoral e biópsia excisional, apresentando taxas de reincidência quase nulas, e baixa taxa de complicações

Palavras-chave: cisto; nasolabial; nasoalveolar.



PO717

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**  
**TUMOR NASOFARÍNGEO - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** THAÍS FERRES RAINIERI**COAUTORES:** IAN SELONKE; VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA; MILENA SAYURI OTSUKI; BRUNO CERON HARTMANN; FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI; GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA; LUCAS CORREIA PORTES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL CRUZ VERMELHA PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Um paciente do sexo masculino, com 67 anos de idade, procurou atendimento médico especializado em otorrinolaringologia devido à sensação de plenitude auricular à esquerda. Nega otorreia, otalgia e anosmia. Comorbidade pré-existente de hipertensão controlada, e não há relatos de histórico familiar de câncer. Após receber tratamento medicamentoso sem melhora dos sintomas, iniciou-se investigação adicional, que revelou a presença de um possível tumor nasofaríngeo nos exames de imagem. O paciente foi submetido a uma abordagem cirúrgica, durante a qual ocorreu a exérese do tumor localizado na rinofaringe, há aproximadamente 8 meses. O material removido foi encaminhado para análise anatomopatológica, que revelou um tumor nasofaríngeo do subtipo indiferenciado não ceratinizante, localizado na região da tuba auditiva e fosseta de rosenmuller. Em decorrência deste diagnóstico, o paciente recebeu tratamento com quimioterapia e radioterapia. Foram realizados dois exames de imagem de controle, os quais não evidenciaram sinais de recidiva. Há dois meses, o paciente começou a apresentar um quadro de cefaleia frontal, do tipo peso em face, de intensidade forte, acompanhada de prurido nasal e anosmia. O tratamento para sinusite foi realizado, com o uso de diversos antibióticos, porém não houve melhora dos sintomas. Então, realizou-se nova tomografia computadorizada de crânio que revelou material de partes moles no seio maxilar direito. Diante disso, optou-se por nova cirurgia para drenagem do seio maxilar e envio de material para análise anatomopatológica, com o objetivo de descartar a possibilidade de recidiva.

**DISCUSSÃO**

O tumor nasofaríngeo é uma neoplasia rara, representando apenas 0,2% de todos os tumores malignos. Dentre os diferentes tipos histológicos, o carcinoma não ceratinizante é um dos subtipos mais agressivos e indiferenciados. Esse tumor se caracteriza pela ausência de produção de queratina nas células tumorais. Os sintomas iniciais podem ser inespecíficos, como obstrução nasal, dor de cabeça e alterações na voz. No entanto, à medida que o tumor progride, podem ocorrer sintomas mais graves, como sangramento nasal, perda de audição, dor facial e paralisia craniana. As chances de recidiva em casos de carcinoma não ceratinizante, subtipo indiferenciado, são elevadas. O prognóstico para esses casos é geralmente desfavorável, com uma taxa de sobrevida global relativamente baixa. No caso específico mencionado, o paciente apresentou, conforme esperado, um sintoma inicial inespecífico. O bom prognóstico foi resultado da rápida busca por atendimento médico, o que permitiu uma investigação e diagnóstico rápidos. O tratamento do tumor nasofaríngeo envolve uma abordagem multidisciplinar, incluindo radioterapia, quimioterapia e, em alguns casos, cirurgia. A radioterapia é o tratamento principal para tumores nasofaríngeos, e a quimioterapia pode ser utilizada como tratamento adjuvante. A importância do envio do material para análise anatomopatológica é fundamental para determinar o tipo histológico do tumor, avaliar o grau de invasão e orientar o tratamento adequado. Além disso, o exame histopatológico auxilia na identificação de margens livres de tumor durante a cirurgia e no monitoramento de possíveis recidivas.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O caso apresentado ilustra a presença de um tumor nasofaríngeo do tipo histológico carcinoma não ceratinizante, subtipo indiferenciado. O diagnóstico foi confirmado por meio de exames endoscópicos e de imagem. O tratamento envolve abordagem multidisciplinar com radioterapia e quimioterapia. A importância do envio do material para análise anatomopatológica foi destacada, permitindo a determinação do tipo histológico do tumor e orientação adequada do tratamento. A recidiva é uma preocupação comum em casos de carcinoma não ceratinizante, subtipo indiferenciado, devido à sua natureza agressiva. O acompanhamento regular e uma abordagem terapêutica adequada são essenciais para o manejo desses pacientes.

Palavras-chave: TUMOR NASOFARINGEO; CARCINOMA NÃO CERATINIZANTE; TUMOR MALIGNO.

PO718

## E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

## ACTINOMICOSE NASAL: RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: LAIS GENERO PIZZATTO

COAUTORES: RODRIGO ALVAREZ CARDOSO; ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA; JAMILE GARDIN DOS SANTOS; FABIO FERNANDES LABANCA; PEDRO AUGUSTO MACHADO; EDUARDO SUSS CECCON RIBEIRO; JORGE AUGUSTO SAVI

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ANGELINA CARON, CAMPINA GRANDE DO SUL - PR - BRASIL

## APRESENTAÇÃO DO CASO

J.S., masculino, 68 anos, com história prévia de transplante de medula há 8 anos devido leucemia mieloide aguda, apresentou necessidade de internação hospitalar devido quadro de febre, queda do estado geral e pancitopenia. Paciente com quadro crônico de cefaleia, rinorreia purulenta, cacosmia, epistaxe e facialgia maxilar, sem melhora ao tratamento clínico. Realizado tomografia dos seios paranasais que evidenciou opacidade de seios maxilares, etmóides e frontal, sinais de erosão de base anterior do crânio com suspeita radiológica de sinusite fúngica invasiva. Paciente submetido à cirurgia endoscópica endonasal com abertura dos seios da face e debridamento da lesão, sendo observado falha óssea em região de base anterior do crânio à direita, com presença de lesão purulenta, sem lesão da dura mater. Enviado material para análise histopatológica que identificou infecção nasal por *Actinomyces*. Paciente permaneceu internado com antibioticoterapia venosa até melhora do quadro geral e após, continuada por via oral e seguimento ambulatorial.

## DISCUSSÃO

A actinomicose é uma infecção granulomatosa rara causada pelo *Actinomyces*, bactéria bacilo comensal anaeróbica e gram positiva. É classificada de acordo com seu envolvimento e pode ser cervicofacial, torácica, abdominal e do sistema nervoso central. Apesar do acometimento cervicofacial ser frequente, o envolvimento da cavidade nasal e seios paranasais é extremamente raro e poucos casos estão relatados na literatura. Sua apresentação clínica é variável e assemelha-se com outras condições, como rinossinusite fúngica. Deve ser suspeitada em casos de sinusite crônica que não respondem à terapia clínica, sobretudo em pacientes com história de cirurgia prévia, radioterapia, doença periodontal ou imunossupressão. O diagnóstico da actinomicose baseia-se na identificação do *Actinomyces* spp. em cultura, mas também pode ser auxiliado pela histopatologia. O tratamento consiste em antibioticoterapia por período prolongado a fim de evitar recorrências. A cirurgia endoscópica nasal desempenha papel crucial no diagnóstico e no tratamento, por permitir a coleta de amostras para cultura e análise patológica, além da remoção do tecido necrótico.

## COMENTÁRIOS FINAIS

A actinomicose nasal é uma patologia rara e a inespecificidade dos sintomas pode simular um amplo espectro de doenças, que variam desde neoplasias malignas a rinossinusites fúngicas, o que favorece o atraso do diagnóstico e tratamento inadequado. Deve ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes com sintomas nasais crônicos sem melhora ao tratamento clínico convencional. O diagnóstico histopatológico é crucial para a condução adequada do caso e exige, muitas vezes, tratamento multidisciplinar.

Palavras-chave: Actinomicose; Rinossinusite; Cirurgia endoscópica nasal.

PO721

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****DACRIOCISTORRINOSTOMIA EM PACIENTE COM EPÍFORA CRÔNICA APÓS TCE:  
RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR**COAUTORES:** MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA; LELIA MARIA ALVES DUARTE; ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR; PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ; PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE; JOAO PAULO LINS TENORIO; GLEYDSON LIMA DOS SANTOS**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO, MACEIO - AL - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** G.P. L. 72 anos, apresentando quadro de epífora há 10 anos. Histórico de TCE após colisão automobilística há 15 anos. Foi submetido à exames de imagem para análise dos ductos nasolacrimais, com evidencia de oclusão bilateral, além de presença de imagem hiperdensa em região periorbital direita (imagem 1A). O paciente foi acompanhado em conjunto e posteriormente submetido à cirurgia com equipe de oftalmologia, já que apresentava indicação para realização de dacriocistorrinostomia bilateral devido obstrução inferior dos ductos. Durante a abordagem cirúrgica, foi evidenciado espessamento do osso lacrimal, mais pronunciado a direita, com dificuldade para acesso ao saco lacrimal deste lado. Além disso, observou-se processo inflamatório adicional na topografia da cirurgia com presença de conteúdo rígido, sólido sugestivo de corpo estranho. Após remoção cautelosa do material, ficou constatado que se tratava de fragmento de vidro, com provável origem dos estilhaços do TCE prévio (imagem 1B). O procedimento cirúrgico foi bem sucedido, com evolução favorável do paciente e posterior acompanhamento com equipe de oftalmologia.

**DISCUSSÃO:** Dacriocistorrinostomia é a cirurgia para desobstrução distal do sistema nasolacrimal, por meio da criação de uma fistula do saco lacrimal para dentro do nariz. Os sintomas comuns decorrentes da obstrução nasolacrimal são epífora, dacriocistite recorrente ou tumefação por mucocele. A epífora causa não apenas lacrimejamento mas uma alteração na refração que exige que o paciente pisque repetidamente ou enxugue o olho. A obstrução do ducto nasolacrimal pode ocorrer subsequente a uma fratura facial do terço médio. Quando este é o caso, pode propor um problema cirúrgico porque o osso naregião da fossa lacrimal pode ser mais espesso devido à formação de calo ou um efeito de “sanfona” dos ossos faciais.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O presente caso foi relatado com intuito de reforçar pontos importantes na condução de um caso de epífora. Desde o correto diagnóstico, sempre com acompanhamento em conjunto com oftalmologista, até a indicação cirúrgica, passando pela anamnese detalhada, Neste caso havia histórico de trauma na face previamente aos sintomas iniciais e nos exames de imagem foi evidenciado imagem indecifrável. Além disso, conforme encontramos na literatura, foievidenciado espessamento do osso lacrimal, o que pode elevar temo cirúrgico e dificultar o acesso ao saco lacrimal, muitas vezes sendo necessário o uso de brocas e/ou escolpro para remoção eficaz do osso.

**Palavras-chave:** DACRIOCISTORRINOSTOMIA;EPÍFORA;TCE.

PO724

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ANOSMIA CONGÊNITA EM UM PACIENTE ADULTO: DESAFIO DIAGNÓSTICO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS****AUTOR PRINCIPAL:** GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO**COAUTORES:** GERSON SCHULZ MAAHS; JULIA TONETTO PORTO; MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH; GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU; LEONARDO ZANETTI FLORIAN; DIEGO RAHDE FIALHO; GUSTAVO CORRÊA DE CARVALHO**INSTITUIÇÃO:** PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL**Apresentação do Caso:**

Paciente masculino, 65 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, foi encaminhado via atenção primária para avaliação otorrinolaringológica por queixa de ausência total do olfato. O paciente e sua família perceberam o problema desde a infância, mas o sintoma nunca fora investigado.

O paciente apresentava histórico pessoal de tabagismo (carga tabágica de 40 anos-maço), cessando há 6 anos, negava consumo de drogas, exposição a agentes químicos ou história de cirurgia nasal prévia. Apresentava desenvolvimento e função e atividade sexual normais. Não apresentava antecedentes de trauma, cirurgia, exposição química ou infecção. Negava outras queixas nasais, como obstrução nasal, rinorreia, cefaleia frontal ou epistaxe. Negou histórico familiar para qualquer doença genética. Além disso, apresentava Síndrome da Apneia e Hipopneia do Sono, Hiperplasia Prostática Benigna, Transtorno de Ansiedade e Depressão.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, IMC 27, oro e otoscopia sem alterações. Nasofibrolaringoscopia com mucosa nasal normocorada, cornetos eutróficos, sem desvio septal obstrutivo, tubas auditivas livres, sem sinais de sinusopatia crônica, base de língua aumentada, espaço retropalatal reduzido e manobra de muller com fechamento antero-posterior.

Foram solicitados exames laboratoriais e ressonância magnética de crânio e face com contraste. O estudo laboratorial mostrou níveis normais de GH, LH, FSH, TSH, Prolactina, Testosterona e Cortisol, além de hemograma normal. A ressonância magnética evidenciou ausência dos bulbos olfatórios e leve redução volumétrica dos hipocampos (Scheltens II). O paciente foi orientado quanto ao diagnóstico e tratamento, bem como encaminhado para investigação genética.

**Discussão:**

O presente caso destaca o desafio diagnóstico de anosmia congênita em um paciente de idade avançada, especialmente quando os achados clínicos são atípicos. A anosmia congênita é rara e geralmente é diagnosticada precocemente, mas neste caso, a queixa foi negligenciada até a idade adulta.

A Síndrome de Kallmann, uma condição genética rara que envolve a ausência de olfato e hipogonadismo, é um diagnóstico diferencial importante em casos de anosmia congênita. No entanto, a ausência de alterações no desenvolvimento sexual do paciente dificulta o diagnóstico dessa síndrome. Isso ilustra a complexidade das manifestações clínicas da anosmia congênita e a necessidade de uma abordagem abrangente para investigar causas subjacentes.

Além disso, este caso ressalta a importância de investigar outras síndromes genéticas raras em pacientes com anosmia congênita, mesmo que os sintomas não se encaixem perfeitamente em um quadro clínico específico. A identificação precoce de condições genéticas é essencial para fornecer aconselhamento genético adequado e orientações sobre medidas de precaução domiciliar e laboral em casos de anosmia, que podem ser necessárias para garantir a segurança do paciente.

**Comentários Finais:**

Este relato de caso enfatiza a necessidade de investigação abrangente em pacientes com anosmia congênita, especialmente em casos de diagnóstico tardio e com achados clínicos atípicos. A ausência de olfato pode ser um sintoma de condições genéticas raras, como a Síndrome de Kallmann, e requer uma abordagem multidisciplinar para diagnóstico e manejo adequados.

Além disso, é fundamental considerar medidas de precaução domiciliar e laboral para garantir a segurança do paciente, dada a sua incapacidade de detectar odores, o que pode representar riscos no ambiente cotidiano. A investigação genética também desempenha um papel crucial na compreensão da etiologia da anosmia congênita e no aconselhamento genético para pacientes e suas famílias.

**Palavras-chave:** RINOLOGIA;ANOSMIA;GENÉTICA.

PO728

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****GLOMANGIOPERICITOMA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SALVADOR (BAHIA): UM RELATO DE CASO RARO****AUTOR PRINCIPAL:** LAURA ANDRADE MESQUITA**COAUTORES:** LUMA CARVALHO FIGUEIREDO; ALISSON DOS ANJOS SANTOS; MATEO FERNANDEZ R.; CLARA DE FREITAS CARNEIRO; EMILY CARLA DANTAS OLIVEIRA DA SILVA**INSTITUIÇÃO:** 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL4. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDOMPEDRO, SALVADOR - BA - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO** Paciente, sexo feminino, 56 anos, diabética e hipertensa chegou ao serviço de Otorrinolaringologia de um hospital em Salvador-BA queixando obstrução nasal a direita há 7 anos, associada a cefaleia holocraniana, foto e fonofobia de início súbito, prurido ocular, plenitude aural e zumbido. Relatou leve epistaxe à manipulação nasal, autolimitada, negou rinorreia e hiposmia. Negou cirurgias prévias, traumas na face e alergias. Tabagista por 5 anos em abstinência, não etilista. Medicamentos em uso: Anlodipino 5mg/dia; Hidroclorotiazida 25mg/dia; Metformina 1700mg/dia e lavagem nasal com soro fisiológico, 20ml, 3 vezes/dia. Ao exame, edentulismo parcial, Brodsky 1, membrana timpânica íntegra e translúcida bilateralmente. À Endoscopia nasal: lesão rósea de superfície irregular com ectasias vasculares, do recesso esfenotmoidal até a concha inferior, impedindo progressão da ótica. À Tomografia Computadorizada (TC) de face: discreto desvio à esquerda do septo nasal, material de aspecto polipóide à direita -obliterando recesso esfenotmoidal-, espessamento mucoso e aparente preenchimento por líquido de cavidade esfenoidal. Em TC de seios paranasais, lesão nodular em fossa nasal posterior direita, aspecto insuflativo, limites irregulares, captante de contraste, extensão caudal até o palato e posteriormente para a coana, com pequeno componente insinuado em seio esfenoidal pelo recesso esfenotmoidal. Mede 4x2x1,1cm. Em Ressonância Magnética (RMN) da face, lesão expansiva de natureza neoplásica primária, entre cornetos e septo nasal, sem plano de clivagem, de extensão superior para as células etmoidais, até nível do tórus tubário ipsilateral, isossinal em todas as sequências e realce homogêneo pelo contraste, restrito a difusão e medindo 4,5x3,2x1,3cm. Achado de espessamento mucoso descrito em TC e aumento dos cornetos médio e inferior esquerdos. À RMN da sela túrcica: glândula adeno-hipofisária reduzida, espessura 0,3cm, com realce homogêneo por agente paramagnético. Perfil imunohistoquímico favorável a glomangiopericitoma (GPC) sinusal. Equipe optou por cirurgia endoscópica nasal para exérese do tumor. Na primeira revisão após procedimento cirúrgico a paciente queixou hiposmia, sem outras queixas nasais.

**DISCUSSÃO:** GPC sinusal é um tumor perivascular raro, correspondendo a menos de 0,5% dentre as neoplasias da cavidade. Em geral são diagnosticados aos 60-70 anos, pouco mais evidentes em mulheres e com baixo potencial de maligno. A paciente do caso segue as estatísticas. Apresentação clínica comum inclui epistaxe, obstrução nasal, dor facial hipoestesia infraorbital, epífora, proptose e cefaleia. A paciente possuía obstrução nasal, cefaleia e epistaxe. O tumor é geralmente avermelhado, amolecido e vascularizado, sem superfície de ulceração. A TC exhibe massa de tecido mole em cavidade nasal ou seio paranasal unilateral. O caso apresenta características semelhantes à literatura. A ressecção cirúrgica completa é o tratamento padrão ouro, dada sua resistência à quimioterapia e radiação. A via endoscópica tem sido a via de escolha, por melhor pós-operatório. No caso, a exérese endoscópica nasal foi realizada. A complicação mais comum da via endoscópica é o extravasamento do líquido cerebrospinal, presente em quase 5% dos casos. A paciente queixou-se de hiposmia após a cirurgia, esta pouco descrita na literatura. O prognóstico do GPC é geralmente favorável, apesar de aspirar rastreio a longo prazo, dada taxa de reincidência de 16% após o primeiro tratamento.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os GPC são tumores perivasculares raros e com baixo potencial de malignidade, pouco descritos na literatura. Abarca sinais e sintomas inespecíficos, tornando o diagnóstico complexo e dependente do grau de sensibilidade do médico para a patologia. Relatamos o caso de uma paciente de 56 anos, que apresentou obstrução nasal unilateral, sendo diagnosticada com GPC. Foi realizada cirurgia de ressecção endoscópica, com evolução de hiposmia pós-operatória. Novos relatos são essenciais para aprimorar o conhecimento sobre GPC.

Palavras-chave: glomangiopericitoma;GPC;sinusal.

PO730

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****MUCOCELE DE SEIO MAXILAR COM EROÇÃO DE ASSOALHO ORBITÁRIO EM PACIENTE DE 70 ANOS: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** JULIANA MARQUES COLLA**COAUTORES:** RITA DE CASSIA SOLER; SERGIO BITTENCOURT; BEATRIZ VITORIA RIGON; ANA JULIA RODRIGUES FERREIRA; ANDRÉ ANTONGIOVANNI SALLUM; FREDERICO DE LIMA ALVARENGA; PATRICIA GUIMARÃES PASTORE**INSTITUIÇÃO:** OTORRINO SEUL, SAO PAULO - SP - BRASIL**Apresentação do caso**

A.C.C., 70 anos, com quadro de obstrução nasal de início há 5 anos, associado a halitose e cefaleia frontal. Há 1 ano houve piora dos sintomas, com aumento da dor facial, além de proptose ocular a direita, ptose palpebral e desconforto na região referida. Relatou tentativas refratárias de tratamento clínico com antibioticoterapia, e que havia sido indicado tratamento cirúrgico, porém se negou. Portador de artrite gotosa, em uso contínuo de alopurinol, histórico prévio de sinusectomia transmaxilar há 30 anos. Tomografia computadorizada de seios da face: Formação expansiva hipoatenuante no interior do seio maxilar direito, bem limitada de 3,0 x 3,0 x 2,6 cm (CC x AP x LL), obliterando o infundíbulo etmoidal direito e comprimindo estruturas adjacentes, abaulamento das paredes ósseas anterior e medial do seio maxilar direito e assoalho orbital homolateral, em contato com o músculo reto inferior. Eletivamente, foi programada a cirurgia para a resolução do quadro. Em 28/10/2022, por acesso combinado, por via endoscópica nasal e externa através do acesso infra-orbitário com reconstrução do assoalho orbitário com malha de titânio, entre a parede anterior do seio maxilar e rebordo inferior da órbita, sem intercorrências e sem recidivas pós-operatória.

**Discussão**

Mucoceles são formações císticas revestidas por epitélio respiratório contendo líquido mucoide ou mucopurulento, afeta homens e mulheres sem predileção de sexo, principalmente na terceira e quarta décadas de vida. Possui como etiologia as formas obstrutivas e inflamatórias, e apesar de benignas, são localmente expansivas e podem ocasionar erosão e remodelação óssea subjacente, sendo assim, o diagnóstico precoce e tratamento são essenciais para um bom prognóstico. As localizações mais comuns são em seio frontal, etmoidal e frontoetmoidal, e em menor frequência, os seios maxilares e esfenoidais. As mucocèles maxilares raramente invadem a órbita.

O quadro clínico desta patologia varia conforme a sua localização e pode ser assintomática ou caracterizada por dor facial, cefaleia, obstrução nasal, diplopia, redução da acuidade visual, deslocamento do globo ocular, liquorreia, confusão mental e deformidades faciais. Meningite e amaurose estão entre as complicações das mucocèles periorbitárias, sendo a amaurose a mais rara e grave, quando ocorre a compressão do globo ocular e lesão do nervo óptico no polo posterior. A tomografia computadorizada de seios da face é o exame padrão-ouro para diagnóstico e determinação de envolvimento ósseo, extensão intracraniana e ou orbitária, além de auxiliar no planejamento cirúrgico. Existem três critérios para o diagnóstico tomográfico de uma mucocèle: massa homogênea, margem claramente definida e osteólise irregular ao redor da massa. Enquanto a ressonância magnética (RM) identifica possíveis complicações, e permite a realização de diagnósticos diferenciais.

O tratamento das mucocèles é cirúrgico, e atualmente a via nasoendoscópica com marsupialização, para reestabelecimento da drenagem adequada aos seios acometidos, é a mais indicada, devido a sua menor morbidade e melhor resultado estético. As teorias no qual referem que essa conduta pode não interromper sua expansão ainda são injustificadas. Porém, o acesso convencional externo, como os acessos transcutâneos, possuem como vantagem a exposição do seio, facilitando o reestabelecimento da drenagem, e além disso, tem menor incidência de Lesões da dura-máter. A abordagem transcaruncular tem uma vantagem importante que é o acesso rápido á orbita, e menos risco de lesões musculares e melhor resultado estético.

**Comentários finais**

A mucocèle é uma doença que mesmo benigna, com sua expansão acomete estruturas adjacentes. Devido a isso, o diagnóstico precoce é imprescindível. A TC é um exame auxilia no diagnóstico inicial e no planejamento cirúrgico, enquanto a RM, detecta invasões teciduais. A via nasoendoscópica, foi eleita como a via de tratamento mais efetiva. Porém, as combinadas podem ser necessárias para uma melhor abordagem, além de possuírem ótimos resultados a longo prazo.

Palavras-chave: mucocèle; erosão; órbita.

**PO740****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Implicações da septoplastia em pacientes com obstrução nasal.

**AUTOR PRINCIPAL:** VITORIA VIANNA FERREIRA**COAUTORES:** ALICE WERNECK SILVA; JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA; RAÍSA ARUME DE SOUZA; GABRIELLE ROCHA ALMEIDA; JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA; PHILIPPE LOUIS BERTIN TERRA SECA; ANA CRISTINA COSTA MARTINS**INSTITUIÇÃO:** SEPTO PUC/RIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**Objetivo:**

Avaliar o impacto da septoplastia na qualidade de vida dos pacientes com obstrução nasal secundária ao desvio de septo.

**Métodos:**

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica simples, incluídos artigos originais publicados entre 2011 e 2020 e oriundos de estudos em inglês, francês e português. Por meio disso, a amostra final foi constituída por quatorze artigos e um capítulo de livro. Adequado para buscar consenso sobre as implicações da septoplastia em pacientes com obstrução nasal.

**Resultados:**

Um desvio do septo nasal pode levar à congestão nasal e impactar na qualidade da vida do indivíduo, independente de localização e grau, causa muitas queixas, incluindo obstrução da ponta nasal e estética. Durante a avaliação e preparação para a cirurgia, é necessário discutir com o paciente todos os aspectos da cirurgia, de acordo com cada necessidade e do paciente e resultados esperados. Além disso, a técnica utilizada por cada profissional que irá realizar, A eficácia da septoplastia em adultos com desvio de septo é incerta, mas é a principal indicação para congestão nasal.

**Discussão:**

A qualidade de vida tornou-se uma métrica cada vez mais importante para estimar o impacto da doença na saúde e avaliar as indicações cirúrgicas como a septoplastia. Hoje, a cirurgia estética do nariz é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo e, como tal, seus benefícios e suas técnicas têm sido amplamente estudadas. Sabe-se que essa satisfação é influenciada por diversos aspectos relacionados aos resultados estéticos e funcionais do paciente. O desvio do septo nasal, localizado caudal ou anterior a ele, embora não seja o tipo mais comum, causa muitas queixas, incluindo obstrução nasal e deformidade estética. A eficácia da septoplastia em adultos com desvio de septo é incerta, mas é a principal indicação para congestão nasal.

**Conclusão:**

Por meio dessa pesquisa foi possível identificar que existem técnicas diferentes para o procedimento de acordo com o método escolhido. A septoplastia gera benefícios para pacientes com obstrução nasal pois no procedimento será feita a correção do septo nasal para uma melhora na qualidade de vida. Porém se faz necessário avaliar os benefícios para o paciente de acordo com indicação para cirurgia por meio da clínica, exames complementares e comorbidades individuais. Dados coletados sugerem que os efeitos pós-operatórios na qualidade de vida podem ser observados em um curto prazo de tempo após a cirurgia respitando a individualidade de cada paciente.

**Palavras-chave:** SEPTOPLASTIA;RINOLOGIA;CIRURGIA NASAL.



PO743

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RINOSSINUSITE AGUDA COM COMPLICAÇÃO PERIORBITÁRIA - RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA**COAUTORES:** IAN SELONKE; RAFAELA MABILE FERREIRA DOS SANTOS SOBREIRO; ANA LUIZA CAMARGO; MILENA SAYURI OTSUKI; BRUNA PUPO; THAÍS FERRES RAINIERI; MARIA FERNANDA MACHADO BRANDALIZE**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL CRUZ VERMELHA PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL. 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO, CAMPO MOURÃO - PR - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente feminino, 64 anos de idade, compareceu ao serviço de Otorrinolaringologia, do Hospital Cruz Vermelha, queixando-se de edema palpebral associado a hiperemia à direita há um dia, piora gradativa e acompanhada de dor. Paciente recebeu tratamento há mais de um mês por sinusopatia, inicialmente com levofloxacino por 14 dias, seguido de amoxicilina e clavulanato por 20 dias. Ao exame clínico orientado, lúcida, com edema periorbitário à direita e abertura ocular limitada à direita, acuidade visual preservada. A tomografia de crânio realizada mostrou ausência de coleção delimitada, edema periorbitário à direita e sinusopatia maxilar à direita. Realizado novo ciclo de amoxicilina com clavulanato por 24 dias, sem melhora significativa dos sintomas. Optado por tratamento cirúrgico devido à recidiva dos sintomas, além de avaliação pela oftalmologia.

**DISCUSSÃO**

As complicações orbitárias são as mais comuns das rinossinusites, por motivos anatômicos, como a relação do conteúdo orbitário e o labirinto ósseo que são separados pela lâmina papirácea, além da presença de forames neurovasculares na parede medial da órbita e a ocorrência de deiscências congênitas no assoalho da órbita e na lâmina papirácea. Apesar disso, com o advento da antibioticoterapia, as complicações estão menos frequentes. Nos casos complicados, como edema periorbital, o paciente costuma apresentar proptose axial, quemose, sensibilidade aumentada, dor ao movimento extraocular, edema, hiperemia palpebral, porém a acuidade visual, exames de fundo de olho e reflexos pupilares se mantêm normais. No caso, apesar do uso correto do antibiótico, a paciente evoluiu com complicação orbitária, sem melhora ao uso prolongado da medicação, associado a alterações na tomografia, o que levou a necessidade de intervenção cirúrgica. A fim de evitar complicações orbitárias, é necessário o controle da infecção e a diminuição do tempo de evolução da doença seguindo as diretrizes brasileiras de antibioticoterapia e adicionando medidas gerais e tratamentos sintomáticos. Faz-se necessário diagnóstico adequado e estadiamento da gravidade da doença, lançando-se mão de escalas como a classificação de Chandler.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Para um tratamento adequado com a finalidade de prever complicações tão comuns e tão graves como as orbitárias, as rinossinusites devem ser adequadamente diagnosticadas e classificadas, permitindo então ao médico otorrinolaringologista traçar o plano terapêutico que se encaixa a cada caso e paciente.

Palavras-chave: RINOSSINUSITE COMPLICADA; COMPLICAÇÃO PERIORBITÁRIA; RINOSSINUSITE.

PO749

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PAPILOMA ONCOCÍTICO EM PACIENTE COM RINOSSINUSITE CRÔNICA****AUTOR PRINCIPAL:** LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI**COAUTORES:** RAFAEL HADDAD CHECHIN; ANDRESSA ALENCAR SOUSA; MARCO ANTONIO FERRAZ DE BARROS BAPTISTA; MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO; LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES; SERGIO SEIGI MORIGA JUNIOR**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA USP, BAURU - SP - BRASIL2. HRAC USP BAURU, BAURU - SP - BRASIL**RELATO DE CASO**

B.Z.L., feminino, 73 anos, há 5 anos com obstrução nasal contínua à esquerda, rinorreia amarelada e hiposmia bilateral. Nasofibroscopia evidenciou massa polipoide com superfície irregular, obstruindo todo o vestíbulo nasal à esquerda, se estendendo posteriormente ao cavum e orofaringe e anteriormente ao vestíbulo nasal esquerdo. Tomografia e ressonância magnética revelaram massa heterogênea que ocupava fossa nasal esquerda, seio maxilar esquerdo e se estendia para orofaringe. Foi realizada ressecção do tumor com inserção em parede lateral de seio maxilar, antrostomia e etmoidectomia esquerdas. Anatomopatológico demonstrou papiloma sinonasal oncocítico associado a rinossinusite crônica eosinofílica. Hoje, a paciente acompanha ambulatorialmente, em uso de corticoide nasal com boa evolução clínica.

**DISCUSSÃO**

O papiloma oncocítico ou papiloma de células cilíndricas é uma neoplasia nasal rara que pertence ao grupo dos tumores originários da membrana schneideriana, de origem ectodérmica, que dá origem a outros dois tipos de tumores: papiloma invertido e o fungiforme. Sendo oncocítico o subtipo menos comum, acometendo 3-5% dos casos. Apesar de ser um tumor benigno, tem alta taxa de recorrência, crescimento local agressivo, e possui risco de transformação maligna, além de estar associado a carcinoma de células escamosas em aproximadamente 15% dos casos. Por ser raro, são poucos relatos na literatura, cerca de 20-35 casos, portanto não tem uma apresentação clínica muito bem definida. Em geral, são pacientes na quinta década de vida, o que torna este relato de caso fora do comum. Todos os relatos descritos remetem a inserção em parede nasal lateral e seio maxilar e etmoidal. Seu tratamento consiste em ressecção cirúrgica completa e se presente sinais de malignidade é indicado radioterapia ou quimioterapia pós operatória. A recorrência relata é de 25-35% e geralmente na mesma incisão cirúrgica prévia.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Durante a abordagem de pacientes com doença nasossinusal, é de extrema importância a realização de exames como tomografia computadorizada de seios da face e videoendoscopia nasal para o planejamento cirúrgico. Ademais, é de suma importância a avaliação anatomopatológica das peças cirúrgicas para seguimento, determinação do prognóstico dos pacientes e definição de condutas posteriores, haja vista a possibilidade de malignização da lesão e de recorrência tumoral, assim como, diagnóstico adequado da doença, como neste caso, histopatológico raro e não esperado para faixa etária.

Palavras-chave: papiloma oncocítico; papiloma; tumor nasal.

PO750

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Perfil epidemiológico da Sinusite Crônica nas regiões Norte e Nordeste do Brasil

**AUTOR PRINCIPAL:** MARIA CLARA OLIVEIRA NASCIMENTO**COAUTORES:** LUCAS FELIPE DE OLIVEIRA SILVA; PÉROLA MARIA NÓBREGA SILVA; LAURA ISABEL DUARTE DE SANTANA; CAROLINE TEIXEIRA DAL PAZ; MARCOS PAULO MAIA DE LIMA**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL3. UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS FORMOSA, FORMOSA - GO - BRASIL4. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL**Objetivo:** Descrever e analisar o perfil epidemiológico de Sinusite Crônica nas regiões Norte e Nordeste do Brasil entre janeiro de 2019 e janeiro de 2023.**Metodologia:** O estudo foi realizado a partir de análise de dados secundários apanhados por meio da interface TabNet do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) dos últimos quatro anos (2019 - 2023).**Resultados:** Foram registrados, no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2023, 2038 casos de internações hospitalares por Sinusite Crônica nas regiões Norte e Nordeste. A região Nordeste apresenta 1852 (91%) desses casos, enquanto a região Norte contém apenas 186 (9%). Os estados de Pernambuco, Ceará e Bahia, apresentam juntos 1313 internações por Sinusite Crônica, o que representa cerca de 64% do total de casos. Em termos de mortalidade, em comparação às demais regiões, como Sudeste e Sul, que somaram juntas 32 óbitos (86%), o Norte e o Nordeste apresentaram somente 3 óbitos notificados, sendo 2 deles no Nordeste.**Discussão:** A sinusite crônica é uma condição médica caracterizada pela inflamação persistente das cavidades paranasais, que são os espaços preenchidos com o ar localizados dentro dos ossos do crânio ao redor do nariz. Como ocorre tanto de forma infecciosa quanto não infecciosa, há muitos sintomas, locais e gerais, no trato respiratório superior. É geralmente aceito que o aspecto temporal da doença é importante. Sintomas de longo prazo, ou seja, mais de 3 meses, e achados objetivos de inflamação da mucosa são critérios para sinusite crônica. O resultado do estudo fornece informações relevantes sobre a prevalência e distribuição geográfica da sinusite crônica nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, bem como dados sobre mortalidade e fatores de risco relativos à condição. A análise baseou-se em dados secundários obtidos do DATASUS e revelou que, entre janeiro de 2019 e janeiro de 2023, houve um total de 2.038 casos de internações hospitalares por sinusite crônica nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. É importante notar que a maioria desses casos (91%) ocorreu na região Nordeste, indicando uma possível disparidade geográfica na prevalência da doença nessas duas regiões. Essa discrepância pode ser influenciada por características demográficas, acesso a cuidados de saúde e exposição a fatores de risco. Embora essas regiões tenham uma alta incidência de sinusite crônica, a taxa de mortalidade associada foi significativamente menor no Norte e Nordeste quando comparados com as regiões Sudeste e Sul do Brasil. Esse dado pode ser de interesse para pesquisadores e profissionais de saúde, pois sugere que a gravidade da doença pode variar em diferentes partes do Brasil. A sinusite crônica pode ser influenciada por vários fatores de risco, incluindo inflamação causada por infecções, alergias e irritantes ambientais. Além disso, predisposição genética, anormalidades anatômicas como desvios do septo nasal, presença de pólipos nasais e asma podem aumentar o risco da condição. A exposição a irritantes como poluição do ar, fumaça e produtos químicos também é relevante. É importante destacar que a gravidade da sinusite crônica varia entre indivíduos e a presença de fatores de risco não garante o desenvolvimento da doença. No entanto, identificar e gerenciar esses fatores pode ajudar a reduzir o risco e controlar os sintomas.**Conclusão:** Portanto, a Sinusite Crônica, apesar de apresentar um quadro relativamente comum, está relacionada a casos de internações e de mortalidade.**Referências:**

Melén I. Chronic sinusitis: clinical and pathophysiological aspects. Acta Otolaryngol Suppl. 1994;515:45-8. doi: 10.3109/00016489409124323. PMID: 8067243.

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5456921/mod\\_resource/content/0/AULA%20RINOSSINUSITE%20CR%C3%94NICA.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5456921/mod_resource/content/0/AULA%20RINOSSINUSITE%20CR%C3%94NICA.pdf)Research, Society and Development, v. 11, n. 11, e203111132072, 2022(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.32072>

Palavras-chave: Sinusite crônica;Regiões Norte e Nordeste;Internações.

PO751

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PAPILOMA INVERTIDO DE PAREDE NASAL MEDIAL: UM RELATO DE CASO INCOMUM****AUTOR PRINCIPAL:** JÚLIA RAMOS DE MELO**COAUTORES:** VALERIA BARCELOS DAHER; ISABELA GOMES MALDI; HUGO FERNANDES DE PAULA; CÁRITA LOPES MACÊDO; HUGO VALTER LISBOA RAMOS; CLAUDINEY CANDIDO COSTA; PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE**INSTITUIÇÃO:** CRER, GOIÂNIA - GO - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

T. S. B, masculino, 74 anos, em primeira consulta no nosso serviço terciário, refere lesão verrucosa em narina esquerda há 2 anos de evolução há 2 anos e obstrução nasal unilateral associada. Apresentava história de exérese de lesão com as mesmas características há 2 anos, em outro serviço. À rinoscopia foi possível identificar lesão de aspecto verrucoso, de aproximadamente 2 cm, em região de septo nasal anterior, à esquerda, com restante do exame sem alterações. Tomografia computadorizada de seios da face e endoscopia nasal não evidenciaram acometimento de outras estruturas nasossinusais, estando a lesão restrita à porção anterior do septo nasal à esquerda.

Paciente foi então submetido a ressecção cirúrgica da lesão. No intraoperatório foi visualizada lesão de aspecto macroscópico papilomatoso, de aproximadamente 3 centímetros em seu maior diâmetro, pediculada, inserida em mucosa de septo anterior esquerdo, áreas I e II de Cottle, com extensão para assoalho e vestibulo nasais ipsilaterais. Foi realizada infiltração com solução de lidocaína com vasoconstritor na topografia da inserção do tumor, incisão anterior à lesão em mucosa septal e descolamento submucoso, observando cartilagem íntegra, sem infiltração local, procedendo com exérese completa, incluindo mucosa septal onde estava inserida. Sobre a área de septo desnuda foi realizada aproximação de bordos de mucosa com catgut 4.0, colocado gelfoam e splint nasal.

O estudo anatomopatológico evidenciou papiloma invertido do tipo Schneideriano. Paciente apresentou boa evolução pós operatória, com reepitelização da mucosa, preservação da cartilagem e sem evidência de recidiva da doença em 10 meses.

**DISCUSSÃO**

Papilomas nasossinusais são lesões tipicamente benignas que se formam na mucosa da cavidade nasal e seios paranasais. São derivados embriologicamente do ectoderma da placa olfativa, mucosa que recebe o epônimo de epitélio schneideriano. Correspondem aos tumores benignos nasais mais comuns e macroscopicamente são lesões polipóides com projeções verrucosas.

De acordo com seu padrão de crescimento, aspectos histológicos e anatômicos, são classicamente divididos em três grupos: papiloma invertido, de padrão endofítico, papiloma fungiforme, de padrão exofítico e papiloma oncocítico ou de células cilíndricas.

O papiloma invertido (PI) é o subtipo mais frequente, correspondendo a aproximadamente 47% dos papilomas nasossinusais. É um tumor que, apesar de benigno, está relacionado à destruição local e erosão óssea, alta taxa de recorrência e potencial de transformação maligna que varia entre 7 a 15%, associado mais frequentemente ao carcinoma escamoso. Tipicamente é encontrado na parede lateral no nariz, mas raramente pode ter origem na parede medial. Embora o acometimento do septo e vestibulo estejam intimamente ligados ao padrão exofítico do papiloma, o crescimento de lesões de padrão endofítico ou invertido, apesar de raro, já foi descrito previamente na literatura.

O quadro clínico é variável a depender da localização e extensão, sendo a obstrução nasal unilateral o sintoma mais comum, podendo apresentar também rinorréia, epistaxe e hiposmia. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica completa, com remoção da mucosa onde se implanta o tumor, tendo em vista o potencial de recorrência, que pode chegar a 30%, e a taxa de malignização relacionada aos PIs.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

A ocorrência de papiloma invertido com inserção na parede medial do nariz, septo nasal, é rara e a extensão e crescimento do tumor para a parede medial pode confundir o diagnóstico. O acometimento septal foi encontrado em apenas 8% dos casos.

A ressecção de papilomas invertidos de origem na parede medial pode ser mais fácil em relação aos de origem lateral, entretanto deve-se atentar à inserção e sua remoção completa dado ao potencial de recorrência e possibilidade de transformação maligna, que apesar de rara em papilomas de inserções incomuns, deve ser sempre considerada. Não há uma única técnica cirúrgica adequada, a escolha deve se basear na localização, extensão e experiência do cirurgião, sendo possível a combinação de técnicas.

Palavras-chave: Papiloma invertido;Septo nasal;Parede medial.

PO752

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****LINFOMA DE CÉLULAS T/NK TIPO NASAL EM ASSOCIAÇÃO COM SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** ROSANA DUARTE LUZ**COAUTORES:** GUSTAVO CEDRO SOUZA; GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA; GABRIEL NEVES FARIAS; MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI; GISLANE BORGES PEREIRA; MARIA IZADORA SENA MACIEL; JOÃO PRUDENCIO DA COSTA NETO**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL VEREDAS, MACEIÓ - AL - BRASIL. 2. UNIMA, MACEIÓ - AL - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino, 54 anos de idade, sem comorbidades, nega tabagismo ou demais vícios, dá entrada no setor de pronto atendimento de um hospital privado de Alagoas, com relato de lesão em palato duro há cerca de 4 meses, com piora progressiva, associada a perda de peso não intencional (05 kg no último mês), dor ao se alimentar e edema em face. Informa que estava em acompanhamento com cirurgião de cabeça e pescoço, o qual realizou biópsia da lesão (figura 1), tendo como resultado inespecífico um processo inflamatório crônico. De história pregressa apresentava rinorreia, obstrução nasal e septoplastia há 6 meses. Foi realizado internamento da paciente em leito de enfermaria para controle dos sintomas, antibioticoterapia, programação de nova biópsia e imuno-histoquímica. Porém, 10 dias após internação, paciente evoluiu com rebaixamento do nível da consciência, febre, taquicardia e queda da pressão arterial, sendo aberto protocolo seps e encaminhada paciente para cuidados em UTI. Resultado de cultura de SWAB oral com *Candida tropicalis* e *Klebsiella* produtora de Metalobetalactamase. Imuno-histoquímica: compatível com o diagnóstico de linfoma de células T/NK, tipo nasal. Após quatro dias de internamento, paciente apresentou sangramento digestivo, com presença de coágulos, porém sem sinais clínicos de instabilidade. Em acompanhamento pela Onco-hematologia, realizando quimioterapia e suporte transfusional com concentrado de hemácias. Ao exame PET-CT apresentava aumento de metabolismo glicolítico em área focal no assoalho maxilar direito, indeterminado, assim como, no parênquima pulmonar e em formação tecidual junto à parede lateral do reto, além de pequena formação tecidual na superfície peritoneal do flanco esquerdo. A TC de seios da face evidenciou preenchimento do seio maxilar direito por material hipoatenuante com extensão para o infundíbulo e meato nasal direitos, determinando obstrução do mesmo, e leve espessamento da mucosa do seio maxilar esquerdo e de algumas células etmoidais. Exames laboratoriais demonstraram hemoglobina de 9,3 g/dl e plaquetas de 110.000/mm<sup>3</sup>, sem neutropenia. Durante a internação evoluiu com piora do quadro clínico, evoluindo com óbito durante internação.

**Discussão:** A paciente apresentou comprometimento de seio maxilar, infundíbulo e meato nasal direitos, trato respiratório e gastrointestinal. A literatura evidencia que o trato gastrointestinal é o local mais comum de surgimento do linfoma extranodal, seguido da região da cabeça e pescoço. O CD-56, presente na imuno-histoquímica da paciente, é um marcador específico para o linfócito Natural Killer, diagnosticando o linfoma T/NK, tumor com prognóstico reservado. Inicialmente os sintomas podem ser inespecíficos, como rinorréia, obstrução nasal e epistaxe, confundindo com quadros de infecção de vias aéreas. Com a progressão da doença, surgem edema, necrose e destruição dos tecidos adjacentes, agravados pela síndrome hemofagocítica, condição hiperinflamatória, secundária a linfomas não-Hodgkin e relacionada a pior prognóstico e desfecho desfavorável.

**Comentários Finais:** Os linfomas cutâneos de células T/NK fazem parte de um grupo de doenças linfoproliferativas extranodais classificadas de acordo com o comportamento clínico. O linfoma nasal primário é um tumor extranodal raro e representa 0,44% de todos os linfomas extranodais nessa localização, derivando da linhagem T em torno de 75% dos casos. O fenótipo é determinado por imunoperoxidase. O linfoma nasossinusal de células T/NK é incomum, entretanto, deve-se estar atento à possibilidade desta patologia no diagnóstico diferencial de tumores nessa região. A atuação conjunta com o hematologista é importante no tratamento e condução dessa doença, pois combinações de radioterapia e quimioterapia são utilizadas de rotina.

**Palavras-chave:** LINFOMA DE CÉLULAS T/NK; SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA; CÉLULAS NK.

**PO764**
**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**
**CEFALEIA RINOGÊNICA POR DESVIO DE SEPTO: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**
**AUTOR PRINCIPAL:** FABIANA LUIZA HORNUNG

**COAUTORES:** MARCO CESAR JORGE DOS SANTOS

**INSTITUIÇÃO:** PUCPR, CURITIBA - PR - BRASIL

**Descrição do caso:** feminina, 20 anos, procurou otorrinolaringologista por desvio de septo em exame prévio. Queixou-se de cefaleia crônica em região retrorbitária e seios frontal e maxilares, de forte intensidade e incapacitante, com diagnóstico prévio de enxaqueca sem aura. Relatou também obstrução nasal importante, pior à esquerda, com dificuldade respiratória e com pouca melhora com Oximetazolina. A videonasoscopia, evidenciou desvio de septo e a tomografia de crânio solicitada demonstrou ponto de contato mucoso. Após discussão conjunta, optou-se pela realização de cirurgia para correção do desvio como possibilidade terapêutica para a cefaleia rinogênica, além da obstrução nasal. Após 3 meses do procedimento, a paciente afirmou melhora total da cefaleia e dos sintomas obstrutivos, com impacto positivo na qualidade de vida.

**Discussão:** cefaleia é uma queixa comum no mundo e importante causa de incapacidade, principalmente entre mulheres abaixo dos 50 anos. Divide-se em primária e secundária, decorrente de estruturas craniofaciais. A cefaleia rinogênica de ponto de contato é uma causa de cefaleia secundária, causada por áreas de contato dentro da cavidade nasal, decorrente de desvio de septo, hipertrofia, pneumatização de cornetos e deformidades pós-traumáticas. A fisiopatologia desse tipo de cefaleia associa-se a inervação nasal e edema inflamatório nos locais de contato. A clínica é marcada por cefaleia com congestão nasal e ausência sinais de rinossinusite, muitas vezes diagnosticada como enxaqueca sem aura (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9). Nesse caso, a epidemiologia e o tipo da dor estão de acordo com a literatura. O diagnóstico da cefaleia rinogênica por ponto de contato mucoso exige anamnese, exame físico e de imagem. O tratamento baseia-se na redução das áreas de contato e edema inflamatório, podendo ser clínico ou cirúrgico. O tratamento cirúrgico é melhor indicado na presença de outros sintomas nasais, como obstrução nasal importante e rinorreia persistente (4)(5)(10)(11)(12). A paciente do caso em questão apresentava desvio de septo com área de contato mucoso, uma causa da cefaleia rinogênica. Além disso, apresentava sintomas importantes de obstrução nasal. Dessa forma, o tratamento cirúrgico foi adequadamente instituído e a paciente teve melhora da queixa e da qualidade de vida.

**Comentários finais:** a queixa de cefaleia é muito comum e impacta a vida de muitas pessoas em todo o mundo. É importante diferenciar as cefaleias primárias e secundárias, pois a abordagem é distinta em cada tipo. Algumas causas de cefaleia secundária são potencialmente tratáveis, como é o caso da cefaleia rinogênica por contato mucoso, e por isso deve ser realizada investigação adequada da queixa. Dessa forma, o correto diagnóstico e abordagem da causa pode proporcionar melhora clínica e na qualidade de vida de pacientes acometidos com essa patologia, descrita com muito impacto na capacidade funcional dos indivíduos.

1. The World Health Organization & Lifting the Burden. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. World Health Organization
2. Stovner LJ, et al. The global prevalence of headache. J Headache Pain
3. Kowacs F, et al. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS CEFALÉIAS 3ª EDIÇÃO-3ª ed
4. Headache S. Cefaleia rinogênica: visão otorrinolaringológica
5. Stammberger H, et al. Headaches and sinus disease. Ann Otol Rhinol Laryngol
6. Maniaci A, et al. Long-term stability of outcomes of endoscopic surgery for. Am J Otolaryngol
7. Folic MM, et al. Effectiveness of the Treatment of Rhinogenic Headache. Ear, Nose Throat J
8. Lakshmanan S, et al. Clinical Outcome Following Endoscopic Septoturbinal Surgeries. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg
9. Bernichi J V, et al. Rhinogenic and sinus headache. Am J Otolaryngol - Head Neck Med Surg
10. Junior RCS, et al. Estudo das variações anatômicas do meato médio. Rev Bras Otorrinolaringol
11. Pereira FJ, et al. Computed tomographic patterns of orbital cellulitis due to sinusitis. Arq Bras Oftalmol
12. Harley DH, et al. Clinical outcomes for the surgical treatment of sinonasal headache. Otolaryngol neck Surg

**Palavras-chave:** Cefaleia rinogênica; Cefaleia secundária; Desvio de septo.



PO777

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****GRANULOMATOSE COM POLIANGÉITE NASOSSINUSAL LOCALIZADA TRATADA COM RITUXIMAB****AUTOR PRINCIPAL:** LILIANA CARVALHO**COAUTORES:** JOÃO CARVALHO; NUNO MENDES; MARCO MENEZES PERES; FILIPE FREIRE**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, LISBOA - PORTUGAL

Homem de 40 anos com queixas desde adolescência de rinossinusite com crostas abundantes e rinorreia serohemática. Submetido a septoplastia em 2008, com recrudescência de sintomas em 2014. Iniciou seguimento no reino unido, apresentava ANCA positivo PR3+. Rinoscopia com ulceração, crostas e aderências bilateralmente (figura 1). TC seios perinasais com espessamento inflamatório concêntrico fronto-etmoido-maxilar bilateral. PET-FDG com fixação hipermetabólica limitada na mucosa nasal. TC torax com um micronodulo segmento apical LID 4 mm, e uma formação quística 5.8cm. iniciou metotrexato e prednisolona 20 mg, tendo feito alteração para rituximab por resposta terapêutica insuficiente.

Após a alteração terapêutica notou melhoria franca das crostas nasais e dos episódios de rinorreia serohemática. À rinoscopia, apresenta melhoria dos sinais inflamatórios da mucosa, já sem hiperemia, mantendo rinorreia e crostas residuais (figura 2).

Granulomatose com Poliangéite, anteriormente denominada Granulomatose de Wegener é uma doença autoimune, rara, caracterizada por inflamação granulomatosa necrotizante, vasculite de pequenos e médios vasos e glomerulonefrite necrotizante focal. Tipicamente, o trato respiratório superior e inferior e os rins são afetados, mas pode afetar qualquer órgão. Os sintomas variam dependendo dos órgãos e sistemas envolvidos.

O diagnóstico geralmente requer biópsia. O tratamento é com corticoides e um imunossupressor. Geralmente a remissão é possível, embora as recidivas sejam comuns.

Inflamação crónica não específica e necrose do tecido ocorrem no nariz e seios perinasais, cursando com dor facial referida aos seios paranasais, rinorreia purulenta ou serosanguinolenta e epistáxis. À avaliação endoscópica a mucosa pode apresentar um aspeto granular e é friável. Adicionalmente, estão presentes úlceras, crostas espessas e pode haver fenómenos de cicatrização/fibrose e perfuração do septo nasal. A condrite nasal pode ocorrer com edema, dor e colapso nasal (sela nasal). Os doentes podem relatar episódios de rinossinusite recorrente que respondeu inadequadamente ao tratamento com antibióticos múltiplos e que necessitou de uma ou mais cirurgias nasais antes do diagnóstico.

Testes laboratoriais de rotina incluem velocidade de sedimentação, proteína C reativa, hemograma com diferencial, albumina sérica e proteína total, creatinina sérica, análise de urina, proteína na urina de 24 horas e radiografia do tórax. A TC nasossinusal pode mostrar espessamento ou opacificação da mucosa sinusal, perfuração do septo nasal e áreas de lesão óssea.

A deteção de anticorpo ANCA (antineutrophil cytoplasmic autoantibodies) é seguido por deteção de anticorpos específicos. Durante a fase de doença ativa poderão ser detectados anticorpos ANCA citoplasmático (c-ANCA), com anticorpos contra proteinase-3 (PR3); esses achados, associados a achados clínicos característicos, sugerem GPA.

A avaliação desta patologia deve ser realizada por equipa multidisciplinar, em que o/a otorrinolaringologista tem um papel fundamental no diagnóstico e monitorização terapêutica.

É importante manter nível de suspeição elevados em doentes com rinossinusites crónicas “atípicas”.

Palavras-chave: granulomatose com poliangéite; granulomatose de wegener; vasculite nasal .



PO785

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****SÍNDROME DE WOAKES E FÍSTULA DO SEIO FRONTAL - COMPLICAÇÕES DA RINOSSINUSITE CRÔNICA COM PÓLIPOS NASAIS, RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIELA ALVES MARRONI**COAUTORES:** LETICIA LEAHY; CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR; BEATRIZ MOREIRA DE CASTILHO; ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ; VITORIA GABRIELA BERLITZ; GUSTAVO PÁS SHIMIZU; AURENZO GONÇALVES MOCELIN**INSTITUIÇÃO:** 1. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL2. HC-UFPR / CRMPR 50238, CURITIBA - PR - BRASIL**Introdução:**

A síndrome de Woakes é uma entidade muito rara descrita pela primeira vez em 1885 por Woakes. Foi definida como polipose nasal recorrente grave com deformação consecutiva da pirâmide nasal. Até agora, apenas alguns casos foram relatados na literatura, a maioria deles ocorre em crianças e adultos jovens, sendo a etiologia precisa pouco compreendida. O tratamento cirúrgico da deformidade externa do nariz nesses casos raramente tem sido abordado. O objetivo deste relato de caso é apresentar as características da síndrome de Woakes através de um novo caso clínico, acrescentando informações valiosas aos casos relatados recentemente.

**Objetivos.**

O objetivo deste artigo é apresentar as características da síndrome de Woakes através da descrição detalhada de um caso clínico.

**Relato do caso:**

Homem de 65 anos com asma e surdez profunda bilateral congênita. Com obstrução nasal há 20 anos, quando deu entrada em nosso serviço, já havia sido submetido a 3 cirurgias endoscópicas nasossinusais funcionais (FESS), a mais recente há 4 anos, porém apresentava recidivas rápidas, nunca havia feito acompanhamento em Tratamento clínico da rinossinusite crônica. Apresentando abaulamento e deformidade das asas nasais devido ao crescimento endonasal e protrusão de pólipos. Além disso, fístula em seio frontal com drenagem contínua de secreção purulenta. Inicialmente, optou-se por iniciar o tratamento clínico. Foram prescritas irrigação salina nasal e corticoides tópicos em formas de jatos nasais e fluxo com alto volume de solução com budesonida, alpm de corticoides orais durante os 3 primeiros dias do tratamento. Apresentou boa melhora em 4 semanas e aguarda a possibilidade de iniciar mepolizumabe (devido a asma associada) e nova cirurgia endoscópica nasossinusal funcional.

**Discussão:**

A síndrome de Woakes foi descrita pela primeira vez, em 1885, como uma forma de etmoidite necrosante e pólipos mucosos das cavidades nasais, às vezes produzindo um alargamento da ponte nasal, quando Edward Woakes apresentou um artigo intitulado a relação de necrosante etmoidite a pólipo nasal à sociedade científica. Nos últimos anos, a síndrome de Woakes é descrita como pólipos nasossinusais recorrentes graves com destruição consecutiva e alargamento da pirâmide nasal devido à pressão crônica dos pólipos. A maioria dos casos da síndrome de Woakes parece ocorrer em crianças e adultos jovens devido à plasticidade da região óssea nasal. A etiologia desta síndrome permanece desconhecida; no entanto, sua hereditariedade parece ser um fator contribuinte potencial.

**Conclusão:**

Um tratamento funcional adequado dos pólipos nasais por meio de cirurgia endoscópica dos seios da face, corticoterapia local e, se necessário, geral, poderiam ser fatores para retardar ou evitar a recorrência dos pólipos nasais. Atualmente, o mepolizumabe pode ser associado, principalmente se houver asma concomitante.

**Palavras-chave:** Pólipo nasal; Síndrome de Woakes; Sinusite Frontal.

PO796

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****GRANULOMA PIOGÊNICO EM CAVIDADE NASAL – RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** VICTORIA LIMA TISEO**COAUTORES:** ISADORA SEROTINI PERTINHEZ; LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO; TALITA MOURO MARTINS; SIMONE NAOMI ISUKA; MATEUS CAMPESTRINI HARGER**INSTITUIÇÃO:** 1. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAÍ - SP - BRASIL. 2. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAI - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** MAVSM, 28 anos, feminino, refere surgimento de lesão em fossa nasal esquerda há 1 ano, de crescimento progressivo, não dolorosa, associado a obstrução nasal ipsilateral, prurido e espirros, sem melhora ao uso de spray nasal, após 4 dias de depilação da região. À rinoscopia, apresentava lesão vegetante, arredondada, vascularizara, lisa e inserida em região vestibular, sem alterações de mucosa septal. Paciente foi submetida a exérese de lesão em centro cirúrgico, sem intercorrências, e material encaminhado para anatomopatológico e imunohistoquímica, cujos resultados consolidaram o diagnóstico de granuloma piogênico. Paciente evoluiu com boa cicatrização local, discreto abaulamento com vascularização importante de região de teto nasal e episódios de epistaxe autolimitados desde o procedimento cirúrgico.

**DISCUSSÃO:** O granuloma piogênico, ou hemangioma capilar lobular, é uma lesão de proliferação fibrovascular de rápido crescimento e com tendência ao sangramento. Ocorre comumente na pele e mucosa oral, mas raramente em cavidade nasal. Embora sua etiologia permaneça desconhecida, algumas teorias sugerem a presença de um irritante local responsável pelo desequilíbrio entre fatores angiogênicos e antiangiogênicos implicados na rápida proliferação de capilares frágeis, principalmente por trauma local, seja pela própria manipulação, intubação nasal de longa duração e/ou tamponamento nasal. Apesar de sua natureza benigna, o diagnóstico histológico é importante para descartar outras condições como o angiofibroma (principalmente em adolescentes do sexo masculino), hemangioma, tumor glômico, verruga comum, melanoma amelanótico, carcinoma celular escamoso, carcinoma celular basal e sarcoma de kaposi. A excisão cirúrgica é o método de escolha para tratamento, já que permite a 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 e laser de CO2. O tratamento expectante pode ser considerado pela possibilidade de regressão espontânea em alguns pacientes.

**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.

**Palavras-chave:** granuloma piogênico; hemangioma capilar lobular; lesão nasal.

PO798

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CORREÇÃO COM ENXERTO DE INSUFICIÊNCIA DE VÁLVULA NASAL EXTERNA: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ**COAUTORES:** LORENA BARBOZA DE SOUSA; KAROLINE NERIS CEDRAZ; HELAINA PEIXOTO GURGEL; PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS; DIOGO SANTANA MOURA; GABRIELE DOS SANTOS**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL2. UEFS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL3. FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA, VALENÇA - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente sexo feminino, 59 anos, queixas de rinorreia, congestão nasal, obstrução nasal esquerda importante, refratário ao tratamento clínico nasal. Ao exame físico paciente encontrava-se com insuficiência de válvula externa em fossa nasal esquerda e hipertrofia de cornetos inferiores, prejudicando a qualidade de vida da paciente. A conduta adotada pela corpo clínico diante da ausência de melhora com tratamentos anteriores, foi de abordagem cirúrgica através da rinosseptoplastia estruturada com enxertos de cartilagem auricular para controle e sustentação da abertura valvar nasal externa. Desta forma, foi Realizado ressecção da concha auricular da orelha direita, seguido de confecção de molde de cartilagem auricular tipo asa de borboleta, posteriormente infiltração da região intercartilaginosa, incisão intracartilaginosa, ressecção da região superior do septo em sua porção mais caudal - média de 3-5 mm, aplicação da cartilagem auricular nesta região onde houve ressecção septal, confecção do enxerto em asa de borboleta com sutura da bordas da cartilagem auricular nas cartilagens laterais inferiores nasais, por fim fechamento das incisões. Paciente apresenta melhora significativa na respiração e na qualidade de vida.

**DISCUSSÃO:** As dificuldades respiratórias em quase sua maioria são decorrentes de inflamações, traumas ou alterações anatômicas, como a insuficiência de válvula nasal externa, uma condição anatômica que afeta as válvulas nasais (externa/interna) que desempenha um papel crucial na criação de um fluxo de ar laminar nas vias aéreas superiores. Alterações nessas estruturas ou conformações podem resultar em obstruções de graus variados. Aproximadamente 13% dos adultos sofrem de obstrução nasal devido ao mau funcionamento das válvulas nasais. É importante ressaltar que, embora a cirurgia seja uma opção valiosa para casos refratários ao tratamento clínico, a avaliação cuidadosa do paciente e uma discussão detalhada dos riscos e benefícios devem preceder qualquer procedimento cirúrgico. O acompanhamento pós-operatório é essencial para garantir que o paciente alcance os resultados desejados e evite complicações indesejadas.

**Comentários finais:** Para realizar o correto diagnóstico da insuficiência de válvula nasal para o médico otorrinolaringologista, 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 ser tomada a conduta diante do grau de dificuldade respiratória. No caso das insuficiências de válvula nasal, pode-se lançar mão de linhas conservadoras de tratamento, porém realizar o enxerto da válvula afetada é considerada, principalmente diante de um paciente com alto grau de dificuldade respiratória.

**Palavras-chave:** insuficiência de valvula nasal;correção de insuficiência nasal com enxerto;rinosseptoplastia.

PO802

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****TRATAMENTO DE ATRESIA ÓSSEA DE COANA NA SÍNDROME DE TREACHER-COLLINS****AUTOR PRINCIPAL:** OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR**COAUTORES:** MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA; LELIA MARIA ALVES DUARTE; PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE; ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR; PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ; JOAO PAULO LINS TENORIO; MIRELLA KALYNE CAVALCANTE MAGALHAES**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE MACEIO, MACEIO - AL - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** V.J.T 3 anos, apresentando obstrução nasal crônica, infecções respiratórias de recepção, roncos, respiração oral desde o nascimento. Encaminhada pelo serviço de pediatria devido diagnóstico de Síndrome de Treacher-Collins. Após realização de exames de imagem, foi evidenciada atresia óssea de coana bilateral, além de placa atrésica óssea e retenção de secreção mucosa nos seios maxilares e células etmoidais (Imagem 1). Realizado planejamento cirúrgico conjunto com equipe de cirurgia pediátrica para acesso oronasal. Durante procedimento cirúrgico, foi realizado incisão medial em palato até a úvula para exposição da placa óssea, posteriormente realizou-se o acesso endoscópico nasal. Foi necessário uso de brocas via oral para abertura da comunicação rinofaríngea, com visualização endoscópica nasal para elevar a segurança e proteger estruturas adjacentes durante o broqueamento. Ao final do procedimento cirúrgico, foi confeccionada a neorinofaringe, com colocação de tubos (1 em cada narina) que percorriam toda a extensão narinária até a coana e fixados no septo nasal para manutenção do peruito confeccionado, com programação de retirada após 60 dias.

**DISCUSSÃO:** A Síndrome de Treacher Collin apresenta-se com deformidades crânio-faciais, com apreensão e severidade variável. É uma malformação congênita que envolve o primeiro e segundo arcos branquiais. É uma condição rara e sua incidência está estimada em uma faixa de 1:40000 a 1:70000 nascidos vivos. Esta síndrome é caracterizada por fissura palatina anormalidades dos pavilhões auriculares, hipoplasia dos ossos da face e obliquidade antimongolóide das fendas palpebrais com coloboma palpebral inferior. A Síndrome de Treacher Collins raramente está associada com atresia coanal. Anomalias craniofaciais predisõem à obstrução de vias aéreas e síndrome da apnéia obstrutiva do sono. Estes pacientes devem receber acompanhamento de equipe multidisciplinar que inclui cirurgiões craniofaciais, fonoaudiólogos, cirurgiões-dentistas e otorrinolaringologistas, visando um apropriado controle das vias aéreas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A Síndrome de Treacher Collins é uma rara doença hereditária autossômica dominante que apresenta uma grande variedade de manifestações clínicas. A presença de atresia coanal bilateral em pacientes com a síndrome é raramente observada e neste caso especificamente foi evidenciado uma atresia óssea, com implicou numa cirurgia muito mais desafiadora. A abordagem atual para as deformidades clínicas na Síndrome de Treacher Collins visa a correção funcional, a correção estética e a necessidade de apoio psicossocial, tendo a participação conjunta de uma equipe multidisciplinar formada por otorrinolaringologistas, cirurgiões craniofaciais, oftalmologistas, fonoaudiólogos, psicólogos e cirurgiões-dentistas para obter tal objetivo. Além das anomalias anatômicas e fisiológicas, associa-se nos pacientes com a Síndrome de Treacher Collins o estigma social pelas severas deformidades faciais.

**Palavras-chave:** Treacher Collins; atresia de coana; obstrução nasal.

PO803

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****TREINAMENTO OLFATÓRIO E CORTICOTERAPIA PARA HIPOSMIA PERSISTENTE APÓS COVID-19: RESULTADOS PARCIAIS****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, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Objetivos:** estabelecer a efetividade da corticoterapia sistêmica, associada ao treinamento olfatório, como tratamento para a disosmia persistente após COVID-19.

**Métodos:** pacientes com disosmia persistente após COVID-19 foram divididos em dois grupos de tratamento: treinamento olfatório isolado ou associado à corticoterapia (prednisona 40 mg/dia via oral por sete dias), a depender da presença de comorbidades. Realizaram-se avaliações subjetiva e objetiva do olfato através da Escala Visual Analógica, do Alcohol Sniff Test e do teste de olfato de Connecticut, na entrada, com 3 meses e com 6 meses de tratamento.

**Resultados:** utilizando teste-T não paramétrico, houve diferença entre os grupos com significância estatística ( $p < 0,05$ ) apenas para o atributo idade. Para variáveis de interesse para o desfecho primário (EVA, Alcohol Sniff Test e Connecticut), não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p > 0,05$ ). Considerando o mesmo grupo na entrada e após 6 meses, pelo teste de Friedman, apenas o Alcohol Sniff Test apresentou significância estatística ( $p < 0,05$ ). Para as variáveis categóricas, o teste de Mann-Whitney foi calculado e não houve diferença com significância estatística entre os grupos ( $p > 0,05$ ), em concordância com a avaliação numérica. No teste de correlação de Spearman, houve relação estatisticamente significativa para pior desfecho no grupo controle ( $p < 0,05$ ).

**Discussão:** o poder estatístico do estudo foi reduzido por conta do tamanho amostral. Apesar de não ter sido encontrada associação com significância estatística na comparação entre os grupos para favorecer o uso da corticoterapia sistêmica, dentro de cada um dos grupos, houve uma clara tendência de melhora da alteração olfatória, que pode-se dever ao treinamento olfatório ou apenas ao decorrer do tempo. Houve correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) para pior desfecho nos testes de olfato do grupo controle pelo método de Spearman, o que poderia indicar que um tamanho amostral maior provavelmente encontraria associação positiva para benefício de uso de corticoterapia sistêmica no grupo teste. Não houve relatos de efeitos colaterais do uso da corticoterapia.

**Conclusão:** não houve diferença estatisticamente significativa para afirmar benefício com o uso de corticoterapia sistêmica para pacientes com alteração de olfato persistente após infecção por COVID-19 ( $p > 0,05$ ). Aumentar o valor amostral poderia indicar associação positiva, tendo em vista a correlação negativa no grupo controle. A escolha do tratamento com corticosteróides sistêmicos deve ser individualizada, não havendo consenso na literatura.

**Palavras-chave:** OLFATO;COVID-19;CORTICOTERAPIA.

PO804

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**  
**CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO NASOSSINUSAL****AUTOR PRINCIPAL:** DANIEL ZUCOLLOTTI CANDEIAS**COAUTORES:** MANUELLA GOES DOS SANTOS RAPOSO; HENRIQUE SANTOS FERNANDES; TAMIRES APARECIDA ALVES BORGES; VICTOR JACOME SOARES MARTINS; MARINA PACHECO ROBERT PINTO; MARIA EDUARDA SPERANDIO; JOÃO MARCOS FAIER ASSUNÇÃO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

RAS, 36 anos, sexo feminino, lactante, atendida em hospital terciário assistencial com queixa de obstrução nasal unilateral à direita com evolução aproximada de 1 ano, havendo piora do padrão durante a gestação, finalizada há 8 meses, e associada a rinorreia mucopurulenta recorrente, epistaxes de pequeno volume espontâneas ocasionais e aos esforços físicos. História patológica pregressa: Hipertensa em uso de losartana, negou cirurgia nasal prévia. Exame físico demonstrando lesão nasal unilateral bocelada ocupando fossa nasal direita e impedindo visualização de cavum, alargamento de pirâmide nasal ipsilateral, desvio septal para esquerda em bloco. Exame complementar de tomografia computadorizada de seios paranasais demonstrando formação com densidade de partes moles e contornos lobulados acometendo seio maxilar, etmoidal, esfenoidal e frontal direitos, bem como fossa nasal do mesmo lado e contralateral, medindo em seu maior eixo 48x39mm. Submetida à biópsia de lesão nasal e envio do material para estudo histopatológico o qual demonstrou carcinoma adenoide cístico de mucosa nasossinusal com ulceração grau intermediário (40% área sólida), de atipia moderada a severa, sem invasão vascular e índice mitótico cerca de 15 fm/10 cga. Encaminhada ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço para terapêutica específica.

**DISCUSSÃO**

Neoplasias malignas do trato nasossinusal são relativamente incomuns, contabilizando cerca de 2 a 3% das malignidades de todo o trato aereodigestivo superior. Dessas, o carcinoma adenoide cístico se caracteriza como a terceira mais comum neoplasia maligna e o tipo mais comum de tumor maligno de glândula salivar do trato nasossinusal (cavidade nasal, seios paranasais e nasofaringe), sendo mais comum em mulheres que em homens, numa proporção de 2:1, com pico de incidência em torno de 5ª e 6ª décadas de vida, sendo a associação entre gestação e crescimento tumoral dos tumores salivares malignos em geral pouco elucidada.

O carcinoma adenoide cístico configura uma neoplasia maligna originária das glândulas salivares menores ou maiores, especificamente das células ductais e mioepiteliais provenientes dos ductos intercalares que apresenta crescimento lento, natureza infiltrativa difusa e alto potencial para produzir metástases a distância, sendo o pulmão o sítio mais comumente afetado, seguido de ossos, fígado e cérebro. O padrão de crescimento insidioso e a tendência à invasão local e disseminação perineural através de nervos maiores ou menores, resulta em acometimento de estruturas locais, em especial a base do crânio e região intracraniana. Portanto, diversos pacientes já apresentam doença em estágio avançado com envolvimento de estruturas críticas (ex.: dura mater, órbita, cérebro, nervos cranianos), fazendo com que o tratamento seja difícil e potencialmente associado a alta morbidade. Além disso, a proximidade a estruturas vitais faz com que a ressecção oncológica com margens seja pouco provável, desse modo, o papel cirúrgico costuma ser limitado de modo que a radioterapia adjuvante é altamente recomendada.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Carcinomas adenoides císticos primários nasossinusais e nasofaríngeos são tumores incomuns, em especial em pacientes fora da faixa etária do pico de incidência, sendo, portanto frequentemente diagnosticados em estágios localmente mais avançados, como no caso da paciente que apresentava acometimento de múltiplos seios paranasais, e cuja característica infiltrativa, potencialmente disseminante e recidivante tornam a terapêutica desafiadora.

Palavras-chave: Rinologia;Neoplasia maligna nasossinusal;Carcinoma adenoide cístico.

PO810

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****GLIOMA NASAL ASSOCIADO A FISSURA PALATINA: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** RAFAEL HADDAD CHECHIN**COAUTORES:** THEREZINHA DA SILVA PROBST; ANDRESSA ALENCAR SOUSA; LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI; LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES; CRISTIANO TONELLO; YURI AUGUSTO NOGUEIRA SOZZI**INSTITUIÇÃO:** 1. HRAC-USP, BAURU - SP - BRASIL 2. HRAC USP BAURU, BAURU - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** IVG, feminina, parda, um ano e dois meses de idade, sem antecedentes patológicos de interesse, foi encaminhada ao serviço de Cirurgia Craniomaxilofacial do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo devido história de tumoração em cavidade oral acompanhada de queixa de dificuldade respiratória. Ao exame físico, observava-se fissura pós-forame incisivo incompleta atingindo palato mole por onde se exteriorizava uma massa de aproximadamente 1,5 cm de diâmetro ocluindo parcialmente a nasofaringe e causando desvio à esquerda da úvula, tal tumoração se mostrava rósea, de consistência fibroelástica, não pulsátil, de transluminação negativa e com ausência de aumento do volume durante choro, em manobra de Valsalva ou compressão de veia jugular a nível cervical (sinal de Furstenberg negativo). Foram executadas ressonância magnética e tomografia computadorizada da face e pescoço com análise conjunta cujos achados foram a aparente descontinuidade palatal posterior à esquerda e formação expansiva predominantemente cística, apresentando múltiplos septos com realce pelo meio de contraste de perimeio, localizada, principalmente, na região mediana da oro e rinofaringe, apresentando extensão para o espaço faríngeo lateral esquerdo, medindo cerca de 2,6 x 2,0 cm no plano axial. O tratamento realizado foi a exérese cirúrgica associada a palatoplastia primária posterior com técnica de Sommerlad. O procedimento foi realizado sem intercorrências e a paciente evoluiu bem, recebendo alta no primeiro dia pós-operatório. O estudo anatomopatológico, incluindo revisão de lâmina, revelou tecido nervoso predominantemente glial com raros neurônios e estrutura epitelial compatível com plexo coróide sem atipias. A paciente continua em acompanhamento ambulatorial no sexto ano pós-operatório, com boa evolução e sem sinais de recidiva.

**Discussão:** A existência de tecido cerebral fora da cavidade craniana, configurando heterotopia nasal cerebral ou glioma nasal, é infrequente e trata-se de malformação congênita rara, benigna e diagnosticada usualmente logo após nascimento. Requer rápidos diagnóstico e tratamento para evitar possíveis complicações tais como deformidades faciais. Gliomas nasais são lesões de crescimento lento, sem hereditariedade, sem potencial de malignização e com igual distribuição entre os sexos que têm o cisto dermoide e a encefalocele como principais diagnósticos diferenciais. A sua etiologia ainda não é plenamente conhecida, aparentando ser secundária a alteração do desenvolvimento embriológico normal. São formados por células da glia mescladas com tecido conjuntivo fibroso e vascular recobertos por pele ou mucosa nasal; em relação à sua localização, podem ser extranasais (60%), intranasais (30%) ou mistos (10%). São considerados encefaloceles - protrusão de componentes cranianos através de defeito ósseo da base do crânio - que perderam sua conexão com a meninge do espaço intracraniano. O diagnóstico de certeza é obtido através de análise anatomopatológica e o tratamento na região craniofacial é a excisão cirúrgica.

**Comentários finais:** Massas tumorais congênitas podem representar lesões de difícil diagnóstico clínico e imagenológico, dependendo do estudo histopatológico para sua qualificação. Gliomas nasais são massas geralmente benignas embriologicamente relacionadas a encefaloceles e que podem simular aparência de outras massas nasais. Deve-se buscar o diagnóstico correto para proporcionar programação cirúrgica apropriada ao caso e melhor prognóstico.

**Palavras-chave:** glioma; malformação congênita; fissura palatina.



PO812

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Carcinoma de Nasofaringe: Perfil epidemiológico

**AUTOR PRINCIPAL:** CAROLINE TEIXEIRA DAL PAZ**COAUTORES:** MARIA CLARA OLIVEIRA NASCIMENTO; LUCAS FELIPE DE OLIVEIRA SILVA; PÉROLA MARIA NÓBREGA SILVA; LAURA ISABEL DUARTE DE SANTANA; MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADÁ**INSTITUIÇÃO:** 1. UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS FORMOSA, FORMOSA - GO - BRASIL2. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL4. UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE, MAPUTO - MOCAMBIQUE**Objetivo:**

Analisar estaticamente e descritivamente o número de óbitos por carcinoma de nasofaringe (CNF), na população brasileira, durante o período de 2018 a 2021.

**Metodologia:**

O estudo realizado fundamenta-se em uma estrutura epidemiológica descritiva. Os dados expostos foram coletados na base do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), mais precisamente na plataforma secundária TABNET. Nesse sentido, as informações obtidas derivam do período de 2018 a 2021 com as seguintes variáveis: taxa de mortalidade, sexo, faixa etária e o CID 11 de nasofaringe.

**Discussão:**

A porção mais alta da faringe é denominada nasofaringe e se localiza posteriormente à abertura nasal posterior, sendo seu limite superior a base do osso occipital e esfenóide e o limite inferior um plano horizontal que passa pelo palato duro. Nessa região, observa-se o crescimento e desenvolvimento do CNF, neoplasia comum em países asiáticos, mas também presente no Brasil. O CNF origina-se de células epiteliais do recesso faríngeo (Fosseta de Rosenmüller) e pode se apresentar inicialmente de forma assintomática, e depois evoluir para epistaxis, hipoacusia, cefaléia e outros sintomas a depender do tamanho e localização tumoral. A OMS classifica o carcinoma de nasofaringe nas seguintes formas (1) carcinoma de células escamosas; (2) carcinoma de células queratinizadas; (2a) diferenciado ou (2b) indiferenciado, sendo o subtipo histológico 1 o mais comum. Os seus altos níveis de mortalidade no País estão relacionados a uma ausência de tratamento precoce, visto que as probabilidades de sobrevivência podem chegar a 90%. No entanto, como a maioria dos casos são diagnosticados em estágios avançados, essa chance é reduzida para 50%. Alguns fatores de risco relacionados incluem o tabagismo, hábitos alimentares e há indícios que infecções pelo Epstein-Barr Vírus podem influenciar no surgimento desse tipo de neoplasia.

**Conclusão**

Foram identificados 1467 óbitos por Carcinoma de Nasofaringe no Brasil, entre os anos de 2018 e 2021. Desse total, 1029 mortes foram do sexo masculino (70,14%) e 438 mortes do sexo feminino (29,85%), sendo as faixas etárias mais acometidas de 50 a 59 anos com 265 mortes e de 60 a 69 anos com 266, o que representa 18,06% e 18,16% do total de óbitos, respectivamente. As Unidades Federativas com as maiores taxas de mortalidade foram Santa Catarina, Acre, Alagoas e Espírito Santo, com um índice de falecimentos de 0,27, 0,23, 0,23 e 0,25 a cada 100.000 homens e mulheres. Em contrapartida, os Estados de Rondônia, Roraima, Paraíba e Amazonas apresentaram as menores taxas brutas, de 0,08, 0,00, 0,11 e 0,11 para cada 100.000 homens e mulheres no período indicado.

Dessa maneira, o estudo concluiu que a mortalidade por Carcinoma de Nasofaringe apresenta maior prevalência no sexo masculino, no grupo etário dos 50 a 59 e dos 60 a 69 anos de idade e nas Unidades Federativas de Santa Catarina, Acre, Alagoas e Bahia, principalmente devido ao diagnóstico tardio, aos fatores de risco e a sintomatologia variável apresentada pelo CNF.

**Referências**

COMPAGNOMI, Inaê M. et al. Ressecção endoscópica total de adenocarcinoma papilífero de baixo grau de nasofaringe: relato de caso. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/gDkvBt7mZNBjQRF37v7d5nC/#:~:text=Histórico,-Introdução,caso%20por%20100.000%20em%20mulheres>

YAMASHIRO, Ilka; SOUZA, Ricardo Pires. Diagnóstico por imagem dos tumores da nasofaringe. Colégio brasileiro de radiologia e diagnóstico por imagem, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rb/a/76JdRJ97bGqp6LrkmB95Xdh/#>

BREDA, Eduardo, et al. Detecção de Epstein-Barr vírus no carcinoma da nasofaringe: implicações numa área de baixo risco. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/XbmhnrXRkmhp7ZDQ4D5SRfr/?lang=pt>

Palavras-chave: carcinoma de nasofaringe; mortalidade; unidades federativas.

PO821

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****GLOMANGIOPERICITOMA SINONASAL: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** BEATRIZ TRANCOSO SILVEIRA**COAUTORES:** LETÍCIA LARA FONSECA; RAISSA DAMASCENO BARRETO DA SILVA; LUCAS SAMPAIO LUSTOSA NEVES; RYNAT DASAIEV OLIVEIRA CHAGAS; JULIO CEZAR SILVA SANTOS FILHO; ALESSANDRO TUNES BARROS; RAISSA DE CARVALHO BORGES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTO ANTÔNIO - OSID, SALVADOR - BA - BRASIL

**Apresentação de caso:** Paciente do sexo feminino, A. C. L. S., 48 anos, inicia acompanhamento em serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santo Antônio em 2020 com história de há 1 ano apresentar quadro de obstrução nasal unilateral à esquerda e presença de lesão violácea ocupando região de válvula nasal interna em fossa nasal ipsilateral, referindo ainda sintomas riníticos associados e episódios de epistaxe de pequena monta somente ao forçar saída de secreção por via nasal em períodos de crise alérgica. Realizada Tomografia de seios da face em novembro de 2020 evidenciando preenchimento de fossa nasal esquerda, além de seios frontal maxilar e etmoide velados por material com densidade de partes moles podendo corresponder à papilomatose. Paciente foi submetida à biópsia incisional da lesão em 25/01/2021 pela equipe deste serviço apresentando sangramento oriundo da lesão friável com necessidade de tamponamento sanfonado e posterior e novo tamponamento devido à sangramento de moderada quantidade, sendo feita a remoção deste último em centro cirúrgico. Paciente retorna em 03/07/2023 após perder o seguimento devido à pandemia com resultado de anatomia patológica e adicional perfil imunoistoquímico com achados morfológicos corroborando com diagnóstico de Glomangiopericitoma Sinonasal. Em nova Tomografia de Seios da Face realizada no serviço na data de 04/08/2023 evidenciando formação expansiva de aspecto neoplásico, de feição nodular, localizada no terço médio da cavidade nasal esquerda, bem delimitada, hipodensa, exibindo realce heterogêneo após a infusão do meio de contraste, mantendo amplo contato com as conchas nasais superior e média à esquerda, obliterando o meato médio e mantendo contato com septo nasal e parede medial do seio maxilar esquerdo, gerando abaulamento desta, porém, sem evidenciar erosão das estruturas ósseas. No momento, paciente se encontra em programação cirúrgica de abordagem de lesão.

**Discussão:** Glomangiopericitoma é definido como um tumor nasossinusal com fenótipo mioide perivascular e representa menos de 0,5% de todos os tumores nasossinais. Esse tipo de tumor, frequentemente designado de glomangiopericitoma, pode também ser classificado como hemangiopericitoma sinonasal, definição dada primariamente por Murray em 1942. Estes tumores se originam nas células mioepiteliais perivasculars modificadas e apesar de apresentarem baixo grau de malignidade, podem ser localmente agressivos com invasão e metastização locorregional. No geral, apresenta comportamento local benigno. A excisão cirúrgica completa com controle das margens livres de lesão é o tratamento preconizado. A recidiva apresenta maior relevância estatística nos casos em que a ressecção cirúrgica foi incompleta, o que torna o acompanhamento pós-operatório mais rigoroso e por considerável período de tempo. Quando disponível, é importante avaliar a utilização de embolização pré-operatória, considerando sua vantagem para o planejamento cirúrgico no que diz respeito ao tamanho inicial da lesão e controle de sangramentos intraoperatórios.

**Comentários finais:** O caso descrito ressalta a importância do diagnóstico anatomopatológico preciso e precoce, em serviços com disponibilidade de imunoistoquímica para diferenciação da lesão, devido a possibilidade de invasão locorregional.

**Palavras-chave:** Glomangiopericitoma; Cirurgia endoscópica nasal; Rinossinusite crônica.

**PO828****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RINOSSINUSITE FÚNGICA ALÉRGICA EM PACIENTE JOVEM****AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO HENRIQUE BARBAROTO FERREIRA**COAUTORES:** AMANDA BERNARDES FONSECA SILVEIRA; CATARINA DE SOUZA UCHÔA; CHIARA VALVERDE ZANOTTI; JOSÉ VICTOR SAGGIORO TOGNI; BEATRIZ NORONHA FERNANDES; ALEXANDRE FELIPPU NETO; JOSE MARQUEZI NETO**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO FELIPPU DE OTORRINOLARINGOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Apresentação do caso:**

M.L.M.S.M, paciente do sexo feminino, 20 anos de idade, passou por consulta com oftalmologista devido a um quadro de exoftalmia e visão turva em olho esquerdo há cerca de 30 dias. Paciente foi encaminhada ao nosso serviço após avaliação do oftalmologista e realização de Tomografia computadorizada de seios da face.

Em sua primeira consulta, a paciente relatou que, há aproximadamente um ano, iniciou um quadro clínico de coriza hialina constante, que se intensificou progressivamente, até que iniciaram quadros recorrentes de rinossinusite, apresentando cefaleia pulsátil, obstrução nasal a esquerda, pressão facial, coriza hialina e hipoacusia em ouvido esquerdo. Paciente relatou ainda que é portadora de asma e rinite alérgica.

Ao exame endoscópico foi verificado: Lesão de aspecto polipoide e lesão angiomatosa em porção superior obstruindo toda a fossa nasal esquerda com associação de secreção mucoide.

Após avaliação do exame de Tomografia computadorizada de seios da face, suspeitou-se fortemente do diagnóstico de Rinossinusite fúngica unilateral à esquerda, mais especificamente Rinossinusite Fúngica alérgica (RSFA), com envolvimento dos seios maxilar, etmoidal, frontal e esfenoidal à esquerda.

Após o diagnóstico, optou-se por realizar o procedimento cirúrgico por via endoscopia, utilizando a técnica centrípeta para abertura dos seios paranasais e remoção total dos fungos. Realizado a remoção do conteúdo fúngico e encaminhado para a cultura. Após o procedimento, a paciente recebeu alta hospitalar em 48 horas, sem intercorrências. Realizou uma nova Tomografia computadorizada de seios da face, que confirmou a retirada total do conteúdo fúngico.

A paciente retorno em consulta pós-operatória 5 dias após a operação, referindo melhora dos sintomas e sem novas queixas.

**Discussão:**

A rinossinusite fúngica (RSF), é uma condição inflamatória dos seios paranasais que é causada pela presença de fungos no trato respiratório superior. Pode ser dividida em invasiva e não invasiva. A doença invasiva se subdivide em RSF invasiva aguda (fulminante) (RSFI), RSF invasiva granulomatosa (RSFIG) e RSF invasiva crônica (RSFC). Já a doença não invasiva se classifica em bola fúngica (BF) e rinossinusite fúngica alérgica (RSFA).

No início da doença, as evidências são compatíveis com inflamação crônica da mucosa.

Os possíveis agentes causadores são: *Aspergillus*, *Curvularia*, *Alternaria*, *Bipolaris*, *Rhizomucor* e *Helminthosporium*.

O quadro clínico dos pacientes portadores de RSFA caracteriza-se por RSC, rinorreia espessa, drenagem pós-nasal, atopia, polipose nasal e deformidade facial progressiva sem invasão fúngica da mucosa sinusal.

Sinais de erosão óssea à TC podem ser encontrados em cerca 20% dos pacientes com RSFA, sendo o seio etmoidal o mais comprometido e a órbita e a fossa craniana anterior os espaços adjacentes mais atingidos.

O RSFA pode ser tratada com cirurgia para remover os pólipos e a mucina eosinofílica e criar acesso para a medicação intranasal tópica.

**Comentários finais:**

Neste caso, destacamos a importância do diagnóstico precoce da rinossinusite fúngica, pois isso poderia ter reduzido o risco cirúrgico, o tempo de intervenção e possíveis sequelas para o paciente. Portanto, é crucial que o otorrinolaringologista esteja atento para realizar o diagnóstico com precisão, uma vez que os sintomas podem ser semelhantes aos da rinossinusite crônica. No entanto, a progressão e o tratamento dessas condições são consideravelmente diferentes.

**Palavras-chave:** Rinossinusite fúngica; Rinossinusite fúngica alérgica; Rinossinusite crônica.

PO829

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO SUBPERIOSTEAL: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** MARIANE WEIZENMANN DA MATTA**COAUTORES:** LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA; ARTHUR FERREIRA DE OLIVEIRA; ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA; GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO; ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO; ANDRÉ LIMA VALENTE; SÁVIA MOURA TRINDADE VIANA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL**Apresentação do caso:**

V.H.P.S, masculino, 13 anos, com história de febre; dor em face; rinorreia purulenta bilateral; edema palpebral à direita; evoluindo com amaurose ipsilateral após três dias de evolução dos sintomas.

Foi submetida a tomografia de face, crânio e órbita com contraste com presença de abscesso subperiosteal adjacente ao teto e parede lateral da órbita direita; proptose grau III; estiramento do nervo óptico e deslocamento do músculo reto superior, além da secreção nos seios frontais e maxilar direito.

Diagnosticada com rinossinusite aguda complicada com prognóstico oftalmológico reservado pela ausência da percepção luminosa à direita. Foi iniciado antibioticoterapia venosa de amplo espectro, guiada por cultura com identificação de *Estafilococos aureus*, e foi submetido a uma drenagem externa de coleção orbitária direita, Pansinusectomia bilateral, Draf IIA bilateral.

Entretanto, em quinto dia de pós operatório, diante da persistência do quadro clínico foram repetidos os exames tomográficos e angiotomografia de crânio diante da suspeita de trombose do seio cavernoso, a qual foi confirmada a posteriori.

Foi indicado reabordagem cirúrgica, sendo realizado a descompressão de órbita direita e etmoidectomia posterior direita e a sinusotomia esfenoidal direita.

Então, o paciente evoluiu com melhora do quadro clínico. Entretanto, houve a persistência da amaurose à direita. No momento, em seguimento ambulatorial com equipe de Otorrinolaringologia.

**Discussão:**

A rinossinusite aguda (RSA) com complicação orbitária caracteriza-se por diagnóstico clínico de sintomas como descarga nasal; dor/pressão facial; congestão nasal e redução do olfato associado ao quadro de diminuição da acuidade visual, proptose, oftalmoplegia e dor com a movimentação ocular.

A incidência de complicações orbitárias é baixa, variando de 5% a 7% dos pacientes com diagnóstico de RSA.

O seio etmoidal é o mais acometido no diagnóstico em crianças, principalmente pela relação entre a órbita e o seio etmoidal.

Faz-se necessário a diferenciação entre a celulite orbitária e abscesso orbitário devido a mudança de conduta terapêutica, já que a celulite requer antibióticos intravenosos e o abscesso orbital pode exigir drenagem cirúrgica.

Quando indicado, o objetivo do procedimento é descomprimir a órbita, drenar o abscesso ou abrir seios da face infectados. Caso tratado tardiamente, pode haver complicações intracranianas, incluindo meningite, trombose do seio cavernoso e abscesso cerebral.

**Comentários finais:**

O estudo das complicações, por mais que raras, da rinossinusite aguda corrobora na identificação precoce do quadro e o seu tratamento efetivo, já que é uma afecção de grande incidência.

Além disso, o trabalho em equipe de forma multidisciplinar é essencial para uma assistência global ao paciente e o tratamento efetivo.

Palavras-chave: Rinossinusite Aguda; Complicações Orbitárias; Trombose de seio cavernoso.

PO830

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****SEGURANÇA E EFEITOS ADVERSOS DOS IMUNOBIOLÓGICOS NO TRATAMENTO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS TIPO 2****AUTOR PRINCIPAL:** THIAGO VICTOR LEITE AQUINO**COAUTORES:** CECILIA SOUZA SILVA; GABRIEL RÉGIS DE CARVALHO CARNEIRO; MARINA FERRAZ MENDONÇA; TIAGO HENRIQUE SALES LINS; VINÍCIUS PEIXOTO DE SIQUEIRA DE LEMOS LINS; VITÓRIA FARIAS PAIVA; THIAGO FREIRE PINTO BEZERRA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL**Objetivo:** Efetuar uma revisão de literatura a respeito dos principais efeitos adversos, assim como da segurança ao paciente no uso de fármacos imunobiológicos para o tratamento de doenças inflamatórias do tipo 2.**Metodologia:** Uma revisão da literatura foi realizada seguindo as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA). Na busca dos bancos de dados MEDLINE/PubMed e EMBASE, foram utilizados os descritores “Immunomodulators”, “type 2 inflammatory” e “Adverse Event” interligados pelo operador booleano “AND”. Os artigos foram selecionados através da avaliação do preenchimento de critérios de elegibilidade e concordância com a PICO desta revisão. Foram selecionados ensaios clínicos e estudos retrospectivos publicados nos últimos 5 anos, nos idiomas inglês e português.**Resultados:** Foram encontrados 30 artigos, 21 na base de dados MEDLINE/PubMed e 9 na EMBASE. De início, 2 foram excluídos por estarem repetidos. Entre os 28 restantes, 12 foram excluídos por não apresentarem a população desejada (pacientes portadores de doenças inflamatórias do tipo 2), 2 por não utilizarem imunobiológicos como intervenção, 2 devido à ausência de análise acerca dos efeitos adversos dos fármacos e 1 por não se tratar de um ensaio clínico ou estudo retrospectivo. Assim, 11 artigos foram submetidos à análise dos avaliadores. 5 destes avaliaram o Dupilumabe isoladamente, 1 o comparou com o metotrexato e outro com o Omalizumabe. Outras drogas representadas por um artigo cada: RCP 4046, GSK2245035 intranasal, Apremilast e Tralokimumabe.**Discussão:** De início, avalia-se os efeitos adversos causados pelo uso de Dupilumab (inibidor de IL-4 e IL-13), droga que assume grande importância na otorrinolaringologia, visto que é indicada para o tratamento de rinite alérgica e rinossinusite crônica com polipose (CRSwNP). Essa droga se mostrou bem tolerada pela maioria dos pacientes, apresentando como efeito adverso mais comum a conjuntivite, encontrada apenas no grupo experimental no estudo de Paller et al. Porém esta não foi complicada em nenhum dos casos nos artigos analisados e não resultou em suspensão da terapia. Outros efeitos adversos foram reações no local da aplicação, hemossiderose conjuntival e artralgia. Também foi observada a elevação da eosinofilia, porém na maioria das vezes sem repercussão clínica. Os pacientes que utilizaram Dupilumabe apresentaram menos efeitos adversos urgentes em relação ao grupo controle nos estudos de Bachert et al. Não houve interação medicamentosa entre o Dupilumabe e outros medicamentos metabolizados por enzimas do citocromo P450, porém o estudo de Davis et al envolveu apenas 13 participantes, sendo necessários mais estudos a respeito dessa possível interação. Outras drogas testadas para o tratamento de outras inflamações do tipo 2 também apresentaram poucos efeitos adversos. O Tralokimumabe, mesmo apresentando efeito imunossupressor, não alterou a resposta às vacinas em portadores de dermatite atópica. Já o GSK2245035 intranasal, apesar de ter efeitos adversos bem tolerados (cefaléia foi o mais comum), apresentou pouca eficácia no tratamento da asma. Em relação às perspectivas futuras dos tratamentos com imunobiológicos e seus efeitos adversos, surge o estudo EVEREST, o qual pretende comparar a eficácia e segurança do Dupilumab e do Omalizumabe no tratamento de CRSwNP, esse é o primeiro ensaio clínico a comparar dois imunobiológicos já aprovados para o tratamento dessa patologia.**Resultados:** Portanto, efeitos adversos, principalmente no aparelho ocular, mas também em outros órgãos e sistemas, foram observados no tratamento com imunobiológicos. Porém, tais eventos foram bem tolerados pela maioria dos pacientes, o que está em consonância com a baixa descontinuidade das terapias com esses fármacos e reforçam seu perfil como medicamentos seguros no tratamento de doenças causadas por reações inflamatórias do tipo 2.**Palavras-chave:** Imunomoduladores; Efeitos adversos; Rinite alérgica.

PO843

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO: DESFECHO FAVORÁVEL EM POLIPOSE NASAL****AUTOR PRINCIPAL:** ILANE MOREIRA FIGUEREDO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente do sexo feminino, 54 anos, acompanhada no ambulatório de Rinologia por Rinossinusite crônica com Polipose Nasal. Fez tratamento contínuo com lavagem nasal com soro fisiológico e spray nasal de corticóide, mas mantém sintomas de obstrução nasal associada à hiposmia e cefaleia frontal. Ela é portadora de glaucoma, portanto, apresenta restrição ao uso de corticosteróides orais. Ao exame nasofibrocópico, no início de 2022, foi observado cornetos inferiores e médios hipertróficos e abaulamento de bula e uncinado bilateramente. Em tomografia computadorizada de seios da face, no início de 2022, mostrou pansinusopatia com preenchimento das cavidades paranasais e fossas nasais por material que pode representar secreção ou eventualmente polipose nasossinusal, com septo nasal sinuoso e hipertrofia de conchas nasais.

Foi indicado tratamento com Claritromicina 250 mg/dia por 80 dias, com início de terapia medicamentosa em novembro de 2022, associado a corticóide nasal e lavagem nasal de alto volume. Após uso da medicação, paciente retorna com melhora total dos sintomas. Feita tomografia de seios da face, em abril de 2023, com o seguinte resultado: não mais se caracteriza a obliteração das vias de drenagem paranasais por espessamento, septo nasal desviado para direita no seguimento anterior e para esquerda no posterior.

**DISCUSSÃO:**

A rinossinusite crônica (RSC) é uma condição de alta prevalência, fortemente impactante da qualidade de vida dos afetados e que traz grandes custos à saúde pública. 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. A rinossinusite crônica com polipose nasal é alvo de grande estudo para melhor entender a patogênese e, assim, aplicar um método terapêutico baseado em medicina de precisão para cada caso. No primeiro momento, o tratamento é clínico, sendo a cirurgia reservada aos casos refratários com a finalidade de melhora da sintomatologia e qualidade de vida dos pacientes com lesões nasossinusais.

O caso descrito é um exemplo de melhora da rinossinusite crônica, em termos tomográficos e de exacerbações, e da qualidade de vida relatada, principalmente quanto ao olfato e à respiração nasal.

**COMENTÁRIOS FINAIS:**

O caso demonstra paciente com quadro grave de polipose nasal, com impossível indicação cirúrgica, que atingiu controle de doença apenas com uso de antibioticoterapia associado a corticóide nasal, de forma eficaz e segura.

Palavras-chave: polipose nasal;obstrução nasal;rinossinusite.

PO844

## E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

### FRONTAL SINUS OSTEOMA APPROACH : CASE REPORT

**AUTOR PRINCIPAL:** ABNER DE OLIVEIRA GRIPP DONATO

**COAUTORES:** RAFAELA ABRAMOSKI RIBEIRO; ANA PAULA RIBEIRO REIS; CAROLINA DAHER MATTOS; CAROLINA BROTTTO DE AZEVEDO; ALINE EMER FAIM; GABRIELA TOSTA SILVEIRA BIDO; RODRIGO BRITTO PEIXOTO

**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

#### CASE REPORT

A 61-year-old male presented frontal headache, facial pain and nasal obstruction for one year with progressive worsening. No nasal atopic symptoms, drug allergies, asthma or other comorbidities were reported. At nasal endoscopy, no diseases were observed. CT of the paranasal sinuses showed presence of large osteoma in the left frontal sinus. (Figure 1A) associated with maxillary opacification. We perform combined surgery, used a combination of endoscopic surgery with Draf 2b and the Lynch–Howarth approach. Patient recovered uneventfully and 3 months after surgery was already symptom free.

#### DISCUSSION

Osteomas are benign bone-forming neoplasms most commonly identified in the paranasal sinuses, particularly the frontal sinus. When symptomatic, patients commonly present with headache and features of chronic rhinosinusitis. Indications for operative intervention for frontal osteomas generally include osteomas that are symptomatic, demonstrate rapid growth, occupy greater than 50% of the frontal recess or sinus, or expand into the orbital or cranial compartments. Expectant, conservative management has been widely accepted for patients who have smaller, asymptomatic osteomas due to their benign nature and slow growth rate. However, due to rapid growth or inadequate surveillance, there are reported cases of small asymptomatic osteomas that have become significantly larger, symptomatic, and lead to serious sequelae. Several surgical options are available for the management of frontal sinus osteoma, open, combined and Endoscopic Approach. In comparison, the length of stay was shorter and there was a reduction in patient morbidity (intraoperative and postoperative) and also an increase in patient compliance and satisfaction have been reported for endoscopic approaches. The approach in our case was a surgical procedure, as we were dealing with a symptomatic patient with a large osteoma. It was performed a combination of endoscopic surgery with Draf 2b and the Lynch–Howarth approach (Figure 2A; 2B) with excellent results.

#### CONCLUSION

Osteoma is a benign tumor characterized by slow and unlimited growth, generally asymptomatic. However, due to rapid growth or inadequate surveillance, there are reported cases of small asymptomatic osteomas that have become significantly larger, symptomatic, and lead to serious sequelae. The indication for surgical treatment will basically depend on its location, extent, growth pattern and associated symptoms. Whereas open surgery was historically the standard of care, the endoscopic approach is considered safe and effective in most cases, with reduced morbidity and LOS, thus limiting the remaining indications for open surgery. As equipment, techniques, and operator skill improve, the scope of endoscopic surgery for frontal osteomas will continue to expand.

Palavras-chave: OSTEOMA;FRONTAL SINUS;LYNCH.



PO846

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****MEDIDAS DE PROJEÇÃO E ROTAÇÃO DA PONTA NASAL EM RINOSSEPTOPLASTIA PRIMÁRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** ANA PAULA PERIN MAIA DA SILVA**COAUTORES:** SOFIA PEREIRA TIRONI; DANIELA DRANKA; ALINE DA SILVA PAULA; GIULIANNA RITA WOLSKI RIBAS; EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO; MICHEL DA SILVA; THAÍS CRISTINA CARVALHO**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL PARANAENSE DE OTORRINOLARINGOLOGIA, CURITIBA - PR - BRASIL

**Introdução:** A cicatrização pós-operatória pode modificar tardiamente a estrutura do nariz e são poucos os artigos encontrados na literatura que demonstram as medidas antropométricas na evolução do pós-operatório da rinosseptoplastia.

**Objetivo:** Identificar variações de resultados de projeção e rotação da ponta nasal pós-operatórios de rinosseptoplastia primária com o decorrer da cicatrização.

**Materiais e métodos:** Neste estudo, foi realizada uma revisão da literatura sobre projeção e rotação da ponta nasal em rinosseptoplastia primária. Foram feitas buscas em três bases de dados: Cochrane, Scielo e Pubmed, a fim de verificar a produção científica em torno da temática estudada. Na primeira etapa foram identificados os resultados de busca nas bases de dados a partir dos seguintes descritores: projection, rotation, rhinoplasty, angles. O marco temporal para filtragem dos artigos foi de janeiro de 2000 a outubro de 2022. Foram encontrados sete artigos no total de todas as bases científicas buscadas (Tabela 1). Além do levantamento de dados científicos já existentes, foram adicionados à pesquisa três casos ilustrativos, selecionados de forma randomizada, de pacientes caucasianos com pele média submetidos a rinosseptoplastia primária aberta, realizados pelo mesmo cirurgião e com a mesma técnica cirúrgica (Tabela 2), no período de fevereiro a abril de 2022. Tais pacientes foram fotografados pelo mesmo pesquisador, em incidência de perfil direito, no pré e pós-operatório de sete dias e seis meses. Tais fotos já seriam realizadas para acompanhamento pré e pós-operatório de rotina.

**Resultados:** Nos três casos ilustrados houve aumento da rotação da ponta nasal no pós-operatório de sete dias, com média de 13,68° nos casos femininos e 5,15° no caso masculino. Houve uma redução média de 2,41° com seis meses de cicatrização. Não houve padrão de variação na medida de projeção da ponta.

**Discussão:** A rotação da ponta nasal é medida a partir do ângulo nasolabial e a projeção equivale à distância que esta se projeta da face, podendo ser mensurada pelo método de Goode. Atualmente uma das maiores discussões na rinoplastia é a manutenção a longo prazo da rotação e projeção da ponta em técnicas de acesso fechado com strut columelar e técnicas estruturadas de acesso aberto com uso do enxerto de extensão septal.

**Conclusão:** A rotação da ponta nasal varia consideravelmente no pós-operatório inicial, porém cai em média 2-3° seis meses após. A projeção da ponta nasal não apresentou grandes diferenças. Para resultados mais significativos estudos com maior número de pacientes se fazem necessários.

**Palavras-chave:** rinoplastia; projeção; ângulos faciais .

PO847

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****TUMOR NASAL NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE EPISTAXE: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** DÉBORA GONÇALVES PEREIRA GUIMARÃES**COAUTORES:** LARISSA CARVALHO SILVESTRE; PAULA CORRÊA COTTA; LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES; LAISSON RONNAN SILVA DE MELO; JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO; EMIDIO OLIVEIRA TEIXEIRA; ANA PAULA MARQUES MACHADO**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA, MONTES CLAROS - MG - BRASIL2. HOSPITAL OTORRINO CENTER, MONTES CLAROS - MG - BRASIL

**Apresentação de caso:** Paciente do sexo masculino, 30 anos, deu entrada no serviço de urgência em otorrinolaringologia com quadro de epistaxe volumosa via fossa nasal direita, iniciada há cerca de três horas. Relatou episódios prévios de epistaxe de pequeno volume à direita, que cessaram espontaneamente. Paciente sem comorbidades ou medicamentos de uso contínuo, sem histórico de cirurgias prévias. Negou tabagismo ou etilismo. Ao exame, o paciente encontrava-se normotenso e hemodinamicamente estável. À rinoscopia, presença de sangramento volumoso bilateral, não sendo possível identificar a origem da hemorragia. À oroscopia, foi observado sangramento ativo escoando por orofaringe. Feito, inicialmente, tampão nasal bilateral e 500mg de ácido tranexâmico endovenoso, sem sucesso no controle do sangramento. Paciente foi então submetido a tamponamento anteroposterior bilateral e internado para compensação do quadro. Contudo, horas após o tamponamento, evoluiu com novo episódio de epistaxe volumosa e refratária, sendo indicada abordagem cirúrgica de urgência. Sob anestesia geral e intubação orotraqueal, por visão endoscópica, foi identificada tumoração volumosa e sangrante em fossa nasal direita, ocupando meato médio até coana ipsilateral. Feito antrostomia maxilar ampla e ressecção de lesão tumoral, com resolução do quadro de epistaxe. Análise anatomopatológica evidenciou lesão polipoide com sinais de trombose, sugestiva de pólipó inflamatório ou hemangioma. Em acompanhamento clínico e radiológico até o décimo mês pós-operatório, paciente permaneceu sem novos episódios de epistaxe e sem evidências de recidiva tumoral.

**Discussão:** Epistaxe volumosa, potencialmente ameaçadora à vida, é uma forma rara de apresentação de tumor nasal em paciente jovem, sem sintomas nasossinusais prévios. O adequado reconhecimento do potencial de gravidade e indicação cirúrgica possibilitou uma abordagem diagnóstica e terapêutica em tempo hábil, evoluindo com resolução do quadro.

**Comentários Finais:** A epistaxe é um quadro comum na população geral, sendo que cerca de 90% dos casos ocorrem na região septal anteroinferior, no plexo de Kiesselbach. Apesar da evolução geralmente benigna, faz-se necessário conhecimento técnico e assertividade na tomada de decisões. Portanto, o médico otorrinolaringologista deve estar preparado para a resolução de diferentes níveis de complexidade ao abordar um quadro de epistaxe, uma vez que sangramentos nasais de origem posterior podem se tornar volumosos e potencialmente fatais.

**Palavras-chave:** Epistaxe; Tumor nasal; Cirurgia endoscópica nasal.

PO848

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****APRESENTAÇÃO NASAL DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** FÁBIO LUIGI CRISIGIOVANNI**COAUTORES:** IAN SELONKE; VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA; MILENA SAYURI OTSUKI; ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA; BRUNA PUPO; FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI; LUCAS CORREIA PORTES**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA - CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO** Paciente masculino, 45 anos de idade com histórico de linfoma, sendo que já havia realizado 6 sessões de quimioterapia até outubro de 2022, procurou o serviço de otorrinolaringologia por quadro de rinorreia, gotejamento posterior, sensação de peso em face na região maxilar. À nasofibroscopia, verificou-se a presença de pólipos em fossa nasal à esquerda. Em outubro de 2022 foi submetido a procedimento cirúrgico, no qual foram abordados os seios maxilar, etmoide, frontal e esfenóide, como também exérese do pólipo. A peça cirúrgica foi enviada para estudo imunohistoquímico com resultado compatível com linfoma difuso de grandes células B, imunofenótipo do tipo centro germinativo. Em fevereiro de 2023, paciente mantém quadro de rinorreia e presença de crostas em cavidades nasais. Paciente é reabordado tendo sido feita limpeza das crostas, drenagem de secreção de seio maxilar e nova biópsia de mucosa nasal, na qual foi observada mucosa com inflamação crônica discreta e fibrose da lâmina própria e ausência de malignidade. Em cultura foi evidenciada presença de E. Coli multissensível. Em agosto de 2023 paciente retorna com pressão em face na região frontal e maxilar esquerda, obstrução nasal, parestesia em palato, edema em hemiface esquerda, sintomas riníticos e fazendo uso de tratamento nasal com soro fisiológico, fluticasona e paracetamol. Após 14 dias de amoxicilina com clavulanato, paciente mantém gotejamento posterior, parestesia de região gengival e palato mole associado a hipoestesia em segmento V2, incluindo hipossensibilidade dos 2/3 anteriores da língua. A conduta adotada foi manter o tratamento nasal e foi prescrito levofloxacino por 10 dias e retorno com tomografia de seios da face.

**DISCUSSÃO** O linfoma difuso de grandes células B é o tipo mais comum de linfomas malignos, sendo responsáveis por 30 a 40% dos casos de linfomas não-Hodgkin em adultos. O linfoma primário de seios paranasais é uma rara apresentação extranodal dos linfomas não-Hodgkin, incidindo em 0,17% de todos os linfomas. A presença no seio maxilar é uma apresentação particularmente rara e quase sempre difícil de ser diagnosticada. Essa rara apresentação tipicamente mostra tumores locais volumosos. Apesar de raro, o seio maxilar é o local de origem mais comum dos linfomas paranasais primários.

O caso aqui descrito segue uma tendência documentada de outros estudos, apesar de serem escassos os dados descrevendo o comportamento clínico e o desfecho do tratamento do linfoma difuso de grandes células B nasal. Foi reportado que há predominância em homens, com mediana de idade de 58 anos sendo a maioria dos pacientes nos estágios de doença IE ou IIE, de acordo com a classificação de Ann Arbor.

Apesar do paciente do caso ter feito uma nova biópsia, que trouxe resultado negativo para malignidade, os sintomas ainda continuam presentes, o que pode ser um indício de recidiva do tumor. A tomografia dos seios da face solicitada na última consulta deve trazer indícios de recidiva ou outro fator que não o faça melhorar.

Em relação ao tratamento, a quimioterapia com ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona, com ou seu rituximabe é a 1ª linha de tratamento para o linfoma de grandes células B nasal. A radioterapia é usada apenas nos pacientes que estão em estágios mais iniciais. A abordagem terapêutica baseada na ressecção cirúrgica associada a radioterapia também é reportada na literatura.

**COMENTÁRIOS FINAIS** De acordo com a literatura, casos como este aqui apresentado, de um paciente com polipose, na qual a biópsia resultou em linfoma difuso de grandes células B, precisam de um exame cuidadoso e detalhado. Quando uma lesão neoplásica é confirmada via imagem ou anatomopatológico um seguimento contínuo e multidisciplinar se faz necessário, bem como a utilização de outras modalidades de tratamento, para além da cirurgia.

**Palavras-chave:** Linfoma não-Hodgkin; Seio maxilar; Ressecção cirúrgica.

PO853

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Peak nasal inspiratory flow and the impact of dupilumab treatment in patients with severe CRSwNP from the SINUS-24 and SINUS-52 studies

**AUTOR PRINCIPAL:** MARTIN YVON DESROSIERS

**COAUTORES:** ANDREW P. LANE; STELLA E. LEE; EUGENIO DE CORSO; CAROLINA CINCURA BARRETO; SUELY GOLDFLUS; JUBY A. JACOB-NARA; SCOTT NASH

**INSTITUIÇÃO:** 1. DIVISION OF OTOLARYNGOLOGY-HEAD AND NECK SURGERY, UNIVERSITY OF MONTREAL, MONTREAL - CANADA 2. DEPARTMENT OF OTOLARYNGOLOGY HEAD AND NECK SURGERY, JOHNS HOPKINS SCHOOL OF MEDICINE, BALTIMORE - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA 3. BRIGHAM AND WOMENS HOSPITAL, DIVISION OF OTOLARYNGOLOGY-HEAD & NECK SURGERY, HARVARD MEDICAL SCHOOL, BOSTON - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA 4. OTORHINOLARYNGOLOGY-HEAD AND NECK SURGERY, A. GEMELLI HOSPITAL FOUNDATION IRCCS, ROME - ITALIA 5. UNIVERSITY HOSPITAL PROFESSOR EDGARD SANTOS (HUPES/UFBA), SALVADOR - BA - BRASIL 6. SANOFI, SÃO PAULO - SP - BRASIL 7. SANOFI, BRIDGEWATER - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA 8. REGENERON PHARMACEUTICALS INC., TARRYTOWN - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA

**Objectives:** Limited nasal airflow is recognized as a high burden of disease for patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP). This post hoc analysis evaluated the effect of dupilumab on peak nasal inspiratory flow (PNIF) and other outcome measures in patients with CRSwNP with limited (< 120 L/min) or normal ( $\geq$  120 L/min) baseline PNIF in the SINUS-24 (NCT02912468) and SINUS-52 (NCT02898454) trials.

**Methods:** PNIF was assessed in patients treated with dupilumab 300 mg or placebo every 2 weeks in the pooled SINUS-24 and SINUS-52 population. PNIF and other CRSwNP outcome measures were analyzed to Week 24 in patients with baseline PNIF < 120 or  $\geq$  120 L/min.

**Results:** Of 724 patients in the pooled intention-to-treat population, 76% had PNIF < 120 L/min at baseline. By Week 24, dupilumab improved PNIF versus placebo in patients with baseline PNIF < 120 or  $\geq$  120 L/min with least-squares mean difference of 41.2 L/min (95% CI 33.8, 48.5) and 29.5 L/min (15.9, 43.1), respectively. In patients with baseline PNIF < 120 L/min receiving dupilumab, 257 (78.4%) patients achieved a  $\geq$  20 L/min PNIF improvement at Week 24, compared with 96 (42.9%) patients in the placebo group. In patients with baseline PNIF  $\geq$  120 L/min receiving dupilumab, 69 (62.7%) patients achieved a  $\geq$  20 L/min PNIF improvement at Week 24, compared with 24 (38.7%) patients in the placebo group. The odds ratio for achieving a  $\geq$  20 L/min PNIF improvement with dupilumab versus placebo was 4.68 (95% CI 3.18, 6.88) in patients with baseline PNIF < 120 L/min and 2.61 (1.28, 5.30) in patients with baseline PNIF  $\geq$  120 L/min. At Week 24, dupilumab also significantly improved CRSwNP outcomes for patients with a baseline PNIF of < 120 or  $\geq$  120 L/min. These included (least squares mean difference [95% CI] vs placebo for baseline PNIF < 120 or  $\geq$  120 L/min, respectively): nasal polyp score (-1.86 [-2.12, -1.59] and -2.01 [-2.47, -1.54]), loss of smell score (-1.03 [-1.18, -0.89] and -1.02 [-1.30, -0.75]), nasal congestion/obstruction (-0.81 [-0.96, -0.67] and 1.10 [-1.32, -0.89]), 22-item Sino-Nasal Outcome Test (-18.86 [-21.97, -15.75] and -18.03 [-23.18, -12.88]), University of Pennsylvania Smell Identification Test (10.03 [8.71, 11.35] and 11.41 [8.91, 13.91]), and Lund-Mackay computed tomography (-5.99 [-6.63, -5.36] and -6.33 [-7.43, -5.23]) vs placebo (all P < 0.0001 vs placebo).

**Discussion and Conclusion:** Most patients had impaired nasal airflow at baseline (76% had PNIF < 120 L/min). However, dupilumab improved PNIF, increased the proportion of responders with clinically meaningful improvement in PNIF, and improved CRSwNP outcome measures versus placebo regardless of baseline PNIF.

**Palavras-chave:** Chronic rhinosinusitis with nasal polyps; Dupilumab; Nasal airflow.

PO857

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Relato de caso: Hemangioma de Fossa Nasal Direita

**AUTOR PRINCIPAL:** GUSTAVO CEMBRANELLI TAZINAFFO**COAUTORES:** ANA JÚLIA FERNANDES; MATHEUS DO NASCIMENTO JAMUR; FLÁVIA EMILLY RODRIGUES DA SILVA; CAMILA SCHREIBER BORTOLAZZA; EDUARDO CORDEIRO DE OLIVEIRA; HENRIQUE GONÇALVES DUCHINI; LUIZ EDUARDO NERCOLINI**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL**Apresentação do caso:**

P.A.A.R, 34 anos, comparece ao serviço de otorrinolaringologia, devido queixa de epistaxe em narina direita de longa data há 2 anos sem resolução, associada a facialgia e obstrução nasal importante em fossa nasal direita. Ao exame físico de rinoscopia anterior havia palidez de mucosas, hipertrofia de cornetos inferiores com lesão hiperemiada extensa ocupando toda fossa nasal direita. A paciente já apresentava tomografia de seios da face de 22/07/2022 que tinha como laudo: "material denso de partes moles nas células etmoidal, na cavidade nasal e no seio esfenoidal à direita, nota-se remodelamento ósseo adjacente ao material grosseiramente nodular das células etmoidais e da cavidade nasal à direita. Há ainda descontinuidade óssea cortical de lâmina cribiforme". Depois realizou duas ressonâncias magnéticas, uma no dia 26/07/22 e a outra em 18/11/2022. A primeira apresentava no laudo um nódulo vascularizado na cavidade nasal direita, causando remodelamento ósseo local, de aspecto inespecífico. A segunda trazia uma lesão expansiva hipervascular ocupando as porções posterior dos meatos nasais a direita notando-se vasos com calibre de até 2,2 mm no interior, medindo cerca de 50 x 44 x 22 mm (laxpt), e promovendo remodelamento ósseo local, mais evidente sobre o septo nasal e cornetos médio e superior, havendo extensão superiormente pelo recesso frontal direito, tocando a lâmina cribiforme, porém sem extensão intracraniana. A conduta inicial foi uma solicitação de angiografia para avaliação de possibilidade de embolização pré-operatória, e posteriormente uma exérese do hemangioma por via endoscópica.

**Discussão:**

Hemangiomas são tumores vasculares benignos raros, que surgem como resposta de uma proliferação de vasos sanguíneos. Os diagnósticos diferenciais incluem: papilomas invertidos, pólipos nasais, linfangiomas, hemangiopericitoma, entre outros. A etiologia ainda não é muito bem definida, mas provavelmente está relacionada aos níveis do transportador de glicose isoforma 1 e com o antígeno vascular associado à placenta nas células endoteliais do tumor. Podem ser classificados histologicamente como capilares ou cavernosos. Os capilares tem vasos de pequeno calibre, enquanto os cavernosos apresentam vasos de grande calibre. No nariz e nos seios paranasais, os hemangiomas capilares são mais frequentes.

Os sinais e sintomas geralmente incluem epistaxe, obstrução nasal, cefaleia e desconforto nasal devido presença de massa. Em relação a localização em região de nariz, 75% dos casos ficam localizados em septo nasal ou vestíbulo, geralmente em área de Kiesselbach e cerca de 15% na parede lateral da fossa nasal.

O tratamento dessa patologia envolve a ressecção cirúrgica da lesão por meio de uma cirurgia endoscópica funcional do seio (FESS), para remoção da lesão –nesse caso medindo cerca de 50 x 40 x 22mm- e maximizar a ventilação e drenagem dos seios, já que a paciente também refere uma obstrução nasal direita importante. Como se trata de um hemangioma, convém solicitar a angiografia para uma embolização pré-operatória dos vasos nutridores, reduzindo significativamente o risco de complicações hemorrágicas durante o procedimento.

**Comentários finais:**

Hemangiomas são tumores vasculares raros e benignos encontrados no nariz e nos seios paranasais. O estudo radiológico é imprescindível para o diagnóstico pré-cirúrgico, devido aos diversos diagnósticos diferenciais. A cirurgia endoscópica fornece uma excelente visualização e avaliação correta do tumor. A embolização pré-operatória auxilia na redução de sangramento intraoperatório, já que se trata de uma lesão hipervascular. O pequeno número de casos relatados sobre esse tumor, demonstra a importância do acompanhamento dos pacientes para estudo do manejo e na recorrência pós-operatória.

Palavras-chave: Hemangioma; Fossa Nasal; Rinologia.

PO859

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO: O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO TARDIO NO PAPILOMA INVERTIDO.****AUTOR PRINCIPAL:** AMANDA BERNARDES FONSECA SILVEIRA**COAUTORES:** CATARINA DE SOUZA UCHÔA; PEDRO HENRIQUE BARBAROTO FERREIRA; FELIPE OTANI; JOSE MARQUEZI NETO; EDUARDA MONTENEGRO MORETTI; ANDRE WADY DEBES FELIPPU; LETICIA JUVINIANO**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO FELIPPU DE OTORRINOLARINGOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

L.P.M.O, 83 anos, sexo feminino, encaminhada para nosso serviço em 2020. Vinha com diagnóstico prévio de carcinoma de rinofaringe desde 2002, sem resposta a radio e quimioterapia. Queixava-se de obstrução nasal, epistaxe recorrente em fossa nasal direita e diplopia. Apresentava lesão em parede lateral de fossa nasal direita à nasofibrosopia e massa heterogênea e irregular em fossa nasal direita na tomografia computadorizada. Em fevereiro de 2021, a paciente foi submetida a cirurgia endoscópica endonasal por técnica centrípeta para exérese total do tumor. O resultado da análise anatomopatológica veio compatível com papiloma invertido malignizado para carcinoma de células escamosas. Paciente manteve acompanhamento otorrinolaringológico em conjunto com oncologia e permaneceu assintomática durante 2 anos. Em janeiro de 2023, retornou com queixa de cefaleia, diplopia e epistaxe a direita; uma nova tomografia computadorizada foi realizada evidenciando recidiva tumoral em parede orbitária direita e base anterior do crânio. Indicada então nova abordagem cirúrgica pela técnica centrípeta para remoção da recidiva tumoral.

**DISCUSSÃO**

O papiloma invertido é uma neoplasia benigna que se origina do epitélio schneideriano, caracterizado pela proliferação de células epiteliais em padrões papilares invertidos, infiltrando a lâmina própria e os espaços aéreos adjacentes. Seu sítio de origem mais comum é a parede lateral, na fontanela posterior. Embora seja considerado uma lesão benigna, pode malignizar para carcinoma de células escamosas (CEC) em 10-15% dos casos. Ainda não se sabe ao certo os fatores de risco associados a essa transformação maligna, mas acredita-se que há relação com o tamanho da lesão, presença de displasia e o envolvimento dos seios etmoidais. A malignização do papiloma invertido resulta em uma mudança no comportamento biológico da lesão, podendo levar à invasão local, destruição dos tecidos adjacentes e potencial disseminação metastática.

No caso apresentado, haviam dois grandes questionamentos já no planejamento cirúrgico: a possibilidade de invasão tumoral orbitária, que afetaria diretamente a necessidade de remoção cirúrgica do olho direito; e o possível comprometimento da base do crânio, que influenciaria na avaliação da abordagem da fossa anterior. A cirurgia desta paciente ocorreu sem necessidade de exanteração da órbita. Como complicação intra-operatória tivemos uma fístula líquórica durante a cirurgia que foi devidamente corrigida, ainda no ato cirúrgico, com colocação de enxerto da concha nasal inferior.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

Questiona-se se desde 2002 a paciente já não apresentava papiloma invertido em parede lateral de fossa nasal direita, tendo sido erroneamente diagnosticada e tratada, levando à malignização para CEC. Salienta-se que a identificação precoce, o diagnóstico preciso e a abordagem cirúrgica adequada são cruciais para melhorar o prognóstico e evitar complicações. Destaca-se também a importância da vigilância contínua e do acompanhamento multidisciplinar.

Palavras-chave: PAPILOMA INVERTIDO; CARCINOMA ESPINOCELULAR; CIRURGIA ENDONASAL.

**PO863****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO: REVISÃO DE LITERATURA.****AUTOR PRINCIPAL:** IGOR GUEDES EUGENIO**COAUTORES:** MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA; KATIANNE WANDERLEY ROCHA; OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR; LELIA MARIA ALVES DUARTE; PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE; ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR; PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ**INSTITUIÇÃO:** 1. CESMAC, MACEIÓ - AL - BRASIL. 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIÓ - AL - BRASIL**OBJETIVO:**

Revisar na literatura a prevalência de Hamartoma Adenomatoide do Epitélio Respiratório.

**METODOLOGIA:**

Realizou-se uma revisão da literatura utilizando as bases de dados Medline (via Pubmed) e SciELO. Utilizou-se a estratégia de busca com os descritores cadastrados no Decs em português e inglês: “com Hamartoma Adenomatoide do Epitélio Respiratório” AND “prevalência”, “Respiratory Epithelial Adenomatoid Hamartoma” AND “prevalence”, respectivamente.

Utilizou-se artigos de 2017 a 2023 e as etapas de seleção foram leitura de títulos, resumos e artigos completos. Os critérios de exclusão foram duplicidade e falta de relação com o tema e os de inclusão foram artigos que relacionavam Hamartoma Adenomatoide e Epitélio Respiratório.

**DISCUSSÃO:**

Hamartomas foram descritos a primeira vez em 1904 e são definidos como malformações, porém de células maduras e especializadas, bem como de proliferação autolimitada, justificando o caráter benigno e podem ser encontrados em vários órgãos.

Quando acontece no trato respiratório há uma proliferação glandular com mucosa revestida por epitélio respiratório ciliado. As glândulas são envoltas por uma membrana basal eosinofílica e incorporado em tecido conjuntivo variando de edematoso, inflamado e densamente hialinizado. Pacientes com Hamartoma Adenomatoide do Epitélio Respiratório (HAER) possuem sintomas equivalentes aos de pacientes com doenças inflamatórias nasossinusais, além disso queixas olfativas são comuns.

Os hamartomas podem ser vistos como malformações composto por uma proliferação de um determinado componente celular endógeno em um tecido. As proliferações hamartomatosas não têm capacidade de crescimento contínuo e desimpedido e são, portanto, autolimitadas, diferente das neoplasias. Os mecanismos que induzem hamartomas são desconhecidos, no entanto sabe-se que é resultado de um processo inflamatório subjacente e que acontece com maior prevalência no septo nasal. Os hamartomas epiteliais do aparelho respiratório são lesões incomuns, com relatos limitados. Os pacientes apresentam sintomas inespecíficos como obstrução nasal, rinorreia, epistaxe e sintomas semelhantes aos de alergia. Interpretação equivocada das lesões pode resultar em condutas agressivas para uma doença benigna.

Exames de imagem como tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética são úteis na investigação diagnóstica.

No momento, a ressecção cirúrgica limitada, porém completa, por via endoscópica é a conduta de escolha.

**CONCLUSÃO:**

Portanto, o hamartoma adenomatoide do epitélio respiratório é uma lesão benigna que pode ocorrer isoladamente ou em associação a outro processo inflamatório. É uma doença claramente subdiagnosticada e devido ao baixo número de casos notificados, é importante documentar a casuística. Os otorrinolaringologistas e patologistas devem estar familiarizados com esta doença, com o objetivo de aumentar as taxas de detecção e diagnóstico correto, a fim propor um tratamento mais adequado.

Palavras-chave: Hamartoma adenomatoide epitelial respiratório; Hamartoma; Epitélio respiratório.



PO864

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****IMPACTO NA DEMORA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE UM NASOANGIOFIBROMA JUVENIL****AUTOR PRINCIPAL:** PEDRO HENRIQUE BARBAROTO FERREIRA**COAUTORES:** AMANDA BERNARDES FONSECA SILVEIRA; CATARINA DE SOUZA UCHÔA; CHIARA VALVERDE ZANOTTI; JOSÉ VICTOR SAGGIORO TOGNI; BEATRIZ NORONHA FERNANDES; ALEXANDRE FELIPPU NETO; FELIPE OTANI**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO FELIPPU DE OTORRINOLARINGOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Apresentação do caso:**

Paciente C.H.R, 16 anos, natural de Santa Cruz De Sierra – Bolívia, foi internado na unidade de terapia intensiva (UTI), em sua cidade natal, janeiro de 2023, com o quadro de hipofagia, desnutrição severa (IMC=12,86), epistaxe de grande monta, obstrução nasal e abaulamento em terço médio da face a direita. Durante o episódio de epistaxe intensa cursou com choque hipovolêmico, sendo estabilizado hemodinamicamente na UTI. Após estabilização, foi realizado uma Angiotomografia computadorizada, sendo questionada após o exame, a hipótese de nasoangiofibroma, estadiamento grau III de Antonelli.

O procedimento cirúrgico foi realizado em fevereiro de 2023 com duração aproximada de 9 horas, associando abordagem híbrida, utilizando a endoscopia endonasal pela técnica centrípeta ao acesso externo via Caldwell-Luc para ressecção do tumor em bloco pela orofaringe, após ligadura de artéria maxilar. Optamos pelo tratamento cirúrgico sem embolização.

Após realizado o anatomopatológico foi constatado o diagnóstico de nasoangiofibroma juvenil.

Paciente evoluiu bem, sem grandes repercussões hemodinâmicas ou complicações pós-operatórias, recebendo alta hospitalar após 48 horas do procedimento cirúrgico. Atualmente após 7 meses do tratamento cirúrgico encontra-se com IMC normal e assintomático.

**Discussão:**

Trata-se de 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).

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.

O tratamento do nasoangiofibroma é sempre cirúrgico.

Importante salientar que optamos pela ressecção cirúrgica sem embolização e obtivemos a ressecção do tumor em bloco sem nenhuma complicação severa.

**Comentários finais:**

Em regiões de baixo nível socioeconômico, a morbidade do nasoangiofibroma juvenil pode atingir estágios atípicos, em alguns casos ameaçando a vida do paciente, como pudemos observar neste relato. Portanto, é fundamental que os otorrinolaringologistas que atendem no sistema de saúde pública estejam sempre atentos às queixas, como epistaxe e obstrução nasal unilateral, em pacientes jovens do sexo masculino, uma vez que esses sintomas podem ser indícios do aparecimento deste tumor. Apesar de benigno, o nasoangiofibroma juvenil apresenta um comportamento invasivo que exige vigilância e intervenção precoce.

Palavras-chave: Nasoangiofibroma juvenil;fossa pterigopalatina;epistaxe.

PO866

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****MANEJO DE COMPLICAÇÕES ORBITÁRIAS DE RINOSSINUSITES AGUDAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** LORENZO BRITO VIEIRA**COAUTORES:** ADERSON EMANUEL SANTOS SOARES; PAULO TOMIO OKASAKI**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA, PARNAÍBA - PI - BRASIL

**OBJETIVOS:** Analisar as principais intervenções terapêuticas utilizadas no manejo de complicações orbitárias derivadas de rinossinusites agudas.

**MÉTODOS:** O presente trabalho trata-se de uma revisão assistemática confeccionada por meio de uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos nacionais e internacionais em bases de dados (SciELO, Pubmed e LILACS), publicados entre 2013 e 2023, com linguagem em português e inglês, utilizando como descritores: Rinossinusite Aguda, Abscesso Orbitário, Celulite Orbitária, Tratamento, Complicações Orbitárias.

**RESULTADOS:** Foram encontrados 32 artigos científicos, dos quais foram selecionados 15 (46,87%) artigos para análise, por respeitarem os critérios de inclusão. Os estudos apontaram como complicações mais comuns: celulite orbital, abscesso subperiosteal e abscesso orbital. A origem mais comum da complicação orbitária foi a etmoidite seguida da sinusite maxilar e frontal. Os agentes etiológicos mais comuns foram o *S. Aureus* e *S. epidermidis* e com tempo médio de internação de 7 dias.

**DISCUSSÃO:** A rinossinusite aguda é uma condição frequente na população mundial, caracterizada pela inflamação dos seios paranasais e mucosa nasal com duração de até 12 semanas, podendo apresentar complicações em torno de 5 a 7% dos casos, sendo as orbitárias as mais comuns devido à proximidade anatômica. Ademais, verifica-se como manifestações clínicas: proptose, oftalmoplegia, diminuição da acuidade visual e cegueira. Elas podem ser divididas, segundo a classificação de Chandler, em pré e pós-septais, a depender da localização da lesão em relação ao septo orbital, com descrição de 5 estágios em ordem crescente de gravidade. Os estudos apontaram uma prevalência maior de complicações principalmente em crianças e adolescentes, porém ainda pode vir a acometer indivíduos adultos e geralmente apresentam prognóstico favorável. As principais complicações encontradas são as celulites orbitais e periorbitais, cujo tratamento pode ser feito com antibioticoterapia endovenosa com espectro voltado tanto a microorganismos aeróbios quanto a anaeróbios. Nos casos de abscesso subperiosteal, a depender do tamanho, é possível o tratamento com antibióticos por 24 a 48 horas. Se houver falha na resposta terapêutica, há indicação para a drenagem cirúrgica do abscesso. Já para casos com abscesso orbital, a intervenção deve ser cirúrgica através do manejo endoscópico dos seios da face, podendo ser complementado, em algumas situações, com orbitotomia.

**CONCLUSÃO:** As complicações orbitárias da rinossinusite aguda podem levar a sequelas irreversíveis a longo prazo, sendo necessário o diagnóstico e tratamento precoce para a prevenção da perda da visão e outras complicações. São mais frequentes em crianças e adolescentes, geralmente com prognóstico favorável. Outrossim, o tratamento conservador com antibioticoterapia mostra-se efetivo principalmente em casos de edema inflamatório e celulite orbital. Nos demais casos, recomenda-se o tratamento cirúrgico com drenagem e/ou manejo endoscópico.

**Palavras-chave:** Rinossinusites;Complicações orbitárias;Rinologia.

PO873

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****SARCOMA SINONASAL BIFENOTÍPICO – RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** BÁRBARA DANTAS MARQUES OLIVEIRA**COAUTORES:** LUCAS EDUARDO DE OLIVEIRA; VINÍCIUS GOMES DE FRANÇA ALMEIDA; YANA MENDONCA NASCIMENTO; ALEX MIRANDA DE OLIVEIRA; CAROLINA CINCURA BARRETO; MARCUS MIRANDA LESSA**INSTITUIÇÃO:** HUPES/UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL

**Apresentação do caso:** M.A.S., 39 anos, mulher, com história de cefaleia pulsátil holocraniana, pior à direita em região frontotemporal, intermitente há 07 anos e obstrução nasal unilateral à direita há 01 ano associada à hiposmia. Após 02 episódios de epistaxe de grande monta à direita procurou avaliação otorrinolaringológica. À nasoendoscopia, apresentava lesão polipoide ocupando o meato médio e se estendendo até borda superior de concha nasal inferior. Em fossa nasal direita, lesão de aspecto carnoso e gelatinoso entre concha média e septo nasal se estendendo até borda superior de corneto nasal inferior. Realizada TC de face que evidenciou lesão expansiva e infiltrativa comprometendo as fossas nasais associado a extensas áreas de erosão óssea. Prosseguida investigação com ressonância, que revelou lesão expansiva de aspecto infiltrativo com epicentro no meato médio à direita, sinal heterogêneo com áreas císticas necróticas, extensão ao seio esfenoidal, erosões ósseas, compressão e deslocamento do cone orbitário. Indicada biópsia incisional de lesão de fossa nasal direita, realizada sem intercorrências. O anatomopatológico evidenciou Neoplasia de células Fusiformes e Redondas. Solicitada imuno-histoquímica, que apresentou Sarcoma de células fusiformes de baixo grau com aspectos imunofenotípicos favorecendo sarcoma sinonasal bifenotípico (SSB). Após reunião multidisciplinar acerca do tratamento da paciente, entre CCP, ORL, neurocirurgia e radiologia, concluiu-se que, diante da infiltração da órbita posterior (cone orbitário) e paredes ântero-medial da órbita, assim como infiltração do seio frontal, a cirurgia necessária incluiria sacrifício da órbita e extensa ressecção das paredes das fossas cranianas anterior e média, sendo necessário acesso combinado com neurocirurgia e reconstrução com retalho microcirúrgico, não disponível na instituição prestadora de atendimento à paciente. Por essas razões, a paciente foi encaminhada para uma instituição com disponibilidade de radioterapia, na qual foram realizadas 33 sessões de radioterapia, sem intercorrências, com redução significativa do tumor.

**Comentários finais:** O SSB é um sarcoma de células fusiformes distinto caracterizado por diferenciação neural emiogenética concomitante, descrito em 2012 e reconhecido pela OMS em 2017. Exclusivo das áreas nasal e paranasal, por vezes apresenta extensão tumoral para a órbita e envolvimento da base do crânio. Ocorre em indivíduos de meia idade, principalmente do sexo feminino. Os pacientes apresentam sintomas inespecíficos relacionados ao efeito de massa tumoral (por exemplo, obstrução nasal, congestão e dor sino-nasal). Frequentemente, pólipos inflamatórios benignos do trato nasossinusal são vistos. O diagnóstico é baseado em achados imunohistológicos consistindo de neoplasia de células fusiformes com positividade focal para actina de músculo liso e S-100. Cirurgia, geralmente acompanhada de radiação, é o tratamento de escolha. Recorrência local é frequente. Metástase regional ou à distância são raras.

**Discussão:** Devido o SSB ser recém-descrito, há poucas publicações sobre a patologia. Diante disso, nota-se a importância da descrição do caso clínico.

**Palavras-chave:** sarcoma sinonasal bifenotípico; sarcoma nasossinusal bifenotípico; sarcoma.

**PO882****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO: DESFECHO FAVORÁVEL EM POLIPOSE NASAL****AUTOR PRINCIPAL:** JULYANA CARNEIRO GOMES**COAUTORES:** ILANE MOREIRA FIGUEREDO; THATIANA PEREIRA SILVA; NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO; MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ; BRANDA CAVALCANTE DOURADO; WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente do sexo feminino, 54 anos, acompanhada no ambulatório de Rinologia por Rinossinusite crônica com Polipose Nasal. Fez tratamento contínuo com lavagem nasal com soro fisiológico e spray nasal de corticóide, mas mantém sintomas de obstrução nasal associada à hiposmia e cefaleia frontal. Ela é portadora de glaucoma, portanto, apresenta restrição ao uso de corticosteróides orais. Ao exame nasofiboscópico, no início de 2022, foi observado cornetos inferiores e médios hipertróficos e abaulamento de bula e uncinado bilateramente. Em tomografia computadorizada de seios da face, no início de 2022, mostrou pansinusopatia com preenchimento das cavidades paranasais e fossas nasais por material que pode representar secreção ou eventualmente polipose nasossinusal, com septo nasal sinuoso e hipertrofia de conchas nasais. Foi indicado tratamento com Claritromicina 250 mg/dia por 80 dias, com início de terapia medicamentosa em novembro de 2022, associado a corticóide nasal e lavagem nasal de alto volume. Após uso da medicação, paciente retorna com melhora total dos sintomas. Feita tomografia de seios da face, em abril de 2023, com o seguinte resultado: não mais se caracteriza a obliteração das vias de drenagem paranasais por espessamento, septo nasal desviado para direita no seguimento anterior e para esquerda no posterior.

**DISCUSSÃO**

A rinossinusite crônica (RSC) é uma condição de alta prevalência, fortemente impactante da qualidade de vida dos afetados e que traz grandes custos à saúde pública. 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.

A rinossinusite crônica com polipose nasal é alvo de grande estudo para melhor entender a patogênese e, assim, aplicar um método terapêutico baseado em medicina de precisão para cada caso. No primeiro momento, o tratamento é clínico, sendo a cirurgia reservada aos casos refratários com a finalidade de melhora da sintomatologia e qualidade de vida dos pacientes com lesões nasossinusais. O caso descrito é um exemplo de melhora da rinossinusite crônica, em termos tomográficos e de exacerbações, e da qualidade de vida relatada, principalmente quanto ao olfato e à respiração nasal.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

O caso demonstra paciente com quadro grave de polipose nasal, com impossível indicação cirúrgica, que atingiu controle de doença apenas com uso de antibioticoterapia associado a corticóide nasal, de forma eficaz e segura.

Palavras-chave: polipose nasal; obstrução nasal; rinossinusite.

PO888

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****SÍNDROME DE WOAKES: UM RELATO DE CASO ATÍPICO****AUTOR PRINCIPAL:** GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO**COAUTORES:** BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS; MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS; LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS; THIAGO NUNES GUERRERO; MARIA VITÓRIA BELÉM ANDRADE**INSTITUIÇÃO:** 1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE, RECIFE - PE - BRASIL. 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente masculino, 49 anos. Chega ao ambulatório de Otorrinolaringologia queixa-se de obstrução nasal bilateral, anosmia e dor em face de longa data, sem melhora com tratamento clínico. Refere também rinorreia hialina e prurido nasal. Nega sintomas oftalmológicos. Com histórico de rinossinusite crônica e polipose, sem outras comorbidades. Em uso de lavagem nasal com soro fisiológico. Nega cirurgias prévias ou trauma. Ao exame físico observa-se, em rinoscopia anterior, a presença de pólipos nasais bilaterais, polipose grau 3, alargamento importante da pirâmide nasal. Em rinoscopia visualizada secreção, por provável gotejamento nasal. Principal hipótese diagnóstica foi de Síndrome de Woakes. Solicitados exames pré-operatório e Tomografia Computadorizada de seios paranasais. O exame apontou erosão de parede posterior do seio frontal/teto de órbita à direita. Solicitada uma Ressonância Magnética para maior detalhamento da região frontal e orbitária. Essa traz conjunto dos achados sugestivo de rinossinusite fúngica alérgica, polipose nasossinusal extensa e mucocèle frontal à direita. Destaca-se afinamento e descontinuidade óssea no aspecto posterior do seio frontal direito e teto de órbita direita sem sinais de descontinuidade da dura adjacente, sem infiltração do parênquima encefálico adjacente, sem descontinuidade de periórbita à direita. Após realizada a cirurgia de pansinusectomia bilateral, com drenagem e marsupialização da mucocèle frontal, retorna evoluindo bem, paciente não refere queixas, mas não refere melhora na anosmia.

**Discussão:** Síndrome de Woakes é uma etmoidite deformante há o alargamento da pirâmide nasal devido à polipose, aplasia do seio frontal, bronquiectasia e discrinia. Sendo essa síndrome uma polipose nasossinusal inabitual, surge na infância, mas seus sintomas agravam-se progressivamente. Há também implicações nas fossas nasais, inteiramente ocupadas por essas massas, logo, há um comprometimento dos maxilares. Afeta os pacientes principalmente por queixas respiratórias, sendo a discrinia responsável por queixas como as sinusites de repetição, com aplasia do seio frontal e formação poliposa, por estagnação de muco, a qual bloqueia os óstios sinusais. Ainda não existe um consenso acerca da etiologia da doença, contudo alguns relatos discutem sobre relação hereditária. Outros autores ainda ressaltam que a polipose nasal é multifatorial, frequentemente associada com asma e outras doenças respiratórias, resultam de processos inflamatórios imunes crônicos dentro dos seios paranasais, porém sem conclusões sobre causa, consequência ou associação. Alguns fatores são vistos como um risco para maior probabilidade da polipose nasal, como problemas alérgicos, fibrose cística ou a síndrome de Kartagener. A porcentagem de prevalência na população geral é de 1 a 4%, mais encontrada em adultos que em crianças, exceto quando há associação à fibrose cística. O tratamento dos sintomas envolve a clínica do paciente. Os glicocorticoides são o tratamento de primeira linha para melhora dos sintomas e prevenção da polipose nasal. A cirurgia nasal é reservada aos sintomas mais graves e não melhora ao tratamento medicamentoso. O relato apresenta a clínica presente na literatura e exames de que ratificam a principal hipótese diagnóstica e possibilitam a avaliação do grau de extensão e gravidade. Além disso, apresenta associação com uma mucocèle frontal.

**Comentários finais:** Conclui-se, portanto, a partir de achados clínicos, história pessoal, exame físico e complementares a concomitância da Síndrome de Woakes e mucocèle frontal em paciente do sexo masculino de 49 anos de idade. Com a finalidade de reportar sobre, em função da sua raridade, a necessidade de discussão na literatura.

**Palavras-chave:** Mucocèle; Rinossinusite Fúngica Alérgica; Ressonância Magnética.

**PO892****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO: MELANOMA MALIGNO PRIMÁRIO EM MUCOSA RINOSSINUSAL****AUTOR PRINCIPAL:** CATARINA DE SOUZA UCHÔA**COAUTORES:** AMANDA BERNARDES FONSECA SILVEIRA; PEDRO HENRIQUE BARBAROTO FERREIRA; LETICIA JUVINIANO; LIVIA AMPESSAN IÁCONO; RIMA MOHAMAD ABOU ARABI; ANDRE WADY DEBES FELIPPU; CHIARA VALVERDE ZANOTTI**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO FELIPPU DE OTORRINOLARINGOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente, do sexo feminino, 80 anos de idade, histórico anosmia e rinorreia bilateral há 6 meses. Inicialmente, foi diagnosticada e tratada como rinite, porém sem resposta aos tratamentos clínicos. Posteriormente, a paciente passou a ter episódios esporádicos de epistaxe, o que a levou a buscar atendimento em nosso serviço. Durante o exame de rinoscopia, foi identificada uma lesão escurecida que acometia a fossa nasal. A tomografia computadorizada (TC) dos seios faciais revelou a presença de uma massa sólida substancial na cavidade nasal. A paciente foi submetida a uma intervenção cirúrgica endoscópica endonasal através da técnica centrípeta com o propósito de realizar a ressecção da lesão, sem intercorrências dignas de nota. A análise anatomopatológica resultou no diagnóstico de melanoma maligno. A paciente foi encaminhada para acompanhamento sob a supervisão de um oncologista clínico. A Tomografia Computadorizada realizada após a cirurgia não demonstrou resquícios da lesão inicial.

Após dois meses da cirurgia, a paciente retornou com um novo exame de TC que revelou uma lesão expansiva envolvendo as porções anterior e posterior da região esfenoidal, estendendo-se até a base do crânio anterior. O oncologista recomendou uma segunda ressecção cirúrgica, que foi realizada combinada com um neurocirurgião, empregando a técnica centrípeta. O procedimento ocorreu sem complicações, e a paciente permaneceu assintomática. Posteriormente, um mês após a cirurgia, a paciente iniciou um tratamento de radioterapia e imunoterapia, um regime que está em curso até o momento.

**Discussão:** O Melanoma Mucoso Maligno da mucosa nasossinusal é uma neoplasia rara e altamente agressiva, compreendendo aproximadamente 0,5-2% de todos os casos de melanoma. Predominantemente, os pacientes apresentam manifestações clínicas de obstrução nasal e epistaxe. No entanto, a sintomatologia dessa doença pode se manifestar tardiamente e carecer de especificidade, o que leva a atrasos no diagnóstico que contribuem para um prognóstico mais desfavorável. Apesar da abordagem cirúrgica extensiva, há possibilidade de recorrência tumoral mesmo com uma equipe especializada na área.

**Comentários Finais:** O melanoma maligno da mucosa nasossinusal configura-se como uma neoplasia rara e de alta agressividade. A sintomatologia apresentada por pacientes acometidos por esta patologia pode não ser específica, frequentemente mimetizando doenças inflamatórias, como a rinite. Assim, ressalta-se a importância de considerar a solicitação de avaliação radiológica quando o paciente não manifesta resposta satisfatória ao tratamento médico inicial. No contexto deste caso específico, a obtenção precoce de uma tomografia computadorizada (TC) teria tido um impacto significativo no desfecho clínico do paciente.

**Palavras-chave:** Melanoma Maligno; Nasal; Base de crânio.

PO893

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA: MELHORA DA CAMPIMETRIA APÓS DESCOMPRESSÃO DO NERVO****AUTOR PRINCIPAL:** AMANDA BERNARDES FONSECA SILVEIRA**COAUTORES:** PEDRO HENRIQUE BARBAROTO FERREIRA; CATARINA DE SOUZA UCHÔA; FELIPE OTANI; JOSÉ VICTOR SAGGIORO TOGNI; EDUARDA MONTENEGRO MORETTI; ALEXANDRE WADY DEBES FELIPPU; LIVIA AMPESSAN IÁCONO**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO FELIPPU DE OTORRINOLARINGOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**APRESENTAÇÃO DO CASO**

F.M.O., masculino, 15 anos, procurou nosso serviço há 6 anos, com queixa de deformidade em região frontal há 10 anos e aumento do distanciamento intercantal há aproximadamente 12 meses. Realizou tomografia computadorizada de seios da face com presença de tumoração ocupando seio frontal e osso etmoidal a direita, sugestivo de displasia fibrosa. Paciente referia apenas queixa estética e não apresentava sintomas clínicos, sendo assim foi optado por uma conduta expectante.

Manteve acompanhamento semestral e após 3 anos apresentou diminuição do campo visual à direita e uma nova tomografia computadorizada evidenciando compressão de nervo óptico ipsilateral. Foi então indicada cirurgia endoscópica endonasal pela técnica centrípeta para ressecção parcial do tumor e descompressão do nervo óptico. Em acompanhamento pós-operatório, observou-se uma melhora significativa da campimetria no olho direito. Paciente mantém até hoje acompanhamento otorrinolaringológico em conjunto com neuroftalmologista.

**DISCUSSÃO**

A displasia fibrosa é uma doença congênita, benigna e pouco comum, caracterizada por um defeito na modelagem óssea, causada por mutações do gene GNAS1. Ela pode ser classificada como: Monostótica, que acomete um único osso ou ossos contíguos, sendo esta a mais comum; e Poliostótica, quando acomete múltiplos ossos.

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. Apesar de seu comportamento benigno, sua localização pode invadir e comprimir estruturas nobres.

**COMENTÁRIOS FINAIS**

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 conservadora é a mais adequada, salvo os casos de grandes deformidades estéticas. Entretanto, na presença de sintomas clínicos graves como no caso em questão, a intervenção cirúrgica está indicada, devendo ser bem planejada. O objetivo principal do tratamento cirúrgico é aliviar os sintomas, prevenir complicações e restaurar a função normal, quando possível. Neste caso específico, o paciente respondeu favoravelmente à cirurgia.

Palavras-chave: DISPLASIA FIBROSA;NERVO ÓPTICO;CIRURGIA ENDONASAL.



**PO903****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RELATO DE CASO: CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO EM SEIOS PARANASAIS E BASE DE CRÂNIO****AUTOR PRINCIPAL:** CATARINA DE SOUZA UCHÔA**COAUTORES:** AMANDA BERNARDES FONSECA SILVEIRA; PEDRO HENRIQUE BARBAROTO FERREIRA; LETICIA JUVINIANO; LIVIA AMPESSAN IÁCONO; RIMA MOHAMAD ABOU ARABI; ALEXANDRE WADY DEBES FELIPPU; JOSE MARQUEZI NETO**INSTITUIÇÃO:** INSTITUTO FELIPPU DE OTORRINOLARINGOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL**Apresentação de Caso:**

Paciente do sexo masculino, 68 anos, branco, buscou atendimento em nosso serviço médico após ser encaminhado por seu dentista devido a um notável abaulamento na região do palato duro do lado esquerdo e sintomatologia nasal. Relatava obstrução nasal persistente ao longo dos últimos 3 anos, além de episódios de epistaxe que, inicialmente ocorrendo a cada 15 dias, evoluíram para uma frequência quase diária ao longo do tempo. O paciente referia que, há 1 ano, evoluiu com dor facial esquerda associada à percepção de parestesia afetando tanto a mandíbula quanto o palato duro e lacrimajamento ocular com piora progressiva desde sua instauração.

Ao exame físico a oroscopia demonstrou hiperemia e abaulamento do lado esquerdo do palato duro. Na nasofibroscopia, o paciente demonstrava um abaulamento e hiperemia do lado esquerdo da parede medial do maxilar e uma lesão de aspecto polipoide. A tomografia computadorizada de seios da face proporcionou uma visão detalhada da extensão da lesão. Foi identificada uma lesão expansiva hipervascular, com origem no forame esfenopalatino esquerdo, que erodia e invadia as estruturas adjacentes, foi levantado a hipótese de nasoangiofibroma pelo radiologista. A afecção comprometia parcialmente a parede do seio maxilar esquerdo e seu interior, o espaço mastigatório, a região parafaríngea, os cornetos nasais e a cavidade nasal no mesmo lado. Além disso, a lesão também se estendia para os seios frontais, seio esfenoidal, invadia a lâmina lacrimal e espaço intracoanal e a lâmina papirácea atingindo a fossa craniana média esquerda junto ao seio cavernoso ipsilateral.

Visando o alívio das dores e das epistaxes que se tornaram quase diárias, o paciente foi submetido a uma intervenção cirúrgica endoscópica endonasal através da técnica centrípeta, o procedimento transcorreu de forma isenta de intercorrências adversas. A análise anatomopatológica intraoperatória confirmou o diagnóstico de Carcinoma Adenoide Cístico. Subsequente a cirurgia foi solicitado uma TC de tórax que evidenciou uma lesão nodular com focos de escavação central lobo inferior direito com 5,3 cm e outra lesão de mesmo aspecto com contornos irregulares de aproximadamente 2,1cm em lobo inferior esquerdo. Neste momento, o paciente permanece sob acompanhamento contínuo em nosso serviço médico e mantém um estreito monitoramento em colaboração com a equipe de oncologia da sua cidade de origem, com vistas à implementação de um regime de terapia combinada de acordo com as diretrizes terapêuticas estabelecidas.

**Discussão:** O Carcinoma Adenóide Cístico (CAC) é uma neoplasia de origem nas células ductais e mioepiteliais que se desenvolvem nos ductos intercalares. Essa patologia é categorizada como uma rara neoplasia maligna, representando apenas 1% de todos os tumores malignos que afetam a região da cabeça e pescoço. O CAC tende a acometer predominantemente indivíduos na faixa etária entre 50 e 70 anos, com uma inclinação notável em direção ao gênero feminino. Neste artigo, apresentamos um relato de caso que descreve um paciente do sexo masculino, de 68 anos, com diagnóstico de CAC Nasal.

**Comentários Finais:** O Carcinoma Adenoide Cístico (CAC) é uma neoplasia de ocorrência rara, e apesar de seu crescimento caracteristicamente lento, é marcado por um prognóstico desfavorável devido à agressividade de sua capacidade de invasão tumoral e à considerável taxa de recorrência associada. Os sintomas associados a esta condição geralmente se manifestam em estágios avançados da doença e, com frequência, podem ser confundidos com outras patologias, contribuindo para a complexidade diagnóstica. Isso torna de suma importância relatos como este, para que possamos obter informações pertinentes sobre essa rara patologia, seus fatores clínicos e histológicos, e como esses fatores afetam a sobrevida de pacientes com CAC dos seios paranasais e base do crânio.

**Palavras-chave:** Carcinoma Adenoide Cístico; Base de Crânio; Metástase.

PO905

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****MANEJO DA EPISTAXE: UMA AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM PRONTO ATENDIMENTO****AUTOR PRINCIPAL:** FABIANA LUIZA HORNUNG**COAUTORES:** MARIA ISABEL GUILHEM SANTOS; ARIADNE AYUMI SAKASHITA; LUCAS DEMETRIO SPARAGA; HENRIQUE FURLAN PAUNA**INSTITUIÇÃO:** 1. PUCPR, CURITIBA - PR - BRASIL2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA - PR - BRASIL

**Introdução:** a epistaxe é uma queixa muito presente nos serviços de emergência e apresenta uma distribuição bimodal, com prevalência estimada de 60% ao longo da vida. Elas podem ser classificadas em anterior, que em geral são provenientes do plexo de Kiesselbach, e posterior. As causas de sangramento nasal são muito variadas, sendo a principal a causa idiopática. A epistaxe anterior corresponde a grande maioria dos casos, e o principal passo para seu manejo é a interrupção do sangramento. A primeira medida a ser adotada é sentar o paciente com a cabeça inclinada para frente para proteger as vias aéreas e pressionar a asa nasal contra o septo, por 10 a 15 minutos. Quando essa medida não é suficiente, pode ser necessário o uso de eletrocauterização, uso de vasoconstritores e até mesmo reposição volêmica, nos sangramentos mais volumosos. Apesar de todos esses dados, o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do manejo da epistaxe ainda é muito pobre (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8). O objetivo desse estudo foi avaliar o conhecimento sobre o manejo da epistaxe em Pronto Atendimento entre acadêmicos do sexto ano de Medicina, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem de Curitiba-Paraná que atuam nesse cenário, tendo como base o estudo desenvolvido por Sowerby, L., Rajakumar, C., Davis, M. et al. (1).

**Métodos:** trata-se de um estudo transversal e descritivo elaborado na plataforma Formulários Google e divulgado via internet por meio do aplicativo Whatsapp. A pesquisa foi realizada com acadêmicos do sexto ano de Medicina, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em serviços de Pronto Atendimento em Curitiba/PR. Foi utilizado um questionário composto por 6 perguntas objetivas, com questões referentes ao manejo da epistaxe na emergência, baseado naquele utilizado no estudo "Epistaxis first-aid management: a needs assessment among healthcare providers" (1). Após a coleta, os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel e foi realizada uma análise descritiva dos dados.

**Discussão:** de maneira semelhante ao que foi identificado por Sowerby, L., Rajakumar, C., Davis, M. et al. (1), nesse estudo a maior parte dos profissionais de saúde erraram o local de compressão nasal em caso de sangramento, e em todos os grupos (acadêmicos de medicina, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos generalistas, residentes e especialistas) a maior parte dos participantes acreditou que a área de compressão seria o rinion nasal, ao invés da ala, que seria o local correto. Além disso, uma porcentagem importante de acadêmicos de medicina do último ano e técnicos de enfermagem erraram o posicionamento da cabeça em situações de epistaxe. Entre enfermeiros e médicos, esse resultado foi mais satisfatório e a maior parte acreditou que o correto seria a inclinação da cabeça para frente, como realmente deve ocorrer.

**Conclusão:** É possível concluir que o conhecimento dos profissionais que atuam em pronto atendimento acerca do manejo da epistaxe está errôneo e é necessário que esse tema seja melhor abordado na formação de profissionais de saúde.

1.Sowerby L, Rajakumar C, Davis M, Rotenberg B. Epistaxis first-aid management: a needs assessment among healthcare providers. J Otolaryngol - Head Neck Surg. 2021;50(1):1-5.

2.Womack JP, et al. M. Epistaxis: Outpatient Management. Am Fam Physician

3.Krulowitz NA, et al. Epistaxis. Emerg Med Clin North Am

3.Sowerby L, et al. Epistaxis first-aid management: a needs assessment among healthcare providers. J Otolaryngol

4.Gifford TO, et al. Otolaryngol Clin North Am

5.Diamond L. Managing epistaxis. JAAPA

6.Middleton PM. Epistaxis. EMA - Emerg Med Australas

7.Leadon M, et al. Posterior Epistaxis Nasal Pack Posterior Epistaxis Nasal

8.Jamshaid S, et al. Where should epistaxis education be focused? J Laryngol Otol.

Palavras-chave: Epistaxe; Pronto atendimento; Sangramento nasal.

PO906

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Mucocele de seio etmoidal: um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** KARINA ANGELICA SOTO CHILLCCE**COAUTORES:** RODRIGO MARTIN BOSQ; ANDRÉ LUÍS ERRERA DE FREITAS PEREIRA; INGRID WERNER PICININI; VANESSA RAMOS PIRES DINARTE**INSTITUIÇÃO:** FAMEMA, MARÍLIA - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo feminino, 33 anos, compareceu ao pronto socorro com dor facial em hemiface esquerda de alta intensidade, episódios de turvação visual e rechaçamento do globo ocular a esquerda, além de obstrução nasal unilateral. Refere que os sintomas tiveram início há 5 meses, com progressiva piora. Histórico de acidente automobilístico há 5 anos. Hipertensa. Ao exame físico, não tinha sinais focais ou meníngeos, à ectoscopia havia discreta assimetria entre globos oculares, rebaixado a esquerda. Videoendoscopia nasal evidenciou abaulamento importante no meato médio esquerdo. Prosseguiu-se investigação com tomografia de face que mostrou lesão compatível com mucocele de seio etmoidal esquerdo com erosão óssea da parede lateral da órbita e extensão para parede medial da cavidade orbitária, estabelecendo contato com o globo ocular e músculo reto medial. A paciente foi submetida à turbinectomia média, etmoidectomia anterior e posterior com drenagem e marsupialização da mucocele. Está em seguimento pós operatório, com melhora importante dos sintomas.

**Discussão:** Mucoseles dos seios paranasais são lesões expansivas benignas e de crescimento lento. Possuem potencial de destruição local, devido a reabsorção óssea, causando erosão e remodelamento das paredes dos seios paranasais. São lesões encapsuladas, recobertas por epitélio da mucosa respiratória e preenchidas por muco. Em aproximadamente 20% dos casos os seios etmoidais são acometidos. Sua etiologia está relacionada a cirurgias nasais prévias, processos inflamatórios crônicos ou traumatismos faciais. A apresentação clínica do paciente é variável de acordo com a extensão da região acometida, vai desde um quadro assintomático até mesmo um quadro com cefaleia, obstrução nasal, alterações visuais, deslocamento do globo ocular, edema facial, abscesso cerebral e meningite. O diagnóstico é realizado através da história clínica, exame físico, endoscopia nasal e exames radiológicos. O tratamento da mucocele é mandatoriamente cirúrgico, sendo que atualmente a técnica por acesso endoscópico nasal é a mais utilizada; para assim promover a marsupialização através de abertura ampla do seio paranasal acometido para a cavidade nasal.

**Comentários finais:** diante do exposto, percebe-se que apesar de serem lesões benignas, também são expansivas e localmente destrutivas, podendo acometer estruturas importantes, como a órbita. É comum que a evolução seja silenciosa, devido ao crescimento lento e inespecificidade dos sintomas, como o caso relatado. Porém, é indispensável que a suspeita diagnóstica e a intervenção cirúrgica sejam rápidas e precisas para um melhor desfecho pós operatório.

**Palavras-chave:** Mucocele; Seios paranasais; Órbita.

PO910

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****CARCINOMA INDIFERENCIADO SINONASAL DO TIPO NUT EM PACIENTE FEMININA DE 49 ANOS: UM RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** GABRIEL BIAGINI FERREIRA**COAUTORES:** RICARDO VINICIUS BRUNETO; GUILHERME RODRIGUES NETO; LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO; LUIZ OTÁVIO BOLSONI SILVA; EDWIN TAMASHIRO; VICTORIA CASTRO LEME; ISABELLA BEZERRA FREITAS**INSTITUIÇÃO:** HCFMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Feminino, 49 anos, sem comorbidades, com história de epistaxes autolimitadas de repetição em fossa nasal direita há 4 meses associadas à facialgia e obstrução nasal ipsilateral. À ectoscopia, sem alterações. Endoscopia nasal com lesão de aspecto hipervascular ocupando toda a fossa nasal direita. A Tomografia Computadorizada (TC) de seios da face com contraste, demonstrava formação expansiva heterogênea com realce periférico e centro hipodenso, centrada na cavidade nasal direita, envolvendo conchas nasais inferior e média. A lesão se estende regionalmente com amplo contato com o septo nasal, abaulamento da parede do seio maxilar, destruição focal do palato duro e placa pterigóidea medial, além de extensão para a coana direita e sem sinais de invasão orbitária, intracraniana ou disseminação perineural (figuras 1 e 2). Linfonodos cervicais de aspecto habitual. A biópsia da lesão, era compatível com neoplasia maligna pouco diferenciada e presença de células infiltrando o estroma nasal de maneira difusa. O estudo imunohistoquímico demonstrou positividade nas células para AE1/AE2, P63, INI1 e NUT, sendo resultado sugestivo de Carcinoma NUT (CN). Optado por tratamento cirúrgico para ressecção da lesão e radioterapia (RT) adjuvante após. Realizada cirurgia endoscópica nasal (CEN), com margens livres de neoplasia em anatomopatológico. Programada 25 sessões de RT adjuvante, com dose total de 56 CGY. Paciente atualmente aguarda realização de tomografia computadorizada com emissão de pósitrons (PET-CT) para programação radioterápica.

**Discussão:** O CN de origem sinonasal é uma neoplasia maligna indiferenciada extremamente rara e agressiva, com pouco mais de 30 casos descritos em todo o mundo até 2022. O CN é caracterizado por um rearranjo do gene NUT presente no cromossomo 15, descrito primeiro em 1991 em lesões no tórax e no timo de duas pacientes femininas de 11 e 22 anos de idade, respectivamente. Sua presença é muito mais prevalente em órgãos presentes na linha média, principalmente localizados no trato aerodigestivo superior e mediastino, mas não restrito a eles. Acreditava-se predominar na faixa etária entre crianças e adolescentes, pensando tratar-se inicialmente de uma neoplasia pediátrica. Mas estudos mais recentes relatam também a ocorrência em pacientes mais velhos, sendo a idade máxima descrita de 78 anos, bem como acometimento semelhante entre homens e mulheres. Atualmente, percebemos uma maior prevalência de CN nasal e sinonasal em pacientes adultos e idosos, enquanto o CN primário de mediastino e órgãos intratorácicos tende a acometer mais crianças e adultos jovens. Devido seu caráter raro e extremamente agressivo, o CN sinonasal não apresenta tratamento definido, sendo que a maioria dos pacientes possui uma sobrevida menor do que 1 ano após o diagnóstico. Entretanto, sabe-se que o tratamento cirúrgico precoce é o principal fator no aumento da sobrevida desses pacientes. A RT ou quimioterapia (QT) adjuvantes são fatores a serem considerados, mas apresentam benefícios em apenas parte desses pacientes, sendo a RT adjuvante a cirurgia o tratamento mais promissor.

**Comentários finais:** O CN sinonasal é uma neoplasia maligna rara e agressiva, de prognóstico ruim, que acomete pacientes em todas as faixas etárias. Deve sempre ser considerado como diagnóstico diferencial em todos os carcinomas indiferenciados, independentemente da idade. Apesar de não possuir uma linha de tratamento bem estabelecida, a ressecção cirúrgica seguida de RT adjuvante tem mostrado resultados promissores, sendo importante o diagnóstico precoce para uma ressecção cirúrgica mais completa da lesão e início rápido da radioterapia adjuvante.

**Palavras-chave:** carcinoma;sinonasal;fossa nasal.

PO918

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL:** Condição subdiagnosticada nas poliposes nasais**AUTOR PRINCIPAL:** LAURA BASTOS FERREIRA**COAUTORES:** CLARA GOMES FRANCISCO; ROBERTO BECKER GUIMARAES; MARCIA CRISTINA DE PAULA GOMES; ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES; JÚLIA BECKER GUIMARÃES; HELENA MARIA GONÇALVES BECKER; CAROLINA MARIA FONTES FERREIRA NADER**INSTITUIÇÃO:** NÚCLEO DE OTORRINO DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**OPresentação do Caso:** Paciente sexo masculino, 74 anos, portador de DM-2 e HAS, atendido pela primeira vez em dezembro de 2019 encaminhado com quadro de obstrução nasal bilateral constante por três meses associado a hiposmia importante. Ao exame físico, demonstrou aspecto polipóide dos cornetos médios. A propedêutica contou com Fibronasolaringoscopia, 4 meses antes, a qual apresentou conchas inferiores hipertróficas e presença de degeneração polipóide em cabeça de conchas médias bilateralmente e a Tomografia Computadorizada de seios da face, realizada 2 meses antes, que demonstrou septo nasal sinuoso, espessamento mucoso do seio esfenoidal direito, bem como dos seios maxilares e formações polipóides junto aos cornetos médios. A hipótese diagnóstica aventada foi de rinossinusite crônica com proposta de abordagem cirúrgica endoscópica. Foi realizada cirurgia em janeiro de 2020, com incisão hemitransfixante à esquerda, descolamento dos túneis e remoção do desvio osteocartilaginoso, turbinoplastia de cornetos inferiores com eletrocautério bipolar e fechamento dos planos. Foi, então, posicionada a óptica endonasal de 0 graus, realizada a sinusectomia maxilar e etmoidectomia bilaterais, retirada de lesão pediculada em região de fosseta olfativa bilateralmente, sugestiva de hamartoma, turbinectomia de corneto médio à direita, sinusotomia esfenoidal à direita e hemostasia com cautério bipolar, algodão embebido em vasoconstritor e geofam. Além disso, foi fixado splint nasal com mononylon 4.0 e o tamponamento nasal. Todo o procedimento ocorreu sem intercorrências bem como o pós-operatório. As lesões pediculadas pardas e macia retiradas das fossetas olfativas foram submetidas ao exame anatomo-histopatológico, o qual revelou: mucosa respiratória com aspecto polipóide apresentando no córion estruturas glanduliformes revestidas por epitélio colunar ciliado, sem atipias, edema e leve infiltrado com alguns eosinófilos. Amostra compatível com hamartoma adenomatóide epitelial respiratório bilateral (hamartoma sinusal). No exame pós-operatório, à fibronasolaringoscopia, houve retificação de septo nasal e presença de crostas e edema em fossetas olfatórias com retirada em consultório e ao teste de olfato (Connecticut) apresentou melhora de olfato.

**Discussão:**

O hamartoma adenomatóide epitelial respiratório é uma neoplasia benigna que ocorre nos seios paranasais, cavidade nasal ou nasofaringe e os pacientes apresentam sintomas semelhantes àqueles com doenças nasais inflamatórias crônicas, como obstrução nasal, rinorréia, dor ou pressão facial, cefaléia e comprometimento da função olfatória. Podem se desenvolver sob três apresentações histológicas diferentes: pólipos nasais inflamatórios clássicos, hamartoma adenomatoide epitelial respiratório ou uma combinação de ambas as lesões. O hamartoma isolado (REAH) apresenta-se como uma massa polipóide carnosa rósea ou bronzeada, exofítica na cavidade nasal, podendo ser unilateral ou bilateral. Frequentemente se apresenta nas fendas olfatórias, mas também pode ser visto emanando do septo, do corneto médio ou do complexo osteomeatal. Os métodos de diagnóstico e planos de tratamento ideais ainda estão sob investigação. A avaliação da tomografia computadorizada (TC) é fundamental e deve-se incluir de rotina a avaliação da região das fendas olfatórias na TC em todas as suas incidências, pois o seu alargamento pode representar remodelação óssea por processo de crescimento lento. O diagnóstico é realizado ao exame microscópico, que revela proliferação pseudoglandular com aspecto polipóide, de tamanho pequeno a médio, amplamente espaçadas, que invaginam para baixo na submucosa e são separadas por tecido estroma, surgem em continuidade direta na superfície do epitélio. As glândulas são redondas a ovais e são compostas por epitélio respiratório ciliado pseudoestratificado, muitas vezes com mucócitos misturados.

**Comentários finais:** A presença de hamartomas na RSCcPN é comum, mas subdiagnosticada e deve-se buscar ativamente esse diagnóstico em todos os pacientes com polipose nasal.

**Palavras-chave:** Hamartoma; Pólipos nasais; Rinossinusite Crônica.

PO926

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Mucopiocele de seio frontal manifestando-se com alterações oculares: um relato de caso

**AUTOR PRINCIPAL:** FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO

**COAUTORES:** LIVIA KAORI OBARA KAWAZOE; VITOR TAKASHIBA; VINICIUS SIMON TOMAZINI; MAYARA ROSANELLI; MAYSA VARGAS DUZANSKI; JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA; MARCO AURÉLIO FORNAZIERI

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL, LONDRINA - PR - BRASIL

**Apresentação do caso:**

Paciente do sexo masculino, 87 anos, branco, apresentou-se no pronto-socorro com relato de quadro de dor leve, hiperemia e edema em olho esquerdo com início há cerca de um ano, e piora progressiva nos últimos meses. Negou associação com outros sintomas ou história de trauma. As manifestações locais evoluíram com abaulamento de região periorbitária esquerda, entre o olho e a pirâmide nasal, proptose e lacrimejamento ipsilateral, sem drenagem de secreção purulenta ou outras modificações. Negou sintomas nasossinusais ou alterações visuais durante evolução do quadro. Negou histórico de cirurgias otorrinolaringológicas ou quadro similar prévio. A tomografia computadorizada de crânio demonstrou lesão expansiva intra-orbitária extraconal à esquerda, com densidade de partes moles e contornos irregulares, junto a parede medial da órbita esquerda, com erosões ósseas locais, medindo cerca de 2,5cm por 2,3 cm, sugestiva de mucocoele. Além disso, havia espessamento mucoso em seio frontal esquerdo e cisto mucoso de retenção em seio maxilar esquerdo. Inicialmente, o paciente foi avaliado pela oftalmologia, sem evidência de alteração da motilidade ocular extrínseca ou acuidade visual. Sendo solicitado parecer da otorrinolaringologia para manejo cirúrgico. O tratamento baseou-se no controle da infecção com antibioticoterapia e erradicação da mucopiocele. A drenagem do conteúdo foi realizada por meio da marsupialização da mucopiocele via cutânea, associada a acesso ao seio frontal via endoscópica, com drenagem de material grumoso e encaminhamento para análise microbiológica e histopatológica. O paciente apresentou boa evolução após abordagem cirúrgica, com redução importante de deformidade periorbitária e melhora dos sintomas. Em retorno ambulatorial foi verificada cultura positiva para *S. aureus* em amostra coletada.

**Discussão:**

Os seios paranasais são cavidades nos ossos da face preenchidas por ar que possuem diversas funções, incluindo o condicionamento do ar (aquecimento e umidificação), redução do peso do crânio, ressonância da voz e aumento da superfície da mucosa nasal. Essas estruturas possuem mecanismos de ventilação e drenagem para funcionamento fisiológico adequado. Quando há impedimento à drenagem do muco por obstrução dos óstios sinusais, ocorre a formação das mucocoeles: lesões císticas benignas de caráter expansivo cobertas por epitélio respiratório. Caso haja associação dessas lesões com uma infecção, ocorre a formação de mucopioceles. A obstrução dos óstios sinusais pode ocorrer por diversos mecanismos, como neoplasias (benignas ou malignas), traumas, alergias, cirurgias e infecções. As mucocoeles possuem crescimento lento, assim apesar de serem lesões com potencial expansivo, podem demorar anos para se tornarem sintomáticas. O quadro clínico depende do seio afetado e da extensão de seu acometimento e de estruturas adjacentes. A região mais acometida é a frontoetmoidal, seguida pela esfenoidal, e, mais raramente a maxilar, podendo haver comunicação entre eles com acometimento de mais de um local. Assim, os sintomas mais comuns são as manifestações oculares, dentre elas o edema ocular, proptose, diplopia e dor ocular. O diagnóstico envolve tomografia computadorizada ou ressonância magnética para caracterização e mensuração da lesão, além de análise histopatológica e microbiológica para confirmação da natureza da lesão. A marsupialização via endoscópica, quando possível, é o acesso preferencial no tratamento das mucopioceles.

**Comentários finais:**

Apesar das mucopioceles não serem extremamente raras, são pouco frequentes e contemplam um dos principais diagnósticos diferenciais quando há formações expansivas em seios da face, especialmente quando ocorrem manifestações oculares, como no caso relatado. Devendo sempre ser avaliada a extensão da lesão por exame de imagem, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, especialmente para programação terapêutica. As mucopioceles apresentam bom prognóstico com abordagem cirúrgica e a via de acesso de escolha é a endoscópica.

**Palavras-chave:** MUCOPIOCELE;FRONTAL;MARSUPIALIZAÇÃO.



PO927

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****USO DE SOLUÇÃO SALINA HIPERTÔNICA PARA LAVAGEM NASAL: REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR**COAUTORES:** PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ; LELIA MARIA ALVES DUARTE; PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE; MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA; OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR; IZABELLE LOPES QUINTINO; MARIA JULIA DAMASO DE ALBUQUERQUE SARMENTO**INSTITUIÇÃO:** 1. SANTA CASA DE MACEIÓ, MACEIÓ - AL - BRASIL2. FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA, OLINDA - PE - BRASIL3. CENTRO UNIVERSITARIO UNIMA, MACEIÓ - AL - BRASIL**Objetivo:**

Existem diversas indicações para a realização da lavagem nasal dentro do contexto de pacientes da otorrinolaringologia, bem como diversas apresentações de soluções a serem utilizadas para a realização da mesma. O presente estudo visa a comparação da solução salina hipertônica e isotônica para a realização da lavagem nasal em pacientes tratando doenças nasossinusais.

**Métodos:**

O estudo se deu a partir de uma revisão de literatura em bancos de dados como PUBMED, Google Acadêmico, Clinicalkey e UpToDate, onde foram selecionados artigos de revisão e estudos clínicos que comparavam o uso de solução salina hipertônica com a solução salina isotônica.

**Resultado:**

Dentre os estudos analisados, a maioria demonstra que o uso de solução salina hipertônica traria benefícios quando comparado a solução salina isotônica. Um dos estudos afirma que a irrigação nasal com solução salina hipertônica traz maiores benefícios na melhora dos sintomas em relação à irrigação nasal com solução isotônica no tratamento de pacientes com doenças nasossinusais. Pacientes com menos de 18 anos apresentaram maiores efeitos benéficos ao uso da solução salina hipertônica, quando comparados aos adultos. Pacientes com rinite apresentaram maiores benefícios do que pacientes com rinossinusite. Os benefícios são maiores em pacientes sem cirurgia do que em pacientes pós-operatórios. Além disso, pacientes que utilizam irrigação nasal de grande volume e hipertonidade inferior a 5% apresentam maiores benefícios.

Outro estudo sobre a lavagem nasal com solução salina hipertônica pós cirurgia endoscópica funcional dos seios paranasais (FESS) traz maiores benefícios na melhora dos sintomas e normalização da mucosa nasossinusal em relação à solução salina isotônica.

Em crianças com rinite alérgica, a lavagem nasal com solução salina hipertônica é um tratamento adjuvante razoável, uma vez que proporciona melhora significativa nos escores de sintomas nasais e redução do uso de anti-histamínicos quando comparada a lavagem nasal com solução salina isotônica.

Em comparação com a solução salina isotônica, a lavagem nasal com solução salina hipertônica para o tratamento da rinossinusite crônica teve efeitos colaterais leves e foi significativamente mais eficaz na melhora dos sintomas nasais e do movimento ciliar, apesar da falta de diferenças significativas nos achados de imagem e na melhora do olfato. A lavagem nasal diária com solução salina hipertônica melhora a qualidade de vida relacionada aos seios da face, diminui os sintomas e diminui o uso de medicamentos em pacientes com sinusite frequente.

Os efeitos adversos em pacientes que usaram irrigação nasal com solução salina hipertônica foram leves e semelhantes ao uso de solução salina isotônica. A maioria dos eventos adversos são sensação de queimação e irritação nasal.

**Discussão:**

A definição de solução salina hipertônica é aquela que apresenta concentração maior que 0,9% de NaCl.

Diversos estudos clínicos apontam benefícios ao uso da solução salina hipertônica para a lavagem nasal em diversas doenças nasossinusais. Estudos in vitro mostram benefício da solução salina hipertônica em remover água das células e reduzir o edema da mucosa, quando comparados a solução salina isotônica. No entanto, as evidências de estudos clínicos envolvendo a superioridade da solução salina hipertônica em relação a solução isotônica são controversas. Alguns estudos indicam o uso disseminado da solução salina hipertônica em pacientes da atenção primária.

**Conclusão:**

A lavagem nasal com solução salina hipertônica apresentou maiores benefícios quando comparado ao uso de solução salina isotônica na maioria das doenças nasossinusais, especialmente quando utilizada por pacientes menores de 18 anos e em concentração menor que 5%. Apesar dos estudos apresentados, ainda não evidencia robusta para a disseminação do uso da solução salina hipertônica, necessitando de mais estudos sobre o assunto.

**Palavras-chave:** LAVAGEM NASAL;HIPERTÔNICA;RINOLOGIA.



**PO934****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****Adenoma Pleomórfico como Diagnóstico diferencial de Papiloma Invertido: Um Relato de Caso****AUTOR PRINCIPAL:** NYCOLLE SAMARA LEITE DE ALMEIDA**COAUTORES:** LUÍZA CAMPOS DE PAULA; FABIO JACOB; KARIS DE CAMPOS AMARAL; GIULIANA GRAICER; JOÃO CASSINDI GONÇALVES**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 45 anos, queixa de obstrução nasal à direita há 6 anos, associado a sangramento nasal frequente, autolimitados, cerca de 10 episódios por mês, facialgia, respiração oral, hiposmia, roncos noturnos e sonolência diurna excessiva. Apresentava inapetência, pirose e regurgitação. Negava emagrecimento. Ao exame físico, a rinoscopia anterior encontrava-se prejudicada pelo edema em cornetos, que dificultava a visualização do pólipos em FND. Realizada TC evidenciando formação sólida de aspecto polipóide na região posterior da fossa nasal direita, insinuando-se levemente à rinofaringe, cerca de 2,0 cm, determinando expansão/ alargamento dos limites ósseos do complexo ostiomeatal do seio maxilar direito, associando-se a conteúdo líquido preenchendo parcialmente este seio paranasal. Intraoperatório com lesão irregular em região posterior nasal aderido a parede lateral em FND, com septo centrado. Após realizar uncinectomia, bulectomia e abertura da lamela basal a direita, com visualização do óstio esfenotmoidal, foi realizado descolamento e remoção do tumor aderido à parede lateral da cavidade nasal. Anatomopatológico evidenciando neoplasia de células basaloideas, com padrão histológico cribiforme e tubular, aparente componente misto (epitelial e mioepitelial), estroma mixóide abundante e material membrana-basal símile globular com exulceração da mucosa sobrejacente, sem a detecção de anaplasia, atividade mitótica significativa, necrose, invasão vascular ou perineural. Achados sugestivos de adenoma pleomórfico. No pós operatório, paciente evoluiu com melhora da obstrução nasal, hiposmia e sem novos episódios de epistaxe. Ao exame físico, apresentou rinoscopia anterior em bom aspecto, sem crostas ou sinéquias.

**DISCUSSÃO:** Relatamos um caso de adenoma pleomórfico em fossa nasal direita, localidade extremamente rara para esta patologia. A apresentação clínica típica dos pacientes com adenoma pleomórfico é de obstrução nasal unilateral, epistaxe e massa indolor na cavidade nasal. Como características macroscópicas, o tumor se apresenta como uma massa ovóide, irregular, com bordas bem definidas. Seu aspecto é amarelado ou esbranquiçado e, às vezes, encontram-se zonas infartadas ou com hemorragias. Sabe-se de longa data que são de ocorrência incomuns as neoplasias nasais. Dentre elas, o adenoma pleomórfico faz parte do conjunto de tumores menos recorrentes da fossa nasal, apesar de ser o tumor benigno glandular originado na região de cabeça e pescoço mais frequente. É o mais comum dentre os tumores de glândulas salivares (45% a 75%), sendo raro nas fossas nasais e atingindo adultos com idade média de 45 anos. É uma neoplasia de diagnóstico clínico, com confirmação a partir do exame histopatológico. O tratamento mais utilizado para o adenoma pleomórfico consiste na excisão cirúrgica com margem de segurança, uma vez que a recidiva pode ocorrer devido à permanência de resíduos da cápsula ou mesmo da própria lesão. Índices de recorrência, variando de 0 a 14%, foram evidenciados em pacientes submetidos a uma dissecação extracapsular cirúrgica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Como muitas patologias acabam por serem abrigadas nas fossas nasais, faz-se mister o diagnóstico diferencial entre elas, considerando a faixa etária do paciente. Em pacientes adultos o diagnóstico diferencial deve ser feito com tumores destrutivos como plasmocitoma, oncocitoma, papiloma invertido, histiocitoma fibroso, esteseoneuroblastoma, os tumores benignos de glândulas salivares menores, também tumores neuroendócrinos e outros, sendo o adenoma pleomórfico um achado raro nessa topografia

Palavras-chave: Adenoma Pleomórfico; Tumor Nasal; Papiloma Invertido.

**PO935****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Atividade laboral como fator causal: Melanoma Nasal

**AUTOR PRINCIPAL:** ALONSO GOMES DE MENEZES NETO**COAUTORES:** TIAGO VASCONCELOS SOUZA; FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA; JULIA COLARES MOREIRA; SABLINE RODRIGUES SÉRGIO**INSTITUIÇÃO:** NÚCLEO DE OTORRINO BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

**Apresentação do Caso:** Paciente C.B.F, 57 anos, trabalhador de petrolífera de longa data, procurou nosso atendimento no Núcleo de Otorrino BH, com uma história de obstrução nasal à direita há 6 meses associada a epistaxe ipsilateral e intermitente no último mês. Já havia realizado tratamentos com corticoterapia sistêmica e tópica devido a suspeita de polipose nasal, e encontrava-se há 13 dias em uso de claritromicina por provável quadro de rinossinusite aguda bacteriana, sem melhora dos sintomas. No momento da consulta o paciente apresentou uma tomografia computadorizada de seios da face que evidenciou tecido de partes moles sugestivo de lesão tumoral. Ante isso, foi solicitado ressonância magnética de seios da face e programado o tratamento cirúrgico. Foi realizado a exérese completa da lesão e encaminhada para exame histopatológico e imunohistoquímica, mostrando esta última se tratar de um melanoma nasal. Juntamente com a oncologia optou-se pela radioterapia adjuvante e realização do PET scan que não apresentou alterações. Atualmente, o paciente já encerrou as sessões de radioterapia, está em ótimo estado e segue em acompanhamento multidisciplinar.

**Discussão:** Obstrução nasal pode ter diferentes diagnósticos na prática clínica otorrinolaringológica. No entanto, quando a mesma é associada à epistaxe, dor facial, histórico de atividade laboral com exposição a formaldeído e corroborados por lesão obstrutiva friável em cavidade nasal, deve-se suspeitar de um diagnóstico raro em nosso cotidiano – melanoma nasal. Uma anamnese detalhada, rinoscopia bem feita e exames de imagem podem facilitar esta hipótese diagnóstica. Muitas vezes tal lesão é confundida com polipose nasal o que pode tardar o início efetivo do tratamento do melanoma implicando no seu maior crescimento, menores chances de cura e maior probabilidade de metástases.

**Comentarios finais:** Conhecer e saber abordar temáticas de maior complexidade é fundamental para evolução favorável do paciente. Casos raros exigem maior empenho, estudo e habilidade, mas em contrapartida, mudam toda a evolução clínica do paciente, uma vez que diagnósticos precoces influem em diferentes condutas e menor morbimortalidade para os pacientes.

**Palavras-chave:** Melanoma nasal; Tumor nasal; Rinologia.

PO937

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Relato de caso: Atresia coanal unilateral em paciente adulto jovem com anomalia craniofacial

**AUTOR PRINCIPAL:** ANDRESSA ALENCAR SOUSA

**COAUTORES:** RAFAEL HADDAD CHECHIN; LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI; MARCO ANTONIO FERRAZ DE BARROS BAPTISTA; LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES

**INSTITUIÇÃO:** 1. HRAC USP BAURU, BAURU - SP - BRASIL2. HRAC-USP, BAURU - SP - BRASIL

#### Apresentação do Caso

Paciente sexo masculino, 23 anos, com fissura palatina transforame à direita, pré-forame à esquerda e microftalmia bilateral, apresentava história de obstrução nasal crônica associado a rinorreia purulenta frequente. Negava algia facial, distúrbios olfatórios ou queixas atópicas. À rinoscopia, observou-se uma estenose de vestibulo nasal à esquerda, desvio septal obstrutivo ipsilateral e hipertrofia dos cornetos inferiores. Diante dos achados, foi realizada nasofibroscopia a qual identificou anatomia sem anormalidades em fossa nasal direita, no entanto, à esquerda, havia desvio septal, imperfuração coanal e rinorreia mucoide em meato médio. Para complementação diagnóstica, então, foi solicitada tomografia computadorizada de seios paranasais que evidenciou atresia osteo-membranosa à esquerda. Diante dos achados e exclusão de outros diagnósticos diferenciais, optou-se pelo acesso cirúrgico endoscópico transnasal sem a inserção de stent e turbinectomia inferior associada. Paciente evoluiu bem com melhora significativa do quadro obstrutivo nasal e da rinorreia. Em nasofibroscopia de controle, observou-se abertura coanal ampla e pérvia corroborando sucesso terapêutico.

#### Discussão

A atresia coanal congênita é uma anomalia rara, mais comum no sexo feminino que se caracteriza pela obstrução uni ou bilateral da abertura posterior da cavidade nasal; é classificada quanto à lateralidade (forma unilateral à direita é mais comum) e constituição da placa atrésica (óssea, membranosa ou mista). Existem várias hipóteses que tentam explicar a origem embriológica, sendo as mais aceitas a permanência da membrana nasobucal de Hochstetter, e falha de reabsorção da membrana bucofaríngea. Novas teorias também a relacionam com distúrbios do metabolismo da vitamina A as quais demonstram que a supressão da síntese de ácido retinóico podem causar alterações restritas às áreas ocular e nasal como o caso descrito. O quadro clínico depende da sua lateralidade; quando unilaterais, por exemplo, como o caso relatado, podem passar despercebidas por toda infância implicando sintomas leves obstrutivos associados a rinorreia persistente. Já quando bilateral, apresenta-se no recém-nascido como quadro emergencial devido ao risco de insuficiência respiratória grave. Quanto ao diagnóstico, alguns testes podem ser utilizados para investigação como a passagem de cateter nasal até sua visualização em orofaringe, imagem condensada do ar expirado em espelho colocado em frente às narinas, entre outros. O nasofibrosópio flexível facilita o diagnóstico pela visualização direta da imperviedade. E a tomografia é o exame de escolha, já que além do caráter diagnóstico, determina a sua constituição e facilita planejamento cirúrgico. O tratamento consiste em intervenção cirúrgica sendo as principais técnicas a transnasal e transpalatal, acompanhados ou não de técnicas adjuvantes como stents e a mitomicina C (antimitótico). Os objetivos do tratamento ideal são promover adequada patência funcional a longo prazo, evitar lesão a qualquer estrutura em desenvolvimento, ter curto tempo cirúrgico e hospitalização e apresentar mínimas chances de morbimortalidade.

#### Considerações finais

Como visto, a atresia coanal é uma patologia com espectro variável de sinais e sintomas, porém com resolução eminentemente cirúrgica, sendo emergencial quando congênita bilateral. O caso descrito apresentou um diagnóstico tardio devido à unilateralidade e com necessidade de intervenção pelas complicações clínicas causadas ao paciente. Observa-se também, a necessidade de instrumentos propedêuticos essenciais como a nasofibroscopia e a tomografia para realização do correto diagnóstico e planejamento cirúrgico.

Palavras-chave: atresia coanal unilateral; fissura palatina; acesso endoscópico transnasal.

PO941

## E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

### RABDOMIOSSARCAMA EMBRIONÁRIO: UM RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** ILANE MOREIRA FIGUEREDO

**COAUTORES:** JULYANA CARNEIRO GOMES; THATIANA PEREIRA SILVA; NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO; MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO; MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ; WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL OTORRINOS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL

#### APRESENTAÇÃO DO CASO:

Paciente de 4 anos, masculino, apresentou odinofagia associada à obstrução nasal durante 30 dias antes de procurar serviço médico. Após 3 dias, cursou com piora, queixava-se de disfagia, estrabismo convergente em olho esquerdo e epistaxe recorrente em fossa nasal esquerda. À rinoscopia, destacava-se formação expansiva ocupando a totalidade da fossa nasal esquerda. À oroscopia, foi observada massa lobulada com abaulamento do palato mole ipsilateral. À tomografia dos seios paranasais mostrou volumosa formação expansiva com densidade de partes moles, contornos lobulados, estendendo-se e determinando erosão das limitantes ósseas das fossas nasais, naso e orofaringe, seio maxilar esquerdo, espaço mastigatório esquerdo, células etmoidais, sela túrcica e região parasselar/ fossa temporal esquerda, com insinuação para cavidade orbitária posterior esquerda, impressionando o nervo óptico ipsilateral com proptose ocular. Fez biópsia, com diagnóstico de rabdomiossarcoma embrionário. Durante acompanhamento com serviço de oncologia, paciente apresentou sepse que evoluiu a óbito 2 meses após o início do quadro clínico.

#### DISCUSSÃO:

O rabdomiossarcoma é o tumor maligno de partes moles mais comum na infância. O diagnóstico deve incluir uma história clínica completa, exame físico, hemograma, perfil bioquímico sanguíneo, nasofibroscopia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e biópsia com anatomopatológico.

Histologicamente, subtipos podem ser distinguidos: embrionário, alveolar e pleomórfico. Em crianças, a maioria dos tumores são embrionários, seguido por alveolares, não classificados e pleomórficos.

Apesar de o rabdomiossarcoma poder acometer qualquer região anatômica, ele afeta principalmente a região de cabeça e pescoço, trato geniturinário e o retroperitônio. Os locais bucais mais frequentemente acometidos são a língua e o palato mole, aparecendo comumente como uma massa de crescimento rápido que pode causar dor e parestesia.

O tratamento deve ser escolhido individualmente para cada paciente. A sobrevida dos RMS de cabeça e pescoço aumentou com a instituição de tratamentos multidisciplinares, incluindo, quimioterapia (QT), ressecção cirúrgica e radioterapia.

O prognóstico para pacientes com RMS depende do sítio primário, tamanho do tumor, subtipo histológico e estágio tumoral conforme a extensão da doença bem como a ressecabilidade locorregional.

#### COMENTÁRIOS FINAIS:

O rabdomiossarcoma embrionário é um diagnóstico diferencial dos tumores nasossinusais. A importância do diagnóstico favorece o prognóstico e a sobrevida. Seu tratamento exige uma abordagem multidisciplinar.

Palavras-chave: Tumores nasais; Rabdomiossarcoma; Obstrução nasal.

PO944

## E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR

## Hemangioma Nasal

AUTOR PRINCIPAL: BRUNO OLIVEIRA MENDES

COAUTORES: CAMILA VIEIRA DA FONSECA; STEPHANIE DRAGO; RODRIGO SIMÕES DE CARVALHO E SILVA; FLÁVIA FERRAZZO; MARIANA RIBEIRO BOCCHI; GIOVANA CAMACHO SCOMBATTI; MARÍLIA FANTON

INSTITUIÇÃO: 1. HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL2. HOSPITAL CEMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL

## APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente A.R.D.S, feminino, 48 anos, hígida, procurou atendimento no Hospital CEMA em agosto de 2022 devido quadro de obstrução nasal progressiva em fossa nasal esquerda, associada a epistaxe espontânea e rinorreia mucopurulenta há três meses. Ao exame físico foi verificado laterorrenia nasal e presença de lesão expansiva, avermelhada e sangrante a manipulação, ocupando a porção anterior de fossa nasal esquerda. (Figura 1). Foi solicitado exames complementares de nasofibroscopia, RM e TCSF. Na TCSF foi evidenciado formação sólida nodular em terço anterior da cavidade nasal esquerda com obliteração da coluna aérea do seu terço inferior, mantendo contato com assoalho da cavidade nasal, com o septo nasal e com cornetos nasais. (Figura 2). Em continuidade ao processo diagnóstico, a RM revelou lesão expansiva, de contornos lobulados e bem delimitados com hipersinal em T2. A paciente foi submetida a cirurgia na qual optou-se pela exérese cirúrgica total da lesão e eletrocauterização da sua inserção no septo cartilaginoso, sem intercorrências. Foi realizado estudo anatomopatológico tendo como resultado hemangioma. Na ausência de intercorrências, a paciente recebeu alta no mesmo dia. Após 2 semanas a paciente já relatou melhora total dos sintomas de obstrução nasal.

## DISCUSSÃO

O hemangioma é uma lesão benigna, solitária, de rápido crescimento, que ocorre na pele e mucosas e tem sua origem nas células endoteliais de vasos. A etiologia dessa lesão é desconhecida, mas pode estar relacionada a trauma e fatores hormonais. Esta lesão raramente envolve a cavidade nasal, que constitui 20% de todos tumores benignos da cavidade nasal. Os sintomas mais comuns são epistaxe e obstrução nasal. As lesões nasais obstrutivas e/ou sangrantes que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial compreendem os pólipos nasais, papiloma invertido, linfangioma, hemangiopericitoma, hemangioendotelioma, fístula arteriovenosa, doença de Rendu-Osler-Weber e o granuloma piogênico. Apesar do risco de sangramento, o planejamento cirúrgico justifica a obtenção de uma biópsia incisional. Apesar de pequenas variações na técnica, existe consenso na literatura quanto à indicação da cirurgia como tratamento de escolha.

A excisão completa deve ser realizada incluindo urna margem livre de mucosa e pericôndrio, com eletrocauterização da base da lesão.

## COMENTÁRIOS FINAIS

O hemangioma de septo nasal deve ser considerado na avaliação de todo paciente com queixas de epístaxe e obstrução nasal unilateral. O planejamento terapêutico requer exame de imagem, sendo a TC e a RM igualmente adequadas. Na presença de lesões de dimensões aumentadas, uma arteriografia seletiva com subtração de imagens permite a embolização do(s) vaso(s) nutridor(es), reduzindo substancialmente o risco de sangramento transoperatório. Uma exérese ampla que compreenda uma margem de pericôndrio livre da doença, torna menos provável a possibilidade de recidiva.

Palavras-chave: Pólipo de Killian; Hemangioma; Lesão nasal.

PO946

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO: RELATO DE CASO****AUTOR PRINCIPAL:** RODOLFO WERMANN**COAUTORES:** JARBAS MARIO ZANDONA; PAULO HENRIQUE SENGHER DICK; CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO; ANTONELLA IRENE BELLEZZA; AMANDA ZANFERRARI; ÉDINA STARCK; LILCIA HELENA DE BRITTO MEDEIROS**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FORNTEIRA SUL, PASSO FUNDO - RS - BRASIL

Paciente masculino, 6 anos, sem comorbidades prévias. Encaminhado via emergência SUS por quadro de obstrução nasal, episódios de epistaxe autolimitados e abaulamento progressivo em região de orofaringe que vinha evoluindo há 18 dias. Paciente havia recebido tratamento com prednisolona e amoxicilina + clavulanato por 7 dias sem apresentar qualquer melhora do sintomas. Na tomografia de seios da face com contraste realizada na cidade de origem demonstrou voluma formação expansiva heterogênea que ocupa a naso e orofaringe predominantemente a esquerda com extensão à cavidade nasal. Linfonodomegalis no nível II à esquerda. Foi solicitado ressonância de crânio, face e pescoço que apresentou processo expansivo com epicentro na rinofaringe e orofaringe posterior à esquerda, apresentando hipersinal em T2, sinal intermediário e levemente heterogêneo em T1, impregnação por contraste, medindo 3,4 x 5,5 x 6,2cm (volume 60cm). Esta lesão oblitera totalmente a rinofaringe posterior, orofaringe e estende-se inferiormente até o nível da base da língua. Há envolvimento da região da fossa de Rosenmuller com provável obliteração da tuba de Eustaquio. No exame físico inicial paciente com sinais vitais estáveis, apresentando obstrução nasal e rinorréia. Presença de massa nasal obstrutiva bilateral de aspecto esbranquiçado. Preseça de lesão visível em orofaringe abaulando região de palato posteior. Durante as primeiras 24 horas paciente evoluiu com disfunção respiratória com necessidade de intubação orotraqueal e internação em leito de UTI.

Foi realizada biopsia em bloco cirurgico da lesão em fossa nasal bilateral e encaminhada para patologia. Resultado veio como rabdomiossarcoma embrionário; biologia molecular - FISH negativo para rearranjo do gene FOXO1 (FKHR). Realizada biópsia de medula óssea que apresentou comprometimento bilateral por rabdomiossarcoma. Paciente estratificado como alto risco. Após diagnóstico paciente iniciou tratamento com quimioterapia e posteriormente radioterapia. Paciente ainda esta em tratamento, mas apresentou regressão completa da lesão e dos sintomas associados.

O rabdomiossarcoma (RMS) é globalmente raro, mas é o tumor de tecidos moles mais comum da infância e é responsável por aproximadamente metade de todos os sarcomas de tecidos moles nesta faixa etária. Dois terços dos casos são diagnosticados em crianças menores de seis anos. A etiologia e os fatores de risco são desconhecidos. Vários subtipos histológicos principais de rabdomiossarcoma são identificados, uma distinção que é importante tanto para o tratamento quanto para o prognóstico. Os subtipos embrionário e alveolar são os mais comuns. Tradicionalmente, o tratamento da RMS tem sido selecionado de acordo com um algoritmo baseado em risco que combina classificação histológica com estágio pré-cirúrgico e grupo clínico pós-cirúrgico. A classificação histológica nem sempre é simples e a prática clínica evoluiu para incluir informações sobre a presença ou ausência dos genes de fusão característicos. FISH ou RT-PCR para o rearranjo FOXO1 é realizado em todos os tumores RMS. O tratamento moderno inclui quimioterapia para citorredução de tumor primário e erradicação de doença metastática macroscópica e microscópica; cirurgia, se possível; e radioterapia (RT) para controlar doença residual local microscópica. O regime de tratamento específico depende do risco estimado de recorrência da doença, que se baseia em uma variedade de fatores prognósticos clinicopatológicos, uma abordagem denominada terapia adaptada ao risco.

Este caso destaca a importância da atenção médica e do diagnóstico diferencial em crianças com sintomas respiratórios e de deglutição persistentes, especialmente quando não respondem ao tratamento inicial. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para melhorar as chances de sobrevida em pacientes pediátricos com RMS. É crucial fornecer apoio emocional e psicológico para a família do paciente, pois o tratamento do RMS pode ser desafiador e prolongado.

Palavras-chave: Rabdomiossarcoma; Rinofaringe; Infância.

PO948

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO À AEROALERGENOS DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO: UM PROJETO PILOTO.****AUTOR PRINCIPAL:** ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS**COAUTORES:** PABLO PINILLOS MARAMBAIA; MILENA MENEZES MARQUES SALLES; LUMA BORGES OLIVEIRA; PRISCILLA FALCON LACERDA; LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL; PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA**INSTITUIÇÃO:** INOOA, SALVADOR - BA - BRASIL

A rinite alérgica é um distúrbio crônico comum da mucosa de revestimento nasal e dos seios paranasais. É desencadeada pela exposição do indivíduo suscetível a um aeroalergeno capaz de promover resposta inflamatória mediada por IgE. Seus sintomas podem ser brandos ou mesmo incapacitantes, impactando na vida social, na qualidade do sono e no desempenho escolar e laboral dos que são acometidos – fatores que implicam em custos indiretos elevados ao sistema de saúde. Devido as diferentes condições climáticas, existem variedades regionais de aeroalergenos. É fundamental que médico conheça os principais deflagradores de crises do meio em que habita para orientar e conduzir seus pacientes de forma adequada. O presente estudo visa identificar o perfil de sensibilização a aeroalergenos de indivíduos com rinite alérgica da cidade de Salvador-BA através de teste de radioimunoensaio (RAST). Foram selecionados, através de amostragem por conveniência, 38 pacientes que apresentavam sintomas cardinais de rinite alérgica como espirros em salva, prurido nasal intenso, coriza clara e abundante e obstrução nasal recorrentes após a exposição à aeroalergenos derivados de animais, fungos, gramíneas ou poeiras. Os participantes foram atendidos durante o período de x a y numa clínica de Otorrinolaringologia particular da cidade de Salvador- BA e haviam sido submetidos ao teste RAST que contempla os seguintes painéis: ANIMAIS (ex1 - epitélio de gato, cavalo, vaca e cão), FUNGOS (mx2 - *Penicillium notatum*, *Cladosporium herbarum*, *Aspergillus fumigatus*, *Candida albicans*, *Alternaria alternata* e *Helminthosporium halodes*), GRAMINEAS (gx2 - *Cynodon dactylon*, *Lolium perenne*, *Phelum pratense*, *Poa pratensis*, *Sorgum halepense*, *Paspalum notatum* ) e POEIRA (hx2 - Poeira doméstica, *D. Pteronyssinus*, *D. Farinae* e Barata). Foram selecionados 42 pacientes que preenchiam critérios diagnósticos de rinite alérgica, que foram atendidos em serviço de clínica particular de otorrinolaringologia no período de janeiro à setembro de 2023, e que foram selecionados para realização de RAST. A análise desse estudo permitiu identificarmos alergia ao painel poeira (39%), ao painel animais (19%), painel fungos (8%) e painel gramíneas (2%). Foi evidenciado, que a alergia à poeira obteve uma porcentagem expressiva de 92,9%. Em relação aos animais, o valor encontrado foi de 45.2%. Já os fungos e gramíneas tiveram valores menos significativos de 19% e 7.1%, respectivamente. Na distribuição de intensidade dos sintomas temos a alergia leve à poeira com 13,1%, moderada de 10,5% e alta 76.3%. À animais sensibilização leve 19%, moderado 28.6% e alto 42.9%. Os fungos com 16.7% de leve, moderado de 2,4% e sem percentual para sensibilidade alta. E por fim, as gramíneas com 4.8% sendo leve, nenhuma porcentagem de moderado e sensibilização alta em 7.1%. Dentro do painel de poeira os *D. Pteronyssinus* e *D. Farinae* obtiveram maior prevalência, ambos com 31,6%, seguido por barata com 21% e poeira com 2,6%. No Brasil, as doenças alérgicas afetam mais escolares e adolescentes nas regiões Norte e Nordeste, com Salvador registrando uma prevalência de 44,2% de sintomas de rinite em jovens de 13-14 anos, conforme o estudo ISAAC. Solé D. e colaboradores também observaram um maior risco de rinite grave em áreas de baixo status socioeconômico na Bahia, desafiando a "Hipótese da Higiene". Salvador, uma cidade litorânea do Nordeste com clima quente e úmido, propicia a proliferação de ácaros, principais desencadeadores da rinite alérgica. No Brasil, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae* e *Blomia tropicalis* são as espécies alergênicas mais comuns. Os resultados encontrados corroboram com os dados encontrados em literatura, que evidenciam uma maior prevalência de sensibilidade ao painel de poeira. Esses dados são importantes para reforçar a necessidade de higiene ambiental, direcionar o tratamento clínico e imunoterapia.

Palavras-chave: RINITE ALÉRGICA;RAST;AEROALERGENOS.



**PO957****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****Rinossinusite maxilar por remanescente radicular: um relato de caso****AUTOR PRINCIPAL:** RODRIGO MARTIN BOSO**COAUTORES:** KARINA ANGELICA SOTO CHILLCCE; LUCAS ANTONIO DA COSTA**INSTITUIÇÃO:** FAMEMA, MARILIA - SP - BRASIL

**Apresentação do caso:** Paciente do sexo masculino, 34 anos, compareceu ao pronto socorro de otorrinolaringologia com facialgia em região maxilar direita de moderada intensidade, rinorreia purulenta e obstrução nasal direita. Início dos sintomas há 45 dias, após procedimento de extração dentária, com piora progressiva. Histórico de uso de cocaína por 17 anos, cessado o uso há 90 dias. Histórico de obstrução nasal bilateral de menor intensidade de longa data. Tomografia computadorizada de face demonstra preenchimento de seio maxilar direito com material de densidade de partes moles e pequeno material hiperdenso no interior do mesmo seio. Além disso, concha média bolhosa a direita, desvio septal tipo esporão ósseo à direita. Nasofibroscopia condizente com alterações descritas em tomografia, e presença de secreção purulenta originária de meato médio direito. Programado procedimento cirúrgico. Paciente submetido a septoplastia, ressecção de face meatal de concha média bolhosa direita e antrostomia maxilar direita, com drenagem de secreção purulenta e remoção de fragmento radicular residual no interior do seio. Seguimento pós-operatório, com melhora total dos sintomas.

**Discussão:** A sinusite maxilar origina-se a partir da inflamação de sua mucosa, em sua maioria de causa nasal. No entanto, em vigência de sintomas compatíveis com rinossinusite aguda unilateral, especialmente dor facial maxilar após procedimentos dentários, deve-se averiguar a possibilidade de rinossinusite de causa odontogênica. Sua ocorrência é responsável por mais de 10% dos casos de rinossinusite maxilar, sendo a enxertia dentária e exodontia umas de suas principais etiologias. Após exodontia, quando presente resto radicular, raramente ocorre o seu deslocamento para o interior do seio maxilar, provocando efeito de corpo estranho e inflamação. Dentre outras causas de rinossinusite maxilar por corpo estranho, são citadas as originárias de trauma penetrante, como projéteis de arma de fogo, fragmentos ósseos, de vidro e madeira após trauma facial e finalmente as causas iatrogênicas, com achado de material cirúrgico. O tratamento deve ser individualizado, levando em conta a idade, estado de saúde do paciente, e a etiologia da inflamação, sendo a antrostomia via endoscópica nasal a remoção de corpo estranho, quando presente, o tratamento cirúrgico de escolha pelo otorrinolaringologista, evitando-se assim a cronicidade da inflamação e consequentemente cronicidade da sintomatologia do paciente.

**Comentários finais:** Diante do exposto, percebe-se que a rinossinusite maxilar odontogênica após extração dentária é relativamente corriqueira. No entanto, a migração de resto radicular para o interior do seio maxilar, como no caso relatado, é uma ocorrência incomum, e deve-se prosseguir com diagnóstico precoce e intervenção adequada.

**Palavras-chave:** rinossinusite; corpo estranho; antrostomia.

**PO962****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****AValiação OLFATÓRIA EM PÓS OPERATÓRIO DE RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE NASAL: REVISÃO DE LITERATURA****AUTOR PRINCIPAL:** YVES PEIXOTO DE OLIVEIRA ALMEIDA**COAUTORES:** MARCOS ANTONIO DE MEDEIROS ROCHA FILHO; MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA; OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR; LELIA MARIA ALVES DUARTE; PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE; PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ; KATIANNE WANDERLEY ROCHA**INSTITUIÇÃO:** 1. CESMAC, MACEIÓ - AL - BRASIL2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIÓ - AL - BRASIL**OBJETIVO:**

Revisar na literatura a evolução e a melhora olfativa pós cirurgia nasal em paciente com anosmia e polipose nasal.

**MÉTODOS:**

Realizou-se uma revisão da literatura utilizando as bases de dados Medline (via Pubmed) e SciELO. Utilizou-se a estratégia de busca com os descritores cadastrados no Decs em português e inglês: polipose nasal; teste de Connecticut Chemosensory Clinical Research Center; padrão olfativo; respectivamente.

Utilizou-se artigos de 2003 a 2023 e as etapas de seleção foram leitura de títulos, resumos e artigos completos. Os critérios de exclusão foram duplicidade e falta de relação com o tema e os de inclusão foram artigos que relacionavam a padrão olfatório pós cirúrgico de rinossinusite associada à polipose nasal.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

O sentido do olfato possui uma função quimiossensorial realizada pelo sistema olfatório(1), este sentido possibilita ao ser humano conectar-se e interagir-se com o universo, bem como sua atuação no processo de segurança, nutrição e de estabelecer uma boa qualidade de vida e sobrevivência dos seres vivos.

Este sentido sensorial apesar de toda sua utilidade as interações sociais, é muito subestimado em importância no ser humano. Contudo, os distúrbios do olfato têm ganhado grande importância nos últimos anos(4). Nesse contexto, existem algumas patologias que contribuem para essa alteração sensorial, uma delas é a Polipose Nasal (PN).

A PN, é uma doença inflamatória crônica da mucosa nasal e seios paranasais que se manifesta pelo aparecimento de formações polipóides de aspectos benignos, múltiplos e geralmente bilaterais(5).

Clinicamente, a PN manifesta-se com obstrução nasal, rinorréia anterior e/ou posterior, anosmia e/ou hiposmia resultando, devido à essas alterações sensoriais, em um impacto negativo na qualidade de vida(4).

A detecção das manifestações sensoriais dar-se-á pelo, entre os diferentes testes de olfato existentes, o teste do Connecticut Chemosensory Clinical Research Center (CCCRC) com adaptação para a população brasileira, o qual avalia-se o desempenho olfativo e valores de normosmia e hiposmia.

Atualmente há uma tendência na literatura em considerar a PN como uma doença inflamatória de causa multifatorial(2), e marcada como uma patologia presente na prática da otorrinolaringologia com incidência estimada de 1% a 4% da população em geral(3) e não apresenta relação com sexo.

**CONCLUSÃO:**

Entende-se que a aplicação do Teste de CCCRC adaptado para o Brasil, visa aos estudos, observar o limiar olfatório e o padrão de anosmia e hipoanosmia pré e pós cirúrgico.

Assim, conclui-se que a incorporação de práticas avaliativas na implementação de práticas cirúrgicas com o intuito de estabelecer melhoria no padrão olfativo decorrente da PN através da reestruturação das propriedades nasais é uma necessidade que se afigura nas práticas médicas, pois avaliar o desempenho da função olfativa no pós cirúrgico é uma iniciativa relevante para os profissionais da ORL e para a população em geral a qual submete-se ao procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: OLFATO; POLIPOSE NASAL; TESTE DE CONNECTICUT.

PO965

**E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR**

Rinossinusite fúngica invasiva aguda: revisão de literatura e relato de caso.

**AUTOR PRINCIPAL:** RAQUEL DE SOUZA SARAIVA**COAUTORES:** ISABELA DE SOUSA SARAIVA; FRANCISCO MARIO DE BIASE NETO; ANA CAROLINA CAVALCANTI ACCIOLY; MARIA CECÍLIA AMORIM DE BARROS; FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS; MARCELLA FERREIRA BARROS**INSTITUIÇÃO:** 1. UNICAP, RECIFE - PE - BRASIL2. IMIP, RECIFE - PE - BRASIL**Apresentação do caso:**

MMC, 70 anos, internada em UTI de hospital terciário para tratamento de exacerbação de doença de base - linfoma de células do manto e leucemia mieloide crônica. Apresentou facialgia e obstrução nasal direita 1 semana após admissão, refratária ao uso de Meropenem e Vancomicina há 14 dias.

Realizada tomografia sem contraste: obstrução de óstio principal de drenagem maxilar à direita com presença de óstio acessório. Nasofibroscopia: mucosa pálida, com ponto de necrose de fundo hiperemiado em corneto médio direito, com secreção em permeio. À esquerda, visualizada mucosa normocorada, sem alterações em corneto médio.

Aventada hipótese de Rinossinusite fúngica invasiva, completado esquema com Anfotericina B e indicada abordagem cirúrgica de urgência. No entanto, paciente evoluiu com instabilidade clínica impeditiva de procedimento cirúrgico, sendo optado por acompanhamento e vigilância. Evoluiu com óbito posteriormente.

**Discussão:**

Rinossinusite Fúngica Invasiva (RSFI) é uma infecção destrutiva cada vez mais frequente, geralmente afetando imunocomprometidos e define-se aguda (RSFIA), quando menor que 4 semanas. Rápida disseminação da infecção pode ocorrer nas órbitas adjacentes, no parênquima cerebral e no seio cavernoso, como sequela de invasão direta ou vascular pelo fungo, levando à trombose vascular e infarto tecidual.

Apesar do progresso médico e cirúrgico, a RSFIA, embora seja rara, possui uma alta taxa de mortalidade (50% a 80%). São fatores de risco imunidade diminuída mediada por células hospedeiras, especificamente aqueles com função neutrofílica prejudicada; anemia aplástica; pacientes transplantados de órgãos; malignidades hematológicas; hemocromatose, ou aqueles submetidos a tratamentos imunossupressores como corticosteróides orais ou pacientes de quimioterapia; pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida e pacientes com diabetes mal controlada. *Aspergillus* sp. e fungos da família *Mucoraceae* (ordem *Zygometes*) estão implicados na maioria dos casos.

Febre e/ou sintomas locais (edema e dor facial, obstrução nasal, rinorreia, cefaleias) são considerados sintomas mais precoces de RSFIA, assim como mucosa pálida, pouco friável, edema, granulações e crostas são considerados os sinais mais precoces. Dor facial costuma ser desproporcional aos achados físicos observados.

Diagnóstico de RSFIA envolve imagem, exames clínicos, endoscópicos e histopatológico. Tomografia computadorizada é de escolha, mas, inicialmente, devido à natureza fulminante das alterações da doença; alterações são muito sutis ou não evidentes. Material hipoatenuante com opacificação nasossinusal unilateral é a característica de imagem mais consistente, mas inespecífica. Áreas de hiperatenuação levantam suspeita para possível causa fúngica subjacente.

Nasofibroscopia evidencia mucosa pálida com ulceração e necrose tecidual, dependendo da gravidade. A área comumente afetada é indolor. O diagnóstico definitivo é feito com identificação microscópica de biópsia de tecido suspeito e cultura do tecido. A concha média é a mais comumente afetada e, portanto, é um local alvo de alto rendimento para biópsia nasal.

Desbridamento cirúrgico imediato e agressivo, além de terapia antifúngica apropriada com eliminação simultânea das causas subjacentes de imunossupressão e fatores de risco, são os pilares do manejo da RSFIA.

**Comentários finais:**

Considerando as altas taxas de mortalidade da doença, é importante alta suspeição, considerando fatores de risco, como imunossupressão conhecida ou potencial; além de precoce identificação e avaliação clínica e radiológica nos estágios iniciais da doença.

Atualmente não há consenso sobre diagnóstico, prognóstico e estratégias de manejo, com múltiplas modalidades empregadas rotineiramente. Rapidez no diagnóstico e no tratamento cirúrgico pode desempenhar um papel significativo no manejo, pois parece estar significativamente associada ao desfecho da doença, segundo a literatura atual.

Palavras-chave: Rinossinusite;fúngica;invasiva.

**PO968****E-PÔSTER - RINOLOGIA / BASE DE CRÂNIO ANTERIOR****ANÁLISE DE CUSTO-BENEFÍCIO DOS DISPOSITIVOS E SOLUÇÕES PARA LAVAGEM NASAL****AUTOR PRINCIPAL:** CECILIA SOUZA SILVA**COAUTORES:** THIAGO VICTOR LEITE AQUINO; VITÓRIA FARIAS PAIVA; THIAGO FREIRE PINTO BEZERRA; MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS; BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS; LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS**INSTITUIÇÃO:** 1. UFPE - RECIFE, RECIFE - PE - BRASIL2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE, RECIFE - PE - BRASIL3. FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE- FPS, RECIFE - PE - BRASIL4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE, RECIFE - PE - BRASIL**RESUMO**

**Objetivo:** O presente estudo tem como principal objetivo avaliar o custo-benefício de dispositivos e soluções salinas para a lavagem nasal ao longo de diferentes períodos.

**Métodos:** Realizamos a coleta de preços de diferentes dispositivos e soluções salinas disponíveis no mercado em julho de 2023. Os preços foram obtidos com base no menor valor encontrado em três locais de compra diferentes. Em seguida, calculamos o custo para a quantidade mínima necessária de dispositivos e soluções para três cenários: 1 dia, 1 ano e 20 anos.

**Resultados:** Os resultados obtidos revelaram informações importantes sobre a relação custo-benefício desses produtos. Em relação aos dispositivos para lavagem nasal, os modelos de louça com alto volume e baixa pressão se mostraram mais econômicos em comparação com as garrafas plásticas de alto volume. Essa escolha resultaria em uma economia aproximada de R\$7.076,30 ao longo de 20 anos. Quanto às soluções salinas, a solução salina caseira se destacou como a opção mais econômica a longo prazo. A diferença de custo em relação ao soro fisiológico comercial foi significativa, totalizando R\$21.336,54 em economia ao longo de 20 anos. No caso dos sachês de solução salina comercial, a economia em relação à solução caseira foi de cerca de 12 mil reais em 20 anos. Isso significa que a solução caseira apresenta uma vantagem econômica substancial em comparação com as opções comerciais. Em suma, a diferença de custo entre a solução caseira com dispositivo de louça e as garrafas de alto volume e alta pressão disponíveis no mercado chega a aproximadamente 19 mil reais ao longo de 20 anos.

**Discussão:** A lavagem nasal é uma prática comum no tratamento de condições como rinite alérgica e rinossinusite, e a escolha dos dispositivos e soluções utilizados pode ter um impacto financeiro significativo na vida dos pacientes, além de influenciar no conforto, efetividade e risco de contaminação. Além do impacto financeiro, também é importante considerar o impacto ambiental, os dispositivos de louça e a solução caseira se destacam pela sua sustentabilidade, uma vez que não geram resíduos de dispositivos descartáveis a cada três meses, como ocorre com as opções comerciais. No entanto, é fundamental ressaltar que a preparação e o armazenamento da solução caseira exigem orientação adequada para garantir sua eficácia e segurança. Assim, esses achados têm implicações significativas para a prática médica e para os pacientes, especialmente considerando que uma parcela significativa dos pacientes para quem é prescrita a lavagem nasal diária está no sistema único de saúde (SUS).

**Conclusão:** A análise revela um impacto econômico considerável a longo prazo, e as opções mais econômicas e sustentáveis são os dispositivos de louça e a solução salina caseira. Portanto, a escolha dessas alternativas se mostra benéfica não apenas para os pacientes, mas também para o sistema único de saúde.

**Palavras-chave:** lavagem nasal;rinite;custo.

## Índice - Autores

| Nome                                   | Página |
|----------------------------------------|--------|
| ABNER DE OLIVEIRA GRIPP DONATO         | 986    |
| ADALBERTO ALVES MOREIRA NETO           | 113    |
| ADALBERTO ALVES MOREIRA NETO           | 115    |
| ADALBERTO ALVES MOREIRA NETO           | 117    |
| ADERSON EMANUEL SANTOS SOARES          | 281    |
| ADERSON EMANUEL SANTOS SOARES          | 357    |
| ADERSON EMANUEL SANTOS SOARES          | 995    |
| ADERVAL DOS SANTOS REIS                | 668    |
| ADERVAL DOS SANTOS REIS                | 695    |
| ADRIANA AZEVEDO CUNHA LEITE            | 550    |
| ADRIANA BURGOS SENNA LANDIM SAMPAIO    | 263    |
| ADRIANA BURGOS SENNA LANDIM SAMPAIO    | 264    |
| ADRIANA BURGOS SENNA LANDIM SAMPAIO    | 266    |
| ADRIANA BURGOS SENNA LANDIM SAMPAIO    | 267    |
| ADRIANA DE ANDRADE BATISTA MURASHIMA   | 7      |
| ADRIANA TORRES DA SILVA                | 109    |
| ADRIANA TORRES DA SILVA                | 742    |
| ADRIELE DEBORTOLI DA SILVA             | 313    |
| ADRIELY LAIS DE SOUZA PEREIRA          | 345    |
| ADYNA CRISTIANE GARDASZ DE OLIVEIRA    | 221    |
| AFONSO RAVANELLO MARIANTE              | 920    |
| AFRANIO JORGE DE ALBUQUERQUE MAGALHAES | 38     |
| AGATHA MOL MARCELO                     | 811    |
| AGENOR ALVES DE SOUZA JUNIOR           | 318    |
| AGNALDO RODRIGUES PEREIRA JUNIOR       | 426    |
| AGNEL TEIXEIRA DOS SANTOS JÚNIOR       | 173    |
| AGNEL TEIXEIRA DOS SANTOS JÚNIOR       | 349    |
| AGNEL TEIXEIRA DOS SANTOS JÚNIOR       | 923    |
| AGRICIO NUBIATO CRESPO                 | 282    |
| AGRICIO NUBIATO CRESPO                 | 306    |
| AGRICIO NUBIATO CRESPO                 | 327    |
| AGRICIO NUBIATO CRESPO                 | 328    |
| AGRICIO NUBIATO CRESPO                 | 337    |
| AIDA REGINA MONTEIRO DE ASSUNCAO       | 577    |
| AIRA MARIA BONFIM                      | 91     |
| AIRA MARIA BONFIM                      | 98     |
| ALAN RODRIGUES DE ALMEIDA PAIVA        | 713    |
| ALANA FERREIRA DE MELO                 | 13     |
| ALCYR ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR         | 684    |
| ALDA LINHARES DE FREITAS BORGES        | 482    |
| ALDA LINHARES DE FREITAS BORGES        | 608    |
| ALDO EDEN CASSOL STAMM                 | 51     |
| ALDO EDEN CASSOL STAMM                 | 685    |
| ALDO EDEN CASSOL STAMM                 | 899    |
| ALDO EDEN CASSOL STAMM                 | 67     |
| ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA              | 11     |

|                                          |      |
|------------------------------------------|------|
| ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA                | 125  |
| ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA                | 137  |
| ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA                | 206  |
| ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA                | 366  |
| ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA                | 775  |
| ÁLEF LAMARK ALVES BEZERRA                | 776  |
| ALEKSANDER MAGNUS COSTA JUNIOR           | 692  |
| ALEMER CORTAT DE QUEIROZ                 | 598  |
| ALEMER CORTAT DE QUEIROZ                 | 928  |
| ALESSANDRA LOLI                          | 17   |
| ALESSANDRA RODRIGUES DE CAMARGO          | 91   |
| ALESSANDRA RODRIGUES DE CAMARGO          | 98   |
| ALESSANDRO AKIO ITIKI AKAMINE            | 214  |
| ALESSANDRO TUNES BARROS                  | 99   |
| ALESSANDRO TUNES BARROS                  | 981  |
| ALESSON RODRIGO DOS SANTOS E SANTOS      | 836  |
| ALEX MIRANDA DE OLIVEIRA                 | 787  |
| ALEX MIRANDA DE OLIVEIRA                 | 836  |
| ALEX MIRANDA DE OLIVEIRA                 | 996  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 335  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 336  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 338  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 340  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 342  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 345  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 346  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 351  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 502  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 504  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 528  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 636  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 719  |
| ÁLEX WILKER ALVES SOARES                 | 908  |
| ALEXANDRA TORRES CORDEIRO LOPES DE SOUZA | 143  |
| ALEXANDRA TORRES CORDEIRO LOPES DE SOUZA | 849  |
| ALEXANDRA TORRES CORDEIRO LOPES DE SOUZA | 885  |
| ALEXANDRE AUGUSTO FERNANDES              | 320  |
| ALEXANDRE AUGUSTO FERNANDES              | 647  |
| ALEXANDRE DANIEL TRIERWEILER DE ABREU    | 545  |
| ALEXANDRE FELIPPU NETO                   | 982  |
| ALEXANDRE FELIPPU NETO                   | 994  |
| ALEXANDRE HERCULANNO RIBERA MARCIÃO      | 636  |
| ALEXANDRE LOURY FRANÇA                   | 873  |
| ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT         | 69   |
| ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT         | 237  |
| ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT         | 373  |
| ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT         | 389  |
| ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT         | 402  |
| ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT         | 550  |
| ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT         | 712  |
| ALEXANDRE WADY DEBES FELIPPU             | 1000 |

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| ALEXANDRE WADY DEBES FELIPPU      | 1001 |
| ALEXANDRE YUGO HOLAYAMA ALVARENGA | 717  |
| ALFREDO VIEIRA BERNARDO           | 153  |
| ALFREDO VIEIRA BERNARDO           | 155  |
| ALFREDO VIEIRA BERNARDO           | 356  |
| ALFREDO VIEIRA BERNARDO           | 701  |
| ALFREDO VIEIRA BERNARDO           | 707  |
| ALFREDO VIEIRA BERNARDO           | 710  |
| ALFREDO VIEIRA BERNARDO           | 865  |
| ALFREDO VIEIRA BERNARDO           | 870  |
| ALFREDO VIEIRA BERNARDO           | 880  |
| ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA   | 76   |
| ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA   | 78   |
| ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA   | 841  |
| ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA   | 862  |
| ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA   | 960  |
| ALICE DE SÁ GONTIJO               | 211  |
| ALICE DE SÁ GONTIJO               | 325  |
| ALICE DE SÁ GONTIJO               | 526  |
| ALICE DE SÁ GONTIJO               | 530  |
| ALICE DE SÁ GONTIJO               | 711  |
| ALICE DE SÁ GONTIJO               | 891  |
| ALICE DE SÁ GONTIJO               | 895  |
| ALICE DE SÁ GONTIJO               | 896  |
| ALICE LANG SILVA                  | 670  |
| ALICE LANG SILVA                  | 671  |
| ALICE LANG SILVA                  | 672  |
| ALICE MARIA SILVA CAVALCANTE      | 613  |
| ALICE MARIA SILVA CAVALCANTE      | 893  |
| ALICE PEREIRA FERREIRA            | 42   |
| ALICE PEREIRA FERREIRA            | 72   |
| ALICE PEREIRA FERREIRA            | 513  |
| ALICE PIRES DA ROCHA FONTAN       | 124  |
| ALICE PIRES DA ROCHA FONTAN       | 273  |
| ALICE WERNECK SILVA               | 189  |
| ALICE WERNECK SILVA               | 720  |
| ALICE WERNECK SILVA               | 723  |
| ALICE WERNECK SILVA               | 913  |
| ALICE WERNECK SILVA               | 939  |
| ALICE WERNECK SILVA               | 965  |
| ALÍCIA BATISTA DE ALMEIDA BARBOSA | 129  |
| ALIK ANTUNES BESERRA              | 214  |
| ALINE BAGGIO PEREIRA              | 238  |
| ALINE BARBOSA MAIA                | 87   |
| ALINE BARBOSA MAIA                | 581  |
| ALINE BARBOSA MAIA                | 582  |
| ALINE BARBOSA MAIA                | 903  |
| ALINE BARBOSA MAIA                | 916  |
| ALINE BATISTA LOPES               | 465  |
| ALINE BATISTA LOPES               | 520  |
| ALINE BATISTA LOPES               | 837  |



|                                 |      |
|---------------------------------|------|
| ALINE BATISTA LOPES             | 892  |
| ALINE BATISTA LOPES             | 906  |
| ALINE BATISTA LOPES             | 949  |
| ALINE BRUNO FIGUEIREDO          | 48   |
| ALINE DA SILVA PAULA            | 597  |
| ALINE DA SILVA PAULA            | 741  |
| ALINE DA SILVA PAULA            | 750  |
| ALINE DA SILVA PAULA            | 987  |
| ALINE DOS SANTOS CORRÊA         | 319  |
| ALINE DOS SANTOS CORRÊA         | 453  |
| ALINE DOS SANTOS CORRÊA         | 809  |
| ALINE DOS SANTOS CORRÊA         | 874  |
| ALINE EMER FAIM                 | 598  |
| ALINE EMER FAIM                 | 986  |
| ALINE FERNANDES BASSÔTO         | 414  |
| ALINE GOMES BITTENCOURT         | 382  |
| ALINE LAMOUNIER GONÇALVES       | 761  |
| ALINE LAMOUNIER GONÇALVES       | 877  |
| ALINE RADUAN IACOVONE           | 297  |
| ALINE RADUAN IACOVONE           | 421  |
| ALINE RADUAN IACOVONE           | 424  |
| ALINE RADUAN IACOVONE           | 427  |
| ALINE SANTANA NASCIMENTO        | 20   |
| ALINE SILVA SCALZER             | 275  |
| ALISSON DOS ANJOS SANTOS        | 963  |
| ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA | 156  |
| ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA | 309  |
| ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA | 498  |
| ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA | 533  |
| ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA | 887  |
| ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA | 983  |
| ALLAN GALANTI ZARPELON          | 479  |
| ALLAN GALANTI ZARPELON          | 917  |
| ALOMA JACOBI DALLA LANA         | 324  |
| ALOMA JACOBI DALLA LANA         | 331  |
| ALONÇO DA CUNHA VIANA JUNIOR    | 646  |
| ALONSO ALVES PEREIRA NETO       | 545  |
| ALONSO GOMES DE MENEZES NETO    | 325  |
| ALONSO GOMES DE MENEZES NETO    | 895  |
| ALONSO GOMES DE MENEZES NETO    | 896  |
| ALONSO GOMES DE MENEZES NETO    | 1009 |
| ALUISIO MARTINS JUNIOR          | 368  |
| ALVARO SIQUEIRA DA SILVA        | 340  |
| ALVARO SIQUEIRA DA SILVA        | 342  |
| ALVARO SIQUEIRA DA SILVA        | 346  |
| AMÁBILLE DE OLIVEIRA MARTINS    | 545  |
| AMADEU JOSÉ RODRIGUES QUEIROZ   | 212  |
| AMANDA ALMEIDA AGUIAR           | 97   |
| AMANDA ALMEIDA AGUIAR           | 180  |
| AMANDA ALMEIDA AGUIAR           | 182  |
| AMANDA ALMEIDA AGUIAR           | 183  |

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| AMANDA ALMEIDA AGUIAR             | 236  |
| AMANDA ALMEIDA AGUIAR             | 514  |
| AMANDA ALMEIDA AGUIAR             | 536  |
| AMANDA ALMEIDA AGUIAR             | 544  |
| AMANDA ALMEIDA AGUIAR             | 650  |
| AMANDA ALMEIDA AGUIAR             | 729  |
| AMANDA ALMEIDA AGUIAR             | 746  |
| AMANDA ANDRAUS SIMONIAN           | 31   |
| AMANDA ANDRAUS SIMONIAN           | 81   |
| AMANDA ANDRAUS SIMONIAN           | 409  |
| AMANDA ANDRAUS SIMONIAN           | 551  |
| AMANDA ANDRAUS SIMONIAN           | 795  |
| AMANDA AZEVEDO                    | 116  |
| AMANDA AZEVEDO                    | 303  |
| AMANDA AZEVEDO                    | 767  |
| AMANDA AZEVEDO                    | 856  |
| AMANDA BALLARIN DIAS              | 508  |
| AMANDA BERNARDES FONSECA SILVEIRA | 982  |
| AMANDA BERNARDES FONSECA SILVEIRA | 992  |
| AMANDA BERNARDES FONSECA SILVEIRA | 994  |
| AMANDA BERNARDES FONSECA SILVEIRA | 999  |
| AMANDA BERNARDES FONSECA SILVEIRA | 1000 |
| AMANDA BERNARDES FONSECA SILVEIRA | 1001 |
| AMANDA BORGES NUNES XIMENES       | 300  |
| AMANDA BRANDÃO PITA               | 20   |
| AMANDA BRANDÃO SOARES             | 343  |
| AMANDA BRANDÃO SOARES             | 733  |
| AMANDA CANARIO ANDRADE AZEVEDO    | 72   |
| AMANDA CAON MORIOKA               | 234  |
| AMANDA CARVALHO VILLA DE CAMARGO  | 230  |
| AMANDA CARVALHO VILLA DE CAMARGO  | 784  |
| AMANDA DE GÓIS CARVALHO SILVA     | 821  |
| AMANDA FALKENBACH TENIUS          | 688  |
| AMANDA FREITAS VALENTIM           | 626  |
| AMANDA GABRIELA PEREIRA RAMOS     | 486  |
| AMANDA HATSUE SANTANA ENDO        | 463  |
| AMANDA JAYNE GUEDES RISUENHO      | 417  |
| AMANDA LARISSA KADOR ROLIM        | 172  |
| AMANDA LARISSA KADOR ROLIM        | 179  |
| AMANDA LARISSA KADOR ROLIM        | 210  |
| AMANDA LARISSA KADOR ROLIM        | 466  |
| AMANDA LARISSA KADOR ROLIM        | 911  |
| AMANDA MARTINS PEREIRA PITTA      | 692  |
| AMANDA MARTINS PEREIRA PITTA      | 759  |
| AMANDA MARTINS PEREIRA PITTA      | 886  |
| AMANDA MELIM BENTO                | 406  |
| AMANDA NAIARA BARBON DE ALMEIDA   | 26   |
| AMANDA NAIARA BARBON DE ALMEIDA   | 751  |
| AMANDA NICHELE                    | 334  |
| AMANDA THIEMY MANO SHIMOHIRA      | 120  |
| AMANDA THIEMY MANO SHIMOHIRA      | 178  |

|                                        |      |
|----------------------------------------|------|
| AMANDA THIEMY MANO SHIMOHIRA           | 219  |
| AMANDA THIEMY MANO SHIMOHIRA           | 756  |
| AMANDA ZANFERRARI                      | 177  |
| AMANDA ZANFERRARI                      | 1013 |
| AMAURY DE MACHADO GOMES                | 704  |
| AMÉRICO CARNELLI BONATTO               | 924  |
| AMÉRICO RUBENS LEITE DOS SANTOS        | 384  |
| ANA BEATRIZ CARDOSO PEREIRA            | 17   |
| ANA BEATRIZ CARDOSO PEREIRA            | 204  |
| ANA BEATRIZ CARDOSO PEREIRA            | 481  |
| ANA BEATRIZ DE ANDRADE BARROS          | 217  |
| ANA BEATRIZ DE ANDRADE BARROS          | 252  |
| ANA BEATRIZ DE ANDRADE BARROS          | 754  |
| ANA BEATRIZ DE MELO CALADO             | 546  |
| ANA BEATRIZ MENDES DEIRÓ               | 194  |
| ANA BEATRIZ MINEU COSTA MARQUES        | 592  |
| ANA BEATRIZ SILVESTRI RIBEIRO          | 606  |
| ANA CAROLINA BUZZI MORAIS              | 810  |
| ANA CAROLINA CAVALCANTI ACCIOLY        | 284  |
| ANA CAROLINA CAVALCANTI ACCIOLY        | 431  |
| ANA CAROLINA CAVALCANTI ACCIOLY        | 771  |
| ANA CAROLINA CAVALCANTI ACCIOLY        | 1017 |
| ANA CAROLINA DAMASCENO CORREA          | 550  |
| ANA CAROLINA DAMASCENO CORRÊA          | 389  |
| ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS         | 88   |
| ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS         | 90   |
| ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS         | 132  |
| ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS         | 285  |
| ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS         | 393  |
| ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS         | 556  |
| ANA CAROLINA DO VALLE DORNELAS         | 558  |
| ANA CAROLINA FERNANDES DE OLIVEIRA     | 649  |
| ANA CAROLINA FERNANDES DE OLIVEIRA     | 851  |
| ANA CAROLINA FERNANDES DE OLIVEIRA     | 861  |
| ANA CAROLINA OLIVEIRA MENDONÇA         | 706  |
| ANA CAROLINA PIRES DE MELLO DE AZEVEDO | 472  |
| ANA CAROLINA ROBADELO DA SILVA FREIRE  | 116  |
| ANA CAROLINA ROBADELO DA SILVA FREIRE  | 303  |
| ANA CAROLINA ROBADELO DA SILVA FREIRE  | 856  |
| ANA CAROLINA RODRIGUES LADO            | 299  |
| ANA CAROLINA RODRIGUES LADO            | 575  |
| ANA CAROLINA RODRIGUES PEREIRA         | 844  |
| ANA CAROLINA RODRIGUES PEREIRA         | 948  |
| ANA CAROLINA SOARES SUCCAR             | 113  |
| ANA CAROLINA SOARES SUCCAR             | 115  |
| ANA CAROLINA SOARES SUCCAR             | 117  |
| ANA CAROLINA SOARES SUCCAR             | 821  |
| ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO             | 164  |
| ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO             | 449  |
| ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO             | 483  |
| ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO             | 579  |

|                                                 |     |
|-------------------------------------------------|-----|
| ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO                      | 798 |
| ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO                      | 827 |
| ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO                      | 829 |
| ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO                      | 831 |
| ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO                      | 888 |
| ANA CLARA CARDOSO MARQUEZ                       | 514 |
| ANA CLARA MAIA SEMEN                            | 679 |
| ANA CLARA MAIA SEMEN                            | 680 |
| ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES                      | 253 |
| ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES                      | 255 |
| ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES                      | 256 |
| ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES                      | 257 |
| ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES                      | 258 |
| ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES                      | 259 |
| ANA CLÁUDIA GHIRALDI ALVES                      | 261 |
| ANA CLAUDIA MONDINI RIBEIRO                     | 363 |
| ANA CRISTINA COELHO DAL RIO TEIXEIRA            | 114 |
| ANA CRISTINA CÔRTEZ GAMA                        | 626 |
| ANA CRISTINA COSTA MARTINS                      | 189 |
| ANA CRISTINA COSTA MARTINS                      | 435 |
| ANA CRISTINA COSTA MARTINS                      | 443 |
| ANA CRISTINA COSTA MARTINS                      | 462 |
| ANA CRISTINA COSTA MARTINS                      | 720 |
| ANA CRISTINA COSTA MARTINS                      | 723 |
| ANA CRISTINA COSTA MARTINS                      | 894 |
| ANA CRISTINA COSTA MARTINS                      | 913 |
| ANA CRISTINA COSTA MARTINS                      | 939 |
| ANA CRISTINA COSTA MARTINS                      | 965 |
| ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO                     | 93  |
| ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO                     | 95  |
| ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO                     | 135 |
| ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO                     | 312 |
| ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO                     | 332 |
| ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO; DIANA KEUN SOO KIM | 86  |
| ANA ELISA MOTA MAGALHÃES SANTANA                | 333 |
| ANA ELISA MOTA MAGALHÃES SANTANA                | 369 |
| ANA ELISA VASCONCELOS                           | 92  |
| ANA ELIZA GARCIA                                | 105 |
| ANA ELIZA GARCIA                                | 112 |
| ANA ELIZA GARCIA                                | 235 |
| ANA ELIZA GARCIA                                | 490 |
| ANA ELIZA GARCIA                                | 510 |
| ANA ELIZA GARCIA                                | 900 |
| ANA ELIZA GARCIA                                | 901 |
| ANA ELIZA RIBEIRO SAMIA                         | 742 |
| ANA ESTER SILVA PRATES CARIGÉ                   | 595 |
| ANA ESTER SILVA PRATES CARIGÉ                   | 664 |
| ANA FLAVIA BURQUE BORDINASSI                    | 398 |
| ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS                       | 35  |
| ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS                       | 63  |
| ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS                       | 269 |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS          | 270 |
| ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS          | 316 |
| ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS          | 344 |
| ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS          | 422 |
| ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS          | 667 |
| ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS          | 758 |
| ANA GUIMARÃES                      | 360 |
| ANA JÚLIA FERNANDES                | 991 |
| ANA JULIA RODRIGUES FERREIRA       | 718 |
| ANA JULIA RODRIGUES FERREIRA       | 937 |
| ANA JULIA RODRIGUES FERREIRA       | 957 |
| ANA JULIA RODRIGUES FERREIRA       | 964 |
| ANA JÚLIA TIBOLA                   | 573 |
| ANA LARA PINHEIRO MARCO            | 769 |
| ANA LARA PINHEIRO MARCO            | 770 |
| ANA LETÍCIA VIEIRA SANTOS          | 313 |
| ANA LÚCIA CHUNG CARAVANTE          | 301 |
| ANA LÚCIA CHUNG CARAVANTE          | 784 |
| ANA LUIZA CAMARGO                  | 640 |
| ANA LUIZA CAMARGO                  | 696 |
| ANA LUIZA CAMARGO                  | 708 |
| ANA LUIZA CAMARGO                  | 966 |
| ANA LUIZA DE BORTOLI DE PAULA      | 51  |
| ANA LUIZA DE BORTOLI DE PAULA      | 67  |
| ANA LUIZA DE BORTOLI DE PAULA      | 685 |
| ANA LUIZA DE BORTOLI DE PAULA      | 899 |
| ANA LUIZA FARIA DIAS               | 233 |
| ANA LUIZA FARIA DIAS               | 413 |
| ANA LUIZA FARIA DIAS               | 442 |
| ANA LUIZA FARIA DIAS               | 585 |
| ANA LUIZA FARIA DIAS               | 951 |
| ANA LUIZA FARIA DIAS               | 953 |
| ANA LUIZA NOVAES DE OLIVEIRA       | 275 |
| ANA LUIZA PAPI KASEMODEL DE ARAUJO | 465 |
| ANA LUIZA PERES CARDIM             | 405 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 335 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 336 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 338 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 340 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 342 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 345 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 346 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 351 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 502 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 504 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 528 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 636 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 719 |
| ANA LUIZA PINTO FREIRE             | 908 |
| ANA LUIZA SOUZA SANTANA            | 20  |
| ANA PAULA BRANDAO SILVA            | 230 |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| ANA PAULA BRANDAO SILVA           | 301 |
| ANA PAULA BRANDAO SILVA           | 784 |
| ANA PAULA DE SOUZA LIMA           | 84  |
| ANA PAULA DE SOUZA LIMA           | 89  |
| ANA PAULA DE SOUZA LIMA           | 646 |
| ANA PAULA DE SOUZA LIMA           | 925 |
| ANA PAULA DIAS SOUTO SCHMITZ      | 163 |
| ANA PAULA DIAS SOUTO SCHMITZ      | 171 |
| ANA PAULA DIAS SOUTO SCHMITZ      | 547 |
| ANA PAULA MARQUES MACHADO         | 287 |
| ANA PAULA MARQUES MACHADO         | 780 |
| ANA PAULA MARQUES MACHADO         | 988 |
| ANA PAULA MEIRA GOMES DE CARVALHO | 217 |
| ANA PAULA MEIRA GOMES DE CARVALHO | 725 |
| ANA PAULA MELO DE JESUS           | 636 |
| ANA PAULA PERIN MAIA DA SILVA     | 987 |
| ANA PAULA RIBEIRO REIS            | 986 |
| ANA PAULA YUMI KIMURA             | 129 |
| ANA RITA REGIS BORGES             | 39  |
| ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO   | 156 |
| ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO   | 309 |
| ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO   | 498 |
| ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO   | 533 |
| ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO   | 887 |
| ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO   | 983 |
| ANABEL VALE FONSECA               | 739 |
| ANÁLIA PEREIRA MARQUES SANTOS     | 752 |
| ANALUIZA MARTINS MOREIRA GOMES    | 299 |
| ANALUIZA MARTINS MOREIRA GOMES    | 575 |
| ANANDA DUTRA DA COSTA             | 693 |
| ANDRÉ AFONSO NIMTZ RODRIGUES      | 133 |
| ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES       | 164 |
| ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES       | 483 |
| ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES       | 798 |
| ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES       | 827 |
| ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES       | 831 |
| ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES       | 888 |
| ANDRÉ ANTONGIOVANNI SALLUM        | 718 |
| ANDRÉ ANTONGIOVANNI SALLUM        | 937 |
| ANDRÉ ANTONGIOVANNI SALLUM        | 957 |
| ANDRÉ ANTONGIOVANNI SALLUM        | 964 |
| ANDRÉ ARMANI                      | 149 |
| ANDRÉ ARMANI                      | 783 |
| ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO         | 290 |
| ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO         | 302 |
| ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO         | 318 |
| ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO         | 375 |
| ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO         | 819 |
| ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO         | 934 |
| ANDRE DE CAMPOS DUPRAT            | 314 |
| ANDRÉ DE OLIVEIRA REIS            | 124 |

|                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| ANDRÉ DE OLIVEIRA REIS               | 273  |
| ANDRE GUSTAVO DE PAULA ALVARENGA     | 910  |
| ANDRÉ LIMA VALENTE                   | 156  |
| ANDRÉ LIMA VALENTE                   | 533  |
| ANDRÉ LIMA VALENTE                   | 983  |
| ANDRÉ LOPES LACERDA SALES            | 311  |
| ANDRÉ LUÍS ERRERA DE FREITAS PEREIRA | 1003 |
| ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA            | 104  |
| ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA            | 491  |
| ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA            | 589  |
| ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA            | 697  |
| ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA            | 722  |
| ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA            | 918  |
| ANDRÉ LUIS SHINOHARA                 | 519  |
| ANDRÉ LUIZ DEL'ARCO                  | 570  |
| ANDRE LUIZ MAION CASARIM             | 133  |
| ANDRE LUIZ MAION CASARIM             | 801  |
| ANDRE LUIZ MONTEIRO CAVALCANTE       | 827  |
| ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA        | 11   |
| ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA        | 125  |
| ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA        | 137  |
| ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA        | 206  |
| ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA        | 366  |
| ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA        | 775  |
| ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA        | 776  |
| ANDRE RICARDO MERKLE                 | 144  |
| ANDRE RICARDO MERKLE                 | 145  |
| ANDRE RICARDO MERKLE                 | 292  |
| ANDRE RICARDO MERKLE                 | 408  |
| ANDRE RICARDO MERKLE                 | 615  |
| ANDRE RICARDO MERKLE                 | 753  |
| ANDRÉ ROBERTO MOZZINI                | 177  |
| ANDRE WADY DEBES FELIPPU             | 992  |
| ANDRE WADY DEBES FELIPPU             | 999  |
| ANDRÉ ZANETTE DUTRA                  | 899  |
| ANDREA CAMPOS DE OLIVEIRA AMARAL     | 582  |
| ANDRÉA RODRIGUES MOTTA               | 626  |
| ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA           | 12   |
| ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA           | 160  |
| ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA           | 166  |
| ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA           | 170  |
| ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA           | 174  |
| ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA           | 577  |
| ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA           | 832  |
| ANDREIA ARDEVINO DE OLIVEIRA         | 598  |
| ANDRÉIA ROBERTA SILVA E SOUZA        | 251  |
| ANDRÉIA ROBERTA SILVA E SOUZA        | 626  |
| ANDRÉIA ROBERTA SILVA E SOUZA        | 758  |
| ANDRESSA PECORARI                    | 277  |
| ANDRESSA ALENCAR SOUSA               | 341  |
| ANDRESSA ALENCAR SOUSA               | 506  |



|                                                   |      |
|---------------------------------------------------|------|
| ANDRESSA ALENCAR SOUSA                            | 532  |
| ANDRESSA ALENCAR SOUSA                            | 534  |
| ANDRESSA ALENCAR SOUSA                            | 538  |
| ANDRESSA ALENCAR SOUSA                            | 541  |
| ANDRESSA ALENCAR SOUSA                            | 740  |
| ANDRESSA ALENCAR SOUSA                            | 744  |
| ANDRESSA ALENCAR SOUSA                            | 967  |
| ANDRESSA ALENCAR SOUSA                            | 979  |
| ANDRESSA ALENCAR SOUSA                            | 1010 |
| ANDRESSA RIBEIRO SILVA                            | 378  |
| ANDREW P. LANE                                    | 990  |
| ANDREZA VIRE TONON                                | 763  |
| ANDREZZA CRISTINA RIBEIRO LIMA                    | 185  |
| ANDRIELLE MIOZZO SOARES                           | 495  |
| ANDY DE OLIVEIRA VICENTE                          | 184  |
| ANDY DE OLIVEIRA VICENTE                          | 364  |
| ANDY DE OLIVEIRA VICENTE                          | 365  |
| ANDY DE OLIVEIRA VICENTE                          | 436  |
| ANDY DE OLIVEIRA VICENTE                          | 438  |
| ANDY DE OLIVEIRA VICENTE                          | 440  |
| ANDY DE OLIVEIRA VICENTE                          | 475  |
| ANDY DE OLIVEIRA VICENTE                          | 802  |
| ANELISE PINHEIRO PAIVA                            | 862  |
| ANGELA CRISTINA GOMES                             | 73   |
| ANGELA CRISTINA GOMES                             | 404  |
| ANGELA CRISTINA GOMES                             | 852  |
| ANGELA REGO                                       | 569  |
| ANGELA REGO                                       | 576  |
| ANGELA RUBIA OLIVEIRA SILVEIRA                    | 484  |
| ANGELA RUBIA OLIVEIRA SILVEIRA                    | 489  |
| ÂNGELA RÚBIA OLIVEIRA SILVEIRA                    | 536  |
| ÂNGELA RÚBIA OLIVEIRA SILVEIRA                    | 544  |
| ANGÉLICA COSTA LEPESQUEUR                         | 584  |
| ANGELICA CRISTINA PEZZIN                          | 151  |
| ANGELICA CRISTINA PEZZIN                          | 293  |
| ANGELICA CRISTINA PEZZIN                          | 294  |
| ANJU T PETERS                                     | 789  |
| ANNA BEATRIZ VILAS BOAS MOREIRA                   | 631  |
| ANNA CARLA SILVA DA COSTA                         | 745  |
| ANNA CAROLYNE ALVES DE LIMA                       | 950  |
| ANNA CRISTINA SILVESTRI NOBRE                     | 470  |
| ANNA CRISTINA SILVESTRI NOBRE                     | 516  |
| ANNA CRISTINA SILVESTRI NOBRE                     | 876  |
| ANNA KAROLYNA RODRIGUES CUNHA                     | 609  |
| ANNA KAROLYNA RODRIGUES CUNHA                     | 619  |
| ANNA KAROLYNA RODRIGUES CUNHA                     | 927  |
| ANNA LUISA PEREIRA E SILVA                        | 313  |
| ANNA LUIZA FRAZZON TEIXEIRA                       | 324  |
| ANNA LUIZA FRAZZON TEIXEIRA                       | 331  |
| ANNA LUIZA FRAZZON TEIXEIRA                       | 645  |
| ANNE LOUISE TORTATO DUARTE COSTA BARTH COSTAMILAN | 57   |

|                                        |      |
|----------------------------------------|------|
| ANNINE SOARES DE SOUZA                 | 184  |
| ANNINE SOARES DE SOUZA                 | 283  |
| ANNINE SOARES DE SOUZA                 | 385  |
| ANNINE SOARES DE SOUZA                 | 689  |
| ANNINE SOARES DE SOUZA                 | 802  |
| ANSELMO VAGNER DA SILVA                | 169  |
| ANSELMO VAGNER DA SILVA                | 413  |
| ANSELMO VAGNER DA SILVA                | 442  |
| ANSELMO VAGNER DA SILVA                | 953  |
| ANSELMO VAGNER DA SILVA                | 958  |
| ANTONELLA IRENE BELLEZZA               | 161  |
| ANTONELLA IRENE BELLEZZA               | 168  |
| ANTONELLA IRENE BELLEZZA               | 177  |
| ANTONELLA IRENE BELLEZZA               | 1013 |
| ANTONIO BARTOLOMEU DIAS JUNIOR         | 878  |
| ANTONIO CARLOS CEDIN                   | 230  |
| ANTONIO FERNANDO SALAROLI              | 73   |
| ANTONIO FERNANDO SALAROLI              | 404  |
| ANTÔNIO GUILHERME DO PAÇO BAYLÃO       | 89   |
| ANTÔNIO JOSÉ DE CARVALHO NETO          | 668  |
| ANTÔNIO JOSÉ DE CARVALHO NETO          | 695  |
| ANTONIO LOBO DE REZENDE NETO           | 325  |
| ANTONIO PEDRO DO NASCIMENTO            | 907  |
| ANTONIO PEDRO DO NASCIMENTO            | 946  |
| ANTONIO VINICIUS MARTINS LIMA          | 879  |
| AQUILES FIGUEIREDO LEAL                | 431  |
| ARIADNE AYUMI SAKASHITA                | 191  |
| ARIADNE AYUMI SAKASHITA                | 1002 |
| ARIANA ALVES DE CASTRO SALLES          | 219  |
| ARIANA LEAL BORGES DA CRUZ             | 244  |
| ARMANDA DE OLIVEIRA PACHE DE FARIA     | 582  |
| ARNALDO GUILHERME BRAGA TAMISO         | 953  |
| ARTHUR ANTONINO DA SILVA NUNES         | 899  |
| ARTHUR AUGUSTO MONTEIRO GARRIDO SANTOS | 194  |
| ARTHUR CAVALCANTE LOPES                | 293  |
| ARTHUR FERREIRA DE OLIVEIRA            | 156  |
| ARTHUR FERREIRA DE OLIVEIRA            | 309  |
| ARTHUR FERREIRA DE OLIVEIRA            | 498  |
| ARTHUR FERREIRA DE OLIVEIRA            | 533  |
| ARTHUR FERREIRA DE OLIVEIRA            | 887  |
| ARTHUR FERREIRA DE OLIVEIRA            | 983  |
| ARTHUR JOSE ROQUE CRUZ                 | 323  |
| ARTHUR JOSE ROQUE CRUZ                 | 501  |
| ARTHUR JOSE ROQUE CRUZ                 | 623  |
| ARTHUR JOSE ROQUE CRUZ                 | 655  |
| ARTHUR LOPES DIAS                      | 61   |
| ARTHUR MACEDO DE GUSMÃO CANUTO         | 527  |
| ARTHUR MENINO CASTILHO                 | 406  |
| ARTHUR MENINO CASTILHO                 | 439  |
| ARTHUR MENINO CASTILHO                 | 500  |
| ARTHUR MENINO CASTILHO                 | 501  |

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ        | 144 |
| ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ        | 154 |
| ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ        | 274 |
| ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ        | 295 |
| ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ        | 372 |
| ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ        | 518 |
| ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ        | 580 |
| ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ        | 615 |
| ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ        | 973 |
| ÁRTHUR UREL                             | 204 |
| ÁRTHUR UREL                             | 481 |
| ARTUR GRINFELD                          | 243 |
| ARTUR GRINFELD                          | 247 |
| ARTUR KOERIG SCHUSTER                   | 503 |
| ARTUR KOERIG SCHUSTER                   | 529 |
| ARYANE MARCONDES REZENDE                | 508 |
| ARYANNE SILVA BARROS VIEIRA             | 774 |
| ATILIO MAXIMINO FERNANDES               | 58  |
| ATILIO MAXIMINO FERNANDES               | 120 |
| ATILIO MAXIMINO FERNANDES               | 212 |
| ATILIO MAXIMINO FERNANDES               | 219 |
| ATILIO MAXIMINO FERNANDES               | 657 |
| ATILIO MAXIMINO FERNANDES               | 727 |
| ATILIO MAXIMINO FERNANDES               | 756 |
| ATILIO MAXIMINO FERNANDES               | 935 |
| ATILIO MAXIMINO FERNANDES               | 43  |
| AUDRYO OLIVEIRA NOGUEIRA                | 375 |
| AUGUSTO CESAR LIMA                      | 189 |
| AUGUSTO CESAR LIMA                      | 913 |
| AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES | 336 |
| AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES | 338 |
| AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES | 342 |
| AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES | 346 |
| AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES | 528 |
| AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES | 636 |
| AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES | 719 |
| AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES | 908 |
| AURENZO GONÇALVES MOCELIN               | 27  |
| AURENZO GONÇALVES MOCELIN               | 154 |
| AURENZO GONÇALVES MOCELIN               | 292 |
| AURENZO GONÇALVES MOCELIN               | 348 |
| AURENZO GONÇALVES MOCELIN               | 408 |
| AURENZO GONÇALVES MOCELIN               | 518 |
| AURENZO GONÇALVES MOCELIN               | 567 |
| AURENZO GONÇALVES MOCELIN               | 753 |
| AURENZO GONÇALVES MOCELIN               | 973 |
| AXEL VOELKER                            | 8   |
| BÁRBARA ALENCAR SOARES FONSECA          | 165 |
| BÁRBARA CATARINY SANTOS MOURELHE        | 16  |
| BÁRBARA DANTAS MARQUES OLIVEIRA         | 787 |
| BÁRBARA DANTAS MARQUES OLIVEIRA         | 996 |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| BÁRBARA RIBEIRO DE BELMONT FONSECA | 517 |
| BÁRBARA ROCIO DELATORRI LEITE      | 362 |
| BÁRBARA ROCIO DELATORRI LEITE      | 765 |
| BARBARA SOUZA LEÃO SANTIAGO        | 107 |
| BARBARA SOUZA LEÃO SANTIAGO        | 805 |
| BÁRBARA VIEIRA MOTTA               | 21  |
| BÁRBARA VIEIRA MOTTA               | 239 |
| BEATRICE HAASE CECCON              | 409 |
| BEATRICE HAASE CECCON              | 415 |
| BEATRICE HAASE CECCON              | 822 |
| BEATRICE HAASE CECCON              | 834 |
| BEATRICE HAASE CECCON              | 847 |
| BEATRIZ ALMEIDA SPERINI            | 73  |
| BEATRIZ ALMEIDA SPERINI            | 404 |
| BEATRIZ ALMEIDA SPERINI            | 852 |
| BEATRIZ ANTUNES PAZZINI            | 201 |
| BEATRIZ BATISTA ALVES SALGADO      | 933 |
| BEATRIZ BRAGA SILVA                | 290 |
| BEATRIZ BRAGA SILVA                | 302 |
| BEATRIZ BRAGA SILVA                | 318 |
| BEATRIZ BRAGA SILVA                | 375 |
| BEATRIZ BRAGA SILVA                | 819 |
| BEATRIZ BRAGA SILVA                | 934 |
| BEATRIZ COVICI BARROS              | 465 |
| BEATRIZ COVICI BARROS              | 520 |
| BEATRIZ COVICI BARROS              | 837 |
| BEATRIZ COVICI BARROS              | 892 |
| BEATRIZ COVICI BARROS              | 906 |
| BEATRIZ COVICI BARROS              | 949 |
| BEATRIZ DIB GAIARIM                | 822 |
| BEATRIZ DIB GAIARIM                | 825 |
| BEATRIZ FRANÇA CASTELLANO          | 867 |
| BEATRIZ FRANÇA CASTELLANO          | 868 |
| BEATRIZ LANÇA                      | 593 |
| BEATRIZ LANZA PAULI                | 24  |
| BEATRIZ LOPES BESSA                | 201 |
| BEATRIZ MARIA FONTANA              | 735 |
| BEATRIZ MOREIRA DE CASTILHO        | 973 |
| BEATRIZ NORONHA FERNANDES          | 982 |
| BEATRIZ NORONHA FERNANDES          | 994 |
| BEATRIZ OLIVEIRA LEIRIA DE ANDRADE | 38  |
| BEATRIZ REZENDE MONTEIRO           | 172 |
| BEATRIZ REZENDE MONTEIRO           | 179 |
| BEATRIZ REZENDE MONTEIRO           | 466 |
| BEATRIZ REZENDE MONTEIRO           | 911 |
| BEATRIZ ROCHA CUZZUOL              | 85  |
| BEATRIZ ROCHA CUZZUOL              | 454 |
| BEATRIZ ROCHA CUZZUOL              | 559 |
| BEATRIZ ROCHA CUZZUOL              | 790 |
| BEATRIZ ROCHA CUZZUOL              | 565 |
| BEATRIZ TRANCOSO SILVEIRA          | 981 |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| BEATRIZ VILLANO KRENTZ              | 822 |
| BEATRIZ VITORIA RIGON               | 718 |
| BEATRIZ VITORIA RIGON               | 937 |
| BEATRIZ VITORIA RIGON               | 957 |
| BEATRIZ VITORIA RIGON               | 964 |
| BENJAMIN TERRIER                    | 791 |
| BENTO BERILO LIMA RODRIGUES SEGUNDO | 446 |
| BERNARD SOCCOL BERALDIN             | 930 |
| BERNARDO SCARIOLI OLIVEIRA          | 713 |
| BERNHARD HELLMICH                   | 791 |
| BETÂNIA MARIA DA SILVA              | 280 |
| BETHINA SILVA BARRETO               | 172 |
| BETHINA SILVA BARRETO               | 179 |
| BETHINA SILVA BARRETO               | 210 |
| BETHINA SILVA BARRETO               | 466 |
| BETHINA SILVA BARRETO               | 911 |
| BIANCA COLACIOPPO OLIVEIRA AMANCIO  | 138 |
| BIANCA LINS SANTIAGO                | 107 |
| BIANCA NUNES PIMENTEL               | 564 |
| BIANCA QUAGLIOTO MARQUES            | 810 |
| BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO   | 237 |
| BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO   | 268 |
| BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO   | 286 |
| BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO   | 387 |
| BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO   | 389 |
| BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO   | 804 |
| BIANCA SOUSA DUARTE ROTOLI OLINTO   | 808 |
| BIBIANA LEIZER WALCHER              | 239 |
| BLYSE SARA SOUZA PIRES              | 583 |
| BLYSE SARA SOUZA PIRES              | 586 |
| BRANDA CAVALCANTE DOURADO           | 296 |
| BRANDA CAVALCANTE DOURADO           | 376 |
| BRANDA CAVALCANTE DOURADO           | 400 |
| BRANDA CAVALCANTE DOURADO           | 429 |
| BRANDA CAVALCANTE DOURADO           | 630 |
| BRANDA CAVALCANTE DOURADO           | 772 |
| BRANDA CAVALCANTE DOURADO           | 823 |
| BRANDA CAVALCANTE DOURADO           | 830 |
| BRANDA CAVALCANTE DOURADO           | 838 |
| BRANDA CAVALCANTE DOURADO           | 948 |
| BRANDA CAVALCANTE DOURADO           | 997 |
| BRENDA FERREIRA ROCHA               | 313 |
| BRENDA LISBOA CANA BRASIL           | 522 |
| BRENDA LUIZA CARVALHO               | 299 |
| BRENDA LUIZA CARVALHO               | 575 |
| BRENDA MARION MANZKE                | 624 |
| BRENDA MARION MANZKE                | 625 |
| BRENDA MENDES LEITE                 | 250 |
| BRENDA MENDES LEITE                 | 897 |
| BRENDA RODRIGUES TORRES FERREIRA    | 794 |
| BRENNNA CORRÊA ESTEVES              | 275 |

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| BRENNO AUGUSTO SEABRA DE MELLO NETTO | 924 |
| BRENO HENRIQUE VIEIRA ARAUJO         | 627 |
| BRENO LIMA DE ALMEIDA                | 272 |
| BRENO LIMA DE ALMEIDA                | 276 |
| BRENO LIMA DE ALMEIDA                | 278 |
| BRENO LIMA DE ALMEIDA                | 444 |
| BRENO LIMA DE ALMEIDA                | 479 |
| BRENO LIMA DE ALMEIDA                | 496 |
| BRENO LIMA DE ALMEIDA                | 511 |
| BRENO LIMA DE ALMEIDA                | 917 |
| BRISA JORGE SILVEIRA                 | 165 |
| BRUNA ALMEIDA SILVA                  | 601 |
| BRUNA ALMEIDA SILVA                  | 805 |
| BRUNA ASSIS RODRIGUES                | 585 |
| BRUNA BARATTO                        | 52  |
| BRUNA BARROS CAPITANI                | 339 |
| BRUNA CAMILO ROSA                    | 481 |
| BRUNA DE CASTRO DORNELAS             | 297 |
| BRUNA DE CASTRO DORNELAS             | 421 |
| BRUNA DE CASTRO DORNELAS             | 424 |
| BRUNA DE CASTRO DORNELAS             | 427 |
| BRUNA DINIZ MONTEIRO                 | 228 |
| BRUNA DOS REIS MENDES PEREIRA SILVA  | 475 |
| BRUNA DOS REIS MENDES PEREIRA SILVA  | 692 |
| BRUNA DOS REIS MENDES PEREIRA SILVA  | 759 |
| BRUNA DOS REIS MENDES PEREIRA SILVA  | 777 |
| BRUNA EDUARDA VERAS DA SILVA         | 14  |
| BRUNA EDUARDA VERAS DA SILVA         | 590 |
| BRUNA EDUARDA VERAS DA SILVA         | 687 |
| BRUNA EDUARDA VERAS DA SILVA         | 820 |
| BRUNA FERREIRA SILVA                 | 306 |
| BRUNA FERREIRA SILVA                 | 327 |
| BRUNA FERREIRA SILVA                 | 328 |
| BRUNA FERREIRA SILVA                 | 337 |
| BRUNA FIGUEIRA BRAGA                 | 84  |
| BRUNA FIGUEIRA BRAGA                 | 89  |
| BRUNA FIGUEIRA BRAGA                 | 646 |
| BRUNA FIGUEIRA BRAGA                 | 925 |
| BRUNA LINS CHIANCA                   | 527 |
| BRUNA MACEDO LÚCIO                   | 65  |
| BRUNA MACEDO LÚCIO                   | 66  |
| BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO         | 162 |
| BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO         | 456 |
| BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO         | 709 |
| BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO         | 826 |
| BRUNA PUPO                           | 291 |
| BRUNA PUPO                           | 476 |
| BRUNA PUPO                           | 507 |
| BRUNA PUPO                           | 617 |
| BRUNA PUPO                           | 638 |
| BRUNA PUPO                           | 824 |

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| BRUNA PUPO                        | 966  |
| BRUNA PUPO                        | 989  |
| BRUNA REZENDE TELLES              | 944  |
| BRUNA SOARES GAZZETTA             | 301  |
| BRUNA SOARES GAZZETTA             | 784  |
| BRUNA SOUZA MAGALHÃES             | 135  |
| BRUNA SOUZA MAGALHÃES             | 304  |
| BRUNA SOUZA MAGALHÃES             | 312  |
| BRUNA SOUZA MAGALHÃES             | 332  |
| BRUNA SOUZA MAGALHÃES             | 441  |
| BRUNA SOUZA MAGALHÃES             | 477  |
| BRUNA SOUZA MAGALHÃES             | 554  |
| BRUNA SOUZA MAGALHÃES             | 607  |
| BRUNA SOUZA MAGALHÃES             | 807  |
| BRUNNO LUIS BRUGNERA ORLANDO      | 368  |
| BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO | 86   |
| BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO | 93   |
| BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO | 332  |
| BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO | 554  |
| BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO | 607  |
| BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO | 872  |
| BRUNO BERNARDO DUARTE             | 104  |
| BRUNO BERNARDO DUARTE             | 589  |
| BRUNO BORGES TAGUCHI              | 214  |
| BRUNO CELESTINO DOS SANTOS        | 277  |
| BRUNO CERON HARTMANN              | 467  |
| BRUNO CERON HARTMANN              | 476  |
| BRUNO CERON HARTMANN              | 612  |
| BRUNO CERON HARTMANN              | 617  |
| BRUNO CERON HARTMANN              | 640  |
| BRUNO CERON HARTMANN              | 696  |
| BRUNO CERON HARTMANN              | 921  |
| BRUNO CERON HARTMANN              | 959  |
| BRUNO DE SIQUEIRA                 | 8    |
| BRUNO DE SIQUEIRA                 | 47   |
| BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS      | 353  |
| BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS      | 468  |
| BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS      | 539  |
| BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS      | 587  |
| BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS      | 998  |
| BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS      | 1018 |
| BRUNO MACHADO CUNHA               | 149  |
| BRUNO OLIVEIRA MENDES             | 1012 |
| BRUNO PESTANA GOMES               | 77   |
| BRUNO PESTANA GOMES               | 450  |
| BRUNO PESTANA GOMES               | 843  |
| BRUNO PESTANA GOMES               | 904  |
| BRUNO RAFAEL SABEL                | 91   |
| BRUNO RAFAEL SABEL                | 98   |
| BRUNO RAFAEL SABEL                | 101  |
| BRUNO RAFAEL SABEL                | 158  |



|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| BRUNO RAFAEL SABEL                 | 447 |
| BRUNO RAFAEL SABEL                 | 523 |
| BRUNO RAFAEL SABEL                 | 616 |
| BRUNO SIQUEIRA BELLINI             | 114 |
| BRUNO TEIXEIRA DE MORAES           | 353 |
| BRUNO THIEME LIMA                  | 419 |
| BRUNO THIEME LIMA                  | 480 |
| BRYSE KATHERYNE VIDAL MADOUNGOU    | 352 |
| BRYSE KATHERYNE VIDAL MADOUNGOU    | 724 |
| CAETANO J. COIMBRA                 | 540 |
| CAIO CACIQUINHO ANDRADE            | 752 |
| CAIO DE FREITAS MADRUGA            | 87  |
| CAIO DE FREITAS MADRUGA            | 459 |
| CAIO DE FREITAS MADRUGA            | 581 |
| CAIO DE FREITAS MADRUGA            | 582 |
| CAIO DE FREITAS MADRUGA            | 903 |
| CAIO DE FREITAS MADRUGA            | 916 |
| CAIO GOMES FLORIANO                | 872 |
| CAIO LUCAS PEREIRA QUEIRÓS         | 275 |
| CAIO MATEUS DA SILVA               | 100 |
| CAIO PEIXOTO QUEIROZ DE BUSTAMANTE | 150 |
| CAIO PEIXOTO QUEIROZ DE BUSTAMANTE | 571 |
| CAIO PEIXOTO QUEIROZ DE BUSTAMANTE | 625 |
| CAIO VINICIUS SAETTINI             | 301 |
| CAIO VINICIUS SAETTINI             | 784 |
| CAMILA ALVES COSTA SILVA           | 42  |
| CAMILA ARAUJO OLIVEIRA             | 268 |
| CAMILA ARAUJO OLIVEIRA             | 286 |
| CAMILA ARAUJO OLIVEIRA             | 373 |
| CAMILA ARAUJO OLIVEIRA             | 387 |
| CAMILA ARAUJO OLIVEIRA             | 389 |
| CAMILA ARAUJO OLIVEIRA             | 712 |
| CAMILA ARAUJO OLIVEIRA             | 804 |
| CAMILA ARAUJO OLIVEIRA             | 808 |
| CAMILA BALDISSERA                  | 562 |
| CAMILA BLOSS CORDOVA               | 437 |
| CAMILA BLOSS CORDOVA               | 703 |
| CAMILA BLOSS CORDOVA               | 867 |
| CAMILA BLOSS CORDOVA               | 868 |
| CAMILA BLOSS CORDOVA               | 873 |
| CAMILA BRUSAROSCO FERREIRA         | 279 |
| CAMILA BRUSAROSCO FERREIRA         | 380 |
| CAMILA BRUSAROSCO FERREIRA         | 381 |
| CAMILA DE GIACOMO CARNEIRO         | 598 |
| CAMILA DEGEN MEOTTI                | 922 |
| CAMILA JEBER GARCIA                | 450 |
| CAMILA JEBER GARCIA                | 574 |
| CAMILA LAÍS NERES DA SILVA LELES   | 947 |
| CAMILA MARIA VIEIRA                | 837 |
| CAMILA MARIA VIEIRA                | 906 |
| CAMILA MARTINS RICARTE             | 113 |

|                                                                       |      |
|-----------------------------------------------------------------------|------|
| CAMILA MARTINS RICARTE                                                | 115  |
| CAMILA MARTINS RICARTE                                                | 117  |
| CAMILA SCHREIBER BORTOLAZZA                                           | 188  |
| CAMILA SCHREIBER BORTOLAZZA                                           | 478  |
| CAMILA SCHREIBER BORTOLAZZA                                           | 938  |
| CAMILA SCHREIBER BORTOLAZZA                                           | 991  |
| CAMILA SEABRA DE OLIVEIRA                                             | 947  |
| CAMILA SUICA DO NASCIMENTO                                            | 743  |
| CAMILA VIEIRA DA FONSECA                                              | 1012 |
| CAMILLA CARVALHO MURTA BOTELHO                                        | 313  |
| CAMILLA MAGALHAES DE ALMEIDA GANEM                                    | 609  |
| CAMILLA MAGALHAES DE ALMEIDA GANEM                                    | 619  |
| CAMILLA MAGALHAES DE ALMEIDA GANEM                                    | 652  |
| CAMILLA MATOS PEDREIRA                                                | 45   |
| CAMILLA ROBERTA DE MELO LOBO BESSA                                    | 688  |
| CAMILO PESSI BRUMATTE                                                 | 84   |
| CAMYLE ROLIM SOUTO DE ANDRADE                                         | 38   |
| CAMYLE ROLIM SOUTO DE ANDRADE                                         | 159  |
| CANDICE MAGALHAES BORGES                                              | 110  |
| CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE ALTO GRAU EM NASOFARINGE: RELATO DE CASO | 849  |
| CARINA KAGUE HIGASHIBARA                                              | 184  |
| CARINA KAGUE HIGASHIBARA                                              | 433  |
| CARINA KAGUE HIGASHIBARA                                              | 728  |
| CARINA YURI FUSSUMA                                                   | 605  |
| CARINA YURI FUSSUMA                                                   | 622  |
| CARINA YURI FUSSUMA                                                   | 623  |
| CARINA YURI FUSSUMA                                                   | 635  |
| CARINA YURI FUSSUMA                                                   | 648  |
| CARINA YURI FUSSUMA                                                   | 655  |
| CARINA YURI FUSSUMA                                                   | 669  |
| CÁRITA LOPES MACÊDO                                                   | 28   |
| CÁRITA LOPES MACÊDO                                                   | 497  |
| CÁRITA LOPES MACÊDO                                                   | 542  |
| CÁRITA LOPES MACÊDO                                                   | 608  |
| CÁRITA LOPES MACÊDO                                                   | 969  |
| CÁRITA LOPES MACÊDO                                                   | 32   |
| CARLA ADRIANE LEITE MELLO                                             | 699  |
| CARLA CUENCA SCHWARTSMANN                                             | 936  |
| CARLA MIKAELA BRANDÃO SANTOS                                          | 698  |
| CARLA PIRES NOGUEIRA                                                  | 110  |
| CARLA PIRES NOGUEIRA                                                  | 197  |
| CARLOS ANTÔNIO CARVALHAES FILHO                                       | 668  |
| CARLOS AUGUSTO DE SOUSA BORBA                                         | 454  |
| CARLOS BARONE JUNIOR                                                  | 307  |
| CARLOS EDUARDO BORGES REZENDE                                         | 409  |
| CARLOS EDUARDO DANTAS DE MENEZES                                      | 473  |
| CARLOS EDUARDO DANTAS DE MENEZES                                      | 944  |
| CARLOS EDUARDO DOS SANTOS PEREIRA                                     | 351  |
| CARLOS EDUARDO DOS SANTOS PEREIRA                                     | 528  |
| CARLOS EDUARDO ROCHA MACEDO                                           | 138  |
| CARLOS HENRIQUE AMARO BRAVO BAPTISTA                                  | 757  |

|                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS        | 30   |
| CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS        | 151  |
| CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS        | 293  |
| CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS        | 294  |
| CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS        | 410  |
| CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS        | 411  |
| CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS        | 559  |
| CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS        | 790  |
| CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS        | 840  |
| CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS        | 956  |
| CARLOS HENRIQUE MACHADO SANTIAGO     | 733  |
| CARLOS HOHLENWERGER TAVARES          | 40   |
| CARLOS SEGUNDO PAIVA SOARES          | 204  |
| CARLOS TAKAHIRO CHONE                | 152  |
| CARLOS TAKAHIRO CHONE                | 157  |
| CARLOS TAKAHIRO CHONE                | 417  |
| CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO             | 172  |
| CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO             | 179  |
| CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO             | 210  |
| CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO             | 466  |
| CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO             | 911  |
| CAROLINA ALBINO WALTRICK             | 144  |
| CAROLINA ALVES FAGUNDES              | 779  |
| CAROLINA ALVES FAGUNDES              | 794  |
| CAROLINA ARCOVERDE DE OLIVEIRA       | 472  |
| CAROLINA BILICH QUEIROZ              | 701  |
| CAROLINA BILICH QUEIROZ              | 858  |
| CAROLINA BROTTTO DE AZEVEDO          | 986  |
| CAROLINA CINCURA BARRETO             | 990  |
| CAROLINA CINCURA BARRETO             | 996  |
| CAROLINA CINCURA BARRETO             | 186  |
| CAROLINA DA FONSECA BARBOSA CABRAL   | 743  |
| CAROLINA DAHER MATTOS                | 986  |
| CAROLINA DISCONZI DALLEGRAVE         | 160  |
| CAROLINA DISCONZI DALLEGRAVE         | 166  |
| CAROLINA DISCONZI DALLEGRAVE         | 170  |
| CAROLINA DISCONZI DALLEGRAVE         | 577  |
| CAROLINA LUZ SILVA                   | 631  |
| CAROLINA MARIA FONTES FERREIRA NADER | 1005 |
| CAROLINA OLIVER BRANDÃO              | 82   |
| CAROLINA OLIVER BRANDÃO              | 283  |
| CAROLINA OLIVER BRANDÃO              | 385  |
| CAROLINA OLIVER BRANDÃO              | 434  |
| CAROLINA OLIVER BRANDÃO              | 689  |
| CAROLINA OLIVER BRANDÃO              | 802  |
| CAROLINA OSHIRO YEH                  | 692  |
| CAROLINA OSHIRO YEH                  | 886  |
| CAROLINA POLIDORI AGUIAR             | 599  |
| CAROLINA PONTES LIMA                 | 685  |
| CAROLINA PONTES OLIVEIRA NUNES       | 619  |
| CAROLINA PONTES OLIVEIRA NUNES       | 652  |

|                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR  | 57   |
| CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR  | 154  |
| CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR  | 295  |
| CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR  | 408  |
| CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR  | 518  |
| CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR  | 753  |
| CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR  | 973  |
| CAROLINA SANDI KUNZ                  | 162  |
| CAROLINA SANDI KUNZ                  | 379  |
| CAROLINA SANDI KUNZ                  | 792  |
| CAROLINA SANDI KUNZ                  | 793  |
| CAROLINA SANDI KUNZ                  | 869  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 140  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 141  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 142  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 288  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 370  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 399  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 618  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 633  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 781  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 782  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 786  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 813  |
| CAROLINA SARCINELLI SPINELLI         | 818  |
| CAROLINA SOARES CHADY                | 293  |
| CAROLINE DOS SANTOS CAIXETA          | 845  |
| CAROLINE DOS SANTOS CAIXETA          | 854  |
| CAROLINE MARY MATSUMOTO              | 621  |
| CAROLINE OLIVEIRA DOS SANTOS FREITAS | 879  |
| CAROLINE ROSSLER WENDT               | 195  |
| CAROLINE SANTOS COSTA PINHO          | 952  |
| CAROLINE TEIXEIRA DAL PAZ            | 102  |
| CAROLINE TEIXEIRA DAL PAZ            | 103  |
| CAROLINE TEIXEIRA DAL PAZ            | 968  |
| CAROLINE TEIXEIRA DAL PAZ            | 980  |
| CASSIANA BURTET ABREU                | 118  |
| CASSIO WASSANO IWAMOTO               | 748  |
| CATARINA DE SOUZA UCHÔA              | 982  |
| CATARINA DE SOUZA UCHÔA              | 992  |
| CATARINA DE SOUZA UCHÔA              | 994  |
| CATARINA DE SOUZA UCHÔA              | 999  |
| CATARINA DE SOUZA UCHÔA              | 1000 |
| CATARINA DE SOUZA UCHÔA              | 1001 |
| CATARINA LUIZA SANTOS VALENTIM       | 521  |
| CATARINA MORAIS                      | 593  |
| CATARINA SOARES BARTASEVICIUS        | 93   |
| CATARINA SOARES BARTASEVICIUS        | 135  |
| CATARINA SOARES BARTASEVICIUS        | 312  |
| CATARINA SOARES BARTASEVICIUS        | 332  |
| CATHARINA PEIXOTO SILVA              | 138  |

|                                        |      |
|----------------------------------------|------|
| CATHARINA VIEIRA DE LIMA ALVES         | 155  |
| CATHARINA VIEIRA DE LIMA ALVES         | 870  |
| CATHARINE ELLEN ALMEIDA DE ALBUQUERQUE | 527  |
| CAUÊ DUARTE                            | 611  |
| CAUÊ DUARTE                            | 816  |
| CECÍLIA FERNANDES CLEMENTE             | 185  |
| CECILIA MENDONÇA MONTES                | 739  |
| CECILIA REZENDE FERNANDES              | 105  |
| CECILIA REZENDE FERNANDES              | 112  |
| CECILIA REZENDE FERNANDES              | 235  |
| CECILIA REZENDE FERNANDES              | 490  |
| CECILIA REZENDE FERNANDES              | 510  |
| CECILIA REZENDE FERNANDES              | 900  |
| CECILIA REZENDE FERNANDES              | 901  |
| CECILIA SOUZA SILVA                    | 716  |
| CECILIA SOUZA SILVA                    | 984  |
| CECILIA SOUZA SILVA                    | 1018 |
| CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI             | 153  |
| CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI             | 155  |
| CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI             | 356  |
| CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI             | 701  |
| CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI             | 707  |
| CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI             | 710  |
| CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI             | 858  |
| CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI             | 865  |
| CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI             | 870  |
| CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI             | 880  |
| CELSO GONCALVES BECKER                 | 530  |
| CELSO GONCALVES BECKER                 | 711  |
| CÉSAR ROMERO ANTUNES JÚNIOR            | 173  |
| CÉSAR ROMERO ANTUNES JÚNIOR            | 349  |
| CÉSAR ROMERO ANTUNES JÚNIOR            | 923  |
| CHENG T-PING                           | 77   |
| CHENG T-PING                           | 574  |
| CHENG T-PING                           | 843  |
| CHENG T-PING                           | 890  |
| CHIARA VALVERDE ZANOTTI                | 982  |
| CHIARA VALVERDE ZANOTTI                | 994  |
| CHIARA VALVERDE ZANOTTI                | 999  |
| CHRISTIAN WAGNER MAURENCIO             | 956  |
| CHRISTIANE RIBEIRO ANIAS               | 172  |
| CHRISTIANE RIBEIRO ANIAS               | 210  |
| CHRISTIANE RIBEIRO ANIAS               | 466  |
| CHRISTIANO COLUCCI DE MELLO VILLELA    | 80   |
| CHRISTIANO COLUCCI DE MELLO VILLELA    | 714  |
| CHRISTIANO COLUCCI DE MELLO VILLELA    | 926  |
| CHRISTIANO COLUCCI DE MELLO VILLELA    | 932  |
| CICERO MATSUYAMA                       | 689  |
| CICERO MATSUYAMA                       | 759  |
| CICERO MATSUYAMA                       | 763  |
| CICERO MATSUYAMA                       | 777  |

|                                             |      |
|---------------------------------------------|------|
| CINDY TAYLOR SOUZA LOPES                    | 185  |
| CINTIA TIZUE YAMAGUCHI                      | 590  |
| CINTIA TIZUE YAMAGUCHI                      | 687  |
| CIRO RIBEIRO FERNANDES ADAN                 | 879  |
| CLARA DE FREITAS CARNEIRO                   | 725  |
| CLARA DE FREITAS CARNEIRO                   | 952  |
| CLARA DE FREITAS CARNEIRO                   | 963  |
| CLARA GOMES FRANCISCO                       | 111  |
| CLARA GOMES FRANCISCO                       | 778  |
| CLARA GOMES FRANCISCO                       | 1005 |
| CLARA MELNICK FERNANDES                     | 795  |
| CLARA MONICA FIGUEIREDO DE LIMA             | 787  |
| CLARA MONICA FIGUEIREDO DE LIMA             | 836  |
| CLARA ROSENBERG SCHNEIDER                   | 121  |
| CLARA ROSENBERG SCHNEIDER                   | 494  |
| CLARA ROSENBERG SCHNEIDER                   | 605  |
| CLARA SERDOURA ALVES                        | 569  |
| CLARA SERDOURA ALVES                        | 576  |
| CLARA SOARES VIANA                          | 388  |
| CLARA VITÓRIA BRAZ LIMA DE OLIVEIRA         | 527  |
| CLARICE REIS DE OLIVEIRA MORAIS             | 77   |
| CLARICE REIS DE OLIVEIRA MORAIS             | 227  |
| CLARICE REIS DE OLIVEIRA MORAIS             | 509  |
| CLARICE REIS DE OLIVEIRA MORAIS             | 574  |
| CLARICE REIS DE OLIVEIRA MORAIS             | 843  |
| CLARICE REIS DE OLIVEIRA MORAIS             | 904  |
| CLARISSE CÍCERA MARINHO OLIVEIRA            | 947  |
| CLAUDIA ALESSANDRA ECKLEY                   | 326  |
| CLAUDIA MARIA VALETE ROSALINO               | 693  |
| CLAUDIA MARQUES DIAS                        | 583  |
| CLAUDIA MARQUES DIAS                        | 586  |
| CLÁUDIA PENA GALVÃO DOS ANJOS               | 63   |
| CLÁUDIA PENA GALVÃO DOS ANJOS               | 94   |
| CLÁUDIA ROCHA PARANHOS VIANNA DIAS DA SILVA | 131  |
| CLÁUDIA ROCHA PARANHOS VIANNA DIAS DA SILVA | 296  |
| CLÁUDIA ROCHA PARANHOS VIANNA DIAS DA SILVA | 432  |
| CLÁUDIA ROCHA PARANHOS VIANNA DIAS DA SILVA | 838  |
| CLÁUDIA ROCHA PARANHOS VIANNA DIAS DA SILVA | 846  |
| CLÁUDIA SCHWEIGER                           | 653  |
| CLÁUDIA SCHWEIGER                           | 673  |
| CLAUDIA VALETE                              | 926  |
| CLAUDIANE MACHADO VISINTIN                  | 70   |
| CLAUDIANE MACHADO VISINTIN                  | 71   |
| CLAUDINEY CANDIDO COSTA                     | 28   |
| CLAUDINEY CANDIDO COSTA                     | 350  |
| CLAUDINEY CANDIDO COSTA                     | 386  |
| CLAUDINEY CANDIDO COSTA                     | 482  |
| CLAUDINEY CANDIDO COSTA                     | 497  |
| CLAUDINEY CANDIDO COSTA                     | 542  |
| CLAUDINEY CANDIDO COSTA                     | 608  |
| CLAUDINEY CANDIDO COSTA                     | 969  |

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| CLAUDIO H. F. VIDAL               | 540  |
| CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO        | 177  |
| CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO        | 1013 |
| CLÁUDIO REINGENHEIM               | 644  |
| CLAYSON ALAN DOS SANTOS           | 23   |
| CLÓVIS PATRÍCIO DE MACÊDO FILHO   | 666  |
| CORA PICHler DE OLIVEIRA          | 925  |
| COSME MOURA FERREIRA DAS CHAGAS   | 272  |
| COSME MOURA FERREIRA DAS CHAGAS   | 276  |
| COSME MOURA FERREIRA DAS CHAGAS   | 278  |
| CRISLAINE THÂMARA SILVA ACÁCIO    | 522  |
| CRISLAINE THÂMARA SILVA ACÁCIO    | 747  |
| CRISLAINE THÂMARA SILVA ACÁCIO    | 752  |
| CRISTIANE GONÇALVES CORDEIRO      | 651  |
| CRISTIANE NASS KRAHEK             | 57   |
| CRISTIANO ROBERTO NAKAGAWA        | 188  |
| CRISTIANO ROBERTO NAKAGAWA        | 938  |
| CRISTIANO TONELLO                 | 740  |
| CRISTIANO TONELLO                 | 744  |
| CRISTIANO TONELLO                 | 979  |
| CRISTINA ABBAD DE OLIVEIRA CASTRO | 272  |
| CRISTINA ABBAD DE OLIVEIRA CASTRO | 276  |
| CRISTINA ABBAD DE OLIVEIRA CASTRO | 553  |
| CRISTYAN CESAR DALL AGNOL         | 97   |
| CRISTYAN CESAR DALL AGNOL         | 180  |
| CRISTYAN CESAR DALL AGNOL         | 182  |
| CRISTYAN CESAR DALL AGNOL         | 183  |
| CRISTYAN CESAR DALL AGNOL         | 236  |
| CRISTYAN CESAR DALL AGNOL         | 484  |
| CRISTYAN CESAR DALL AGNOL         | 489  |
| CRISTYAN CESAR DALL AGNOL         | 544  |
| CRISTYAN CESAR DALL AGNOL         | 729  |
| CRISTYAN CESAR DALL AGNOL         | 746  |
| CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA         | 97   |
| CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA         | 180  |
| CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA         | 182  |
| CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA         | 183  |
| CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA         | 236  |
| CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA         | 484  |
| CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA         | 489  |
| CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA         | 544  |
| CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA         | 729  |
| CYNTHIA CASTILHO MORENO           | 97   |
| CYNTHIA MEIRA DE ALMEIDA GODOY    | 352  |
| DAMÁCIO SOARES PAIVA              | 100  |
| DAMÁCIO SOARES PAIVA              | 320  |
| DAMÁCIO SOARES PAIVA              | 419  |
| DAMÁCIO SOARES PAIVA              | 480  |
| DAMÁCIO SOARES PAIVA              | 591  |
| DAMÁCIO SOARES PAIVA              | 647  |
| DAMÁCIO SOARES PAIVA              | 649  |



|                              |     |
|------------------------------|-----|
| DAMÁCIO SOARES PAIVA         | 699 |
| DAMÁCIO SOARES PAIVA         | 851 |
| DAMÁCIO SOARES PAIVA         | 857 |
| DAMÁCIO SOARES PAIVA         | 861 |
| DAMÁCIO SOARES PAIVA         | 929 |
| DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH | 291 |
| DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH | 361 |
| DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH | 476 |
| DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH | 612 |
| DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH | 638 |
| DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH | 640 |
| DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH | 642 |
| DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH | 696 |
| DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH | 824 |
| DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA   | 451 |
| DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA   | 588 |
| DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA   | 909 |
| DANIEL BORGES LEAL           | 272 |
| DANIEL BORGES LEAL           | 278 |
| DANIEL FERREIRA LANA E SILVA | 12  |
| DANIEL FERREIRA LANA E SILVA | 166 |
| DANIEL FERREIRA LANA E SILVA | 174 |
| DANIEL FERREIRA LANA E SILVA | 577 |
| DANIEL GUARDA MANSO          | 121 |
| DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA | 95  |
| DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA | 229 |
| DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA | 289 |
| DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA | 310 |
| DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA | 326 |
| DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA | 441 |
| DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA | 471 |
| DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA | 477 |
| DANIEL MEIRA NÓBREGA DE LIMA | 889 |
| DANIEL NASCIMENTO MACHADO    | 631 |
| DANIEL SIQUEIRA SILVA        | 160 |
| DANIEL SIQUEIRA SILVA        | 170 |
| DANIEL SIQUEIRA SILVA        | 174 |
| DANIEL SIQUEIRA SILVA        | 577 |
| DANIEL TINÔCO LEITE          | 290 |
| DANIEL TINÔCO LEITE          | 318 |
| DANIEL ZUCOLLOTTO CANDEIAS   | 75  |
| DANIEL ZUCOLLOTTO CANDEIAS   | 842 |
| DANIEL ZUCOLLOTTO CANDEIAS   | 978 |
| DANIELA AKEMI SOUZA SAITO    | 499 |
| DANIELA BATISTA VICENTE      | 65  |
| DANIELA BATISTA VICENTE      | 66  |
| DANIELA COSTA MALHEIROS      | 56  |
| DANIELA COSTA MALHEIROS      | 242 |
| DANIELA COSTA MALHEIROS      | 554 |
| DANIELA DRANKA               | 987 |
| DANIELA SANTIAGO PASSOS      | 99  |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| DANIELA SANTIAGO PASSOS            | 193 |
| DANIELA SANTIAGO PASSOS            | 267 |
| DANIELA SANTIAGO PASSOS            | 315 |
| DANIELA SANTIAGO PASSOS            | 463 |
| DANIELA SANTIAGO PASSOS            | 485 |
| DANIELA SILVA DE BARROS            | 590 |
| DANIELE LENZI PIMENTEL             | 430 |
| DANIELE MENDES SOUZA               | 747 |
| DANIELE WEBER                      | 793 |
| DANIELLA ROSSI DE MENEZES          | 856 |
| DANIELLE LUIZE FAVARO FUZATO       | 121 |
| DANIELLE LUIZE FAVARO FUZATO       | 494 |
| DANIELLE LUIZE FAVARO FUZATO       | 605 |
| DANIELLY CUNHA DE CARVALHO         | 364 |
| DANIELLY CUNHA DE CARVALHO         | 365 |
| DANILO COSTA CHAGAS                | 499 |
| DANNY FERNANDO TOBAR DURAN         | 703 |
| DANNY FERNANDO TOBAR DURAN         | 867 |
| DAVI KNOLL RIBEIRO                 | 718 |
| DAVI KNOLL RIBEIRO                 | 937 |
| DAVI KNOLL RIBEIRO                 | 957 |
| DAVI LIMA MEDEIROS                 | 452 |
| DAVI RAMOS DO NASCIMENTO           | 628 |
| DAVI SANDES SOBRAL                 | 773 |
| DAVID LIVINGSTONE ALVES FIGUEIREDO | 128 |
| DAVID LIVINGSTONE ALVES FIGUEIREDO | 129 |
| DAVID LIVINGSTONE ALVES FIGUEIREDO | 134 |
| DAVID LIVINGSTONE ALVES FIGUEIREDO | 136 |
| DAVID LIVINGSTONE ALVES FIGUEIREDO | 199 |
| DAVID RW JAYNE                     | 791 |
| DEBORA BRAGA ESTEVAO               | 37  |
| DÉBORA BRESSAN PAZINATTO           | 34  |
| DÉBORA BRESSAN PAZINATTO           | 605 |
| DÉBORA BRESSAN PAZINATTO           | 622 |
| DÉBORA BRESSAN PAZINATTO           | 623 |
| DÉBORA BRESSAN PAZINATTO           | 635 |
| DÉBORA BRESSAN PAZINATTO           | 648 |
| DÉBORA BRESSAN PAZINATTO           | 655 |
| DÉBORA BRESSAN PAZINATTO           | 669 |
| DÉBORA CAROLINA ESTEVES REIS       | 121 |
| DÉBORA CAROLINA ESTEVES REIS       | 494 |
| DÉBORA CAROLINA ESTEVES REIS       | 605 |
| DÉBORA DEL BIANCO                  | 65  |
| DÉBORA DEL BIANCO                  | 66  |
| DEBORA EMI SHIBUKAWA               | 25  |
| DEBORA EMI SHIBUKAWA               | 580 |
| DÉBORA GONÇALVES PEREIRA GUIMARÃES | 165 |
| DÉBORA GONÇALVES PEREIRA GUIMARÃES | 287 |
| DÉBORA GONÇALVES PEREIRA GUIMARÃES | 651 |
| DÉBORA GONÇALVES PEREIRA GUIMARÃES | 780 |
| DÉBORA GONÇALVES PEREIRA GUIMARÃES | 988 |

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| DÉBORA LUCENA SILVEIRA               | 282 |
| DÉBORA LUCENA SILVEIRA               | 306 |
| DÉBORA LUCENA SILVEIRA               | 327 |
| DÉBORA LUCENA SILVEIRA               | 328 |
| DÉBORA LUCENA SILVEIRA               | 337 |
| DEBORA MATTANA VASCONCELLOS TEIXEIRA | 144 |
| DEBORA MATTANA VASCONCELLOS TEIXEIRA | 154 |
| DEBORA MEDEIROS                      | 694 |
| DEBORA MEDEIROS                      | 886 |
| DEBORA PETRUNGARO MIGUEIS            | 87  |
| DEBORAH KORTZBEIN                    | 621 |
| DÉBORAH RIBAS RUSSO                  | 475 |
| DÉBORAH RIBAS RUSSO                  | 694 |
| DÉBORAH RIBAS RUSSO                  | 759 |
| DEBORAH TAVARES BIEZUS               | 262 |
| DEBORAH TAVARES BIEZUS               | 552 |
| DELIA VERÓNICA BENITEZ SILVERO       | 855 |
| DENIS MELO RANGEL                    | 126 |
| DENIS MELO RANGEL                    | 220 |
| DENIS MELO RANGEL                    | 548 |
| DENIS MELO RANGEL                    | 549 |
| DENISE MANICA                        | 653 |
| DENISE VIEIRA SANTOS                 | 9   |
| DENNY M GARCIA                       | 7   |
| DIAGO RAFAEL MOTA FASANARO           | 131 |
| DIAGO RAFAEL MOTA FASANARO           | 400 |
| DIAGO RAFAEL MOTA FASANARO           | 630 |
| DIAGO RAFAEL MOTA FASANARO           | 860 |
| DIANA ANDRADE SAFIEH                 | 100 |
| DIANA KEUN SOO KIM                   | 135 |
| DIANA KEUN SOO KIM                   | 326 |
| DIANA KEUN SOO KIM                   | 471 |
| DIANA KEUN SOO KIM                   | 477 |
| DIEGO COSTA FARIAS                   | 373 |
| DIEGO COSTA FARIAS                   | 389 |
| DIEGO FERNANDES BARBOSA              | 821 |
| DIEGO FERNANDO COSTA                 | 824 |
| DIEGO GADELHA VAZ                    | 804 |
| DIEGO GUZMAN RODRIGUES               | 315 |
| DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO           | 719 |
| DIEGO RAHDE FIALHO                   | 195 |
| DIEGO RAHDE FIALHO                   | 355 |
| DIEGO RAHDE FIALHO                   | 474 |
| DIEGO RAHDE FIALHO                   | 962 |
| DIEGO SANCHES GALAVOTI GUSSON        | 122 |
| DIEGO SANTOS DÓRIA                   | 322 |
| DIEGO SOARES MARQUES RODRIGUES       | 525 |
| DINO RAFAEL PEREZ MIRANDA            | 872 |
| DINO RAFAEL PEREZ MIRANDA            | 889 |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS      | 97  |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS      | 180 |

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS   | 182  |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS   | 183  |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS   | 236  |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS   | 484  |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS   | 487  |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS   | 489  |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS   | 514  |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS   | 544  |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS   | 650  |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS   | 729  |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS   | 746  |
| DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS   | 943  |
| DIOGO SANTANA MOURA               | 734  |
| DIOGO SANTANA MOURA               | 975  |
| DOUGLAS SALMAZO ROCHA MORALES     | 108  |
| DOUGLAS VINÍCIUS DOS SANTOS SILVA | 20   |
| DOV GOLDENBERG                    | 852  |
| DURVAL DE PAULA CHAGAS NETO       | 499  |
| DYANA BARBOSA FERREIRA            | 590  |
| DYANA BARBOSA FERREIRA            | 687  |
| EDEM MOURA DE MATOS JUNIOR        | 592  |
| ÉDER BARBOSA MURANAKA             | 500  |
| ÉDER BARBOSA MURANAKA             | 501  |
| ÉDINA GAVIRAGHI                   | 64   |
| ÉDINA STARCK                      | 177  |
| ÉDINA STARCK                      | 1013 |
| EDMILSON GONCALVES RODRIGUES NETO | 317  |
| EDMUNDO MACHADO FERRAZ NETO       | 267  |
| EDMUNDO MACHADO FERRAZ NETO       | 485  |
| EDNA PATRÍCIA                     | 459  |
| EDNA PATRÍCIA                     | 916  |
| EDNA PATRICIA CHARRY RAMIREZ      | 581  |
| EDNA PATRICIA CHARRY RAMIREZ      | 903  |
| EDNILSON PARRA CESAR              | 894  |
| EDSON IBRAHIM MITRE               | 445  |
| EDSON IBRAHIM MITRE               | 471  |
| EDSON MARQUES PIRES FILHO         | 210  |
| EDSON RODRIGUES GARCIA FILHO      | 712  |
| EDUARDA ARAÚJO DE GUSMÃO LÔBO     | 130  |
| EDUARDA BOTELHO FRUTUOSO          | 460  |
| EDUARDA MONTENEGRO MORETTI        | 992  |
| EDUARDA MONTENEGRO MORETTI        | 1000 |
| EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA       | 245  |
| EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA       | 506  |
| EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA       | 541  |
| EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA       | 662  |
| EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA       | 663  |
| EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA       | 665  |
| EDUARDO CORDEIRO DE OLIVEIRA      | 188  |
| EDUARDO CORDEIRO DE OLIVEIRA      | 478  |
| EDUARDO CORDEIRO DE OLIVEIRA      | 938  |

|                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| EDUARDO CORDEIRO DE OLIVEIRA         | 991  |
| EDUARDO CORONATO N. CONSTANTINO      | 212  |
| EDUARDO DE BARROS SAROLLI            | 368  |
| EDUARDO HOMRICH GRANZOTTO            | 232  |
| EDUARDO MACOTO KOSUGI                | 48   |
| EDUARDO MACOTO KOSUGI                | 50   |
| EDUARDO MEDEIROS                     | 207  |
| EDUARDO MEDEIROS                     | 215  |
| EDUARDO MEDEIROS                     | 674  |
| EDUARDO MODENESI FELICIO             | 17   |
| EDUARDO MODENESI FELICIO             | 715  |
| EDUARDO MÜLLER AÑEZ                  | 936  |
| EDUARDO NIZAR DASSOLER               | 703  |
| EDUARDO NIZAR DASSOLER               | 867  |
| EDUARDO RODRIGUES SILVA              | 350  |
| EDUARDO RODRIGUES SILVA              | 905  |
| EDUARDO RODRIGUES SILVA              | 942  |
| EDUARDO SILVA FARINAZZO              | 506  |
| EDUARDO SUSS CECCON RIBEIRO          | 76   |
| EDUARDO SUSS CECCON RIBEIRO          | 78   |
| EDUARDO SUSS CECCON RIBEIRO          | 841  |
| EDUARDO SUSS CECCON RIBEIRO          | 862  |
| EDUARDO SUSS CECCON RIBEIRO          | 960  |
| EDUARDO TAKASHI HIRATA               | 47   |
| EDUARDO TANAKA MASSUDA               | 7    |
| EDUARDO TANAKA MASSUDA               | 446  |
| EDUARDO TANAKA MASSUDA               | 584  |
| EDUARDO VIEIRA COUTO                 | 221  |
| EDUARDO VIEIRA COUTO                 | 363  |
| EDUARDO VIEIRA COUTO                 | 768  |
| EDWIN TAMASHIRO                      | 9    |
| EDWIN TAMASHIRO                      | 46   |
| EDWIN TAMASHIRO                      | 928  |
| EDWIN TAMASHIRO                      | 1004 |
| ELAINE COSTA                         | 33   |
| ELAINE COSTA                         | 114  |
| ELAINE LARA MENDES TAVARES           | 481  |
| ELEDILTON ROCHA VIEIRA               | 151  |
| ELENARA DA FONSECA ANDRADE PROCIANOY | 673  |
| ELIANA RODRIGUES BIAMINO             | 163  |
| ELIEZER VARJÃO BOMFIM NETO           | 879  |
| ELIS MARIA MACENTE                   | 262  |
| ELISA DEMARCHI KRUG                  | 524  |
| ELISA INES DEMUNER VALLANDRO         | 93   |
| ELISA INES DEMUNER VALLANDRO         | 229  |
| ELISA INES DEMUNER VALLANDRO         | 304  |
| ELISA INES DEMUNER VALLANDRO         | 305  |
| ELISA INES DEMUNER VALLANDRO         | 310  |
| ELISA INES DEMUNER VALLANDRO         | 312  |
| ELISA INES DEMUNER VALLANDRO         | 441  |
| ELISA INES DEMUNER VALLANDRO         | 477  |

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| ELISA INES DEMUNER VALLANDRO              | 807 |
| ELISA INES DEMUNER VALLANDRO              | 889 |
| ELISAMA QUEIROZ BAISCH                    | 789 |
| ELISAMA QUEIROZ BAISCH                    | 791 |
| ELISE EDELE PIMENTEL                      | 162 |
| ELISE EDELE PIMENTEL                      | 456 |
| ELISE EDELE PIMENTEL                      | 709 |
| ELISE EDELE PIMENTEL                      | 826 |
| ELISE ZIMMERMANN MATHIAS                  | 612 |
| ÉLISSON KRUG OLIVEIRA                     | 324 |
| ÉLISSON KRUG OLIVEIRA                     | 645 |
| ELIZABETH AMANN SIMÕES                    | 617 |
| ELIZABETH AMANN SIMÕES                    | 696 |
| ELLEN AGUIRRE DE MELO                     | 563 |
| ELLEN LARISSA DA SILVA GUEDES             | 311 |
| ELLEN PAULA SCHETZ ZAWIERUCHA             | 621 |
| ELLEN SUENIZZE GOMES CANTARELLI           | 752 |
| ELSON RODRIGUES                           | 806 |
| ELYZANDRA DE ARAUJO FREITAS               | 126 |
| ELYZANDRA DE ARAUJO FREITAS               | 220 |
| ELYZANDRA DE ARAUJO FREITAS               | 548 |
| ELYZANDRA DE ARAUJO FREITAS               | 549 |
| EMANUEL CAPISTRANO COSTA JUNIOR           | 46  |
| EMANUEL GOMES FERREIRA                    | 279 |
| EMANUEL GOMES FERREIRA                    | 380 |
| EMANUEL GOMES FERREIRA                    | 381 |
| EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA          | 164 |
| EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA          | 449 |
| EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA          | 483 |
| EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA          | 579 |
| EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA          | 798 |
| EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA          | 827 |
| EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA          | 829 |
| EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA          | 831 |
| EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA          | 888 |
| EMANUELA LIRA MILHOMEM                    | 700 |
| EMANUELA YUMI FUGISAWA DE MELLO ALCÂNTARA | 390 |
| EMANUELA YUMI FUGISAWA DE MELLO ALCÂNTARA | 412 |
| EMANUELA YUMI FUGISAWA DE MELLO ALCÂNTARA | 637 |
| EMANUELA YUMI FUGISAWA DE MELLO ALCÂNTARA | 815 |
| EMANUELLE RODRIGUES ROLANDO               | 110 |
| EMANUELLE RODRIGUES ROLANDO               | 197 |
| EMELY LAÍS TIEGS                          | 573 |
| EMERSON KENNEDY RIBEIRO DE ANDRADE FILHO  | 250 |
| EMERSON KENNEDY RIBEIRO DE ANDRADE FILHO  | 897 |
| EMERSON MONTEIRO RODRIGUES                | 313 |
| EMERSON PELLIN                            | 119 |
| EMERSON PELLIN                            | 225 |
| EMERSON PELLIN                            | 604 |
| EMERSON RAÍ ARAÚJO AZEVEDO                | 747 |
| EMERSON SCHINDLER JUNIOR                  | 361 |

|                                             |      |
|---------------------------------------------|------|
| EMIDIO OLIVEIRA TEIXEIRA                    | 988  |
| EMILIANA LEAL MORAES                        | 600  |
| EMILIANA LEAL MORAES                        | 731  |
| EMILIO SALVIANO NETO                        | 893  |
| EMILIO SALVIANO NETO                        | 950  |
| EMILLI FRAGA FERREIRA                       | 101  |
| EMILLI FRAGA FERREIRA                       | 158  |
| EMILLI FRAGA FERREIRA                       | 447  |
| EMILLI FRAGA FERREIRA                       | 523  |
| EMILLI FRAGA FERREIRA                       | 616  |
| EMILY CARLA DANTAS OLIVEIRA DA SILVA        | 952  |
| EMILY CARLA DANTAS OLIVEIRA DA SILVA        | 963  |
| ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO | 105  |
| ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO | 112  |
| ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO | 235  |
| ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO | 490  |
| ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO | 510  |
| ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO | 900  |
| ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO | 901  |
| ERIC MARIANO DA SILVA                       | 592  |
| ERICA CRISTINA CAMPOS E SANTOS              | 45   |
| ERICA CRISTINA CAMPOS E SANTOS              | 321  |
| ERICK FERNANDO SOUZA ROLINS                 | 592  |
| ÉRICO GURGEL AMORIM                         | 15   |
| ÉRICO GURGEL AMORIM                         | 60   |
| ERIKA BETTI MARIANI BURDELIS                | 31   |
| ERIKA CABERNITE MARCHETTI                   | 48   |
| ERIKA CABERNITE MARCHETTI                   | 50   |
| ERIKA YUMI NAKAGAWA                         | 41   |
| ERIKA YUMI NAKAGAWA                         | 57   |
| ERIKA YUMI NAKAGAWA                         | 145  |
| ERIKA YUMI NAKAGAWA                         | 295  |
| ERIKA YUMI NAKAGAWA                         | 426  |
| ERIKA YUMI NAKAGAWA                         | 567  |
| ERIKA YUMI NAKAGAWA                         | 753  |
| ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR           | 127  |
| ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR           | 383  |
| ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR           | 797  |
| ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR           | 799  |
| ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR           | 800  |
| ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR           | 961  |
| ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR           | 976  |
| ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR           | 993  |
| ERINALDO DA COSTA QUINTINO JUNIOR           | 1007 |
| ERIVELTO MARTINHO VOLPI                     | 175  |
| EUDES EULER DE SOUZA LUCENA                 | 15   |
| EUGENIO DE CORSO                            | 990  |
| EULALIA SAKANO                              | 835  |
| EULALIA SAKANO                              | 881  |
| EUVALDO NETO BORGES TOMAZ                   | 11   |
| EUVALDO NETO BORGES TOMAZ                   | 125  |



|                                             |      |
|---------------------------------------------|------|
| EUVALDO NETO BORGES TOMAZ                   | 137  |
| EUVALDO NETO BORGES TOMAZ                   | 206  |
| EUVALDO NETO BORGES TOMAZ                   | 366  |
| EUVALDO NETO BORGES TOMAZ                   | 775  |
| EUVALDO NETO BORGES TOMAZ                   | 776  |
| EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO              | 348  |
| EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO              | 597  |
| EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO              | 741  |
| EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO              | 748  |
| EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO              | 750  |
| EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO              | 987  |
| EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO              | 27   |
| EVANDRO MARTON DA SILVA                     | 405  |
| EVANDRO PINHEIRO ALMEIDA RIOS               | 18   |
| EVANDRO PINHEIRO ALMEIDA RIOS               | 19   |
| EVELINE AUZIER BENTES NOVAIS                | 739  |
| EVELINE AUZIER BENTES NOVAIS                | 878  |
| FABIANA BARBOSA GONÇALVES                   | 15   |
| FABIANA CARDOSO PEREIRA VALERA              | 9    |
| FABIANA CARDOSO PEREIRA VALERA              | 46   |
| FABIANA DE CARVALHO BELCHIOR                | 300  |
| FABIANA LUIZA HORNUNG                       | 191  |
| FABIANA LUIZA HORNUNG                       | 738  |
| FABIANA LUIZA HORNUNG                       | 971  |
| FABIANA LUIZA HORNUNG                       | 1002 |
| FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS | 159  |
| FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS | 284  |
| FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS | 431  |
| FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS | 771  |
| FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS | 898  |
| FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS | 1017 |
| FABIANA ROCHA FERRAZ                        | 832  |
| FABIANA VIANA DA SILVEIRA                   | 96   |
| FABIANA VIANA DA SILVEIRA                   | 181  |
| FABIANA VIANA DA SILVEIRA                   | 456  |
| FABIANO BLEGGI GAVAZZONI                    | 621  |
| FABIANO BLEGGI GAVAZZONI                    | 641  |
| FABIANY DE FÁTIMA POMPEU RODRIGUES          | 294  |
| FABIO ANDRE SELAIMEN                        | 474  |
| FABIO DE AZEVEDO CAPARROZ                   | 766  |
| FABIO DE AZEVEDO CAPARROZ                   | 931  |
| FABIO DE AZEVEDO CAPARROZ                   | 58   |
| FABIO DE REZENDE PINNA                      | 55   |
| FABIO DURO ZANINI                           | 91   |
| FABIO DURO ZANINI                           | 98   |
| FABIO DURO ZANINI                           | 810  |
| FABIO FERNANDES LABANCA                     | 76   |
| FABIO FERNANDES LABANCA                     | 78   |
| FABIO FERNANDES LABANCA                     | 841  |
| FABIO FERNANDES LABANCA                     | 862  |
| FABIO FERNANDES LABANCA                     | 960  |

|                                  |      |
|----------------------------------|------|
| FABIO JACOB                      | 1008 |
| FABIO LAU                        | 835  |
| FABIO LAU                        | 881  |
| FÁBIO LUIGI CRISIGIOVANNI        | 612  |
| FÁBIO LUIGI CRISIGIOVANNI        | 688  |
| FÁBIO LUIGI CRISIGIOVANNI        | 817  |
| FÁBIO LUIGI CRISIGIOVANNI        | 955  |
| FÁBIO LUIGI CRISIGIOVANNI        | 989  |
| FABIO MEIRA PACHECO              | 403  |
| FÁBIO MONTI JULIANI              | 610  |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 14   |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 68   |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 69   |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 237  |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 268  |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 373  |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 402  |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 550  |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 590  |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 687  |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 712  |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 804  |
| FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA    | 820  |
| FABIO TADEU MOURA LORENZETTI     | 465  |
| FABIO TADEU MOURA LORENZETTI     | 520  |
| FABIO TADEU MOURA LORENZETTI     | 637  |
| FABIO TADEU MOURA LORENZETTI     | 815  |
| FABIO TADEU MOURA LORENZETTI     | 837  |
| FABIO TADEU MOURA LORENZETTI     | 892  |
| FABIO TADEU MOURA LORENZETTI     | 906  |
| FABIO TADEU MOURA LORENZETTI     | 949  |
| FABIOLA DONATO LUCAS             | 526  |
| FABIOLA DONATO LUCAS             | 530  |
| FABIOLA DONATO LUCAS             | 711  |
| FABÍOLA VASCONCELOS DA SILVA     | 387  |
| FABÍOLA VASCONCELOS DA SILVA     | 69   |
| FABIOLLA MARIA MARTINS COSTA     | 832  |
| FABRICIO EGIDIO PANDINI          | 801  |
| FABRICIO EGIDIO PANDINI          | 933  |
| FABRICIO MACHADO PELICOLI        | 191  |
| FABRICIO SCAPINI                 | 331  |
| FABRICIO SCAPINI                 | 645  |
| FATIMA CRUZ                      | 537  |
| FATIMA CRUZ                      | 705  |
| FAUSTO ANTONIO DE PAULA JUNIOR   | 900  |
| FAUSTO ANTONIO DE PAULA JUNIOR   | 901  |
| FAUSTO REZENDE FERNANDES         | 317  |
| FAYEZ BAHMAD JR                  | 498  |
| FAYEZ BAHMAD JR                  | 533  |
| FELIPE ALVES DA SILVA            | 460  |
| FELIPE ARNAUD DANTAS DE MEDEIROS | 250  |

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA   | 211  |
| FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA   | 325  |
| FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA   | 530  |
| FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA   | 711  |
| FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA   | 891  |
| FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA   | 895  |
| FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA   | 896  |
| FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA   | 1009 |
| FELIPE CARVALHO LEÃO              | 42   |
| FELIPE CARVALHO LEÃO              | 52   |
| FELIPE COSTA NEIVA                | 396  |
| FELIPE DA SILVA BRAZ              | 350  |
| FELIPE DA SILVA BRAZ              | 905  |
| FELIPE DA SILVA BRAZ              | 942  |
| FELIPE DE CARVALHO FIGUEIREDO     | 89   |
| FELIPE DE OLIVEIRA ANDRADE        | 244  |
| FELIPE DE OLIVEIRA ANDRADE        | 454  |
| FELIPE FERRAZ QUINTAL             | 104  |
| FELIPE FERRAZ QUINTAL             | 491  |
| FELIPE FERRAZ QUINTAL             | 589  |
| FELIPE FERRAZ QUINTAL             | 697  |
| FELIPE FERRAZ QUINTAL             | 722  |
| FELIPE FERRAZ QUINTAL             | 918  |
| FELIPE FERREIRA WANDERLEY         | 15   |
| FELIPE FERREIRA WANDERLEY         | 60   |
| FELIPE FERREIRA WANDERLEY         | 62   |
| FELIPE FERREIRA WANDERLEY         | 629  |
| FELIPE FERREIRA WANDERLEY         | 649  |
| FELIPE FERREIRA WANDERLEY         | 674  |
| FELIPE FERREIRA WANDERLEY         | 675  |
| FELIPE FERREIRA WANDERLEY         | 929  |
| FELIPE GABRIEL GARCIA             | 611  |
| FELIPE GABRIEL GARCIA             | 816  |
| FELIPE LAMBERT BITARELLO          | 73   |
| FELIPE LAMBERT BITARELLO          | 404  |
| FELIPE LAMBERT BITARELLO          | 852  |
| FELIPE LOUREIRO DAMASCENO ROCHA   | 214  |
| FELIPE LUCIO CORDEIRO FREITAS     | 766  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 128  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 129  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 134  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 136  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 149  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 199  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 377  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 398  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 610  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 783  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 803  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 812  |
| FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO | 1006 |

|                                         |      |
|-----------------------------------------|------|
| FELIPE OLIVEIRA PIRES                   | 584  |
| FELIPE OLIVEIRA PIRES                   | 598  |
| FELIPE OLIVEIRA PIRES                   | 928  |
| FELIPE OTANI                            | 992  |
| FELIPE OTANI                            | 994  |
| FELIPE OTANI                            | 1000 |
| FELIPE SILVA SACRAMENTO                 | 343  |
| FELIPE SILVA SACRAMENTO                 | 733  |
| FELIPE SIMÃO BRITO DA SILVA             | 531  |
| FELIPE SIMÃO BRITO DA SILVA             | 945  |
| FELIPE STORTI MARTINS                   | 229  |
| FELIPE STORTI MARTINS                   | 242  |
| FELIPPE FELIX                           | 80   |
| FELIPPE FELIX                           | 371  |
| FELIPPE FELIX                           | 932  |
| FELIPPE MAGIOLLI LIMA                   | 435  |
| FELIPPE MAGIOLLI LIMA                   | 443  |
| FELIPPE MAGIOLLI LIMA                   | 462  |
| FELIPPE MAGIOLLI LIMA                   | 723  |
| FELIPPE MAGIOLLI LIMA                   | 894  |
| FELIPPE MAGIOLLI LIMA                   | 913  |
| FELIPPE MAGIOLLI LIMA                   | 939  |
| FERNANDA BARATTO                        | 52   |
| FERNANDA CATISANI                       | 77   |
| FERNANDA CATISANI                       | 450  |
| FERNANDA CATISANI                       | 574  |
| FERNANDA CATISANI                       | 890  |
| FERNANDA CATISANI                       | 904  |
| FERNANDA CHAVES AMANTÉA                 | 200  |
| FERNANDA CHAVES AMANTÉA                 | 515  |
| FERNANDA CHAVES AMANTÉA                 | 543  |
| FERNANDA CHAVES AMANTÉA                 | 659  |
| FERNANDA CHAVES AMANTÉA                 | 875  |
| FERNANDA CHAVES AMANTÉA                 | 922  |
| FERNANDA COELHO ATAYDES SEABRA          | 814  |
| FERNANDA COELHO ATAYDES SEABRA          | 914  |
| FERNANDA CORREIA SANTOS BAHIA ALVARENGA | 253  |
| FERNANDA CORREIA SANTOS BAHIA ALVARENGA | 254  |
| FERNANDA CORREIA SANTOS BAHIA ALVARENGA | 255  |
| FERNANDA CORREIA SANTOS BAHIA ALVARENGA | 256  |
| FERNANDA CORREIA SANTOS BAHIA ALVARENGA | 258  |
| FERNANDA CORREIA SANTOS BAHIA ALVARENGA | 260  |
| FERNANDA DE SÁ BARRETO LÓCIO DE PAULA   | 126  |
| FERNANDA DE SÁ BARRETO LÓCIO DE PAULA   | 220  |
| FERNANDA DE SÁ BARRETO LÓCIO DE PAULA   | 548  |
| FERNANDA DE SÁ BARRETO LÓCIO DE PAULA   | 549  |
| FERNANDA DELOSI ROCHA                   | 364  |
| FERNANDA DELOSI ROCHA                   | 365  |
| FERNANDA DELOSI ROCHA                   | 436  |
| FERNANDA GANASINI                       | 62   |
| FERNANDA GOMES RESENDE                  | 227  |

|                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| FERNANDA GOMES RESENDE                   | 450 |
| FERNANDA GOMES RESENDE                   | 509 |
| FERNANDA GOMES RESENDE                   | 521 |
| FERNANDA GOMES RESENDE                   | 843 |
| FERNANDA GOMES RESENDE                   | 890 |
| FERNANDA GOMES RESENDE                   | 904 |
| FERNANDA GOMES SOBREIRA MARÇOLA          | 739 |
| FERNANDA LACERDA MENDONÇA DANTAS         | 486 |
| FERNANDA LACERDA MENDONÇA DANTAS         | 690 |
| FERNANDA LAIS SAITO                      | 27  |
| FERNANDA LAIS SAITO                      | 348 |
| FERNANDA LAIS SAITO                      | 741 |
| FERNANDA LUIZA BACK                      | 150 |
| FERNANDA LUIZA BACK                      | 571 |
| FERNANDA MADEIRO LEITE VIANA WEAVER      | 107 |
| FERNANDA MARTINHO DOBRIANSKYJ            | 607 |
| FERNANDA PAIVA PEREIRA HONORIO           | 483 |
| FERNANDA ROCHA DORNELES                  | 914 |
| FERNANDA ROMAGNOLI                       | 39  |
| FERNANDA TEIXEIRA PACIFICO               | 743 |
| FERNANDA VIDIGAL VILELA LIMA             | 583 |
| FERNANDA VIDIGAL VILELA LIMA             | 586 |
| FERNANDA VITÓRIA MELO FERNANDES MAGELA   | 470 |
| FERNANDA VITÓRIA MELO FERNANDES MAGELA   | 516 |
| FERNANDA VITÓRIA MELO FERNANDES MAGELA   | 876 |
| FERNANDA WERLANG BAMBERG                 | 541 |
| FERNANDA WILTGEN MACHADO                 | 301 |
| FERNANDA WILTGEN MACHADO                 | 784 |
| FERNANDO ANTONIO MARIA CLARET ARCADIPANE | 133 |
| FERNANDO AUGUSTO PACÍFICO                | 546 |
| FERNANDO AZEVEDO FERREIRA                | 144 |
| FERNANDO AZEVEDO FERREIRA                | 154 |
| FERNANDO AZEVEDO FERREIRA                | 408 |
| FERNANDO AZEVEDO FERREIRA                | 426 |
| FERNANDO AZEVEDO FERREIRA                | 518 |
| FERNANDO AZEVEDO FERREIRA                | 753 |
| FERNANDO AZEVEDO PACHECO                 | 179 |
| FERNANDO BRUNO MERELLO                   | 44  |
| FERNANDO BRUNO MERELLO                   | 81  |
| FERNANDO BRUNO MERELLO                   | 551 |
| FERNANDO BRUNO MERELLO                   | 795 |
| FERNANDO CESAR CERVANTES DOS SANTOS      | 30  |
| FERNANDO CEZAR CARDOSO MAIA FILHO        | 262 |
| FERNANDO CEZAR CARDOSO MAIA FILHO        | 265 |
| FERNANDO CEZAR CARDOSO MAIA FILHO        | 552 |
| FERNANDO CEZAR CARDOSO MAIA FILHO        | 555 |
| FERNANDO CEZAR CARDOSO MAIA FILHO        | 557 |
| FERNANDO CEZAR CARDOSO MAIA FILHO        | 606 |
| FERNANDO DE ANDRADE BALSALOBRE           | 465 |
| FERNANDO DE ANDRADE BALSALOBRE           | 906 |
| FERNANDO DE SOUZA LEAO                   | 771 |

|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| FERNANDO FREITAS GANANÇA            | 553  |
| FERNANDO JORGE DOS SANTOS BARROS    | 307  |
| FERNANDO LIBERATO DA SILVA          | 200  |
| FERNANDO LIBERATO DA SILVA          | 515  |
| FERNANDO MATHIAS PEREIRA DE MIRANDA | 110  |
| FERNANDO MATHIAS PEREIRA DE MIRANDA | 197  |
| FERNANDO OTO BALIEIRO               | 67   |
| FERNANDO PIRES DE ARAUJO            | 233  |
| FERNANDO PIRES DE ARAUJO            | 413  |
| FERNANDO PIRES DE ARAUJO            | 442  |
| FERNANDO PIRES DE ARAUJO            | 951  |
| FERNANDO PIRES DE ARAUJO            | 958  |
| FERNANDO POVEDA SALES               | 412  |
| FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR      | 31   |
| FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR      | 81   |
| FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR      | 409  |
| FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR      | 415  |
| FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR      | 551  |
| FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR      | 795  |
| FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR      | 822  |
| FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR      | 825  |
| FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR      | 834  |
| FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR      | 847  |
| FILIPÉ CORREIA                      | 864  |
| FILIPÉ FREIRE                       | 360  |
| FILIPÉ FREIRE                       | 972  |
| FILIPÉ PEDRAL DE SÁ SANTOS          | 194  |
| FLÁVIA ALENCAR DE BARROS SUZUKI     | 392  |
| FLÁVIA ANDRESSA RIBEIRO BRITO       | 61   |
| FLÁVIA ANDRESSA RIBEIRO BRITO       | 388  |
| FLÁVIA CAROLINE KLOSTERMANN         | 221  |
| FLÁVIA CAROLINE KLOSTERMANN         | 363  |
| FLÁVIA CAROLINE KLOSTERMANN         | 768  |
| FLÁVIA DREON CALZA                  | 70   |
| FLÁVIA DREON CALZA                  | 71   |
| FLÁVIA EDUARDA NUNES ATAÍDE         | 363  |
| FLÁVIA EDUARDA NUNES ATAÍDE         | 768  |
| FLÁVIA EMILLY RODRIGUES DA SILVA    | 188  |
| FLÁVIA EMILLY RODRIGUES DA SILVA    | 478  |
| FLÁVIA EMILLY RODRIGUES DA SILVA    | 938  |
| FLÁVIA EMILLY RODRIGUES DA SILVA    | 991  |
| FLÁVIA FERRAZZO                     | 763  |
| FLÁVIA FERRAZZO                     | 1012 |
| FLÁVIA GOIS DE DEUS                 | 138  |
| FLÁVIA LIMA PEIXOTO COSTA           | 34   |
| FLÁVIA MESQUITA COSTA BRAGA         | 176  |
| FLÁVIA RAUBER FELKL                 | 205  |
| FLÁVIO BARBOSA NUNES                | 35   |
| FLÁVIO BARBOSA NUNES                | 251  |
| FLÁVIO BARBOSA NUNES                | 316  |
| FLÁVIO BARBOSA NUNES                | 626  |

|                                         |      |
|-----------------------------------------|------|
| FLAVIO BARBOSA NUNES                    | 758  |
| FLAVIO CABRAL DE FREITAS AMARAL         | 639  |
| FLAVIO MASSAO MIZOGUCHI                 | 741  |
| FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA          | 11   |
| FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA          | 125  |
| FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA          | 137  |
| FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA          | 206  |
| FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA          | 366  |
| FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA          | 470  |
| FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA          | 516  |
| FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA          | 775  |
| FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA          | 776  |
| FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA          | 876  |
| FLAVIO RICIERI CARNEIRO                 | 364  |
| FLAVIO RICIERI CARNEIRO                 | 365  |
| FLAVIO RICIERI CARNEIRO                 | 436  |
| FLAVIO RICIERI CARNEIRO                 | 728  |
| FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI       | 291  |
| FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI       | 507  |
| FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI       | 612  |
| FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI       | 642  |
| FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI       | 696  |
| FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI       | 708  |
| FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI       | 959  |
| FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI       | 989  |
| FRANCIELLE TIEMY EIMORI                 | 743  |
| FRANCISCA LUIZA KENNIA LOPES ARAÚJO     | 352  |
| FRANCISCA LUIZA KENNIA LOPES ARAÚJO     | 724  |
| FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO       | 323  |
| FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO       | 500  |
| FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO       | 501  |
| FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO       | 566  |
| FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO       | 732  |
| FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO       | 835  |
| FRANCISCO DAS CHAGAS CABRAL JÚNIOR      | 480  |
| FRANCISCO DAS CHAGAS CABRAL JÚNIOR      | 647  |
| FRANCISCO MARIO DE BIASE NETO           | 1017 |
| FRANCISCO POLANSKI CORDEIRO             | 78   |
| FRANCISCO RAMON TELES DE OLIVEIRA       | 950  |
| FRANCYELLE TEREZA MORAES GONÇALVES BONI | 275  |
| FRANSÉRGIO EMÍLIO MANTOVANI CAVALLARI   | 362  |
| FRANSÉRGIO EMÍLIO MANTOVANI CAVALLARI   | 765  |
| FREDERICO DE LIMA ALVARENGA             | 957  |
| FREDERICO DE LIMA ALVARENGA             | 964  |
| FREDERICO THOMPSEN ALT                  | 70   |
| FREDERICO THOMPSEN ALT                  | 71   |
| GABRIEL ALCANTARILLA NOGUEIRA           | 41   |
| GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA           | 189  |
| GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA           | 435  |
| GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA           | 443  |
| GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA           | 462  |



|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA      | 723  |
| GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA      | 894  |
| GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA      | 913  |
| GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA      | 939  |
| GABRIEL BIAGINI FERREIRA           | 446  |
| GABRIEL BIAGINI FERREIRA           | 1004 |
| GABRIEL BIJOS FAIDIGA              | 226  |
| GABRIEL BORGES TOMAZ DE SOUZA      | 125  |
| GABRIEL BORGES TOMAZ DE SOUZA      | 366  |
| GABRIEL BORGES TOMAZ DE SOUZA      | 775  |
| GABRIEL BORGES TOMAZ DE SOUZA      | 776  |
| GABRIEL CAETANO DE JESUS           | 114  |
| GABRIEL CAETANO DE JESUS           | 648  |
| GABRIEL COELHO SOARES MORAES       | 202  |
| GABRIEL COELHO SOARES MORAES       | 401  |
| GABRIEL COELHO SOARES MORAES       | 652  |
| GABRIEL COELHO SOARES MORAES       | 927  |
| GABRIEL DA ROSA SANTOS             | 730  |
| GABRIEL DA ROSA SANTOS             | 734  |
| GABRIEL DE MORAES MANGAS           | 916  |
| GABRIEL DE SOUZA MARES             | 53   |
| GABRIEL DE SOUZA MARES             | 977  |
| GABRIEL DEL BLANCO                 | 916  |
| GABRIEL DONATO AMORIM              | 301  |
| GABRIEL DONATO AMORIM              | 784  |
| GABRIEL FRASSON CASAGRANDE         | 460  |
| GABRIEL KUHL                       | 200  |
| GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA      | 147  |
| GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA      | 148  |
| GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA      | 249  |
| GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA      | 298  |
| GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA      | 423  |
| GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA      | 828  |
| GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA      | 919  |
| GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA      | 970  |
| GABRIEL MELO ALEXANDRE SILVA       | 814  |
| GABRIEL MELO ALEXANDRE SILVA       | 914  |
| GABRIEL NEVES FARIAS               | 147  |
| GABRIEL NEVES FARIAS               | 148  |
| GABRIEL NEVES FARIAS               | 298  |
| GABRIEL NEVES FARIAS               | 423  |
| GABRIEL NEVES FARIAS               | 828  |
| GABRIEL NEVES FARIAS               | 919  |
| GABRIEL NEVES FARIAS               | 970  |
| GABRIEL OSAKI QUEIROZ URZEDO       | 412  |
| GABRIEL PEREIRA BERND              | 22   |
| GABRIEL RÉGIS DE CARVALHO CARNEIRO | 984  |
| GABRIEL SILVA DE OLIVEIRA          | 100  |
| GABRIEL TREML MURARA               | 478  |
| GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU       | 195  |
| GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU       | 208  |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU        | 355 |
| GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU        | 474 |
| GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU        | 524 |
| GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU        | 599 |
| GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU        | 962 |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 24  |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 25  |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 29  |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 57  |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 154 |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 295 |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 367 |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 408 |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 567 |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 580 |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 615 |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 741 |
| GABRIELA ALVES MARRONI              | 973 |
| GABRIELA AZEVEDO NICODEMOS DA CRUZ  | 87  |
| GABRIELA AZEVEDO NICODEMOS DA CRUZ  | 459 |
| GABRIELA AZEVEDO NICODEMOS DA CRUZ  | 581 |
| GABRIELA AZEVEDO NICODEMOS DA CRUZ  | 582 |
| GABRIELA AZEVEDO NICODEMOS DA CRUZ  | 903 |
| GABRIELA BARRETO ESPINHEIRA         | 378 |
| GABRIELA BATISTA HOLANDA            | 51  |
| GABRIELA BATISTA HOLANDA            | 67  |
| GABRIELA BATISTA HOLANDA            | 685 |
| GABRIELA BATISTA HOLANDA            | 899 |
| GABRIELA BERALDO BELÃO              | 82  |
| GABRIELA BERALDO BELÃO              | 283 |
| GABRIELA BERALDO BELÃO              | 385 |
| GABRIELA BERALDO BELÃO              | 434 |
| GABRIELA BERALDO BELÃO              | 689 |
| GABRIELA BERALDO BELÃO              | 802 |
| GABRIELA CARDOSO LIMA               | 153 |
| GABRIELA CARDOSO LIMA               | 155 |
| GABRIELA CARDOSO LIMA               | 356 |
| GABRIELA CARDOSO LIMA               | 701 |
| GABRIELA CARDOSO LIMA               | 707 |
| GABRIELA CARDOSO LIMA               | 710 |
| GABRIELA CARDOSO LIMA               | 858 |
| GABRIELA CARDOSO LIMA               | 865 |
| GABRIELA CARDOSO LIMA               | 870 |
| GABRIELA CARDOSO LIMA               | 880 |
| GABRIELA DE FRANÇA DELMORO          | 406 |
| GABRIELA FALCÃO HAZIN               | 540 |
| GABRIELA FLOR MARTINS               | 218 |
| GABRIELA HENRIQUE BUENO DE OLIVEIRA | 886 |
| GABRIELA IRENE BARBOSA              | 912 |
| GABRIELA LEMES DAVID                | 302 |
| GABRIELA LEMES DAVID                | 375 |

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| GABRIELA LEMES DAVID                   | 819 |
| GABRIELA LEMES DAVID                   | 934 |
| GABRIELA LIMA TARGINO                  | 475 |
| GABRIELA LIMA TARGINO                  | 694 |
| GABRIELA LOPES                         | 92  |
| GABRIELA LOPES GALVÃO BEZERRA DA CUNHA | 146 |
| GABRIELA MACEDO LEANDRO                | 272 |
| GABRIELA MACEDO LEANDRO                | 278 |
| GABRIELA MACEDO LEANDRO                | 444 |
| GABRIELA MACEDO LEANDRO                | 479 |
| GABRIELA MACEDO LEANDRO                | 496 |
| GABRIELA MACEDO LEANDRO                | 511 |
| GABRIELA MACEDO LEANDRO                | 917 |
| GABRIELA MACHADO DO AMARAL             | 405 |
| GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO     | 156 |
| GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO     | 309 |
| GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO     | 498 |
| GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO     | 533 |
| GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO     | 887 |
| GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO     | 983 |
| GABRIELA MAIA BARBOSA                  | 418 |
| GABRIELA MARIA HENZ GIOVELLI           | 64  |
| GABRIELA MARTINS DE MORAES             | 95  |
| GABRIELA MARTINS DE MORAES             | 135 |
| GABRIELA MARTINS DE MORAES             | 229 |
| GABRIELA MARTINS DE MORAES             | 304 |
| GABRIELA MARTINS DE MORAES             | 312 |
| GABRIELA MARTINS DE MORAES             | 441 |
| GABRIELA MARTINS DE MORAES             | 471 |
| GABRIELA MARTINS DE MORAES             | 807 |
| GABRIELA MARTINS DE MORAES             | 889 |
| GABRIELA MARTINS DE MORAIS GODOY ROCHA | 94  |
| GABRIELA MINETTO DE LIMA               | 520 |
| GABRIELA MINETTO DE LIMA               | 837 |
| GABRIELA RECH                          | 140 |
| GABRIELA RECH                          | 141 |
| GABRIELA RECH                          | 142 |
| GABRIELA RECH                          | 288 |
| GABRIELA RECH                          | 370 |
| GABRIELA RECH                          | 399 |
| GABRIELA RECH                          | 618 |
| GABRIELA RECH                          | 633 |
| GABRIELA RECH                          | 781 |
| GABRIELA RECH                          | 782 |
| GABRIELA RECH                          | 786 |
| GABRIELA RECH                          | 813 |
| GABRIELA RECH                          | 818 |
| GABRIELA REIS ALEXANDRE                | 411 |
| GABRIELA RICCI LIMA LUZ MATSUMOTO      | 48  |
| GABRIELA RICCI LIMA LUZ MATSUMOTO      | 50  |
| GABRIELA SCHLABENDORFF                 | 955 |

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI        | 254 |
| GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI        | 255 |
| GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI        | 257 |
| GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI        | 258 |
| GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI        | 259 |
| GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI        | 260 |
| GABRIELA SILVA TEIXEIRA CAVALCANTI        | 261 |
| GABRIELA SILVEIRA MEGA                    | 17  |
| GABRIELA SILVEIRA MEGA                    | 204 |
| GABRIELA SILVEIRA MEGA                    | 481 |
| GABRIELA SILVESTRE RIBEIRO DA COSTA GOMES | 284 |
| GABRIELA SILVESTRE RIBEIRO DA COSTA GOMES | 431 |
| GABRIELA SILVESTRE RIBEIRO DA COSTA GOMES | 771 |
| GABRIELA SILVESTRE RIBEIRO DA COSTA GOMES | 898 |
| GABRIELA TOSTA SILVEIRA BIDO              | 986 |
| GABRIELE BILLER                           | 362 |
| GABRIELE DOS SANTOS                       | 458 |
| GABRIELE DOS SANTOS                       | 600 |
| GABRIELE DOS SANTOS                       | 731 |
| GABRIELE DOS SANTOS                       | 844 |
| GABRIELE DOS SANTOS                       | 948 |
| GABRIELE DOS SANTOS                       | 954 |
| GABRIELE DOS SANTOS                       | 975 |
| GABRIELE SANTOS PONTELLO NEVES            | 109 |
| GABRIELE SANTOS PONTELLO NEVES            | 198 |
| GABRIELE SANTOS PONTELLO NEVES            | 201 |
| GABRIELE SANTOS PONTELLO NEVES            | 742 |
| GABRIELI CRISTINA DA SILVA AULER          | 346 |
| GABRIELI EMELI ZANCHET                    | 221 |
| GABRIELLA BENTO DE MORAIS                 | 88  |
| GABRIELLA BENTO DE MORAIS                 | 90  |
| GABRIELLA BENTO DE MORAIS                 | 132 |
| GABRIELLA BENTO DE MORAIS                 | 285 |
| GABRIELLA BENTO DE MORAIS                 | 393 |
| GABRIELLA BENTO DE MORAIS                 | 556 |
| GABRIELLA BENTO DE MORAIS                 | 558 |
| GABRIELLE DE ALMEIDA DIAS ROCHA           | 189 |
| GABRIELLE DE ALMEIDA DIAS ROCHA           | 435 |
| GABRIELLE DE ALMEIDA DIAS ROCHA           | 443 |
| GABRIELLE DE ALMEIDA DIAS ROCHA           | 720 |
| GABRIELLE DE ALMEIDA DIAS ROCHA           | 894 |
| GABRIELLE DE ALMEIDA DIAS ROCHA           | 939 |
| GABRIELLE GONÇALVES                       | 621 |
| GABRIELLE GONÇALVES                       | 688 |
| GABRIELLE GONÇALVES                       | 817 |
| GABRIELLE GONÇALVES                       | 955 |
| GABRIELLE LUTTERBACH ERTHAL               | 779 |
| GABRIELLE LUTTERBACH ERTHAL               | 794 |
| GABRIELLE ROCHA ALMEIDA                   | 965 |
| GABRIELLE SOBRAL SILVA                    | 263 |
| GABRIELLE SOBRAL SILVA                    | 264 |

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| GABRIELLE SOBRAL SILVA                  | 266 |
| GABRIELLE SOBRAL SILVA                  | 559 |
| GABRIELLE SOBRAL SILVA                  | 560 |
| GABRIELLE SOBRAL SILVA                  | 691 |
| GABRIELLE SOBRAL SILVA                  | 883 |
| GABRIELLY PINHEIRO MARINHO              | 912 |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 97  |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 180 |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 182 |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 183 |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 236 |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 484 |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 487 |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 489 |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 544 |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 650 |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 729 |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 746 |
| GABRIELY LERNER BIANCHI                 | 943 |
| GEORGE EDUARDO CAMARA BERNARDE          | 499 |
| GEOVANA COSTA DE MOURA                  | 735 |
| GEOVANA XAVIER MARQUES                  | 733 |
| GEOVANNA RESENDE DE MORAES              | 322 |
| GERALDO DRUCK SANT ANNA                 | 347 |
| GERALDO DRUCK SANT ANNA                 | 495 |
| GERSON SCHULZ MAAHS                     | 936 |
| GERSON SCHULZ MAAHS                     | 962 |
| GIAN SILVEIRA BARBOSA DE SOUZA          | 486 |
| GIAN SILVEIRA BARBOSA DE SOUZA          | 690 |
| GIANCARLO BONOTTO CHEROBIN              | 251 |
| GIANCARLO BONOTTO CHEROBIN              | 626 |
| GIANCARLO BONOTTO CHEROBIN              | 758 |
| GIANNE HANNA GUIMARÃES DIB              | 944 |
| GILBERTO BOLIVAR FERLIN FILHO           | 253 |
| GILBERTO BOLIVAR FERLIN FILHO           | 255 |
| GILBERTO DA FONTOURA REY BERGONSE       | 467 |
| GILBERTO DA FONTOURA REY BERGONSE       | 476 |
| GILBERTO MORIO TAKAHASHI                | 108 |
| GILBERTO PINTO JANSEN PEREIRA FILHO     | 601 |
| GILBERTO ULSON PIZARRO                  | 233 |
| GILBERTO ULSON PIZARRO                  | 442 |
| GILBERTO ULSON PIZARRO                  | 585 |
| GILBERTO ULSON PIZARRO                  | 951 |
| GILBERTO ULSON PIZARRO                  | 958 |
| GILMAR FELISBERTO JUNIOR                | 54  |
| GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO | 353 |
| GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO | 468 |
| GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO | 539 |
| GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO | 587 |
| GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO | 998 |
| GIOVANA BOTELHO MOREIRA                 | 676 |

|                                           |      |
|-------------------------------------------|------|
| GIOVANA CAMACHO SCOMBATTI                 | 692  |
| GIOVANA CAMACHO SCOMBATTI                 | 886  |
| GIOVANA CAMACHO SCOMBATTI                 | 1012 |
| GIOVANA ESPARZA MARQUES                   | 405  |
| GIOVANA GOMES FERNANDES                   | 69   |
| GIOVANA GOMES FERNANDES                   | 237  |
| GIOVANA GOMES FERNANDES                   | 268  |
| GIOVANA GOMES FERNANDES                   | 373  |
| GIOVANA GOMES FERNANDES                   | 402  |
| GIOVANA GOMES FERNANDES                   | 550  |
| GIOVANA GOMES FERNANDES                   | 712  |
| GIOVANA GOMES FERNANDES                   | 808  |
| GIOVANA LOIACONO GAVAZZONI                | 621  |
| GIOVANA LOIACONO GAVAZZONI                | 817  |
| GIOVANA LOIACONO GAVAZZONI                | 955  |
| GIOVANA SCACHETTI                         | 491  |
| GIOVANA SPILERE PERUCHI                   | 634  |
| GIOVANI CRESTANA NOGUEIRA LIMA            | 452  |
| GIOVANNA ALCANTARA LETICIO                | 686  |
| GIOVANNA FERREIRA GOMES                   | 570  |
| GIOVANNA FERREIRA GOMES                   | 931  |
| GIOVANNA LUISA DE OLIVEIRA ANDRADE        | 244  |
| GIOVANNA PROENÇA MARIN                    | 714  |
| GIOVANNA PROENÇA MARIN                    | 926  |
| GIOVANNA PROENÇA MARIN                    | 932  |
| GIOVANNA RODRIGUES PEREZ                  | 73   |
| GIOVANNA RODRIGUES PEREZ                  | 404  |
| GIOVANNA SANTOS PIEDADE                   | 437  |
| GIOVANNA SANTOS PIEDADE                   | 703  |
| GIOVANNA SANTOS PIEDADE                   | 867  |
| GIOVANNA SANTOS PIEDADE                   | 868  |
| GIOVANNA SANTOS PIEDADE                   | 873  |
| GIOVANNI HENRIQUE BARBOSA SANTOS DA SILVA | 159  |
| GIOVANNI HENRIQUE BARBOSA SANTOS DA SILVA | 284  |
| GIOVANNI HENRIQUE BARBOSA SANTOS DA SILVA | 431  |
| GIOVANNI HENRIQUE BARBOSA SANTOS DA SILVA | 771  |
| GIOVANNI HENRIQUE BARBOSA SANTOS DA SILVA | 898  |
| GISELE MAIA SIQUEIRA VALENTE              | 336  |
| GISELE MAIA SIQUEIRA VALENTE              | 338  |
| GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY             | 14   |
| GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY             | 68   |
| GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY             | 286  |
| GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY             | 590  |
| GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY             | 687  |
| GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY             | 820  |
| GISELLI HELENA SOUZA                      | 79   |
| GISELLI HELENA SOUZA                      | 416  |
| GISELLI HELENA SOUZA                      | 420  |
| GISELLI HELENA SOUZA                      | 430  |
| GISELLI HELENA SOUZA                      | 833  |
| GISELLI HELENA SOUZA                      | 839  |

|                                        |      |
|----------------------------------------|------|
| GISELLI HELENA SOUZA                   | 850  |
| GISELLI HELENA SOUZA                   | 863  |
| GISELLI HELENA SOUZA                   | 866  |
| GISLANE BORGES PEREIRA                 | 147  |
| GISLANE BORGES PEREIRA                 | 148  |
| GISLANE BORGES PEREIRA                 | 298  |
| GISLANE BORGES PEREIRA                 | 423  |
| GISLANE BORGES PEREIRA                 | 828  |
| GISLANE BORGES PEREIRA                 | 919  |
| GISLANE BORGES PEREIRA                 | 970  |
| GIULIA DA COSTA RIBEIRO BERTELLOTTI    | 686  |
| GIULIA LINS REMOR                      | 151  |
| GIULIA LINS REMOR                      | 294  |
| GIULIA LINS REMOR                      | 411  |
| GIULIA LINS REMOR                      | 840  |
| GIULIANA BEDUSCHI                      | 21   |
| GIULIANA BEDUSCHI                      | 22   |
| GIULIANA BEDUSCHI                      | 238  |
| GIULIANA BEDUSCHI                      | 239  |
| GIULIANA GRAICER                       | 108  |
| GIULIANA GRAICER                       | 1008 |
| GIULIANNA DE LIMA GAMA                 | 536  |
| GIULIANNA DE LIMA GAMA                 | 729  |
| GIULIANNA RITA WOLSKI RIBAS            | 597  |
| GIULIANNA RITA WOLSKI RIBAS            | 741  |
| GIULIANNA RITA WOLSKI RIBAS            | 750  |
| GIULIANNA RITA WOLSKI RIBAS            | 987  |
| GIULLIA AMARAL SILVA                   | 109  |
| GLAUBER VOLTAN                         | 223  |
| GLAUBER VOLTAN                         | 374  |
| GLAYSON SOARES MELO DA COSTA           | 470  |
| GLAYSON SOARES MELO DA COSTA           | 516  |
| GLAYSON SOARES MELO DA COSTA           | 876  |
| GLEYDSON LIMA DOS SANTOS               | 961  |
| GLICIA ESTEVAM DE ABREU                | 40   |
| GODOFREDO CAMPOS BORGES                | 390  |
| GODOFREDO CAMPOS BORGES                | 391  |
| GODOFREDO CAMPOS BORGES                | 412  |
| GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA | 99   |
| GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA | 193  |
| GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA | 267  |
| GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA | 315  |
| GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA | 463  |
| GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA | 485  |
| GRAZIELA DE OLIVEIRA SEMENZATI         | 282  |
| GRAZIELA DE OLIVEIRA SEMENZATI         | 306  |
| GRAZIELA DE OLIVEIRA SEMENZATI         | 323  |
| GRAZIELA DE OLIVEIRA SEMENZATI         | 327  |
| GRAZIELA DE OLIVEIRA SEMENZATI         | 328  |
| GRAZIELA DE OLIVEIRA SEMENZATI         | 337  |
| GRAZIELA MORAIS LOURENÇO               | 116  |



|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| GRAZIELA MORAIS LOURENÇO              | 303  |
| GRAZIELA MORAIS LOURENÇO              | 767  |
| GRAZIELA MORAIS LOURENÇO              | 856  |
| GRAZZIA GUGLIELMINO DA CRUZ           | 301  |
| GUILHERME ADAM FRAGA                  | 532  |
| GUILHERME ADAM FRAGA                  | 538  |
| GUILHERME ADAM FRAGA                  | 541  |
| GUILHERME AUGUSTO BRAGATTO            | 525  |
| GUILHERME BULHÕES MARQUES DA SILVA    | 531  |
| GUILHERME BULHÕES MARQUES DA SILVA    | 945  |
| GUILHERME CABRINI SCHEIBEL            | 249  |
| GUILHERME CASTRO ALVES                | 317  |
| GUILHERME COELHO AMUI                 | 897  |
| GUILHERME CORREA GUIMARÃES            | 439  |
| GUILHERME DAMASCENO FILHO             | 766  |
| GUILHERME DE ANDRADE RUELA            | 339  |
| GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI         | 24   |
| GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI         | 41   |
| GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI         | 145  |
| GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI         | 154  |
| GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI         | 274  |
| GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI         | 295  |
| GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI         | 408  |
| GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI         | 567  |
| GUILHERME DE SOUZA SCHAUCOSKI         | 460  |
| GUILHERME DOEHL KNEBEL                | 205  |
| GUILHERME DOEHL KNEBEL                | 653  |
| GUILHERME DOEHL KNEBEL                | 922  |
| GUILHERME GABRIEL MARTINI             | 810  |
| GUILHERME GUIMARÃES CARNEIRO MELO     | 730  |
| GUILHERME HENRIQUE FERREIRA DAMASCENO | 122  |
| GUILHERME HENRIQUE FERREIRA DAMASCENO | 570  |
| GUILHERME HENRIQUE FERREIRA DAMASCENO | 766  |
| GUILHERME HENRIQUE FERREIRA DAMASCENO | 931  |
| GUILHERME LIPPI CIANTELLI             | 949  |
| GUILHERME LUIS DA SILVA FRANCHE       | 930  |
| GUILHERME NOVAES COIMBRA              | 287  |
| GUILHERME PINHO MORORÓ                | 93   |
| GUILHERME PINHO MORORÓ                | 95   |
| GUILHERME PINHO MORORÓ                | 242  |
| GUILHERME PINHO MORORÓ                | 807  |
| GUILHERME RODRIGUES MARINHO           | 23   |
| GUILHERME RODRIGUES NETO              | 446  |
| GUILHERME RODRIGUES NETO              | 1004 |
| GUILHERME RODRIGUES VIANA             | 495  |
| GUILHERME SCHLINDWEIN ZANINI          | 810  |
| GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI      | 24   |
| GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI      | 25   |
| GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI      | 27   |
| GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI      | 41   |
| GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI      | 274  |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI    | 292 |
| GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI    | 295 |
| GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI    | 348 |
| GUILHERME SORIANO PINHEIRO ESPOSITO | 941 |
| GUILHERME SOUTO FIGUEIREDO SILVA    | 390 |
| GUSTAVO ALMEIDA                     | 537 |
| GUSTAVO BACHEGA PINHEIRO            | 839 |
| GUSTAVO BACHTOLD                    | 191 |
| GUSTAVO BARRETO DA CUNHA            | 72  |
| GUSTAVO BRUNO NASCIMENTO SANTOS     | 777 |
| GUSTAVO BRUNO NASCIMENTO SANTOS     | 886 |
| GUSTAVO CEDRO SOUZA                 | 147 |
| GUSTAVO CEDRO SOUZA                 | 148 |
| GUSTAVO CEDRO SOUZA                 | 249 |
| GUSTAVO CEDRO SOUZA                 | 298 |
| GUSTAVO CEDRO SOUZA                 | 423 |
| GUSTAVO CEDRO SOUZA                 | 828 |
| GUSTAVO CEDRO SOUZA                 | 919 |
| GUSTAVO CEDRO SOUZA                 | 970 |
| GUSTAVO CEMBRANELLI TAZINAFFO       | 188 |
| GUSTAVO CEMBRANELLI TAZINAFFO       | 478 |
| GUSTAVO CEMBRANELLI TAZINAFFO       | 938 |
| GUSTAVO CEMBRANELLI TAZINAFFO       | 991 |
| GUSTAVO CONRADO BRASSAROTO          | 783 |
| GUSTAVO CONRADO BRASSAROTO          | 812 |
| GUSTAVO CORRÊA DE CARVALHO          | 208 |
| GUSTAVO CORRÊA DE CARVALHO          | 474 |
| GUSTAVO CORRÊA DE CARVALHO          | 962 |
| GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO           | 450 |
| GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO           | 509 |
| GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO           | 521 |
| GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO           | 843 |
| GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO           | 890 |
| GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO           | 904 |
| GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA      | 727 |
| GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA          | 361 |
| GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA          | 467 |
| GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA          | 614 |
| GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA          | 641 |
| GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA          | 708 |
| GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA          | 824 |
| GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA          | 921 |
| GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA          | 959 |
| GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA          | 966 |
| GUSTAVO FIGUEIREDO NUNES RABELO     | 227 |
| GUSTAVO GONÇALVES MACIEL            | 405 |
| GUSTAVO GONÇALVES MACIEL            | 570 |
| GUSTAVO GONÇALVES MACIEL            | 931 |
| GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO          | 208 |
| GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO          | 355 |
| GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO          | 474 |

|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO          | 936  |
| GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO          | 962  |
| GUSTAVO HENRIQUE ALVES ZANGIROLAMI  | 525  |
| GUSTAVO LEO CASTILHO                | 481  |
| GUSTAVO LEITE ANTUNES               | 340  |
| GUSTAVO MARTINS SEGUNDA             | 492  |
| GUSTAVO MURTA                       | 457  |
| GUSTAVO MURTA                       | 882  |
| GUSTAVO MURTA                       | 910  |
| GUSTAVO OLIVEIRA DE SOUSA           | 215  |
| GUSTAVO OLIVEIRA DE SOUSA           | 216  |
| GUSTAVO OLIVEIRA DE SOUSA           | 674  |
| GUSTAVO PÁS SHIMIZU                 | 973  |
| GUSTAVO PEGOS RODRIGUES COY         | 918  |
| GUSTAVO RASSIER ISOLAN              | 529  |
| GUSTAVO SARAIVA DE ALMEIDA          | 104  |
| GUSTAVO SARAIVA DE ALMEIDA          | 491  |
| GUSTAVO SARAIVA DE ALMEIDA          | 722  |
| GUSTAVO SARAIVA DE ALMEIDA          | 918  |
| GUSTAVO SASSO BENSO MACIEL          | 924  |
| GUSTAVO SUBTIL MAGALHÃES FREIRE     | 887  |
| GUSTAVO TREVISAN                    | 362  |
| GUSTAVO TREVISAN                    | 765  |
| HANNA DOS ANJOS GOMES               | 522  |
| HARGEU ANTÔNIO MACEDO COSTA         | 410  |
| HECIO HENRIQUE ARAUJO DE MORAIS     | 207  |
| HECIO HENRIQUE ARAUJO DE MORAIS     | 209  |
| HECIO HENRIQUE ARAUJO DE MORAIS     | 215  |
| HECIO HENRIQUE ARAUJO DE MORAIS     | 216  |
| HELAINA PEIXOTO GURGEL              | 243  |
| HELAINA PEIXOTO GURGEL              | 247  |
| HELAINA PEIXOTO GURGEL              | 975  |
| HELBERT PINTO DE ALMEIDA            | 752  |
| HELENA BOLLI MOTA                   | 561  |
| HELENA MARIA GONÇALVES BECKER       | 35   |
| HELENA MARIA GONÇALVES BECKER       | 63   |
| HELENA MARIA GONÇALVES BECKER       | 94   |
| HELENA MARIA GONÇALVES BECKER       | 111  |
| HELENA MARIA GONÇALVES BECKER       | 1005 |
| HELGA MOURA KEHRLE                  | 420  |
| HELINTON GOULART MOREIRA            | 564  |
| HÉLIO CÁSSIO SILVA GUIMARÃES        | 343  |
| HELISSANDRO ANDRADE COELHO          | 425  |
| HELISSANDRO ANDRADE COELHO          | 485  |
| HELISSANDRO ANDRADE COELHO          | 631  |
| HELOISA DOS SANTOS SOBREIRA NUNES   | 30   |
| HELOÍSA HELENA DELAI BIEZUS         | 817  |
| HELOÍSA MOREIRA ESTRELA DINIZ RAMOS | 146  |
| HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG         | 180  |
| HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG         | 183  |
| HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG         | 236  |

|                                                |      |
|------------------------------------------------|------|
| HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG                    | 484  |
| HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG                    | 487  |
| HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG                    | 489  |
| HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG                    | 514  |
| HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG                    | 544  |
| HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG                    | 545  |
| HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG                    | 650  |
| HELOÍSA MOZZAQUATRO WERLANG                    | 943  |
| HELOUYZE CHRYSTHYNAL ALBANO ASSIS DOS SANTOS   | 606  |
| HEMILY IZABEL ALVES NEVES                      | 232  |
| HEMILY IZABEL ALVES NEVES                      | 347  |
| HEMILY IZABEL ALVES NEVES                      | 495  |
| HEMILY IZABEL ALVES NEVES                      | 503  |
| HEMILY IZABEL ALVES NEVES                      | 529  |
| HEMILY IZABEL ALVES NEVES                      | 658  |
| HEMILY IZABEL ALVES NEVES                      | 930  |
| HENDERSON DE ALMEIDA CAVALCANTE                | 14   |
| HENDERSON DE ALMEIDA CAVALCANTE                | 69   |
| HENDERSON DE ALMEIDA CAVALCANTE                | 820  |
| HENDERSON DE ALMEIDA CAVALCANTE                | 68   |
| HENRIQUE CARVALHO                              | 101  |
| HENRIQUE CARVALHO                              | 158  |
| HENRIQUE CARVALHO                              | 447  |
| HENRIQUE CARVALHO                              | 448  |
| HENRIQUE CARVALHO                              | 523  |
| HENRIQUE CARVALHO                              | 616  |
| HENRIQUE CAVALCANTE BITTENCOURT SANTOS         | 382  |
| HENRIQUE CÉSAR MATOS                           | 46   |
| HENRIQUE COELHO SOARES MORAES                  | 201  |
| HENRIQUE DE LA ROCQUE VIEIRA DE MELLO DOS REIS | 139  |
| HENRIQUE DE LIMA CRIVELLARO                    | 454  |
| HENRIQUE DE MORAES PAIVA MOISES ARABE          | 689  |
| HENRIQUE DE MORAES PAIVA MOISES ARABE          | 759  |
| HENRIQUE DE MORAES PAIVA MOISES ARABE          | 763  |
| HENRIQUE DE MORAES PAIVA MOISES ARABE          | 777  |
| HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE                      | 674  |
| HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE                      | 675  |
| HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE                      | 699  |
| HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE                      | 851  |
| HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE                      | 857  |
| HENRIQUE FURLAN PAUNA                          | 191  |
| HENRIQUE FURLAN PAUNA                          | 1002 |
| HENRIQUE GONÇALVES DUCHINI                     | 188  |
| HENRIQUE GONÇALVES DUCHINI                     | 478  |
| HENRIQUE GONÇALVES DUCHINI                     | 938  |
| HENRIQUE GONÇALVES DUCHINI                     | 991  |
| HENRIQUE GUETTER ABREU                         | 437  |
| HENRIQUE MENEGUCI DA SILVA                     | 134  |
| HENRIQUE PENTEADO DE CAMARGO GOBBO             | 421  |
| HENRIQUE PENTEADO DE CAMARGO GOBBO             | 424  |
| HENRIQUE PENTEADO DE CAMARGO GOBBO             | 427  |

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| HENRIQUE SANTOS FERNANDES                   | 75  |
| HENRIQUE SANTOS FERNANDES                   | 842 |
| HENRIQUE SANTOS FERNANDES                   | 978 |
| HENRIQUE VIANA CARVALHO BOTELHO             | 300 |
| HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA | 323 |
| HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA | 566 |
| HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA | 622 |
| HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA | 623 |
| HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA | 648 |
| HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA | 835 |
| HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA         | 125 |
| HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA         | 137 |
| HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA         | 206 |
| HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA         | 366 |
| HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA         | 775 |
| HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA         | 776 |
| HERTON COIFMAN                              | 57  |
| HILARI ALVES LOPES                          | 429 |
| HIPÓLITO VIRGÍLIO MAGALHÃES JÚNIOR          | 330 |
| HIPÓLITO VIRGÍLIO MAGALHÃES JÚNIOR          | 352 |
| HÍVINA MOREIRA TARABAL                      | 190 |
| HÍVINA MOREIRA TARABAL                      | 609 |
| HORMY BIAVATTI SOARES                       | 523 |
| HUGO DIAS HOFFMANN-SANTOS                   | 39  |
| HUGO FERNANDES DE PAULA                     | 386 |
| HUGO FERNANDES DE PAULA                     | 482 |
| HUGO FERNANDES DE PAULA                     | 542 |
| HUGO FERNANDES DE PAULA                     | 969 |
| HUGO FERREIRA ALVES                         | 371 |
| HUGO FERREIRA ALVES                         | 714 |
| HUGO FERREIRA ALVES                         | 926 |
| HUGO FERREIRA ALVES                         | 932 |
| HUGO VALTER LISBOA RAMOS                    | 28  |
| HUGO VALTER LISBOA RAMOS                    | 32  |
| HUGO VALTER LISBOA RAMOS                    | 350 |
| HUGO VALTER LISBOA RAMOS                    | 386 |
| HUGO VALTER LISBOA RAMOS                    | 482 |
| HUGO VALTER LISBOA RAMOS                    | 497 |
| HUGO VALTER LISBOA RAMOS                    | 942 |
| HUGO VALTER LISBOA RAMOS                    | 969 |
| HUMBERTO LOPES CAMARGO JUNIOR               | 232 |
| HUMBERTO SALGADO FILHO                      | 607 |
| HYNGRIDD SOARES MENDES                      | 451 |
| HYNGRIDD SOARES MENDES                      | 588 |
| HYNGRIDD SOARES MENDES                      | 909 |
| IAGO DE PAULA LINS CHIMICATTI               | 190 |
| IAGO ETHAN SILVA RIBEIRO ALMEIDA            | 401 |
| IAGO ETHAN SILVA RIBEIRO ALMEIDA            | 583 |
| IAGO ETHAN SILVA RIBEIRO ALMEIDA            | 586 |
| IAN PASSOS SILVA                            | 38  |
| IAN PASSOS SILVA                            | 284 |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| IAN PASSOS SILVA                  | 431 |
| IAN PASSOS SILVA                  | 771 |
| IAN PASSOS SILVA                  | 898 |
| IAN SELONKE                       | 361 |
| IAN SELONKE                       | 638 |
| IAN SELONKE                       | 640 |
| IAN SELONKE                       | 642 |
| IAN SELONKE                       | 708 |
| IAN SELONKE                       | 817 |
| IAN SELONKE                       | 921 |
| IAN SELONKE                       | 955 |
| IAN SELONKE                       | 959 |
| IAN SELONKE                       | 966 |
| IAN SELONKE                       | 989 |
| IANA CAROLINA GALVÃO MUELLER      | 725 |
| IANA NICOLE FIGUEIREDO MAGRIS     | 13  |
| IANNE ACÁSSIA RAPÔSO DUARTE COSTA | 378 |
| IARA CAMARGO MANSUR               | 354 |
| IARA PEIXOTO DEFANTI              | 707 |
| IASMIN MAGALHÃES MACHADO          | 275 |
| ÍCARO DE ALMEIDA TOLEDO PIRES     | 27  |
| ÍCARO DE ALMEIDA TOLEDO PIRES     | 348 |
| IEDA CARVALHO DE MELO             | 147 |
| IEDA CARVALHO DE MELO             | 423 |
| IEDA CARVALHO DE MELO             | 828 |
| IEDA MILLAS                       | 644 |
| IGOR ALMEIDA DOS ANJOS            | 743 |
| IGOR ATAÍDE SILVA TEIXEIRA        | 444 |
| IGOR ATAÍDE SILVA TEIXEIRA        | 479 |
| IGOR ATAÍDE SILVA TEIXEIRA        | 496 |
| IGOR ATAÍDE SILVA TEIXEIRA        | 511 |
| IGOR ATAÍDE SILVA TEIXEIRA        | 917 |
| IGOR BALDI DA SILVA               | 105 |
| IGOR BALDI DA SILVA               | 112 |
| IGOR BALDI DA SILVA               | 235 |
| IGOR BALDI DA SILVA               | 490 |
| IGOR BALDI DA SILVA               | 510 |
| IGOR BALDI DA SILVA               | 900 |
| IGOR BALDI DA SILVA               | 901 |
| IGOR DINIZ GONÇALVES              | 228 |
| IGOR DOMENICI ARAUJO LANNA        | 83  |
| IGOR DOMENICI ARAUJO LANNA        | 308 |
| IGOR FERNANDES FORMIGAL           | 188 |
| IGOR GIACOMETI PARREIRA           | 751 |
| IGOR GIACOMETI PARREIRA           | 26  |
| IGOR GORSKI BENEDETTO             | 920 |
| IGOR GOUVEIA SOARES               | 121 |
| IGOR GOUVEIA SOARES               | 494 |
| IGOR GOUVEIA SOARES               | 605 |
| IGOR GUEDES EUGENIO               | 993 |
| IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE        | 676 |

|                                  |      |
|----------------------------------|------|
| IGOR MENEGAT CAETANO             | 39   |
| IGOR MOURÃO ALMEIDA              | 139  |
| IGOR SILVA DE CASTRO LIMA        | 330  |
| IGOR VITOR OLIVEIRA DA GRAÇA     | 679  |
| IGOR VITOR OLIVEIRA DA GRAÇA     | 680  |
| ILANE MOREIRA FIGUEREDO          | 985  |
| ILANE MOREIRA FIGUEREDO          | 997  |
| ILANE MOREIRA FIGUEREDO          | 1011 |
| INGRA PEREIRA MONTI MARTINS      | 602  |
| INGRA PEREIRA MONTI MARTINS      | 620  |
| INGRA PEREIRA MONTI MARTINS      | 632  |
| INGRI ROCHAEL AGUIAR XISTO BRITO | 173  |
| INGRI ROCHAEL AGUIAR XISTO BRITO | 349  |
| INGRI ROCHAEL AGUIAR XISTO BRITO | 923  |
| INGRID DE MORAES RIBEIRO         | 12   |
| INGRID DE MORAES RIBEIRO         | 166  |
| INGRID DE MORAES RIBEIRO         | 170  |
| INGRID DE MORAES RIBEIRO         | 174  |
| INGRID DE MORAES RIBEIRO         | 832  |
| INGRID PAZ DE ANDRADE ARRAIS     | 595  |
| INGRID PAZ DE ANDRADE ARRAIS     | 664  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 163  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 394  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 395  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 396  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 547  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 602  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 620  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 632  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 761  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 762  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 764  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 871  |
| INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO  | 877  |
| INGRID SAMPAIO TAVARES           | 950  |
| INGRID WENDLAND SANTANNA         | 150  |
| INGRID WENDLAND SANTANNA         | 571  |
| INGRID WENDLAND SANTANNA         | 624  |
| INGRID WENDLAND SANTANNA         | 625  |
| INGRID WERNER PICININI           | 54   |
| INGRID WERNER PICININI           | 1003 |
| ISAAC ANDRADE MATOS JUNIOR       | 315  |
| ISABEL SAORIN CONTE              | 232  |
| ISABEL SAORIN CONTE              | 347  |
| ISABEL SAORIN CONTE              | 495  |
| ISABEL SAORIN CONTE              | 503  |
| ISABEL SAORIN CONTE              | 529  |
| ISABEL SAORIN CONTE              | 930  |
| ISABELA ABREU TORRES             | 190  |
| ISABELA ABREU TORRES             | 202  |
| ISABELA ABREU TORRES             | 211  |



|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| ISABELA ABREU TORRES                | 401  |
| ISABELA ABREU TORRES                | 891  |
| ISABELA BORGIO MARINHO              | 143  |
| ISABELA BORGIO MARINHO              | 885  |
| ISABELA CAMPOS BERTOLDI             | 545  |
| ISABELA CAROLINE DA SILVA RODRIGUES | 190  |
| ISABELA CAROLINE DA SILVA RODRIGUES | 609  |
| ISABELA CAROLINE DA SILVA RODRIGUES | 927  |
| ISABELA CASARI DONIDA               | 437  |
| ISABELA CASARI DONIDA               | 868  |
| ISABELA CASARI DONIDA               | 873  |
| ISABELA COELHO PASTANA              | 411  |
| ISABELA DE SOUSA SARAIVA            | 431  |
| ISABELA DE SOUSA SARAIVA            | 771  |
| ISABELA DE SOUSA SARAIVA            | 898  |
| ISABELA DE SOUSA SARAIVA            | 1017 |
| ISABELA DOS SANTOS RODOLFO          | 314  |
| ISABELA DOS SANTOS RODOLFO          | 322  |
| ISABELA DOS SANTOS RODOLFO          | 889  |
| ISABELA GOMES MALDI                 | 28   |
| ISABELA GOMES MALDI                 | 386  |
| ISABELA GOMES MALDI                 | 482  |
| ISABELA GOMES MALDI                 | 497  |
| ISABELA GOMES MALDI                 | 542  |
| ISABELA GOMES MALDI                 | 608  |
| ISABELA GOMES MALDI                 | 969  |
| ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI      | 289  |
| ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI      | 305  |
| ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI      | 310  |
| ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI      | 314  |
| ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI      | 322  |
| ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI      | 326  |
| ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI      | 332  |
| ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS     | 106  |
| ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS     | 702  |
| ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS     | 704  |
| ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS     | 706  |
| ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS     | 853  |
| ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS     | 859  |
| ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS     | 1014 |
| ISABELA NISHIMURA MEGIANI           | 18   |
| ISABELA NISHIMURA MEGIANI           | 19   |
| ISABELA OLIVEIRA ÁVILA              | 912  |
| ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA        | 361  |
| ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA        | 467  |
| ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA        | 614  |
| ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA        | 617  |
| ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA        | 638  |
| ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA        | 640  |
| ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA        | 641  |
| ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA        | 642  |

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA      | 708  |
| ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA      | 921  |
| ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA      | 989  |
| ISABELA TAVARES RIBEIRO           | 278  |
| ISABELLA BEZERRA FREITAS          | 928  |
| ISABELLA BEZERRA FREITAS          | 1004 |
| ISABELLA DA SILVA VIEIRA          | 810  |
| ISABELLA DE ABREU BRKANITCH       | 70   |
| ISABELLA DE ABREU BRKANITCH       | 71   |
| ISABELLA DORNELES DE CARVALHO     | 364  |
| ISABELLA DORNELES DE CARVALHO     | 365  |
| ISABELLA DORNELES DE CARVALHO     | 475  |
| ISABELLA RIBEIRO DE SOUSA         | 363  |
| ISABELLA RIBEIRO DE SOUSA         | 768  |
| ISABELLA STAGLIORIO DUMET FARIA   | 138  |
| ISABELLE BRAZ DE OLIVEIRA SILVA   | 517  |
| ISABELLE PAGANELLA BOEIRA         | 238  |
| ISABELLE SOUZA DO ROSARIO         | 402  |
| ISABELLE SOUZA DO ROSARIO         | 808  |
| ISADORA ARAGÃO SILVA TRABUCO      | 597  |
| ISADORA BRAGÉ POLETO              | 150  |
| ISADORA BRAGÉ POLETO              | 624  |
| ISADORA ELY                       | 781  |
| ISADORA ELY                       | 782  |
| ISADORA ELY                       | 786  |
| ISADORA ELY                       | 818  |
| ISADORA FRATTINI COLLA            | 289  |
| ISADORA FRATTINI COLLA            | 314  |
| ISADORA FRATTINI COLLA            | 848  |
| ISADORA ROLLEMBERG CALDAS MENEZES | 319  |
| ISADORA ROLLEMBERG CALDAS MENEZES | 453  |
| ISADORA ROLLEMBERG CALDAS MENEZES | 809  |
| ISADORA ROLLEMBERG CALDAS MENEZES | 874  |
| ISADORA SEROTINI PERTINHEZ        | 418  |
| ISADORA SEROTINI PERTINHEZ        | 508  |
| ISADORA SEROTINI PERTINHEZ        | 801  |
| ISADORA SEROTINI PERTINHEZ        | 933  |
| ISADORA SEROTINI PERTINHEZ        | 974  |
| ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA    | 253  |
| ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA    | 254  |
| ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA    | 256  |
| ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA    | 257  |
| ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA    | 259  |
| ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA    | 260  |
| ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA    | 261  |
| ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA    | 269  |
| ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA    | 270  |
| ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA    | 316  |
| ISOLDA CARVALHO DE SANTANA        | 298  |
| ITAIANA PEREIRA CORDEIRO DA SILVA | 237  |
| ITAIANA PEREIRA CORDEIRO DA SILVA | 804  |

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| ITHIARA CORREIA LIMA              | 950  |
| ÍVINE SANTOS CARVALHO             | 796  |
| IVIS ANDREA MARQUES FERRO         | 80   |
| IVIS ANDREA MARQUES FERRO         | 371  |
| IVIS ANDREA MARQUES FERRO         | 788  |
| IVIS ANDREA MARQUES FERRO         | 932  |
| IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO | 123  |
| IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO | 455  |
| IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO | 473  |
| IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO | 639  |
| IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO | 785  |
| IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO | 941  |
| IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO | 944  |
| IZABELLE LOPES QUINTINO           | 1007 |
| JACIEL BENEDITO DE OLIVEIRA       | 16   |
| JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE       | 122  |
| JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE       | 570  |
| JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE       | 766  |
| JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE       | 931  |
| JAÉDSON BRUNO PEREIRA DA SILVA    | 531  |
| JAÉDSON BRUNO PEREIRA DA SILVA    | 945  |
| JAIR DE SOUZA BRAGA FILHO         | 176  |
| JAIR DE SOUZA BRAGA FILHO         | 915  |
| JAMES DARY ALMEIDA BARBOSA        | 683  |
| JAMES DE ARAÚJO SILVA             | 592  |
| JAMILE GARDIN DOS SANTOS          | 76   |
| JAMILE GARDIN DOS SANTOS          | 78   |
| JAMILE GARDIN DOS SANTOS          | 841  |
| JAMILE GARDIN DOS SANTOS          | 862  |
| JAMILE GARDIN DOS SANTOS          | 960  |
| JAMILLY GIURIATTI ANZILIERO       | 274  |
| JANE H BENTLEY                    | 791  |
| JANECLÉIA SUELI MAIA MARTINS      | 522  |
| JANICE SILVA                      | 935  |
| JANINE OLIVEIRA SANTOS GUÉRCIO    | 819  |
| JAQUELINE ALTOÉ                   | 243  |
| JAQUELINE ALTOÉ                   | 247  |
| JAQUELINE LEIDENTZ                | 223  |
| JAQUELINE LEIDENTZ                | 374  |
| JARBAS CAMARA PACHE DE FARIA      | 300  |
| JARBAS MARIO ZANDONA              | 1013 |
| JASMIN DEZOTTI LOVISI             | 160  |
| JASMIN DEZOTTI LOVISI             | 170  |
| JASMIN DEZOTTI LOVISI             | 174  |
| JASMIN DEZOTTI LOVISI             | 577  |
| JASMINNE MARQUES GUIMARÃES        | 345  |
| JAZON BARACAT DE LIMA             | 236  |
| JEAN CARLOS CARVALHO DE MENEZES   | 343  |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS           | 335  |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS           | 336  |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS           | 338  |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS            | 340 |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS            | 342 |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS            | 345 |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS            | 346 |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS            | 351 |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS            | 502 |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS            | 504 |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS            | 528 |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS            | 636 |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS            | 719 |
| JEFFERSON MACÊDO DANTAS            | 908 |
| JELIEL FERREIRA DOS SANTOS         | 294 |
| JENIFFER CRISTINA KOZECHEN RICKLI  | 384 |
| JENNIFER CRISTIANA VICENTE DE LIMA | 231 |
| JENNIFER CRISTIANA VICENTE DE LIMA | 329 |
| JENNIFER CRISTIANA VICENTE DE LIMA | 654 |
| JENNIFER CRISTIANA VICENTE DE LIMA | 656 |
| JENNIFER CRISTIANA VICENTE DE LIMA | 721 |
| JESSÉ TEIXEIRA DE LIMA JÚNIOR      | 226 |
| JESSICA ABREU DOS SANTOS           | 319 |
| JESSICA ABREU DOS SANTOS           | 453 |
| JESSICA ABREU DOS SANTOS           | 809 |
| JESSICA ABREU DOS SANTOS           | 874 |
| JESSICA AREIAS COELHO PEREIRA      | 143 |
| JESSICA AREIAS COELHO PEREIRA      | 849 |
| JESSICA AREIAS COELHO PEREIRA      | 885 |
| JÉSSICA CAMPELO DE ALMEIDA         | 397 |
| JÉSSICA CAMPELO DE ALMEIDA         | 407 |
| JÉSSICA CAMPELO DE ALMEIDA         | 811 |
| JÉSSICA CHAVES RIBEIRO             | 153 |
| JÉSSICA DE SOUZA SILVA             | 774 |
| JESSICA FERREIRA BARROS            | 159 |
| JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO  | 105 |
| JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO  | 112 |
| JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO  | 235 |
| JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO  | 490 |
| JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO  | 510 |
| JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO  | 900 |
| JÉSSICA FERREIRA DE MELO SILVÉRIO  | 901 |
| JESSICA MEGUMI MIAKE               | 868 |
| JESSICA MIWA TAKASU                | 204 |
| JESSICA MIWA TAKASU                | 17  |
| JESSICA RAMOS TAVARES              | 14  |
| JESSICA RAMOS TAVARES              | 590 |
| JESSICA RAMOS TAVARES              | 687 |
| JESSICA RAMOS TAVARES              | 820 |
| JÉSSICA SANTOS DE OLIVEIRA         | 454 |
| JHOLBERT CARDOSO SANTANA           | 350 |
| JHOLBERT CARDOSO SANTANA           | 359 |
| JHOLBERT CARDOSO SANTANA           | 905 |
| JHOLBERT CARDOSO SANTANA           | 942 |

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| JOANA CYSNE FROTA VIEIRA           | 164  |
| JOANA CYSNE FROTA VIEIRA           | 483  |
| JOANA CYSNE FROTA VIEIRA           | 579  |
| JOANA CYSNE FROTA VIEIRA           | 798  |
| JOANA CYSNE FROTA VIEIRA           | 829  |
| JOANA CYSNE FROTA VIEIRA           | 831  |
| JOANA CYSNE FROTA VIEIRA           | 888  |
| JOANA GUINCHO                      | 864  |
| JOANA LUÍZA ZIMMER                 | 612  |
| JOANA LUÍZA ZIMMER                 | 614  |
| JOANA LUÍZA ZIMMER                 | 638  |
| JOANA LUÍZA ZIMMER                 | 641  |
| JOANA LUÍZA ZIMMER                 | 642  |
| JOAO ANTÔNIO MARDEGAN FERREIRA     | 223  |
| JOAO ANTÔNIO MARDEGAN FERREIRA     | 374  |
| JOAO ARMANDO PADOVANI JR.          | 178  |
| JOAO ARMANDO PADOVANI JR.          | 192  |
| JOAO BATISTA DE OLIVEIRA ANDRADE   | 190  |
| JOAO BATISTA DE OLIVEIRA ANDRADE   | 325  |
| JOÃO BÔSCO PARENTES VIEIRA         | 281  |
| JOÃO CARLOS GEBER-JÚNIOR           | 535  |
| JOÃO CARVALHO                      | 972  |
| JOÃO CASSINDI GONÇALVES            | 108  |
| JOÃO CASSINDI GONÇALVES            | 1008 |
| JOÃO CLEBER MOREIRA DE OLIVEIRA    | 157  |
| JOÃO COÊLHO NETO                   | 787  |
| JOAO EDUARDO GARCEZ MAESTRI        | 457  |
| JOAO EDUARDO KONART                | 437  |
| JOAO EDUARDO KONART                | 867  |
| JOÃO EMMANUEL FERNANDES QUEIROZ    | 185  |
| JOAO FERREIRA BRAGA NETO           | 42   |
| JOAO FERREIRA BRAGA NETO           | 884  |
| JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS | 416  |
| JOÃO LINO                          | 576  |
| JOÃO LINS MAUÉS                    | 232  |
| JOÃO LINS MAUÉS                    | 347  |
| JOÃO LINS MAUÉS                    | 503  |
| JOÃO LINS MAUÉS                    | 529  |
| JOÃO LINS MAUÉS                    | 658  |
| JOÃO MARCELO TEIXEIRA LOBO         | 30   |
| JOÃO MARCELO TEIXEIRA LOBO         | 956  |
| JOÃO MARCOS FAIER ASSUNÇÃO         | 75   |
| JOÃO MARCOS FAIER ASSUNÇÃO         | 842  |
| JOÃO MARCOS FAIER ASSUNÇÃO         | 978  |
| JOÃO MARCOS RONDON LEIRIA          | 545  |
| JOÃO PAULO BISPO GONÇALVES         | 107  |
| JOÃO PAULO BISPO GONÇALVES         | 805  |
| JOÃO PAULO DE MOURA NEVES          | 487  |
| JOÃO PAULO DE MOURA NEVES          | 729  |
| JOÃO PAULO DE MOURA NEVES          | 746  |
| JOÃO PAULO DE MOURA NEVES          | 943  |

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| JOAO PAULO DO AMARAL FILHO           | 214 |
| JOAO PAULO LINS TENORIO              | 383 |
| JOAO PAULO LINS TENORIO              | 527 |
| JOAO PAULO LINS TENORIO              | 797 |
| JOAO PAULO LINS TENORIO              | 961 |
| JOAO PAULO LINS TENORIO              | 976 |
| JOÃO PAULO PACHECO DE OLIVEIRA       | 335 |
| JOÃO PEDRO AFONSO NASCIMENTO         | 23  |
| JOÃO PEDRO AFONSO NASCIMENTO         | 55  |
| JOÃO PEDRO ALVES VAZ                 | 21  |
| JOÃO PEDRO ALVES VAZ                 | 239 |
| JOÃO PEDRO CAMANO SÁ                 | 203 |
| JOÃO PEDRO DE ARRUDA CUNHA           | 38  |
| JOÃO PEDRO PIRES PORTO               | 411 |
| JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA            | 189 |
| JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA            | 720 |
| JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA            | 723 |
| JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA            | 913 |
| JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA            | 939 |
| JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA            | 965 |
| JOÃO PRUDENCIO DA COSTA NETO         | 148 |
| JOÃO PRUDENCIO DA COSTA NETO         | 686 |
| JOÃO PRUDENCIO DA COSTA NETO         | 970 |
| JOÃO VICTOR AMORIM CORDEIRO          | 454 |
| JOÃO VICTOR MEDEIROS DE LUCENA       | 196 |
| JOÃO VICTOR PINTO GOMES              | 429 |
| JOÃO VICTOR PINTO GOMES              | 734 |
| JOÃO VICTOR SIMÕES CASTRO PERRONE    | 358 |
| JOÃO VITOR FALCÃO BOSA               | 15  |
| JOÃO VITOR LIMA BUENO                | 269 |
| JOÃO VITOR LIMA BUENO                | 270 |
| JOÃO VITOR LIMA BUENO                | 344 |
| JOÃO VITOR LIMA BUENO                | 422 |
| JOÃO VITOR LIMA BUENO                | 667 |
| JOAO VITOR PEREIRA CUNHA             | 935 |
| JOAQUIM DOS PASSOS MARTINS NETO      | 879 |
| JOEL LAVINSKY                        | 503 |
| JOEL LAVINSKY                        | 529 |
| JOÉLIA ANGÉLICA DE MEDEIROS NOGUEIRA | 60  |
| JOHANNA MATIELE ASSMANN OSAIDA       | 624 |
| JOHN FONTENELE ARAUJO                | 15  |
| JONAS BELCHIOR TAMANINI              | 406 |
| JONAS BELCHIOR TAMANINI              | 439 |
| JONAS RODRIGUES DE OLIVEIRA          | 222 |
| JONAS RODRIGUES DE OLIVEIRA          | 241 |
| JONATAS BUSSADOR DO AMARAL           | 392 |
| JONATAS FIGUEIREDO VILLA             | 917 |
| JÔNATAS SOUZA PINTO PORTO            | 110 |
| JÔNATAS SOUZA PINTO PORTO            | 197 |
| JORDANA COELHO MOISES                | 201 |
| JORDANNA FERREIRA LOUSEK             | 482 |

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| JORDANNA FERREIRA LOUSEK          | 497  |
| JORDANNA FERREIRA LOUSEK          | 542  |
| JORDANNA FERREIRA LOUSEK          | 608  |
| JORDAO LEITE FERNANDES            | 613  |
| JORGE AUGUSTO SAVI                | 78   |
| JORGE AUGUSTO SAVI                | 960  |
| JORGE BARRENECHE DOS SANTOS NETO  | 513  |
| JORGE LUCAS ALVES SANTANA         | 60   |
| JOSE ANTONIO PINTO                | 30   |
| JOSE ANTONIO PINTO                | 956  |
| JOSE ARRUDA MENDES NETO           | 761  |
| JOSE ARRUDA MENDES NETO           | 877  |
| JOSE CAPORRINO NETO               | 277  |
| JOSÉ CARLOS FRANZATO JUNIOR       | 457  |
| JOSÉ CARLOS FRANZATO JUNIOR       | 882  |
| JOSE CARLOS JORGE                 | 538  |
| JOSE CELSO RODRIGUES DE SOUZA     | 535  |
| JOSÉ DINIZ JUNIOR                 | 591  |
| JOSÉ DINIZ JUNIOR                 | 674  |
| JOSÉ DINIZ JUNIOR                 | 675  |
| JOSE EDUARDO ESPOSITO ALMEIDA     | 849  |
| JOSE EDUARDO ESPOSITO ALMEIDA     | 885  |
| JOSE ELI BAPTISTELLA              | 121  |
| JOSE ELI BAPTISTELLA              | 494  |
| JOSE ELI BAPTISTELLA              | 605  |
| JOSE ELIAS DA SILVA MURAD         | 79   |
| JOSE ELIAS DA SILVA MURAD         | 416  |
| JOSE ELIAS DA SILVA MURAD         | 420  |
| JOSE ELIAS DA SILVA MURAD         | 430  |
| JOSE ELIAS DA SILVA MURAD         | 833  |
| JOSE ELIAS DA SILVA MURAD         | 839  |
| JOSE ELIAS DA SILVA MURAD         | 850  |
| JOSE ELIAS DA SILVA MURAD         | 863  |
| JOSE ELIAS DA SILVA MURAD         | 866  |
| JOSE FAIBES LUBIANCA NETO         | 658  |
| JOSE FERNANDO POLANSKI            | 518  |
| JOSE GABRIEL AQUINO AMARAL        | 238  |
| JOSÉ HIGINO STECK                 | 175  |
| JOSÉ HUMBERTO RODRIGUES DOS ANJOS | 695  |
| JOSE JARJURA JORGE JUNIOR         | 390  |
| JOSE JARJURA JORGE JUNIOR         | 391  |
| JOSE JARJURA JORGE JUNIOR         | 412  |
| JOSE LUIZ PIRES JUNIOR            | 476  |
| JOSE LUIZ PIRES JUNIOR            | 507  |
| JOSE LUIZ PIRES JUNIOR            | 696  |
| JOSÉ MARCELO CORASSA              | 924  |
| JOSÉ MARIOCI LOURENÇO JUNIOR      | 232  |
| JOSE MARQUEZI NETO                | 982  |
| JOSE MARQUEZI NETO                | 992  |
| JOSE MARQUEZI NETO                | 1001 |
| JOSE MAURICIO TERCÍ DE ABREU      | 31   |



|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| JOSE MAURICIO TERCI DE ABREU       | 81   |
| JOSE MAURICIO TERCI DE ABREU       | 551  |
| JOSE MAURICIO TERCI DE ABREU       | 795  |
| JOSE NEY RIBEIRO DE ALMEIDA        | 513  |
| JOSÉ PAIS                          | 705  |
| JOSÉ PAULO PINOTTI FERREIRA JUNIOR | 17   |
| JOSE RICARDO GURGEL TESTA          | 32   |
| JOSE RICARDO GURGEL TESTA          | 169  |
| JOSE RICARDO GURGEL TESTA          | 413  |
| JOSE ROBERTO BENTES CAPELONI       | 14   |
| JOSE ROBERTO BENTES CAPELONI       | 68   |
| JOSE ROBERTO BENTES CAPELONI       | 69   |
| JOSE ROBERTO BENTES CAPELONI       | 820  |
| JOSÉ ROBERTO RAMOS SOARES JÚNIOR   | 281  |
| JOSE SPECK FILHO                   | 171  |
| JOSE VICENTE TAGLIARINI            | 204  |
| JOSÉ VICTOR LIMA FIGUEIREDO        | 451  |
| JOSÉ VICTOR LIMA FIGUEIREDO        | 588  |
| JOSÉ VICTOR LIMA FIGUEIREDO        | 909  |
| JOSE VICTOR MANIGLIA               | 122  |
| JOSE VICTOR MANIGLIA               | 212  |
| JOSE VICTOR MANIGLIA               | 766  |
| JOSÉ VICTOR SAGGIORO TOGNI         | 982  |
| JOSÉ VICTOR SAGGIORO TOGNI         | 994  |
| JOSÉ VICTOR SAGGIORO TOGNI         | 1000 |
| JOSÉ WAGNER DE LIMA                | 231  |
| JOSÉ WAGNER DE LIMA                | 329  |
| JOSÉ WAGNER DE LIMA                | 654  |
| JOSÉ WAGNER DE LIMA                | 656  |
| JOSÉ WAGNER DE LIMA                | 721  |
| JOSEPH HAN                         | 789  |
| JOSIAS ISRAEL DE SOUZA             | 475  |
| JOSIAS ISRAEL DE SOUZA             | 694  |
| JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO       | 165  |
| JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO       | 287  |
| JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO       | 651  |
| JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO       | 780  |
| JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO       | 988  |
| JOSYANE BORGES DA SILVA GONÇALVES  | 735  |
| JOYCE MARIA DE OLIVEIRA BENDER     | 128  |
| JOYCE PEREIRA                      | 8    |
| JUBY A. JACOB-NARA                 | 990  |
| JÚLIA ALVES DE SENNE               | 300  |
| JULIA BANDEIRA DE OLIVEIRA         | 448  |
| JÚLIA BECKER GUIMARÃES             | 111  |
| JÚLIA BECKER GUIMARÃES             | 1005 |
| JÚLIA CATHARINA PEDROLO HENICKA    | 70   |
| JÚLIA CATHARINA PEDROLO HENICKA    | 71   |
| JULIA COLARES MOREIRA              | 202  |
| JULIA COLARES MOREIRA              | 211  |
| JULIA COLARES MOREIRA              | 325  |

|                                |      |
|--------------------------------|------|
| JULIA COLARES MOREIRA          | 526  |
| JULIA COLARES MOREIRA          | 530  |
| JULIA COLARES MOREIRA          | 895  |
| JULIA COLARES MOREIRA          | 896  |
| JULIA COLARES MOREIRA          | 1009 |
| JÚLIA CORRÊA MICHELON          | 96   |
| JÚLIA CORRÊA MICHELON          | 181  |
| JULIA FARIAS BRAGATTO          | 378  |
| JULIA FARTO VIANA OLIVEIRA     | 129  |
| JULIA FERNANDA ALENCAR NICOLAU | 335  |
| JÚLIA GIONGO PETRERE           | 70   |
| JÚLIA GIONGO PETRERE           | 71   |
| JÚLIA LOPES SEIXAS PEREIRA     | 194  |
| JULIA MOLOSSI                  | 49   |
| JÚLIA NAOMI MAZONI SASAKI      | 391  |
| JÚLIA OPPERMANN ROCHA          | 29   |
| JÚLIA OPPERMANN ROCHA          | 274  |
| JÚLIA OPPERMANN ROCHA          | 367  |
| JÚLIA PERIN FERNANDES          | 736  |
| JÚLIA RAMOS DE MELO            | 386  |
| JÚLIA RAMOS DE MELO            | 482  |
| JÚLIA RAMOS DE MELO            | 542  |
| JÚLIA RAMOS DE MELO            | 608  |
| JÚLIA RAMOS DE MELO            | 969  |
| JULIA REBELLATO                | 571  |
| JULIA REBELLATO                | 624  |
| JULIA REBELLATO                | 625  |
| JÚLIA RUETE DE SOUZA           | 491  |
| JÚLIA RUETE DE SOUZA           | 697  |
| JÚLIA RUETE DE SOUZA           | 918  |
| JULIA SCOTTI GONÇALVES LACERDA | 198  |
| JULIA SENA FERREIRA            | 13   |
| JULIA TOLENTINO MELO MORAIS    | 63   |
| JULIA TOLENTINO MELO MORAIS    | 251  |
| JULIA TOLENTINO MELO MORAIS    | 269  |
| JULIA TOLENTINO MELO MORAIS    | 270  |
| JULIA TOLENTINO MELO MORAIS    | 316  |
| JULIA TOLENTINO MELO MORAIS    | 344  |
| JULIA TOLENTINO MELO MORAIS    | 422  |
| JULIA TOLENTINO MELO MORAIS    | 667  |
| JULIA TONETTO PORTO            | 208  |
| JULIA TONETTO PORTO            | 355  |
| JULIA TONETTO PORTO            | 474  |
| JULIA TONETTO PORTO            | 936  |
| JULIA TONETTO PORTO            | 962  |
| JULIA TRANCOSO DE SOUZA        | 628  |
| JÚLIA VASCONCELOS MAGALHAES    | 521  |
| JULIA YUMI FUJIKI              | 867  |
| JULIANA ALVES FERREIRA NÓBREGA | 280  |
| JULIANA APARECIDA DE SUSS      | 136  |
| JULIANA BENTHIEN CAVICHIOLO    | 642  |

|                                 |      |
|---------------------------------|------|
| JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA    | 435  |
| JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA    | 443  |
| JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA    | 462  |
| JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA    | 720  |
| JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA    | 894  |
| JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA    | 965  |
| JULIANA CAROLINA CUNHA PAULA    | 1006 |
| JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO | 149  |
| JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO | 377  |
| JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO | 398  |
| JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO | 610  |
| JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO | 783  |
| JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO | 803  |
| JULIANA CAROLINA SAVA DONADELLO | 812  |
| JULIANA CARREIRO CARVALHO       | 317  |
| JULIANA DAL PONTE CARVALHO      | 415  |
| JULIANA DAL PONTE CARVALHO      | 822  |
| JULIANA DAL PONTE CARVALHO      | 834  |
| JULIANA DAL PONTE CARVALHO      | 847  |
| JULIANA FERREIRA LIMA           | 300  |
| JULIANA HERBERT                 | 684  |
| JULIANA LAINO RIBEIRO           | 84   |
| JULIANA LAINO RIBEIRO           | 646  |
| JULIANA LAINO RIBEIRO           | 925  |
| JULIANA MARQUES COLLA           | 718  |
| JULIANA MARQUES COLLA           | 937  |
| JULIANA MARQUES COLLA           | 957  |
| JULIANA MARQUES COLLA           | 964  |
| JULIANA METTE ONGARATTO         | 456  |
| JULIANA METTE ONGARATTO         | 709  |
| JULIANA METTE ONGARATTO         | 826  |
| JULIANA PASCUTTI SANT'ANA       | 47   |
| JULIANA RODRIGUES CÔRTEZ        | 600  |
| JULIANA RODRIGUES MARTINS       | 301  |
| JULIANA RODRIGUES MARTINS       | 784  |
| JULIANA SOEIRO MAIA             | 579  |
| JULIANO DE ALENCAR VASCONCELOS  | 933  |
| JULIO CEZAR SILVA SANTOS FILHO  | 425  |
| JULIO CEZAR SILVA SANTOS FILHO  | 773  |
| JULIO CEZAR SILVA SANTOS FILHO  | 981  |
| JULYANA CARNEIRO GOMES          | 74   |
| JULYANA CARNEIRO GOMES          | 296  |
| JULYANA CARNEIRO GOMES          | 400  |
| JULYANA CARNEIRO GOMES          | 432  |
| JULYANA CARNEIRO GOMES          | 568  |
| JULYANA CARNEIRO GOMES          | 823  |
| JULYANA CARNEIRO GOMES          | 838  |
| JULYANA CARNEIRO GOMES          | 846  |
| JULYANA CARNEIRO GOMES          | 860  |
| JULYANA CARNEIRO GOMES          | 997  |
| JULYANA CARNEIRO GOMES          | 1011 |

|                                         |      |
|-----------------------------------------|------|
| JUSSANDRA CARDOSO RODRIGUES             | 69   |
| JUSSANDRA CARDOSO RODRIGUES             | 712  |
| JUSSANDRA CARDOSO RODRIGUES             | 820  |
| KADRISE GUIZONI LEITE MORAES            | 150  |
| KADRISE GUIZONI LEITE MORAES            | 571  |
| KAILANY BEZERRA SILVA                   | 730  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 163  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 394  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 395  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 396  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 547  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 602  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 620  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 632  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 761  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 762  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 764  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 871  |
| KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS     | 877  |
| KALLYNE CAVALCANTE ALVES CASTELO BRANCO | 558  |
| KAMILLA CORREIA DE MELO                 | 517  |
| KAREN DE CARVALHO LOPES                 | 553  |
| KAREN MOREIRA ROZEMBERG                 | 93   |
| KAREN MOREIRA ROZEMBERG                 | 95   |
| KAREN MOREIRA ROZEMBERG                 | 135  |
| KAREN MOREIRA ROZEMBERG                 | 229  |
| KAREN MOREIRA ROZEMBERG                 | 305  |
| KAREN MOREIRA ROZEMBERG                 | 312  |
| KAREN MOREIRA ROZEMBERG                 | 441  |
| KAREN MOREIRA ROZEMBERG                 | 471  |
| KAREN MOREIRA ROZEMBERG                 | 889  |
| KAREN RAMOS MARIN                       | 265  |
| KARENN PARREIRAS PIRES BARCARO          | 245  |
| KARENN PARREIRAS PIRES BARCARO          | 662  |
| KARENN PARREIRAS PIRES BARCARO          | 663  |
| KARENN PARREIRAS PIRES BARCARO          | 665  |
| KARIN FERNANDA DE ARRUDA                | 136  |
| KARINA ANGELICA SOTO CHILLCCE           | 1003 |
| KARINA ANGELICA SOTO CHILLCCE           | 1015 |
| KARINA DOS SANTOS ALENCASTRO            | 123  |
| KARINA DOS SANTOS ALENCASTRO            | 473  |
| KARINA DOS SANTOS ALENCASTRO            | 545  |
| KARINA DOS SANTOS ALENCASTRO            | 785  |
| KARINA DUMKE CURY                       | 779  |
| KARINA ROLIM BARRETO CAVALCANTE         | 512  |
| KARINA ROLIM BARRETO CAVALCANTE         | 603  |
| KARINA ROSSATTO STEFANELLO              | 150  |
| KARINA ROSSATTO STEFANELLO              | 571  |
| KARINA ROSSATTO STEFANELLO              | 624  |
| KARINA ROSSATTO STEFANELLO              | 625  |
| KARINE VALERIA GONCALVES DE OLIVEIRA    | 316  |

|                                               |      |
|-----------------------------------------------|------|
| KARINE VALERIA GONCALVES DE OLIVEIRA          | 333  |
| KARIS DE CAMPOS AMARAL                        | 108  |
| KARIS DE CAMPOS AMARAL                        | 1008 |
| KARLA LIMA DE QUEIROZ                         | 517  |
| KARLA MONIQUE FROTA SIQUEIRA SARQUIS          | 553  |
| KAROLINE NERIS CEDRAZ                         | 243  |
| KAROLINE NERIS CEDRAZ                         | 247  |
| KAROLINE NERIS CEDRAZ                         | 975  |
| KAROLLINE ESTRELA CAMPODONIO NUNES            | 595  |
| KAROLYNE SANNY BARROS ARAUJO                  | 383  |
| KATIA CRISTINA COSTA                          | 697  |
| KATIA CRISTINA COSTA                          | 722  |
| KATIA VIRGINIA CORREIA DE OLIVEIRA            | 452  |
| KATIANNE WANDERLEY ROCHA                      | 127  |
| KATIANNE WANDERLEY ROCHA                      | 993  |
| KATIANNE WANDERLEY ROCHA                      | 1016 |
| KELLY ABDO PERON                              | 392  |
| KELLY SATICO MIZUMOTO                         | 437  |
| KELLY SATICO MIZUMOTO                         | 703  |
| KELLY SATICO MIZUMOTO                         | 867  |
| KELLY SATICO MIZUMOTO                         | 868  |
| KELLY SATICO MIZUMOTO                         | 873  |
| KELVIN LEITE MOURA                            | 320  |
| KELVIN LEITE MOURA                            | 352  |
| KELVIN LEITE MOURA                            | 419  |
| KELVIN LEITE MOURA                            | 480  |
| KELVIN LEITE MOURA                            | 591  |
| KELVIN LEITE MOURA                            | 647  |
| KELVIN LEITE MOURA                            | 699  |
| KELVIN LEITE MOURA                            | 851  |
| KELVIN LEITE MOURA                            | 857  |
| KELVIN LEITE MOURA                            | 861  |
| KELVIN LEITE MOURA                            | 929  |
| KENDRA CAUANA ESTEVES DA SILVA                | 199  |
| KEYLLA CAVALCANTE ALVES                       | 556  |
| KEYLLA ROBERTA SIQUEIRA SOUZA SENA            | 945  |
| KIARA KALLINE RODRIGUES VIRGULINO DE MEDEIROS | 540  |
| KIMBERLY MASSIEL ROSALES VACA                 | 855  |
| KLAUS RODRIGUES DE OLIVEIRA                   | 713  |
| KLAUS WERNER HOLLER                           | 357  |
| KLEBER FALCAO REBELO                          | 462  |
| KONRADO MASSING DEUTSCH                       | 200  |
| KONRADO MASSING DEUTSCH                       | 205  |
| LAIANE KELLY CHAVES DE SOUZA                  | 203  |
| LAINNE CIRILO                                 | 92   |
| LAÍS BURATO                                   | 460  |
| LAIS DE CARVALHO PINHEIRO                     | 531  |
| LAIS GENERO PIZZATTO                          | 76   |
| LAIS GENERO PIZZATTO                          | 78   |
| LAIS GENERO PIZZATTO                          | 841  |
| LAIS GENERO PIZZATTO                          | 862  |

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| LAIS GENERO PIZZATTO                  | 960  |
| LAIS SIQUEIRA DE MAGALHAES            | 822  |
| LAIS SIQUEIRA DE MAGALHAES            | 825  |
| LAÍS VINHOSA DOS SANTOS               | 865  |
| LAÍSA NUNES KATO                      | 167  |
| LAÍSA NUNES KATO                      | 676  |
| LAÍSE OLIVEIRA RESENDE                | 806  |
| LAISSON RONNAN SILVA DE MELO          | 165  |
| LAISSON RONNAN SILVA DE MELO          | 287  |
| LAISSON RONNAN SILVA DE MELO          | 651  |
| LAISSON RONNAN SILVA DE MELO          | 780  |
| LAISSON RONNAN SILVA DE MELO          | 988  |
| LANA PATRICIA SOUZA MOUTINHO          | 89   |
| LANA PATRICIA SOUZA MOUTINHO          | 646  |
| LANA PATRICIA SOUZA MOUTINHO          | 925  |
| LANA PATRICIA SOUZA MOUTINHO          | 84   |
| LARA BENEDETTI BISPO                  | 336  |
| LARA BENEDETTI BISPO                  | 340  |
| LARA CASSEMIRO MULLER                 | 812  |
| LARA COSTA BELARMINO DE MACEDO        | 100  |
| LARA COSTA BELARMINO DE MACEDO        | 330  |
| LARA FONTES SILVA DA CUNHA LIMA       | 517  |
| LARA FREIRE BEZERRIL SOARES           | 444  |
| LARA FREIRE BEZERRIL SOARES           | 511  |
| LARA LORENZON CARIM                   | 201  |
| LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES | 245  |
| LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES | 506  |
| LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES | 534  |
| LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES | 662  |
| LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES | 663  |
| LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES | 665  |
| LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES | 740  |
| LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES | 744  |
| LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES | 967  |
| LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES | 979  |
| LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES | 1010 |
| LARA PAES LANDIM RIBEIRO FIGUEIREDO   | 203  |
| LARA PASCOUTTO SAMPAIO                | 189  |
| LARA PASCOUTTO SAMPAIO                | 435  |
| LARA PASCOUTTO SAMPAIO                | 443  |
| LARA PASCOUTTO SAMPAIO                | 462  |
| LARA PASCOUTTO SAMPAIO                | 723  |
| LARA PASCOUTTO SAMPAIO                | 894  |
| LARA PASCOUTTO SAMPAIO                | 913  |
| LARA PASCOUTTO SAMPAIO                | 939  |
| LARA TAVEIRA NUNES                    | 907  |
| LARA TAVEIRA NUNES                    | 946  |
| LARAH CERQUEIRA ALVES                 | 731  |
| LARAH CERQUEIRA ALVES                 | 734  |
| LARISSA ALMEIDA OLIVEIRA              | 821  |
| LARISSA CARVALHO SILVESTRE            | 165  |

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| LARISSA CARVALHO SILVESTRE         | 287  |
| LARISSA CARVALHO SILVESTRE         | 651  |
| LARISSA CARVALHO SILVESTRE         | 780  |
| LARISSA CARVALHO SILVESTRE         | 988  |
| LARISSA CAVALCANTE PAIVA           | 572  |
| LARISSA CAVALCANTE PAIVA           | 573  |
| LARISSA CORDEIRO MOSTACEDO LASCANO | 307  |
| LARISSA CORDEIRO MOSTACEDO LASCANO | 779  |
| LARISSA CORDEIRO MOSTACEDO LASCANO | 794  |
| LARISSA CRYSTHINE AGUIAR BRASIL    | 470  |
| LARISSA CRYSTHINE AGUIAR BRASIL    | 516  |
| LARISSA CRYSTHINE AGUIAR BRASIL    | 876  |
| LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI     | 341  |
| LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI     | 506  |
| LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI     | 532  |
| LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI     | 534  |
| LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI     | 538  |
| LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI     | 541  |
| LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI     | 740  |
| LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI     | 744  |
| LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI     | 967  |
| LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI     | 979  |
| LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI     | 1010 |
| LARISSA FAVORETTO ALMEIDA          | 79   |
| LARISSA FAVORETTO ALMEIDA          | 416  |
| LARISSA FAVORETTO ALMEIDA          | 420  |
| LARISSA FAVORETTO ALMEIDA          | 430  |
| LARISSA FAVORETTO ALMEIDA          | 833  |
| LARISSA FAVORETTO ALMEIDA          | 839  |
| LARISSA FAVORETTO ALMEIDA          | 850  |
| LARISSA FAVORETTO ALMEIDA          | 863  |
| LARISSA FAVORETTO ALMEIDA          | 866  |
| LARISSA FIGUEIREDO DA ROCHA        | 196  |
| LARISSA GOMES ESPINOSA             | 814  |
| LARISSA GOMES ESPINOSA             | 914  |
| LARISSA LENZ KNIPHOFF DA CRUZ      | 101  |
| LARISSA LENZ KNIPHOFF DA CRUZ      | 158  |
| LARISSA LENZ KNIPHOFF DA CRUZ      | 447  |
| LARISSA LENZ KNIPHOFF DA CRUZ      | 523  |
| LARISSA LENZ KNIPHOFF DA CRUZ      | 616  |
| LARISSA LENZ KNIPHOFF DA CRUZ      | 810  |
| LARISSA LINHARES ANDRADE           | 451  |
| LARISSA LINHARES ANDRADE           | 588  |
| LARISSA LINHARES ANDRADE           | 909  |
| LARISSA MARIA FERRAREZ FARIA       | 109  |
| LARISSA MARIA FERRAREZ FARIA       | 198  |
| LARISSA MARIA FERRAREZ FARIA       | 201  |
| LARISSA MARIA FERRAREZ FARIA       | 742  |
| LARISSA MOLINARI MADLUM            | 104  |
| LARISSA MOLINARI MADLUM            | 491  |
| LARISSA MOLINARI MADLUM            | 589  |



|                                  |      |
|----------------------------------|------|
| LARISSA MOLINARI MADLUM          | 697  |
| LARISSA MOLINARI MADLUM          | 722  |
| LARISSA MOLINARI MADLUM          | 918  |
| LARISSA MORAIS BORÉM             | 77   |
| LARISSA MORAIS BORÉM             | 450  |
| LARISSA MORAIS BORÉM             | 509  |
| LARISSA MORAIS BORÉM             | 574  |
| LARISSA MORAIS BORÉM             | 890  |
| LARISSA NAVARRO BARROS           | 113  |
| LARISSA NAVARRO BARROS           | 115  |
| LARISSA NAVARRO BARROS           | 117  |
| LARISSA PIETRA CORDOVIL DA COSTA | 411  |
| LARISSA PIRES DE MOURA           | 724  |
| LARISSA PRADO MEIRA              | 319  |
| LARISSA PRADO MEIRA              | 453  |
| LARISSA PRADO MEIRA              | 809  |
| LARISSA PRADO MEIRA              | 874  |
| LARISSA RAMOS RIBEIRO            | 93   |
| LARISSA RAMOS RIBEIRO            | 95   |
| LARISSA RAMOS RIBEIRO            | 229  |
| LARISSA RAMOS RIBEIRO            | 289  |
| LARISSA RAMOS RIBEIRO            | 304  |
| LARISSA RAMOS RIBEIRO            | 305  |
| LARISSA RAMOS RIBEIRO            | 310  |
| LARISSA RAMOS RIBEIRO            | 326  |
| LARISSA RAMOS RIBEIRO            | 441  |
| LARISSA RAMOS RIBEIRO            | 477  |
| LARISSA RAMOS RIBEIRO            | 848  |
| LARISSA RAMOS RIBEIRO            | 889  |
| LARISSA ROBERTA CAMPOS DE SOUSA  | 681  |
| LARISSA ROCHA OLIVEIRA           | 263  |
| LARISSA ROCHA OLIVEIRA           | 264  |
| LARISSA ROCHA OLIVEIRA           | 266  |
| LARISSA ROCHA OLIVEIRA           | 560  |
| LARISSA ROCHA OLIVEIRA           | 883  |
| LARISSA SIGNOR LAZZAROTTO        | 64   |
| LAURA ANDRADE MESQUITA           | 963  |
| LAURA BASTOS FERREIRA            | 111  |
| LAURA BASTOS FERREIRA            | 778  |
| LAURA BASTOS FERREIRA            | 1005 |
| LAURA BOSI GIL                   | 334  |
| LAURA CABRAL ROLIM               | 512  |
| LAURA CABRAL ROLIM               | 603  |
| LAURA CARBONEL MICHELUTTI        | 679  |
| LAURA CARBONEL MICHELUTTI        | 680  |
| LAURA CARMINATI CIMOLIN          | 91   |
| LAURA CARMINATI CIMOLIN          | 98   |
| LAURA CARMINATI CIMOLIN          | 101  |
| LAURA CARMINATI CIMOLIN          | 158  |
| LAURA CARMINATI CIMOLIN          | 447  |
| LAURA CARMINATI CIMOLIN          | 460  |

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| LAURA CARMINATI CIMOLIN               | 523 |
| LAURA CARMINATI CIMOLIN               | 616 |
| LAURA DE CEZARO MARTINI               | 64  |
| LAURA DIEHL BARBOSA                   | 377 |
| LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE  | 461 |
| LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE  | 464 |
| LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE  | 469 |
| LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE  | 643 |
| LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE  | 907 |
| LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE  | 946 |
| LAURA GONÇALVES MOTA                  | 89  |
| LAURA GONÇALVES MOTA                  | 925 |
| LAURA ISABEL DUARTE DE SANTANA        | 102 |
| LAURA ISABEL DUARTE DE SANTANA        | 103 |
| LAURA ISABEL DUARTE DE SANTANA        | 968 |
| LAURA ISABEL DUARTE DE SANTANA        | 980 |
| LAURA JULLYA DE OLIVEIRA JARDIM       | 39  |
| LAURA KLEIN                           | 288 |
| LAURA KLEIN                           | 399 |
| LAURA KLEIN                           | 813 |
| LAURA LAVARIAS GESSNER                | 783 |
| LAURA LUZZI CASARIL                   | 64  |
| LAURA SCOTT BIGATÁ SCUCATO DOS SANTOS | 621 |
| LAURA VIOTTI BRANT                    | 677 |
| LAURA VIOTTI BRANT                    | 678 |
| LAURA VIOTTI BRANT                    | 717 |
| LAURO JOAO LOBO ALCANTARA             | 638 |
| LAURO JOAO LOBO ALCANTARA             | 641 |
| LAURO OTACILIO CAMPOS DE SOUSA        | 681 |
| LAURO OTACILIO CAMPOS DE SOUSA        | 682 |
| LAURO OTACILIO CAMPOS DE SOUSA        | 683 |
| LAYLA RIVA ISMAIL                     | 825 |
| LAYS MYLENA SILVA                     | 619 |
| LAYS MYLENA SILVA                     | 652 |
| LEANDRO AZEVEDO DE CAMARGO            | 905 |
| LEANDRO DE BORBOREMA GARCIA           | 373 |
| LEANDRO DE BORBOREMA GARCIA           | 402 |
| LEANDRO DIAS QUINELLI                 | 105 |
| LEANDRO DIAS QUINELLI                 | 112 |
| LEANDRO DIAS QUINELLI                 | 235 |
| LEANDRO DIAS QUINELLI                 | 490 |
| LEANDRO DIAS QUINELLI                 | 510 |
| LEANDRO DIAS QUINELLI                 | 900 |
| LEANDRO DIAS QUINELLI                 | 901 |
| LEANDRO JOSE ALMEIDA AMARO            | 237 |
| LEANDRO JOSE ALMEIDA AMARO            | 268 |
| LEANDRO JOSE ALMEIDA AMARO            | 550 |
| LEANDRO RENATO GUSMAO DUARTE          | 780 |
| LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI           | 612 |
| LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI           | 921 |
| LELIA MARIA ALVES DUARTE              | 127 |

|                                        |      |
|----------------------------------------|------|
| LELIA MARIA ALVES DUARTE               | 383  |
| LELIA MARIA ALVES DUARTE               | 797  |
| LELIA MARIA ALVES DUARTE               | 799  |
| LELIA MARIA ALVES DUARTE               | 800  |
| LELIA MARIA ALVES DUARTE               | 961  |
| LELIA MARIA ALVES DUARTE               | 976  |
| LELIA MARIA ALVES DUARTE               | 993  |
| LELIA MARIA ALVES DUARTE               | 1007 |
| LELIA MARIA ALVES DUARTE               | 1016 |
| LEODEMILA MARÍLIA BAPTISTA OCTÁVIO     | 492  |
| LEODEMILA MARÍLIA BAPTISTA OCTÁVIO     | 601  |
| LEONARDO ASSIS SILVESTRINI             | 814  |
| LEONARDO ASSIS SILVESTRINI             | 914  |
| LEONARDO BOMEDIANO SOUSA GARCIA        | 51   |
| LEONARDO BRANDINI SANCHES              | 104  |
| LEONARDO BRANDINI SANCHES              | 491  |
| LEONARDO BRANDINI SANCHES              | 589  |
| LEONARDO BRANDINI SANCHES              | 697  |
| LEONARDO BRANDINI SANCHES              | 722  |
| LEONARDO BRANDINI SANCHES              | 918  |
| LEONARDO DE MOURA VOLPI                | 8    |
| LEONARDO DE MOURA VOLPI                | 47   |
| LEONARDO DE MOURA VOLPI                | 135  |
| LEONARDO DE MOURA VOLPI                | 175  |
| LEONARDO DE MOURA VOLPI                | 312  |
| LEONARDO DE MOURA VOLPI                | 384  |
| LEONARDO DE MOURA VOLPI                | 554  |
| LEONARDO DE MOURA VOLPI                | 607  |
| LEONARDO DE MOURA VOLPI                | 807  |
| LEONARDO FONSECA GONDIM                | 194  |
| LEONARDO FONSECA GONDIM                | 358  |
| LEONARDO GUIMARAES RANGEL              | 160  |
| LEONARDO GUIMARAES RANGEL              | 166  |
| LEONARDO GUIMARAES RANGEL              | 170  |
| LEONARDO GUIMARAES RANGEL              | 174  |
| LEONARDO GUIMARAES RANGEL              | 175  |
| LEONARDO HADDAD                        | 272  |
| LEONARDO HADDAD                        | 278  |
| LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO | 446  |
| LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO | 584  |
| LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO | 1004 |
| LEONARDO IDRES                         | 700  |
| LEONARDO KUHL                          | 659  |
| LEONARDO LOUZADA RIBEIRO               | 391  |
| LEONARDO MENDES ACATAUASSU NUNES       | 410  |
| LEONARDO MENDES ACATAUASSU NUNES       | 411  |
| LEONARDO MENDES ACATAUASSU NUNES       | 840  |
| LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL            | 40   |
| LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL            | 106  |
| LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL            | 702  |
| LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL            | 704  |

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL        | 706  |
| LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL        | 853  |
| LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL        | 859  |
| LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL        | 1014 |
| LEONARDO PRIESNITZ FRIEDRICH       | 22   |
| LEONARDO RAMALHO DE OLIVEIRA       | 335  |
| LEONARDO RAMALHO DE OLIVEIRA       | 338  |
| LEONARDO RAMALHO DE OLIVEIRA       | 351  |
| LEONARDO ZANETTI FLORIAN           | 208  |
| LEONARDO ZANETTI FLORIAN           | 213  |
| LEONARDO ZANETTI FLORIAN           | 355  |
| LEONARDO ZANETTI FLORIAN           | 474  |
| LEONARDO ZANETTI FLORIAN           | 962  |
| LEONARDO ZOLDAN SPAGNOL            | 334  |
| LETÍCIA AITA                       | 824  |
| LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES          | 165  |
| LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES          | 287  |
| LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES          | 651  |
| LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES          | 780  |
| LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES          | 988  |
| LETICIA BOARI                      | 547  |
| LETÍCIA COSTA MOREIRA SOARES       | 87   |
| LETÍCIA COSTA MOREIRA SOARES       | 459  |
| LETÍCIA COSTA MOREIRA SOARES       | 581  |
| LETÍCIA COSTA MOREIRA SOARES       | 582  |
| LETÍCIA COSTA MOREIRA SOARES       | 903  |
| LETÍCIA DE CERQUEIRA MOREIRA       | 203  |
| LETICIA DE MELO BARRETO            | 124  |
| LETICIA DE MELO BARRETO            | 273  |
| LETICIA DE MORY VOLPINI            | 12   |
| LETICIA DE MORY VOLPINI            | 160  |
| LETICIA DE MORY VOLPINI            | 166  |
| LETICIA DE MORY VOLPINI            | 170  |
| LETICIA DE MORY VOLPINI            | 577  |
| LETICIA DE MORY VOLPINI            | 832  |
| LETÍCIA DE PAULA ERVILHA           | 313  |
| LETÍCIA DE PAULA ERVILHA           | 733  |
| LETÍCIA FONSECA CAVALCANTI CORREIA | 595  |
| LETÍCIA FONSECA CAVALCANTI CORREIA | 664  |
| LETICIA GONÇALVES SILVA            | 31   |
| LETICIA GONÇALVES SILVA            | 81   |
| LETICIA GONÇALVES SILVA            | 409  |
| LETICIA GONÇALVES SILVA            | 551  |
| LETICIA GONÇALVES SILVA            | 834  |
| LETÍCIA HIROMI TAVARES IANAKIARA   | 18   |
| LETÍCIA HIROMI TAVARES IANAKIARA   | 19   |
| LETICIA JUVINIANO                  | 992  |
| LETICIA JUVINIANO                  | 999  |
| LETICIA JUVINIANO                  | 1001 |
| LETICIA KAMEI                      | 240  |
| LETÍCIA LARA FONSECA               | 99   |

|                                        |      |
|----------------------------------------|------|
| LETÍCIA LARA FONSECA                   | 981  |
| LETICIA LEAHY                          | 24   |
| LETICIA LEAHY                          | 29   |
| LETICIA LEAHY                          | 41   |
| LETICIA LEAHY                          | 144  |
| LETICIA LEAHY                          | 145  |
| LETICIA LEAHY                          | 292  |
| LETICIA LEAHY                          | 367  |
| LETICIA LEAHY                          | 426  |
| LETICIA LEAHY                          | 580  |
| LETICIA LEAHY                          | 753  |
| LETICIA LEAHY                          | 973  |
| LETICIA LEMES GAI                      | 653  |
| LETÍCIA MARTUCCI                       | 354  |
| LETÍCIA NUNES RABELLO                  | 730  |
| LETICIA PAIVA FRANCO                   | 35   |
| LETICIA PAIVA FRANCO                   | 63   |
| LETICIA PAIVA FRANCO                   | 94   |
| LETICIA PAIVA FRANCO                   | 269  |
| LETICIA PAIVA FRANCO                   | 270  |
| LETICIA PAIVA FRANCO                   | 422  |
| LETICIA PAIVA FRANCO                   | 626  |
| LETICIA PAIVA FRANCO                   | 667  |
| LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO            | 82   |
| LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO            | 283  |
| LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO            | 364  |
| LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO            | 365  |
| LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO            | 385  |
| LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO            | 434  |
| LETÍCIA PINHEIRO NASCIMENTO            | 440  |
| LETÍCIA RAYSA SCHIAVON KINAZ           | 25   |
| LETÍCIA RAYSA SCHIAVON KINAZ           | 615  |
| LETÍCIA RIBEIRO DE OLIVEIRA GUARDÃO    | 198  |
| LETICIA RODRIGUES MELO                 | 122  |
| LETICIA ROSSETO DAUDT                  | 118  |
| LETICIA ROSSETTO DAUDT                 | 543  |
| LETICIA ROSSETTO DAUDT                 | 653  |
| LETICIA ROSSETTO DAUDT                 | 673  |
| LHAÍS RODRIGUES GONÇALVES              | 217  |
| LIANA AMORA LEITE FROTA                | 248  |
| LIDIANE MARIA DE BRITO MACEDO FERREIRA | 330  |
| LIDIANE MARIA DE BRITO MACEDO FERREIRA | 352  |
| LIDIANE MARIA DE BRITO MACEDO FERREIRA | 724  |
| LILAYNE KARLA DE SOUZA ARAUJO          | 390  |
| LILAYNE KARLA DE SOUZA ARAUJO          | 391  |
| LILAYNE KARLA DE SOUZA ARAUJO          | 637  |
| LILAYNE KARLA DE SOUZA ARAUJO          | 815  |
| LILCIA HELENA DE BRITTO MEDEIROS       | 177  |
| LILCIA HELENA DE BRITTO MEDEIROS       | 1013 |
| LILIAN E C M SILVA                     | 9    |
| LILIANA CARVALHO                       | 187  |

|                                        |      |
|----------------------------------------|------|
| LILIANA CARVALHO                       | 972  |
| LILIANE JANETE GRANDO                  | 91   |
| LILIANE JANETE GRANDO                  | 98   |
| LIRA GONIK                             | 878  |
| LIS LAUAR GODINHO                      | 759  |
| LIS LAUAR GODINHO                      | 763  |
| LIS LAUAR GODINHO                      | 777  |
| LIVIA AMPESSAN IÁCONO                  | 999  |
| LIVIA AMPESSAN IÁCONO                  | 1000 |
| LIVIA AMPESSAN IÁCONO                  | 1001 |
| LÍVIA DE CASTRO SANT'ANNA              | 401  |
| LÍVIA DE CASTRO SANT'ANNA              | 583  |
| LÍVIA DE CASTRO SANT'ANNA              | 586  |
| LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO         | 133  |
| LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO         | 418  |
| LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO         | 801  |
| LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO         | 933  |
| LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO         | 974  |
| LÍVIA HELENA GONÇALVES MITSUI          | 272  |
| LÍVIA HELENA GONÇALVES MITSUI          | 278  |
| LÍVIA HELENA GONÇALVES MITSUI          | 479  |
| LÍVIA HELENA GONÇALVES MITSUI          | 511  |
| LÍVIA HELENA GONÇALVES MITSUI          | 917  |
| LIVIA KAORI OBARA KAWAZOE              | 1006 |
| LÍVIA MACHADO RIGOLON                  | 202  |
| LÍVIA MACHADO RIGOLON                  | 401  |
| LÍVIA MACHADO RIGOLON                  | 583  |
| LÍVIA MACHADO RIGOLON                  | 586  |
| LÍVIA MACHADO RIGOLON                  | 609  |
| LÍVIA MACHADO RIGOLON                  | 619  |
| LÍVIA MACHADO RIGOLON                  | 652  |
| LÍVIA MARIA FIGUEIREDO TELES DE ARAÚJO | 267  |
| LÍVIA MARIA FIGUEIREDO TELES DE ARAÚJO | 463  |
| LÍVIA MARIA FIGUEIREDO TELES DE ARAÚJO | 485  |
| LIVIA MODESTO SOTERO MARCOS            | 243  |
| LIVIA MODESTO SOTERO MARCOS            | 247  |
| LÍVIA PERINI MALUCELLI                 | 688  |
| LÍVIA PERINI MALUCELLI                 | 817  |
| LIVIA SCHIRMER DECHEN                  | 834  |
| LIVIA THABATA DE OLIVEIRA              | 349  |
| LÍVIA THABATA DE OLIVEIRA              | 173  |
| LÍVIA THABATA DE OLIVEIRA              | 923  |
| LIVIA ZANIN SARTORELLE                 | 265  |
| LIVIA ZANIN SARTORELLE                 | 557  |
| LORENA BARBOZA DE SOUSA                | 429  |
| LORENA BARBOZA DE SOUSA                | 458  |
| LORENA BARBOZA DE SOUSA                | 600  |
| LORENA BARBOZA DE SOUSA                | 730  |
| LORENA BARBOZA DE SOUSA                | 731  |
| LORENA BARBOZA DE SOUSA                | 734  |
| LORENA BARBOZA DE SOUSA                | 975  |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| LORENA CARVALHO DOS SANTOS        | 80  |
| LORENA CARVALHO DOS SANTOS        | 371 |
| LORENA CARVALHO DOS SANTOS        | 926 |
| LORENA GONCALVES RODRIGUES        | 389 |
| LORENA GONCALVES RODRIGUES        | 808 |
| LORENA LIMA ALMAGRO PEREIRA       | 55  |
| LORENA MASCARENHAS VENEZA         | 296 |
| LORENA MASCARENHAS VENEZA         | 568 |
| LORENE DE JESUS ALCANTARA         | 952 |
| LORENZO BRITO VIEIRA              | 281 |
| LORENZO BRITO VIEIRA              | 357 |
| LORENZO BRITO VIEIRA              | 995 |
| LORENZO MORAES MELOTTI            | 157 |
| LORENZO MORAES MELOTTI            | 234 |
| LORENZO MORAES MELOTTI            | 406 |
| LORENZO MORAES MELOTTI            | 622 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 163 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 394 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 395 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 396 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 547 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 602 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 620 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 632 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 761 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 762 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 764 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 871 |
| LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI     | 877 |
| LORRANE CAROLINE BRAGA RODRIGUES  | 269 |
| LORRANE CAROLINE BRAGA RODRIGUES  | 270 |
| LORRANE CAROLINE BRAGA RODRIGUES  | 316 |
| LORRANE CAROLINE BRAGA RODRIGUES  | 344 |
| LOUISE FERREIRA IUNKLAUS          | 145 |
| LOUISE FERREIRA IUNKLAUS          | 292 |
| LOUISE FERREIRA IUNKLAUS          | 426 |
| LOUISE FERREIRA IUNKLAUS          | 518 |
| LOUISE FERREIRA IUNKLAUS          | 567 |
| LOUISE FERREIRA IUNKLAUS          | 580 |
| LOUISE FERREIRA IUNKLAUS          | 634 |
| LOUISE FERREIRA IUNKLAUS          | 753 |
| LOUISE SAUMA DE OLIVEIRA SOARES   | 268 |
| LOUISE SAUMA DE OLIVEIRA SOARES   | 402 |
| LOURENA BRAGA PEREIRA             | 700 |
| LUANA COUTO AMPARO                | 119 |
| LUANA COUTO AMPARO                | 225 |
| LUANA COUTO AMPARO                | 604 |
| LUANA COUTO AMPARO                | 271 |
| LUANA COUTO AMPARO                | 760 |
| LUANA DE JESUS BATISTA            | 504 |
| LUANA IZABELA AZEVEDO DE CARVALHO | 719 |



|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| LUANA LYLAME DE SOUZA E SOUZA     | 502  |
| LUANA SILVA DE ARAÚJO             | 223  |
| LUANA SILVA DE ARAÚJO             | 374  |
| LUANA VIEIRA MARGHETI             | 232  |
| LUANA VIEIRA MARGHETI             | 347  |
| LUANA VIEIRA MARGHETI             | 495  |
| LUANA VIEIRA MARGHETI             | 503  |
| LUANA VIEIRA MARGHETI             | 529  |
| LUANA VIEIRA MARGHETI             | 930  |
| LUANA VIEIRA SANTOS               | 13   |
| LUANA VIEIRA SANTOS               | 658  |
| LUANNA EUGÊNIA CAMARGO            | 639  |
| LUANNA PILLA PIMENTEL             | 342  |
| LUCAS ABREU ARANTES               | 116  |
| LUCAS ABREU ARANTES               | 303  |
| LUCAS ABREU ARANTES               | 767  |
| LUCAS ABREU ARANTES               | 856  |
| LUCAS AFONSO BARBOSA SARAIVA      | 787  |
| LUCAS ALBUQUERQUE CHINELATTO      | 472  |
| LUCAS ALBUQUERQUE CHINELATTO      | 55   |
| LUCAS ALEXANDRE MELO DE CASTRO    | 100  |
| LUCAS ANTONIO DA COSTA            | 1015 |
| LUCAS BADO                        | 240  |
| LUCAS BATISTA VIANA               | 613  |
| LUCAS BATISTA VIANA               | 893  |
| LUCAS BOHANA CARIA                | 193  |
| LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA | 156  |
| LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA | 309  |
| LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA | 498  |
| LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA | 533  |
| LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA | 887  |
| LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA | 983  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 163  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 394  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 395  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 396  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 547  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 602  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 620  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 632  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 761  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 762  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 764  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 871  |
| LUCAS CHOI MARCHESANO             | 877  |
| LUCAS COELHO MIRANDA              | 180  |
| LUCAS COELHO MIRANDA              | 182  |
| LUCAS COELHO MIRANDA              | 183  |
| LUCAS CORREIA PORTES              | 361  |
| LUCAS CORREIA PORTES              | 467  |
| LUCAS CORREIA PORTES              | 507  |

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| LUCAS CORREIA PORTES                  | 612  |
| LUCAS CORREIA PORTES                  | 617  |
| LUCAS CORREIA PORTES                  | 640  |
| LUCAS CORREIA PORTES                  | 641  |
| LUCAS CORREIA PORTES                  | 696  |
| LUCAS CORREIA PORTES                  | 959  |
| LUCAS CORREIA PORTES                  | 989  |
| LUCAS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 433  |
| LUCAS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 438  |
| LUCAS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 692  |
| LUCAS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 728  |
| LUCAS DA SILVA BRAZ                   | 28   |
| LUCAS DA SILVA BRAZ                   | 386  |
| LUCAS DA SILVA BRAZ                   | 497  |
| LUCAS DA SILVA BRAZ                   | 542  |
| LUCAS DA SILVA BRAZ                   | 608  |
| LUCAS DA SILVA VINAGRE                | 151  |
| LUCAS DA SILVA VINAGRE                | 293  |
| LUCAS DA SILVA VINAGRE                | 410  |
| LUCAS DA SILVA VINAGRE                | 840  |
| LUCAS DE ABREU LIMA THOME DA SILVA    | 126  |
| LUCAS DE ABREU LIMA THOME DA SILVA    | 220  |
| LUCAS DE ABREU LIMA THOME DA SILVA    | 548  |
| LUCAS DE ABREU LIMA THOME DA SILVA    | 549  |
| LUCAS DE CARVALHO COSTA               | 194  |
| LUCAS DE MEDEIROS LIMA SOUSA          | 215  |
| LUCAS DE MEDEIROS LIMA SOUSA          | 216  |
| LUCAS DE OLIVEIRA MENEZES             | 151  |
| LUCAS DE OLIVEIRA MENEZES             | 294  |
| LUCAS DE OLIVEIRA MENEZES             | 840  |
| LUCAS DE SOUZA CAVALCANTI             | 598  |
| LUCAS DE SOUZA CAVALCANTI             | 928  |
| LUCAS DEMETRIO SPARAGA                | 1002 |
| LUCAS DINIZ COSTA                     | 230  |
| LUCAS EDUARDO AKAISHI                 | 728  |
| LUCAS EDUARDO DE OLIVEIRA             | 787  |
| LUCAS EDUARDO DE OLIVEIRA             | 836  |
| LUCAS EDUARDO DE OLIVEIRA             | 996  |
| LUCAS FELIPE DE OLIVEIRA SILVA        | 102  |
| LUCAS FELIPE DE OLIVEIRA SILVA        | 103  |
| LUCAS FELIPE DE OLIVEIRA SILVA        | 968  |
| LUCAS FELIPE DE OLIVEIRA SILVA        | 980  |
| LUCAS FERREIRA MARTINS OLIVEIRA       | 198  |
| LUCAS GOMES DE ASSIS RIBEIRO          | 330  |
| LUCAS GOMES PATROCINIO                | 676  |
| LUCAS GONÇALVES PINHEIRO              | 743  |
| LUCAS GRAZZIOTTI CEOLIN               | 143  |
| LUCAS GRAZZIOTTI CEOLIN               | 849  |
| LUCAS GRAZZIOTTI CEOLIN               | 885  |
| LUCAS JUSTO SAMPAIO                   | 143  |
| LUCAS JUSTO SAMPAIO                   | 885  |

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| LUCAS LAZARO AVILA DA COSTA        | 655  |
| LUCAS MARCONDES SPEGIORIN          | 251  |
| LUCAS MARCONDES SPEGIORIN          | 758  |
| LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS      | 353  |
| LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS      | 468  |
| LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS      | 539  |
| LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS      | 587  |
| LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS      | 749  |
| LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS      | 998  |
| LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS      | 1018 |
| LUCAS MATHEUS DE OLIVEIRA MONTEIRO | 207  |
| LUCAS MATHEUS DE OLIVEIRA MONTEIRO | 216  |
| LUCAS MEDEIROS DUNGA               | 209  |
| LUCAS MEDEIROS DUNGA               | 215  |
| LUCAS MENDES SOARES                | 172  |
| LUCAS MENDES SOARES                | 179  |
| LUCAS MENDES SOARES                | 210  |
| LUCAS MENDES SOARES                | 466  |
| LUCAS MENDES SOARES                | 911  |
| LUCAS MIGUEL MARCATO SITA          | 868  |
| LUCAS MIGUEL MARCATO SITA          | 873  |
| LUCAS MIRANDA RIBEIRO DE PAULA     | 438  |
| LUCAS MIRANDA RIBEIRO DE PAULA     | 689  |
| LUCAS MIRANDA RIBEIRO DE PAULA     | 759  |
| LUCAS MIRANDA RIBEIRO DE PAULA     | 763  |
| LUCAS MIRANDA RIBEIRO DE PAULA     | 777  |
| LUCAS MORAES COSTA                 | 814  |
| LUCAS MORAES COSTA                 | 914  |
| LUCAS NEVES DE ANDRADE LEMES       | 12   |
| LUCAS PEREIRA LEITE                | 531  |
| LUCAS PEREIRA LEITE                | 945  |
| LUCAS RESENDE LUCINDA MANGIA       | 408  |
| LUCAS RESENDE LUCINDA MANGIA       | 567  |
| LUCAS RESENDE LUCINDA MANGIA       | 580  |
| LUCAS RESENDE LUCINDA MANGIA       | 634  |
| LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO        | 232  |
| LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO        | 347  |
| LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO        | 495  |
| LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO        | 503  |
| LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO        | 529  |
| LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO        | 930  |
| LUCAS SALES SCHERR                 | 735  |
| LUCAS SAMPAIO LUSTOSA NEVES        | 99   |
| LUCAS SAMPAIO LUSTOSA NEVES        | 315  |
| LUCAS SAMPAIO LUSTOSA NEVES        | 981  |
| LUCAS SCATOLIN PARTEZANI           | 499  |
| LUCAS SOARES DA ROCHA              | 7    |
| LUCAS SOUTO LOPES                  | 220  |
| LUCAS SOUTO LOPES                  | 548  |
| LUCAS SOUTO LOPES                  | 549  |
| LUCAS SPINA                        | 145  |

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| LUCAS SPINA                               | 154 |
| LUCAS VOIGT                               | 855 |
| LUCCA FARIAS ESPOSITO                     | 944 |
| LUCCA FERDINANDO QUEIROZ FERNANDES        | 629 |
| LUCCA GRAVINA RODRIGUES                   | 819 |
| LUCIANA AGUIAR CARNEIRO ARAUJO            | 914 |
| LUCIANA BALESTER MELLO DE GODOY           | 12  |
| LUCIANA BESSA PESSOA                      | 845 |
| LUCIANA BESSA PESSOA                      | 854 |
| LUCIANA BEZERRA MOURA CAVALCANTE          | 146 |
| LUCIANA LIMA MARTINS COSTA                | 370 |
| LUCIANA MIWA NITA WATANABE                | 309 |
| LUCIANA NUNES DA ROSA                     | 70  |
| LUCIANA NUNES DA ROSA                     | 71  |
| LUCIANA PIMENTEL OPPERMANN                | 618 |
| LUCIANA PIMENTEL OPPERMANN                | 633 |
| LUCIANE DE ARAÚJO PRADO                   | 39  |
| LUCIANE DE FIGUEIREDO MELLO               | 80  |
| LUCIANE MAZZINI STEFFEN                   | 208 |
| LUCIANE MAZZINI STEFFEN                   | 355 |
| LUCIANO ARAUJO LOPES JUNIOR               | 207 |
| LUCIANO ARAUJO LOPES JUNIOR               | 209 |
| LUCIANO ARAUJO LOPES JUNIOR               | 215 |
| LUCIANO ARAUJO LOPES JUNIOR               | 216 |
| LUCIANO GUEDES DE MELO                    | 499 |
| LUCIANO GUSTAVO FERREIRA COUTO            | 235 |
| LUCIANO HENRIQUE ANTONIOLI                | 133 |
| LUCIANO HENRIQUE ANTONIOLI                | 801 |
| LUCIANO LOBATO GREGORIO                   | 50  |
| LUCILENE LISBOA FERRAZ                    | 132 |
| LUDIMILA LABANCA                          | 35  |
| LUDIMILA SOBREIRA SENA                    | 676 |
| LUDMILA MORGADO SANTOS                    | 525 |
| LUDMYLLA DA LUZ DUTRA                     | 113 |
| LUDMYLLA DA LUZ DUTRA                     | 115 |
| LUDMYLLA DA LUZ DUTRA                     | 117 |
| LUIDE SCALIONI BORGES DIAS                | 388 |
| LUIDE SCALIONI BORGES DIAS                | 61  |
| LUÍS ANDRÉ NEVES BAPTISTA                 | 537 |
| LUÍS ANDRÉ NEVES BAPTISTA                 | 593 |
| LUÍS ANDRÉ NEVES BAPTISTA                 | 705 |
| LUÍS ANDRÉ NEVES BAPTISTA                 | 864 |
| LUIS AUGUSTO GUEDES DE MELLO DIAS         | 499 |
| LUIS EDUARDO GLOSS DE MORAIS MARQUARDT    | 291 |
| LUIS EDUARDO GLOSS DE MORAIS MARQUARDT    | 614 |
| LUIS FELIPE ATHAYDE ANTUNES               | 233 |
| LUÍS FELIPE QUEIROZ DE SOUZA              | 454 |
| LUIS FERNANDO DE ALMEIDA CHAVES MARSIGLIA | 764 |
| LUÍS HENRIQUE CIRQUEIRA DA SILVA          | 840 |
| LUIS MEIRELES                             | 569 |
| LUIS MEIRELES                             | 576 |

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| LUISA CARVALHO BARREIRO MARTINEZ   | 186  |
| LUISA COLNAGHI PADILHA             | 36   |
| LUÍSA FERRAZ BORBA TORRES          | 578  |
| LUÍSA FERRAZ BORBA TORRES          | 596  |
| LUÍSA FERRAZ BORBA TORRES          | 661  |
| LUÍSA FERRAZ BORBA TORRES          | 737  |
| LUISA OLIVEIRA CORREIA             | 49   |
| LUISA RENATA SANTOS GOMES          | 686  |
| LUISA SCARPA GUIMARÃES             | 739  |
| LUISA SCARPA GUIMARÃES             | 878  |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 24   |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 25   |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 41   |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 144  |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 145  |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 292  |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 367  |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 372  |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 426  |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 518  |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 615  |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 634  |
| LUISI MARIA MEZZOMO                | 29   |
| LUIZ AUGUSTO CORDEIRO DE ANDRADE   | 280  |
| LUIZ CLAUDIO COSTA PINTO DA SILVA  | 116  |
| LUIZ CLAUDIO COSTA PINTO DA SILVA  | 303  |
| LUIZ CLAUDIO COSTA PINTO DA SILVA  | 767  |
| LUIZ CLAUDIO COSTA PINTO DA SILVA  | 856  |
| LUIZ EDUARDO NERCOLINI             | 938  |
| LUIZ EDUARDO NERCOLINI             | 991  |
| LUIZ FELIPE BARTOLOMEU SOUZA       | 63   |
| LUIZ FELIPE SALOMÃO SIQUEIRA CUNHA | 133  |
| LUIZ FELIPE SALOMÃO SIQUEIRA CUNHA | 801  |
| LUIZ FERNANDO MANZONI LOURNEÇONE   | 519  |
| LUIZ FERNANDO MANZONI LOURNEÇONE   | 532  |
| LUIZ GABRIEL SIGNORELLI            | 852  |
| LUIZ GUSTAVO DA SILVA SOUZA        | 746  |
| LUIZ GUSTAVO DE FARIA FERREIRA     | 401  |
| LUIZ GUSTAVO DE FARIA FERREIRA     | 583  |
| LUIZ GUSTAVO DE FARIA FERREIRA     | 586  |
| LUIZ HENRIQUE CHEQUIM              | 405  |
| LUIZ HENRIQUE CHEQUIM              | 768  |
| LUIZ OTÁVIO BOLSONI SILVA          | 446  |
| LUIZ OTÁVIO BOLSONI SILVA          | 1004 |
| LUIZ PAULO MIRANDA GIACON          | 219  |
| LUIZ PINHEIRO NETO                 | 73   |
| LUIZ RICARDO DE ANDRADE            | 594  |
| LUIZ RICARDO DE ANDRADE            | 601  |
| LUIZA CABREIRA BRUST               | 118  |
| LUIZA CABREIRA BRUST               | 515  |
| LUIZA CABREIRA BRUST               | 659  |

|                                             |      |
|---------------------------------------------|------|
| LUIZA CABREIRA BRUST                        | 673  |
| LUIZA CABREIRA BRUST                        | 922  |
| LUÍZA CAMPOS DE PAULA                       | 108  |
| LUÍZA CAMPOS DE PAULA                       | 1008 |
| LUIZA DE ALMEIDA GONDRA LIMEIRA             | 587  |
| LUIZA DE SÁ FERREIRA PAIXÃO                 | 358  |
| LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY           | 409  |
| LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY           | 415  |
| LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY           | 551  |
| LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY           | 822  |
| LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY           | 825  |
| LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY           | 847  |
| LUIZA HELENA CHUQUE MEDINA                  | 8    |
| LUIZA HELENA CHUQUE MEDINA                  | 47   |
| LUIZA MARIA DIAS                            | 84   |
| LUIZA MARIA DIAS                            | 89   |
| LUIZA MARIA DIAS                            | 646  |
| LUIZA MARIA DIAS                            | 925  |
| LUIZA VAZQUEZ BARREIRA RANZEIRO DE BRAGANÇA | 307  |
| LUKAS ORRICO SANTOS DE OLIVEIRA             | 194  |
| LUMA BORGES OLIVEIRA                        | 106  |
| LUMA BORGES OLIVEIRA                        | 702  |
| LUMA BORGES OLIVEIRA                        | 704  |
| LUMA BORGES OLIVEIRA                        | 706  |
| LUMA BORGES OLIVEIRA                        | 853  |
| LUMA BORGES OLIVEIRA                        | 859  |
| LUMA BORGES OLIVEIRA                        | 1014 |
| LUMA CARVALHO FIGUEIREDO                    | 963  |
| LUMA MOREIRA DA COSTA                       | 12   |
| LUMA MOREIRA DA COSTA                       | 160  |
| LUMA MOREIRA DA COSTA                       | 166  |
| LUMA MOREIRA DA COSTA                       | 170  |
| LUMA MOREIRA DA COSTA                       | 577  |
| LUMA MOREIRA DA COSTA                       | 832  |
| LUMA TAVEIRA NUNES                          | 461  |
| LUMA TAVEIRA NUNES                          | 464  |
| LUMA TAVEIRA NUNES                          | 469  |
| LUMA TAVEIRA NUNES                          | 643  |
| LUMA TAVEIRA NUNES                          | 907  |
| LUMA TAVEIRA NUNES                          | 946  |
| LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE      | 152  |
| LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE      | 306  |
| LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE      | 327  |
| LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE      | 328  |
| LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE      | 337  |
| LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE      | 406  |
| LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE      | 417  |
| LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE      | 635  |
| LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE      | 669  |
| LYDIA KATHARINA GUEDES GAMA SANTOS          | 454  |
| LYS BRUNO BARREIRA                          | 502  |

|                                              |      |
|----------------------------------------------|------|
| LYSA SOUZA FREITAS                           | 627  |
| MAGALI SCHEUER                               | 564  |
| MAGDA MIDORI MUKAI                           | 892  |
| MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADA             | 124  |
| MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADA             | 273  |
| MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADA             | 679  |
| MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADA             | 680  |
| MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADÁ             | 102  |
| MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADÁ             | 980  |
| MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADA             | 65   |
| MAHOMED SIDIQUE ABDUL CADAR DADA             | 66   |
| MAÍRA ARAÚJO CATANZARO                       | 397  |
| MAÍRA ARAÚJO CATANZARO                       | 811  |
| MAIRA KALIL FERNANDES                        | 45   |
| MAÍRA MACEDO DE GUSMÃO CANUTO                | 249  |
| MAÍRA MACEDO DE GUSMÃO CANUTO                | 423  |
| MAÍRA MACEDO DE GUSMÃO CANUTO                | 527  |
| MAÍRA MACEDO DE GUSMÃO CANUTO                | 546  |
| MAIRA RODRIGUES DE OLIVEIRA                  | 387  |
| MAÍRA SOARES TORRES                          | 35   |
| MAÍRA SOARES TORRES                          | 758  |
| MAÍRA SOUZA DE ANDRADE CHOI                  | 630  |
| MAISA CARVALHO DE SANTANA PRUDÊNCIO DA COSTA | 686  |
| MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA     | 127  |
| MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA     | 383  |
| MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA     | 797  |
| MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA     | 799  |
| MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA     | 800  |
| MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA     | 961  |
| MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA     | 976  |
| MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA     | 993  |
| MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA     | 1007 |
| MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA     | 1016 |
| MANOEL VINICIUS MOURA DE SOUSA               | 475  |
| MANOELA JOAKIMSON FRANCK                     | 24   |
| MANOELITO ARGOLO DOS SANTOS NETO             | 733  |
| MANUELA MEIRA LOBATO GOMES                   | 151  |
| MANUELLA GOES DOS SANTOS RAPOSO              | 75   |
| MANUELLA GOES DOS SANTOS RAPOSO              | 842  |
| MANUELLA GOES DOS SANTOS RAPOSO              | 978  |
| MARCEL MENON MIYAKE                          | 8    |
| MARCEL MENON MIYAKE                          | 47   |
| MARCEL MENON MIYAKE                          | 848  |
| MARCELA ARAÚJO PEREIRA                       | 306  |
| MARCELA ARAÚJO PEREIRA                       | 328  |
| MARCELA ARAÚJO PEREIRA                       | 881  |
| MARCELA GONIK DIAS                           | 878  |
| MARCELA LEHMKUHL DAMIANI                     | 448  |
| MARCELA LOPES DE SOUZA                       | 13   |
| MARCELA MARIA RABELO PINTO                   | 387  |
| MARCELA MARIA RABELO PINTO                   | 712  |



|                               |      |
|-------------------------------|------|
| MARCELA POZZI CARDOSO         | 253  |
| MARCELA POZZI CARDOSO         | 254  |
| MARCELA POZZI CARDOSO         | 255  |
| MARCELA POZZI CARDOSO         | 256  |
| MARCELA POZZI CARDOSO         | 257  |
| MARCELA POZZI CARDOSO         | 258  |
| MARCELA POZZI CARDOSO         | 259  |
| MARCELA POZZI CARDOSO         | 260  |
| MARCELA POZZI CARDOSO         | 261  |
| MARCELA REZENDE PEREIRA LIMA  | 627  |
| MARCELA ROLIM DA CRUZ         | 517  |
| MARCELA SILVA LIMA            | 677  |
| MARCELA SILVA LIMA            | 678  |
| MARCELA SILVA LIMA            | 717  |
| MARCELL DE MELO NAVES         | 814  |
| MARCELL DE MELO NAVES         | 914  |
| MARCELLA FERRARI MARTINS      | 508  |
| MARCELLA FERREIRA BARROS      | 159  |
| MARCELLA FERREIRA BARROS      | 284  |
| MARCELLA FERREIRA BARROS      | 771  |
| MARCELLA FERREIRA BARROS      | 898  |
| MARCELLA FERREIRA BARROS      | 1017 |
| MARCELO CASTRO ALVES DE SOUSA | 401  |
| MARCELO DANTAS PEDROSA        | 713  |
| MARCELO EMIR REQUIA ABREU     | 140  |
| MARCELO EMIR REQUIA ABREU     | 141  |
| MARCELO EMIR REQUIA ABREU     | 142  |
| MARCELO EMIR REQUIA ABREU     | 162  |
| MARCELO FERREIRA DOS ANJOS    | 902  |
| MARCELO GASPARIN MANSUR       | 467  |
| MARCELO GASPARIN MANSUR       | 478  |
| MARCELO GASPARIN MANSUR       | 507  |
| MARCELO GIROTTI MERIGHI       | 297  |
| MARCELO GUIMARAES MACHADO     | 919  |
| MARCELO HANNEMANN TOMIYOSHI   | 597  |
| MARCELO HANNEMANN TOMIYOSHI   | 750  |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 74   |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 429  |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 458  |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 595  |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 600  |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 630  |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 664  |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 844  |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 846  |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 860  |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 975  |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 997  |
| MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ  | 1011 |
| MARCELO MESSIAS GATTI         | 607  |
| MARCELO ROSA LIMA             | 823  |

|                                         |      |
|-----------------------------------------|------|
| MARCELO ROSA LIMA                       | 860  |
| MARCELO SOUSA REIS                      | 452  |
| MARCELO SOUSA REIS                      | 540  |
| MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR        | 465  |
| MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR        | 520  |
| MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR        | 837  |
| MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR        | 892  |
| MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR        | 906  |
| MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR        | 949  |
| MARCELO VIANA DA COSTA                  | 674  |
| MARCELO VIANA DA COSTA                  | 675  |
| MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO          | 413  |
| MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO          | 442  |
| MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO          | 585  |
| MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO          | 953  |
| MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO          | 958  |
| MARCIA CRISTINA DE PAULA GOMES          | 778  |
| MARCIA CRISTINA DE PAULA GOMES          | 895  |
| MARCIA CRISTINA DE PAULA GOMES          | 896  |
| MARCIA CRISTINA DE PAULA GOMES          | 1005 |
| MARCIA MARIA PESSOA DOS SANTOS          | 38   |
| MARCIA MARIA PESSOA DOS SANTOS          | 159  |
| MARCIA MARIA PESSOA DOS SANTOS          | 898  |
| MÁRCIO CAMPO OLIVEIRA                   | 74   |
| MÁRCIO MOREIRA CAJAHIBA JÚNIOR          | 85   |
| MÁRCIO MOREIRA CAJAHIBA JÚNIOR          | 559  |
| MÁRCIO MOREIRA CAJAHIBA JÚNIOR          | 790  |
| MARCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA       | 449  |
| MARCO ANTONIO DOS ANJOS CORVO           | 229  |
| MARCO ANTONIO DOS ANJOS CORVO           | 242  |
| MARCO ANTONIO FERRAZ DE BARROS BAPTISTA | 534  |
| MARCO ANTONIO FERRAZ DE BARROS BAPTISTA | 967  |
| MARCO ANTONIO FERRAZ DE BARROS BAPTISTA | 1010 |
| MARCO AURÉLIO FORNAZIERI                | 377  |
| MARCO AURÉLIO FORNAZIERI                | 803  |
| MARCO AURÉLIO FORNAZIERI                | 1006 |
| MARCO AURÉLIO FORNAZIERI                | 49   |
| MARCO AURELIO ROCHA SANTOS              | 422  |
| MARCO CESAR JORGE DOS SANTOS            | 738  |
| MARCO CESAR JORGE DOS SANTOS            | 971  |
| MARCO MENEZES PERES                     | 972  |
| MARCOS ANDRÉ DOS SANTOS                 | 162  |
| MARCOS ANTONIO DE MEDEIROS ROCHA FILHO  | 1016 |
| MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI         | 147  |
| MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI         | 148  |
| MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI         | 298  |
| MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI         | 423  |
| MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI         | 828  |
| MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI         | 919  |
| MARCOS ANTONIO MEDEIROS AGRELLI         | 970  |
| MARCOS CARDOSO VIEIRA BORGES            | 836  |

|                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| MARCOS COELHO JUNCAL                 | 42   |
| MARCOS LUIZ ANTUNES                  | 414  |
| MARCOS PAULO MAIA DE LIMA            | 103  |
| MARCOS PAULO MAIA DE LIMA            | 700  |
| MARCOS PAULO MAIA DE LIMA            | 968  |
| MARCOS RABELO DE FREITAS             | 449  |
| MARCOS ROSSITER DE MELO COSTA        | 799  |
| MARCOS ROSSITER DE MELO COSTA        | 800  |
| MARCOS VINICIUS CHAGAS SOUSA         | 779  |
| MARCOS VINICIUS CHAGAS SOUSA         | 794  |
| MARCOS VINICIUS MARUYAMA RIBEIRO     | 403  |
| MARCUS MIRANDA LESSA                 | 996  |
| MARCUS VINÍCIUS OSHIO MARIANO        | 246  |
| MARCUS VINÍCIUS OSHIO MARIANO        | 397  |
| MARCUS VINÍCIUS OSHIO MARIANO        | 811  |
| MARIA ALINE DO NASCIMENTO DO CARMO   | 522  |
| MARIA ANGELA BELLOMO BRANDÃO         | 34   |
| MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN  | 169  |
| MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN  | 233  |
| MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN  | 413  |
| MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN  | 951  |
| MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN  | 953  |
| MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN  | 958  |
| MARIA ANTONIA SCHLUTER GRECO         | 334  |
| MARIA ANTONIA SCHLUTER GRECO         | 726  |
| MARIA AUGUSTA ALIPERTI FERREIRA      | 234  |
| MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI      | 283  |
| MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI      | 385  |
| MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI      | 434  |
| MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI      | 692  |
| MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI      | 728  |
| MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI      | 82   |
| MARIA CAROLINA OLIVEIRA SANTOS       | 730  |
| MARIA CATALINA RODRIGUEZ CHARRY      | 87   |
| MARIA CATALINA RODRIGUEZ CHARRY      | 459  |
| MARIA CATALINA RODRIGUEZ CHARRY      | 581  |
| MARIA CATALINA RODRIGUEZ CHARRY      | 582  |
| MARIA CATALINA RODRIGUEZ CHARRY      | 903  |
| MARIA CATALINA RODRIGUEZ CHARRY      | 916  |
| MARIA CECÍLIA AMORIM DE BARROS       | 159  |
| MARIA CECÍLIA AMORIM DE BARROS       | 284  |
| MARIA CECÍLIA AMORIM DE BARROS       | 431  |
| MARIA CECÍLIA AMORIM DE BARROS       | 1017 |
| MARIA CECÍLIA SANTOS CANELA          | 651  |
| MARIA CLARA AMORIM FREITAS           | 679  |
| MARIA CLARA AMORIM FREITAS           | 680  |
| MARIA CLARA ANTUNES ALVES            | 9    |
| MARIA CLARA CANDILES GRUNEWALD       | 196  |
| MARIA CLARA FIGUEIREDO VENAS         | 13   |
| MARIA CLARA MARQUES DA COSTA MOREIRA | 952  |
| MARIA CLARA MEDEIROS ARAÚJO          | 591  |

|                                        |      |
|----------------------------------------|------|
| MARIA CLARA MEDEIROS ARAÚJO            | 629  |
| MARIA CLARA MEDEIROS ARAÚJO            | 674  |
| MARIA CLARA MEDEIROS ARAÚJO            | 675  |
| MARIA CLARA MONTEIRO DE SOUZA LIMA     | 631  |
| MARIA CLARA OLIVEIRA DA COSTA          | 196  |
| MARIA CLARA OLIVEIRA NASCIMENTO        | 102  |
| MARIA CLARA OLIVEIRA NASCIMENTO        | 103  |
| MARIA CLARA OLIVEIRA NASCIMENTO        | 968  |
| MARIA CLARA OLIVEIRA NASCIMENTO        | 980  |
| MARIA CLARA OLIVEIRA PADILHA DINIZ     | 463  |
| MARIA CLARA OLIVEIRA PADILHA DINIZ     | 485  |
| MARIA CLARA PASSOS                     | 92   |
| MARIA CLARA SERAPIÃO FERREIRA          | 855  |
| MARIA CLARA SILVA PEDRO                | 666  |
| MARIA CLARA SOUZA SCHETTINI            | 45   |
| MARIA CLAUDIA PASCOAL DA SILVA         | 520  |
| MARIA CLAUDIA PASCOAL DA SILVA         | 892  |
| MARIA CLAUDIA PASCOAL DA SILVA         | 949  |
| MARIA DANTAS COSTA LIMA GODOY          | 53   |
| MARIA DANTAS COSTA LIMA GODOY          | 977  |
| MARIA DE JESUS MENDES OLIVEIRA         | 947  |
| MARIA EDUARDA ANTUNES PARREIRAS        | 83   |
| MARIA EDUARDA ANTUNES PARREIRAS        | 308  |
| MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI          | 24   |
| MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI          | 25   |
| MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI          | 27   |
| MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI          | 348  |
| MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI          | 41   |
| MARIA EDUARDA DE SOUSA MONTEIRO        | 207  |
| MARIA EDUARDA DE SOUSA MONTEIRO        | 209  |
| MARIA EDUARDA DE SOUZA NERY NASCIMENTO | 539  |
| MARIA EDUARDA DEON CECCATO             | 118  |
| MARIA EDUARDA DEON CECCATO             | 205  |
| MARIA EDUARDA DEON CECCATO             | 653  |
| MARIA EDUARDA DEON CECCATO             | 673  |
| MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS       | 353  |
| MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS       | 468  |
| MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS       | 539  |
| MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS       | 587  |
| MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS       | 998  |
| MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS       | 1018 |
| MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT         | 97   |
| MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT         | 180  |
| MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT         | 182  |
| MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT         | 236  |
| MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT         | 484  |
| MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT         | 489  |
| MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT         | 514  |
| MARIA EDUARDA FANTACHOLI VOIGT         | 729  |
| MARIA EDUARDA FARIAS BARBOSA           | 452  |
| MARIA EDUARDA GATTO BORDIGNON          | 134  |

|                                            |      |
|--------------------------------------------|------|
| MARIA EDUARDA GATTO BORDIGNON              | 199  |
| MARIA EDUARDA MOTA OLIVEIRA                | 20   |
| MARIA EDUARDA NOGUEIRA CONTI BURGOS        | 378  |
| MARIA EDUARDA SANTIAGO NASCIMENTO          | 690  |
| MARIA EDUARDA SPERANDIO                    | 75   |
| MARIA EDUARDA SPERANDIO                    | 842  |
| MARIA EDUARDA SPERANDIO                    | 978  |
| MARIA EDUARDA VELHO TIETBÖHL               | 96   |
| MARIA EDUARDA VELHO TIETBÖHL               | 181  |
| MARIA ELISA DA CUNHA RAMOS                 | 459  |
| MARIA ELISA DA CUNHA RAMOS                 | 582  |
| MARIA FERNANDA BARBOSA SOUZA               | 249  |
| MARIA FERNANDA BONOME CARDOSO              | 956  |
| MARIA FERNANDA CARVALHO MARTINS MOREIRA    | 119  |
| MARIA FERNANDA CARVALHO MARTINS MOREIRA    | 130  |
| MARIA FERNANDA CARVALHO MARTINS MOREIRA    | 225  |
| MARIA FERNANDA CARVALHO MARTINS MOREIRA    | 271  |
| MARIA FERNANDA CARVALHO MARTINS MOREIRA    | 604  |
| MARIA FERNANDA CARVALHO MARTINS MOREIRA    | 760  |
| MARIA FERNANDA CHAVES DANIELUK             | 55   |
| MARIA FERNANDA ESPOSITO SANTIN LUCAS       | 455  |
| MARIA FERNANDA ESPOSITO SANTIN LUCAS       | 941  |
| MARIA FERNANDA ESPOSITO SANTIN LUCAS       | 944  |
| MARIA FERNANDA GONZALEZ TAVARES            | 138  |
| MARIA FERNANDA MACHADO BRANDALIZE          | 688  |
| MARIA FERNANDA MACHADO BRANDALIZE          | 955  |
| MARIA FERNANDA MACHADO BRANDALIZE          | 966  |
| MARIA FERNANDA RONCHETTI GRILLO            | 334  |
| MARIA FERNANDA RONCHETTI GRILLO            | 726  |
| MARIA FERNANDA SANTOS MEDRADO              | 217  |
| MARIA GABRIELA SCARAMUSSA OFRANTI          | 169  |
| MARIA GABRIELA SCARAMUSSA OFRANTI          | 442  |
| MARIA GABRIELA SCARAMUSSA OFRANTI          | 585  |
| MARIA GABRIELA SCARAMUSSA OFRANTI          | 951  |
| MARIA GABRIELA SCARAMUSSA OFRANTI          | 958  |
| MARIA INÊS MEURER                          | 91   |
| MARIA INÊS MEURER                          | 98   |
| MARIA ISABEL GUILHEM SANTOS                | 191  |
| MARIA ISABEL GUILHEM SANTOS                | 1002 |
| MARIA ISABEL RAMOS DO AMARAL               | 566  |
| MARIA IZABEL BELOTI                        | 134  |
| MARIA IZADORA SENA MACIEL                  | 147  |
| MARIA IZADORA SENA MACIEL                  | 148  |
| MARIA IZADORA SENA MACIEL                  | 298  |
| MARIA IZADORA SENA MACIEL                  | 828  |
| MARIA IZADORA SENA MACIEL                  | 970  |
| MARIA JOAO DE ARRUDA ARAUJO                | 138  |
| MARIA JULIA DAMASO DE ALBUQUERQUE SARMENTO | 1007 |
| MARIA JULIA VICTOR BARBOSA RODRIGUES       | 41   |
| MARIA LAURE ANTUNES PARREIRAS              | 308  |
| MARIA LUISA FRECHIANI LARA MACIEL          | 392  |

|                                              |     |
|----------------------------------------------|-----|
| MARIA LUISA FRECHIANI LARA MACIEL            | 444 |
| MARIA LUISA FRECHIANI LARA MACIEL            | 479 |
| MARIA LUISA FRECHIANI LARA MACIEL            | 496 |
| MARIA LUISA FRECHIANI LARA MACIEL            | 511 |
| MARIA LUISA FRECHIANI LARA MACIEL            | 917 |
| MARIA LUÍSA NOBRE MEDEIROS E SILVA GUIMARÃES | 62  |
| MARIA LUÍSA NOBRE MEDEIROS E SILVA GUIMARÃES | 100 |
| MARIA LUIZA CAFEZEIRO                        | 92  |
| MARIA LUIZA LOPES ILGENFRITZ                 | 515 |
| MARIA LUIZA LOPES ILGENFRITZ                 | 543 |
| MARIA LUIZA LOPES ILGENFRITZ                 | 653 |
| MARIA LUIZA LOPES ILGENFRITZ                 | 659 |
| MARIA LUIZA ROHR ZANON                       | 43  |
| MARIA LUIZA ROHR ZANON                       | 120 |
| MARIA LUIZA ROHR ZANON                       | 178 |
| MARIA LUIZA ROHR ZANON                       | 727 |
| MARIA LUIZA VAZ FERRAZ                       | 703 |
| MARIA LUIZA VERONESE BAZZO                   | 374 |
| MARIA MARTINEZ KRUSCHEWSKY                   | 99  |
| MARIA MARTINEZ KRUSCHEWSKY                   | 773 |
| MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA         | 164 |
| MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA         | 449 |
| MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA         | 483 |
| MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA         | 579 |
| MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA         | 798 |
| MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA         | 827 |
| MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA         | 829 |
| MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA         | 831 |
| MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA         | 888 |
| MARIA OLIVIA FERRONATO RIBEIRO DO VALLE      | 433 |
| MARIA OLIVIA FERRONATO RIBEIRO DO VALLE      | 436 |
| MARIA OLIVIA FERRONATO RIBEIRO DO VALLE      | 728 |
| MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO        | 77  |
| MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO        | 227 |
| MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO        | 450 |
| MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO        | 521 |
| MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO        | 574 |
| MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO        | 843 |
| MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO        | 890 |
| MARIA PAULA SOARES ANDRADE                   | 879 |
| MARIA ROSSATO                                | 7   |
| MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS           | 465 |
| MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS           | 520 |
| MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS           | 837 |
| MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS           | 892 |
| MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS           | 906 |
| MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS           | 949 |
| MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES                | 53  |
| MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES                | 977 |
| MARIA VITÓRIA BELÉM ANDRADE                  | 998 |
| MARIA VITTORIA DE MACEDO SIMEÃO BRASILEIRO   | 513 |

|                                            |     |
|--------------------------------------------|-----|
| MARIA VITTÓRIA DE MACEDO SIMEÃO BRASILEIRO | 72  |
| MARIAH DE SOUZA ARANTES                    | 234 |
| MARIAH GIMENIS                             | 324 |
| MARIAH GIMENIS                             | 331 |
| MARIAH GIMENIS                             | 645 |
| MARIÁH LUZ LISBOA                          | 91  |
| MARIÁH LUZ LISBOA                          | 98  |
| MARIANA CATA PRETA DE BARROS               | 422 |
| MARIANA CLARA BORGES DA SILVA              | 185 |
| MARIANA DANTAS AUMOND LEBL                 | 253 |
| MARIANA DANTAS AUMOND LEBL                 | 254 |
| MARIANA DANTAS AUMOND LEBL                 | 255 |
| MARIANA DANTAS AUMOND LEBL                 | 256 |
| MARIANA DANTAS AUMOND LEBL                 | 257 |
| MARIANA DANTAS AUMOND LEBL                 | 258 |
| MARIANA DANTAS AUMOND LEBL                 | 259 |
| MARIANA DANTAS AUMOND LEBL                 | 260 |
| MARIANA DANTAS AUMOND LEBL                 | 261 |
| MARIANA DE CARVALHO LEAL GOUVEIA           | 452 |
| MARIANA DE CARVALHO LEAL GOUVEIA           | 540 |
| MARIANA DE CARVALHO LEAL GOUVEIA           | 755 |
| MARIANA DE CASTRO MACHADO                  | 251 |
| MARIANA DE CASTRO MACHADO                  | 344 |
| MARIANA DE CASTRO MACHADO                  | 626 |
| MARIANA DE CASTRO MACHADO                  | 758 |
| MARIANA DE NADAI ANDREOLI                  | 372 |
| MARIANA DONATO BENTO                       | 537 |
| MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT   | 104 |
| MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT   | 491 |
| MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT   | 589 |
| MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT   | 697 |
| MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT   | 722 |
| MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT   | 918 |
| MARIANA FLORIANO LIMA                      | 143 |
| MARIANA FLORIANO LIMA                      | 849 |
| MARIANA GONÇALVES LEAL DE OLIVEIRA         | 317 |
| MARIANA GRIGOLI MAGALHÃES                  | 39  |
| MARIANA HERARIA FAVORETTO                  | 384 |
| MARIANA HERARIA FAVORETTO                  | 441 |
| MARIANA MACIEL TINANO                      | 94  |
| MARIANA MANZONI SEERIG                     | 240 |
| MARIANA MOTA KERTZMAN                      | 135 |
| MARIANA MOTA KERTZMAN                      | 289 |
| MARIANA MOTA KERTZMAN                      | 314 |
| MARIANA MOTA KERTZMAN                      | 322 |
| MARIANA MOTA KERTZMAN                      | 326 |
| MARIANA MOTA KERTZMAN                      | 445 |
| MARIANA MOTA KERTZMAN                      | 848 |
| MARIANA NEVES CERATTI                      | 122 |
| MARIANA NEVES CERATTI                      | 570 |
| MARIANA NEVES CERATTI                      | 766 |



|                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| MARIANA NEVES CERATTI                | 931  |
| MARIANA NOGUEIRA DE LORENA           | 339  |
| MARIANA PIRES DE MELLO VALENTE       | 37   |
| MARIANA RIBEIRO BOCCHI               | 1012 |
| MARIANA SALVES DE OLIVEIRA GONÇALLES | 104  |
| MARIANA SALVES DE OLIVEIRA GONÇALLES | 589  |
| MARIANA SALVES DE OLIVEIRA GONÇALLES | 722  |
| MARIANA SALZER REIS ZIMMERMANN       | 739  |
| MARIANA TAINÁ OLIVEIRA DE FREITAS    | 196  |
| MARIANA TAINÁ OLIVEIRA DE FREITAS    | 217  |
| MARIANA TAINÁ OLIVEIRA DE FREITAS    | 299  |
| MARIANA TAINÁ OLIVEIRA DE FREITAS    | 575  |
| MARIANA ZAGO DE MORAES               | 324  |
| MARIANA ZAGO DE MORAES               | 331  |
| MARIANA ZAGO DE MORAES               | 645  |
| MARIANE PAIVA RANGEL                 | 520  |
| MARIANE PAIVA RANGEL                 | 837  |
| MARIANE PAIVA RANGEL                 | 892  |
| MARIANE PAIVA RANGEL                 | 906  |
| MARIANE PAIVA RANGEL                 | 949  |
| MARIANE WEIZENMANN DA MATTA          | 156  |
| MARIANE WEIZENMANN DA MATTA          | 309  |
| MARIANE WEIZENMANN DA MATTA          | 498  |
| MARIANE WEIZENMANN DA MATTA          | 533  |
| MARIANE WEIZENMANN DA MATTA          | 887  |
| MARIANE WEIZENMANN DA MATTA          | 983  |
| MARIANNA ORNELLAS SAMPAIO LEITE      | 126  |
| MARIANNA ORNELLAS SAMPAIO LEITE      | 220  |
| MARIANNA ORNELLAS SAMPAIO LEITE      | 548  |
| MARIANNA ORNELLAS SAMPAIO LEITE      | 549  |
| MARIANNE CAVALCANTI NASCIMENTO DIAS  | 60   |
| MARÍLIA ALVES ARAÚJO FERREIRA        | 233  |
| MARÍLIA FANTON                       | 1012 |
| MARILIA RIBEIRO BRUM                 | 347  |
| MARILIA SANTA BRIGIDA SILVA JORGE    | 840  |
| MARILIA STEFANES                     | 457  |
| MARILIA STEFANES                     | 882  |
| MARILIA STEFANES                     | 910  |
| MARINA AMORIM BATISTA DE VASCONCELOS | 333  |
| MARINA AMORIM BATISTA DE VASCONCELOS | 369  |
| MARINA AMORIM BATISTA DE VASCONCELOS | 428  |
| MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO    | 153  |
| MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO    | 155  |
| MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO    | 356  |
| MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO    | 701  |
| MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO    | 707  |
| MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO    | 710  |
| MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO    | 858  |
| MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO    | 865  |
| MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO    | 870  |
| MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO    | 880  |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| MARINA CANÇADO PASSARELLI SCOTT    | 392 |
| MARINA CANÇADO PASSARELLI SCOTT    | 479 |
| MARINA CANÇADO PASSARELLI SCOTT    | 611 |
| MARINA CANÇADO PASSARELLI SCOTT    | 816 |
| MARINA FERRAZ MENDONÇA             | 984 |
| MARINA HADDAD ANHESINI             | 535 |
| MARINA HE RYI KIM                  | 30  |
| MARINA HE RYI KIM                  | 956 |
| MARINA IMBELLONI HOSKEN MANZOLARO  | 902 |
| MARINA LOTUFO ESVAEL RODRIGUES     | 584 |
| MARINA LOTUFO ESVAEL RODRIGUES     | 598 |
| MARINA LOTUFO ESVAEL RODRIGUES     | 928 |
| MARINA LUÍSA BOTH                  | 64  |
| MARINA MARTINS EGUCHI              | 410 |
| MARINA MENDONÇA DE MIRANDA         | 320 |
| MARINA MENDONÇA DE MIRANDA         | 419 |
| MARINA MENDONÇA DE MIRANDA         | 480 |
| MARINA MENDONÇA DE MIRANDA         | 591 |
| MARINA MENDONÇA DE MIRANDA         | 647 |
| MARINA MENDONÇA DE MIRANDA         | 649 |
| MARINA MENDONÇA DE MIRANDA         | 699 |
| MARINA MENDONÇA DE MIRANDA         | 851 |
| MARINA MENDONÇA DE MIRANDA         | 857 |
| MARINA MENDONÇA DE MIRANDA         | 861 |
| MARINA MENDONÇA DE MIRANDA         | 929 |
| MARINA MORÁS                       | 238 |
| MARINA MOURA MACIEL                | 83  |
| MARINA MOURA MACIEL                | 308 |
| MARINA MOURA MACIEL                | 311 |
| MARINA PACHECO ROBERT PINTO        | 842 |
| MARINA PACHECO ROBERT PINTO        | 978 |
| MARINA PACHECO ROBERT PINTO        | 75  |
| MARINA RIBEIRO GIL                 | 39  |
| MARINA RIBEIRO GIL                 | 660 |
| MARINA SIMÕES FÁVARO               | 825 |
| MARINA Z FANTUCCI                  | 46  |
| MARINA ZOTTIS DE DEUS VIEIRA       | 930 |
| MÁRIO AUGUSTO GHELLERE MILANEZ     | 460 |
| MARIO EDVIN GRETERS                | 589 |
| MARIO EDVIN GRETERS                | 697 |
| MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO            | 123 |
| MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO            | 455 |
| MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO            | 473 |
| MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO            | 545 |
| MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO            | 639 |
| MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO            | 785 |
| MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO            | 941 |
| MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO            | 944 |
| MARISA RUGGIERI MARONE             | 31  |
| MARISE DA PENHA COSTA MARQUES      | 788 |
| MARIZA CAVENAGHI ARGENTINO POMILIO | 508 |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| MARLON SOUZA COELHO                | 233 |
| MARLON SOUZA COELHO                | 442 |
| MARLON SOUZA COELHO                | 585 |
| MARLON SOUZA COELHO                | 951 |
| MARLON SOUZA COELHO                | 953 |
| MARLON SOUZA COELHO                | 958 |
| MARTA DE VARGAS ROMERO             | 561 |
| MARTIN DESROSIER                   | 789 |
| MARTIN YVON DESROSIER              | 990 |
| MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH     | 208 |
| MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH     | 355 |
| MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH     | 474 |
| MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH     | 524 |
| MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH     | 599 |
| MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH     | 936 |
| MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH     | 962 |
| MARTINHO DA PALMA E MELLO NETO     | 214 |
| MATEO FERNANDEZ R.                 | 218 |
| MATEO FERNANDEZ R.                 | 725 |
| MATEO FERNANDEZ R.                 | 952 |
| MATEO FERNANDEZ R.                 | 963 |
| MATEUS CAMPESTRINI HARGER          | 418 |
| MATEUS CAMPESTRINI HARGER          | 508 |
| MATEUS CAMPESTRINI HARGER          | 933 |
| MATEUS CAMPESTRINI HARGER          | 974 |
| MATEUS CUNHA DE SA RAMOS           | 13  |
| MATEUS DE SOUZA OLIVEIRA CARVALHO  | 716 |
| MATEUS DOS SANTOS TAIAROL          | 347 |
| MATEUS DOS SANTOS TAIAROL          | 495 |
| MATEUS DOS SANTOS TAIAROL          | 503 |
| MATEUS DOS SANTOS TAIAROL          | 930 |
| MATEUS HENRIQUE GUIOTTI MAZAO LIMA | 152 |
| MATEUS HENRIQUE GUIOTTI MAZAO LIMA | 234 |
| MATEUS HENRIQUE GUIOTTI MAZAO LIMA | 881 |
| MATEUS HENRIQUE NEVES BRACCO       | 611 |
| MATEUS HENRIQUE NEVES BRACCO       | 816 |
| MATEUS MORAIS AIRES CAMARA         | 38  |
| MATEUS MORAIS AIRES CAMARA         | 284 |
| MATEUS MORAIS AIRES CAMARA         | 353 |
| MATEUS PINTO RIBEIRO               | 652 |
| MATEUS PINTO RIBEIRO               | 927 |
| MATEUS RUFINO MELO                 | 461 |
| MATEUS RUFINO MELO                 | 464 |
| MATEUS RUFINO MELO                 | 469 |
| MATEUS RUFINO MELO                 | 643 |
| MATEUS RUFINO MELO                 | 907 |
| MATEUS RUFINO MELO                 | 946 |
| MATEUS VASCONCELOS PATRICIO        | 457 |
| MATEUS VASCONCELOS PATRICIO        | 882 |
| MATEUS VASCONCELOS PATRICIO        | 910 |
| MATHEUS ANDRADE DE CASTRO          | 526 |

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| MATHEUS ANDRADE DE CASTRO               | 711 |
| MATHEUS ANDRADE DE CASTRO               | 891 |
| MATHEUS ARAÚJO DE MEDEIROS              | 207 |
| MATHEUS ARAÚJO DE MEDEIROS              | 209 |
| MATHEUS BONELA CAUS                     | 211 |
| MATHEUS BONELA CAUS                     | 325 |
| MATHEUS BONELA CAUS                     | 526 |
| MATHEUS CARNEIRO LEAL FREITAS           | 595 |
| MATHEUS CARNEIRO LEAL FREITAS           | 600 |
| MATHEUS CARNEIRO LEAL FREITAS           | 664 |
| MATHEUS CARRETT KRAUSE                  | 457 |
| MATHEUS CARRETT KRAUSE                  | 882 |
| MATHEUS CARRETT KRAUSE                  | 910 |
| MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 86  |
| MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 242 |
| MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 289 |
| MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 304 |
| MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 314 |
| MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 322 |
| MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 471 |
| MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 477 |
| MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO | 848 |
| MATHEUS DE ARAÚJO MOREIRA SILVA         | 730 |
| MATHEUS DE ARAÚJO MOREIRA SILVA         | 731 |
| MATHEUS DE ARAÚJO MOREIRA SILVA         | 734 |
| MATHEUS DE SOUSA CARVALHO               | 436 |
| MATHEUS DO NASCIMENTO JAMUR             | 188 |
| MATHEUS DO NASCIMENTO JAMUR             | 478 |
| MATHEUS DO NASCIMENTO JAMUR             | 938 |
| MATHEUS DO NASCIMENTO JAMUR             | 991 |
| MATHEUS GODINHO DE SA                   | 184 |
| MATHEUS GODINHO DE SA                   | 433 |
| MATHEUS GOMES REIS COSTA                | 458 |
| MATHEUS JORGETTI CHAMORRO               | 747 |
| MATHEUS LISATCHOK                       | 157 |
| MATHEUS LISATCHOK                       | 234 |
| MATHEUS LISATCHOK                       | 282 |
| MATHEUS LISATCHOK                       | 323 |
| MATHEUS LISATCHOK                       | 406 |
| MATHEUS LISATCHOK                       | 635 |
| MATHEUS LISATCHOK                       | 648 |
| MATHEUS LISATCHOK                       | 655 |
| MATHEUS LISATCHOK                       | 881 |
| MATHEUS MATOS MOHALLEM                  | 190 |
| MATHEUS MATOS MOHALLEM                  | 202 |
| MATHEUS MATOS MOHALLEM                  | 609 |
| MATHEUS MATOS MOHALLEM                  | 927 |
| MATHEUS MOLINA                          | 726 |
| MATHEUS NEIVA CARVALHO                  | 350 |
| MATHEUS NEIVA CARVALHO                  | 905 |
| MATHEUS NEIVA CARVALHO                  | 942 |

|                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| MATHEUS RODRIGUES LOPES              | 796  |
| MATHEUS SANTOS VICENTE DIAS          | 173  |
| MATHEUS SANTOS VICENTE DIAS          | 349  |
| MATHEUS SANTOS VICENTE DIAS          | 923  |
| MATHEUS SILVA DE ARRUDA CÂMARA       | 724  |
| MATHEUS SODRÉ DE ARAÚJO              | 113  |
| MATHEUS SODRÉ DE ARAÚJO              | 115  |
| MATHEUS SODRÉ DE ARAÚJO              | 117  |
| MATHEUS VINICIUS DE ARAÚJO LUCENA    | 749  |
| MAURÍCIO DA SILVA OLIVEIRA           | 580  |
| MAURICIO NOSCHANG LOPES DA SILVA     | 515  |
| MAURICIO NOSHANG LOPES DA SILVA      | 543  |
| MAURÍCIO VILELA FREIRE               | 79   |
| MAURÍCIO VILELA FREIRE               | 416  |
| MAURÍCIO VILELA FREIRE               | 420  |
| MAURÍCIO VILELA FREIRE               | 430  |
| MAURÍCIO VILELA FREIRE               | 833  |
| MAURÍCIO VILELA FREIRE               | 839  |
| MAURÍCIO VILELA FREIRE               | 850  |
| MAURÍCIO VILELA FREIRE               | 863  |
| MAURÍCIO VILELA FREIRE               | 866  |
| MAX AURELIO GUIMARAES COLARES MACIEL | 514  |
| MAYANE MACEDO PEREIRA DOS SANTOS     | 378  |
| MAYARA CELENTANO LAPORTA             | 310  |
| MAYARA DOS SANTOS SILVA              | 294  |
| MAYARA FERREIRA CASAGRANDE           | 644  |
| MAYARA RISNEI WATANABE               | 29   |
| MAYARA RISNEI WATANABE               | 367  |
| MAYARA ROSANELLI                     | 149  |
| MAYARA ROSANELLI                     | 377  |
| MAYARA ROSANELLI                     | 398  |
| MAYARA ROSANELLI                     | 610  |
| MAYARA ROSANELLI                     | 783  |
| MAYARA ROSANELLI                     | 803  |
| MAYARA ROSANELLI                     | 812  |
| MAYARA ROSANELLI                     | 1006 |
| MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO          | 245  |
| MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO          | 532  |
| MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO          | 538  |
| MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO          | 662  |
| MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO          | 663  |
| MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO          | 665  |
| MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO          | 740  |
| MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO          | 967  |
| MAYRA ATALLA FERNANDES               | 436  |
| MAYRON DUARTE MELO                   | 774  |
| MAYSA VARGAS DUZANSKI                | 149  |
| MAYSA VARGAS DUZANSKI                | 377  |
| MAYSA VARGAS DUZANSKI                | 398  |
| MAYSA VARGAS DUZANSKI                | 610  |
| MAYSA VARGAS DUZANSKI                | 783  |

|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| MAYSA VARGAS DUZANSKI               | 803  |
| MAYSA VARGAS DUZANSKI               | 812  |
| MAYSA VARGAS DUZANSKI               | 1006 |
| MELISSA CLEMENTINO SOUSA            | 382  |
| MELISSA ERN BENEDET                 | 750  |
| MELISSA FERREIRA VIANNA             | 384  |
| MELISSA FERREIRA VIANNA             | 445  |
| MELISSA FERREIRA VIANNA             | 471  |
| MELISSA FERREIRA VIANNA             | 477  |
| MÉRCIA VALERIA ALVES DA SILVA       | 796  |
| MESSIAS GONCALVES PACHECO JUNIOR    | 834  |
| MEYRE MARIA MARQUES MORATO          | 698  |
| MICHAEL E WECHSLER                  | 791  |
| MICHEL DA SILVA                     | 597  |
| MICHEL DA SILVA                     | 741  |
| MICHEL DA SILVA                     | 748  |
| MICHEL DA SILVA                     | 987  |
| MICHELE FERRET PINTO                | 524  |
| MICHELLE LAVINSKY WOLFF             | 21   |
| MICHELLE LAVINSKY WOLFF             | 22   |
| MICHELLE LAVINSKY WOLFF             | 238  |
| MICHELLE LAVINSKY WOLFF             | 239  |
| MICHELLE PEREIRA DE FARIA E SILVA   | 531  |
| MICHELLE PEREIRA DE FARIA E SILVA   | 945  |
| MICHELLE QUEIROZ AGUIAR BRASIL      | 13   |
| MICHELLE QUEIROZ AGUIAR BRASIL      | 92   |
| MICHELLE QUEIROZ AGUIAR BRASIL      | 203  |
| MICHELLE QUEIROZ AGUIAR BRASIL      | 836  |
| MICHELLE SALES BARROS DE AGUIAR     | 146  |
| MICHELLE SALES BARROS DE AGUIAR     | 666  |
| MIGUEL BOSENBECKER BÖHM             | 229  |
| MIGUEL BOSENBECKER BÖHM             | 304  |
| MIGUEL BOSENBECKER BÖHM             | 326  |
| MIGUEL BOSENBECKER BÖHM             | 477  |
| MIGUEL COUTINHO                     | 569  |
| MIGUEL SOARES TEPEDINO              | 757  |
| MIGUEL SOARES TEPEDINO              | 832  |
| MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO        | 451  |
| MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO        | 588  |
| MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO        | 909  |
| MILA MACÊDO ALMEIDA CELLI SERAFIM   | 630  |
| MILA MACÊDO ALMEIDA CELLI SERAFIM   | 838  |
| MILENA DE ALMEIDA TORRES CAMPANHOLO | 81   |
| MILENA GAVA FIM                     | 77   |
| MILENA GAVA FIM                     | 227  |
| MILENA GAVA FIM                     | 450  |
| MILENA GAVA FIM                     | 521  |
| MILENA GAVA FIM                     | 574  |
| MILENA GAVA FIM                     | 890  |
| MILENA GAVA FIM                     | 904  |
| MILENA MENEZES MARQUES SALLES       | 40   |

|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| MILENA MENEZES MARQUES SALLES       | 106  |
| MILENA MENEZES MARQUES SALLES       | 702  |
| MILENA MENEZES MARQUES SALLES       | 704  |
| MILENA MENEZES MARQUES SALLES       | 706  |
| MILENA MENEZES MARQUES SALLES       | 853  |
| MILENA MENEZES MARQUES SALLES       | 859  |
| MILENA MENEZES MARQUES SALLES       | 1014 |
| MILENA ROBERTA FREIRE DA SILVA      | 19   |
| MILENA ROBERTA FREIRE DA SILVA      | 18   |
| MILENA SAYURI OTSUKI                | 291  |
| MILENA SAYURI OTSUKI                | 361  |
| MILENA SAYURI OTSUKI                | 507  |
| MILENA SAYURI OTSUKI                | 614  |
| MILENA SAYURI OTSUKI                | 638  |
| MILENA SAYURI OTSUKI                | 642  |
| MILENA SAYURI OTSUKI                | 708  |
| MILENA SAYURI OTSUKI                | 824  |
| MILENA SAYURI OTSUKI                | 921  |
| MILENA SAYURI OTSUKI                | 959  |
| MILENA SAYURI OTSUKI                | 966  |
| MILENA SAYURI OTSUKI                | 989  |
| MILENE DE SOUZA LOPES SILVEIRA      | 916  |
| MILTON PAMPONET DA CUNHA MOURA      | 432  |
| MILTON PAMPONET DA CUNHA MOURA      | 376  |
| MIRELLA KALYNE CAVALCANTE MAGALHAES | 976  |
| MIRELLA MONIQUE LANA DINIZ          | 472  |
| MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO        | 296  |
| MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO        | 321  |
| MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO        | 432  |
| MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO        | 568  |
| MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO        | 630  |
| MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO        | 823  |
| MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO        | 838  |
| MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO        | 846  |
| MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO        | 860  |
| MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO        | 1011 |
| MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO      | 79   |
| MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO      | 416  |
| MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO      | 420  |
| MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO      | 430  |
| MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO      | 833  |
| MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO      | 839  |
| MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO      | 850  |
| MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO      | 863  |
| MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO      | 866  |
| MIRIAN CABRAL MOREIRA DE CASTRO     | 401  |
| MIRIAN CABRAL MOREIRA DE CASTRO     | 609  |
| MIRIAN CABRAL MOREIRA DE CASTRO     | 619  |
| MIRIAN CABRAL MOREIRA DE CASTRO     | 652  |
| MIRIAN CABRAL MOREIRA DE CASTRO     | 927  |
| MOHAMAD FERAS AL-LAHHAM             | 29   |



|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| MOHAMAD FERAS AL-LAHHAM                   | 367 |
| MONICA ALCANTARA DE OLIVEIRA SANTOS       | 394 |
| MONICA ALCANTARA DE OLIVEIRA SANTOS       | 395 |
| MONICA ALCANTARA DE OLIVEIRA SANTOS       | 554 |
| MONICA ELISABETH SIMONS GUERRA            | 254 |
| MONICA ELISABETH SIMONS GUERRA            | 256 |
| MONICA ELISABETH SIMONS GUERRA            | 257 |
| MONICA ELISABETH SIMONS GUERRA            | 260 |
| MÔNICA MACHUCA                            | 8   |
| MONIK MIRMOVICZ                           | 184 |
| MONIK MIRMOVICZ                           | 433 |
| MONIK MIRMOVICZ                           | 438 |
| MONIK MIRMOVICZ                           | 440 |
| MONIK MIRMOVICZ                           | 692 |
| MONIK MIRMOVICZ                           | 728 |
| MONIK MIRMOVICZ                           | 802 |
| MONIQUE MEDEIROS DE MOURA BARRETO ALVES   | 72  |
| MONIQUE MEDEIROS DE MOURA BARRETO ALVES   | 513 |
| MONIQUE MEDEIROS DE MOURA BARRETO ALVES   | 884 |
| MONIQUE SOUTO DE ANDRADE SOUZA            | 391 |
| MONIQUE SOUTO DE ANDRADE SOUZA            | 637 |
| MONIQUE SOUTO DE ANDRADE SOUZA            | 815 |
| MURIEL FERREIRA DA SILVA                  | 162 |
| MURIEL FERREIRA DA SILVA                  | 379 |
| MURIEL FERREIRA DA SILVA                  | 792 |
| MURIEL FERREIRA DA SILVA                  | 869 |
| MURILLO BENÍCIO DA SILVA DE CARVALHO AUTO | 546 |
| MURILO BUFAIÇAL MARRA                     | 32  |
| MYLENA PHILLIPPS CUNHA                    | 572 |
| MYLENA PHILLIPPS CUNHA                    | 573 |
| MYLENE CRISTINA PINTO DE PAIVA ALMEIDA    | 320 |
| MYRIAN MARIA ANDREOTTI FAVARO             | 34  |
| NADINE SCARIOT                            | 437 |
| NADINE SCARIOT                            | 868 |
| NADINE SCARIOT                            | 873 |
| NAIADE DE OLIVEIRA DO AMARAL              | 268 |
| NAIADE DE OLIVEIRA DO AMARAL              | 286 |
| NAIADE DE OLIVEIRA DO AMARAL              | 387 |
| NAIADE DE OLIVEIRA DO AMARAL              | 389 |
| NAIADE DE OLIVEIRA DO AMARAL              | 550 |
| NAIADE DE OLIVEIRA DO AMARAL              | 804 |
| NAIADE DE OLIVEIRA DO AMARAL              | 808 |
| NAJILA AELIDA OLIVEIRA VIANA              | 344 |
| NATALIA BOCACCIO MAINARDI                 | 118 |
| NATALIA BOCACCIO MAINARDI                 | 200 |
| NATALIA BOCACCIO MAINARDI                 | 488 |
| NATÁLIA FREY FISCHER                      | 875 |
| NATÁLIA MARIA CÂMARA DA LUZ               | 290 |
| NATÁLIA MARIA CÂMARA DA LUZ               | 318 |
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                 | 45  |
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                 | 74  |

|                                             |      |
|---------------------------------------------|------|
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                   | 296  |
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                   | 378  |
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                   | 400  |
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                   | 432  |
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                   | 568  |
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                   | 823  |
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                   | 838  |
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                   | 846  |
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                   | 860  |
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                   | 997  |
| NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO                   | 1011 |
| NATÁLIA MATOS MURICY                        | 99   |
| NATÁLIA MATOS MURICY                        | 193  |
| NATÁLIA MATOS MURICY                        | 267  |
| NATÁLIA MATOS MURICY                        | 315  |
| NATÁLIA MATOS MURICY                        | 463  |
| NATÁLIA MATOS MURICY                        | 485  |
| NATALIA MEDEIROS DIAS LOPES                 | 49   |
| NATALIA MELO ABRAHÃO                        | 167  |
| NATALIA MELO ABRAHÃO                        | 676  |
| NATALIA NUNES DA SILVA                      | 302  |
| NATALIA NUNES DA SILVA                      | 375  |
| NATALIA NUNES DA SILVA                      | 819  |
| NATALIA NUNES DA SILVA                      | 934  |
| NATÁLIA QUINHONE SHIGEMATSU                 | 584  |
| NATÁLIA REBELATTO VANZ                      | 162  |
| NATÁLIA REBELATTO VANZ                      | 379  |
| NATÁLIA REBELATTO VANZ                      | 792  |
| NATÁLIA REBELATTO VANZ                      | 793  |
| NATÁLIA REBELATTO VANZ                      | 869  |
| NATÁLIA SANTIAGO PINTO DE ALMEIDA           | 343  |
| NATALIA SILVA CAVALCANTI MEIRA              | 285  |
| NATALIE EMY YVAMOTO                         | 242  |
| NATALY SANT'ANA DE MATOS                    | 184  |
| NATALY SANT'ANA DE MATOS                    | 283  |
| NATALY SANT'ANA DE MATOS                    | 385  |
| NATALY SANT'ANA DE MATOS                    | 689  |
| NATALY SANT'ANA DE MATOS                    | 802  |
| NATASHA BATISTA DOMINGUES DA SILVA          | 638  |
| NATASHA BATISTA DOMINGUES DA SILVA          | 641  |
| NATASHA CAROLINE CRISTINA SANTANA DE AGUIAR | 788  |
| NATHALIA CAMPOS BEZERRA                     | 333  |
| NATHALIA CAMPOS BEZERRA                     | 369  |
| NATHALIA CAMPOS BEZERRA                     | 428  |
| NATHÁLIA DE OLIVEIRA ALVES                  | 352  |
| NATHÁLIA DE OLIVEIRA ALVES                  | 724  |
| NATHALIA DEL DUCA DE MIRANDA                | 37   |
| NATHÁLIA FERNANDA DA SILVA                  | 371  |
| NATHÁLIA FERNANDA DA SILVA                  | 788  |
| NATHÁLIA FERNANDA DA SILVA                  | 932  |
| NATHÁLIA PRATES SILVA                       | 339  |

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| NATHALIA RODRIGUES                      | 128 |
| NATHALIA TENORIO FAZANI                 | 465 |
| NATHALIA VANESSA DE LIMA CALDAS E SOUSA | 681 |
| NATHALIA VANESSA DE LIMA CALDAS E SOUSA | 683 |
| NATHALIA VANESSA DE LIMA CALDAS E SOUSA | 682 |
| NATHALY ANNE GOMES VIEIRA               | 644 |
| NÁTHALY MARCELA DE MATOS MORAES         | 563 |
| NATHALYA TRENTON SCHRADER               | 199 |
| NATHANA DA GRAÇA SARTORI RODRIGUES      | 562 |
| NATHANA DA GRAÇA SARTORI RODRIGUES      | 563 |
| NAYANA CAMPERO GARCIA                   | 207 |
| NAYANA CAMPERO GARCIA                   | 209 |
| NAYANA CAMPERO GARCIA                   | 215 |
| NAYANA CAMPERO GARCIA                   | 216 |
| NAYANA DA SILVA CUNHA                   | 214 |
| NAYARA SCHUG DA SILVEIRA                | 129 |
| NAYARA TOSCANO DE BRITO PEREIRA         | 666 |
| NEDIO STEFFEN                           | 208 |
| NEDIO STEFFEN                           | 355 |
| NEEMIAS SANTOS CARNEIRO                 | 658 |
| NEIMAH MARUF AHMAD MARUF MAHMUD         | 920 |
| NEY SALDANHA NOGUEIRA DA GAMA JR.       | 911 |
| NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA             | 253 |
| NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA             | 254 |
| NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA             | 255 |
| NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA             | 256 |
| NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA             | 257 |
| NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA             | 259 |
| NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA             | 260 |
| NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA             | 261 |
| NÍCIA OLIVEIRA SANTANA REIS             | 258 |
| NICOLAU TAVARES BOECHEM                 | 143 |
| NICOLE BARROSO DE MENEZES               | 561 |
| NICOLE BARROSO DE MENEZES               | 562 |
| NICOLE BARROSO DE MENEZES               | 563 |
| NICOLE CARDOSO DE MELO MOREIRA          | 468 |
| NICOLE CARDOSO DE MELO MOREIRA          | 587 |
| NICOLE DE CARVALHO DIAS                 | 88  |
| NICOLE DE CARVALHO DIAS                 | 90  |
| NICOLE DE CARVALHO DIAS                 | 132 |
| NICOLE DE CARVALHO DIAS                 | 285 |
| NICOLE DE CARVALHO DIAS                 | 556 |
| NICOLE DE CARVALHO DIAS                 | 558 |
| NICOLE ELEN LIRA                        | 673 |
| NICOLE KRAEMER REDEKER                  | 709 |
| NICOLE KRAEMER REDEKER                  | 792 |
| NICOLE KRAEMER REDEKER                  | 869 |
| NICOLE PARDINI DE SOUSA MOURÃO          | 190 |
| NICOLE TASSIA AMADEU                    | 27  |
| NICOLE TASSIA AMADEU                    | 348 |
| NICOLE TASSIA AMADEU                    | 748 |

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO      | 88   |
| NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO      | 90   |
| NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO      | 132  |
| NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO      | 285  |
| NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO      | 393  |
| NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO      | 556  |
| NICOLLE HENRIQUES BARRETO COLAÇO      | 558  |
| NILTON JOSÉ DE ALMEIDA COSTA JUNIOR   | 344  |
| NILVANO ALVES DE ANDRADE              | 42   |
| NINA DE JESUS SOUSA PIRES DE MOURA    | 121  |
| NINA DE JESUS SOUSA PIRES DE MOURA    | 494  |
| NINA DE JESUS SOUSA PIRES DE MOURA    | 605  |
| NORIMAR HERNANDES DIAS                | 481  |
| NORMA DE OLIVEIRA PENIDO              | 32   |
| NORMA DE OLIVEIRA PENIDO              | 392  |
| NORMA DE OLIVEIRA PENIDO              | 479  |
| NORMA DE OLIVEIRA PENIDO              | 28   |
| NUNO ANDRADE O'NEILL MENDES           | 360  |
| NUNO MENDES                           | 972  |
| NYCOLLE SAMARA LEITE DE ALMEIDA       | 108  |
| NYCOLLE SAMARA LEITE DE ALMEIDA       | 1008 |
| OCTAVIO SAKAHARA SAITO                | 440  |
| OMAR CEZAR DOS SANTOS                 | 941  |
| OSCAR IVAN CRUZ BARRIENTOS            | 855  |
| OSMAR CLAYTON PERSON                  | 492  |
| OSMAR CLAYTON PERSON                  | 594  |
| OSMAR CLAYTON PERSON                  | 601  |
| OSMAR CLAYTON PERSON                  | 795  |
| OSMAR CLAYTON PERSON                  | 805  |
| OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR           | 127  |
| OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR           | 383  |
| OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR           | 797  |
| OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR           | 799  |
| OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR           | 800  |
| OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR           | 961  |
| OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR           | 976  |
| OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR           | 993  |
| OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR           | 1007 |
| OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR           | 1016 |
| OSWALDO OLIVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR | 470  |
| OSWALDO OLIVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR | 516  |
| OSWALDO OLIVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR | 876  |
| OTÁVIO ANANIAS DOS SANTOS MANGUALDE   | 578  |
| OTÁVIO ANANIAS DOS SANTOS MANGUALDE   | 596  |
| OTÁVIO ANANIAS DOS SANTOS MANGUALDE   | 661  |
| OTÁVIO ANANIAS DOS SANTOS MANGUALDE   | 737  |
| OTAVIO MARAMBAIA SANTOS               | 702  |
| OTAVIO MARAMBAIA SANTOS               | 853  |
| OTAVIO MARAMBAIA SANTOS               | 859  |
| OTÁVIO MARANA MIELI                   | 598  |
| OTÁVIO MARANA MIELI                   | 928  |

|                                  |      |
|----------------------------------|------|
| PABLO DOS SANTOS LIMA            | 688  |
| PABLO DOS SANTOS LIMA            | 955  |
| PABLO PINILLOS MARAMBAIA         | 40   |
| PABLO PINILLOS MARAMBAIA         | 106  |
| PABLO PINILLOS MARAMBAIA         | 702  |
| PABLO PINILLOS MARAMBAIA         | 704  |
| PABLO PINILLOS MARAMBAIA         | 706  |
| PABLO PINILLOS MARAMBAIA         | 853  |
| PABLO PINILLOS MARAMBAIA         | 859  |
| PABLO PINILLOS MARAMBAIA         | 1014 |
| PALOMA COSTA SAID                | 908  |
| PALOMA FEITOSA PINHO GOMES       | 11   |
| PALOMA FEITOSA PINHO GOMES       | 125  |
| PALOMA FEITOSA PINHO GOMES       | 137  |
| PALOMA FEITOSA PINHO GOMES       | 206  |
| PALOMA FEITOSA PINHO GOMES       | 366  |
| PALOMA FEITOSA PINHO GOMES       | 775  |
| PALOMA FEITOSA PINHO GOMES       | 776  |
| PANEEZ KHOURY                    | 791  |
| PAOLO CASTELNUOVO                | 789  |
| PATRÍCIA AMORIM GROISMAN         | 21   |
| PATRICIA COSTA OLIVEIRA          | 49   |
| PATRICIA CRISTINA SCARABOTTO     | 748  |
| PATRÍCIA FRANCINA LIMA GOMES MAI | 82   |
| PATRÍCIA FRANCINA LIMA GOMES MAI | 283  |
| PATRÍCIA FRANCINA LIMA GOMES MAI | 385  |
| PATRÍCIA FRANCINA LIMA GOMES MAI | 434  |
| PATRÍCIA FRANCINA LIMA GOMES MAI | 802  |
| PATRICIA GUIMARÃES PASTORE       | 718  |
| PATRICIA GUIMARÃES PASTORE       | 937  |
| PATRICIA GUIMARÃES PASTORE       | 957  |
| PATRICIA GUIMARÃES PASTORE       | 964  |
| PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA        | 106  |
| PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA        | 702  |
| PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA        | 704  |
| PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA        | 706  |
| PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA        | 853  |
| PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA        | 859  |
| PATRÍCIA MAGALHÃES VIEIRA        | 1014 |
| PATRÍCIA RIBEIRO SIQUEIRA        | 532  |
| PATRÍCIA RIBEIRO SIQUEIRA        | 740  |
| PATRICIA ROSA NUNES              | 845  |
| PATRICIA ROSA NUNES              | 854  |
| PATRICIA SANTOS PIMENTEL         | 452  |
| PAULA ANGELICA LORENZON SILVEIRA | 602  |
| PAULA ANGELICA LORENZON SILVEIRA | 620  |
| PAULA ANGELICA LORENZON SILVEIRA | 632  |
| PAULA BELONE GARCIA              | 122  |
| PAULA BELONE GARCIA              | 570  |
| PAULA BELONE GARCIA              | 766  |
| PAULA BELONE GARCIA              | 931  |

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ      | 127  |
| PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ      | 383  |
| PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ      | 527  |
| PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ      | 797  |
| PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ      | 799  |
| PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ      | 800  |
| PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ      | 961  |
| PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ      | 976  |
| PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ      | 993  |
| PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ      | 1007 |
| PAULA CARVALHO LISBOA JATOBÁ      | 1016 |
| PAULA COLI MENDES LIMA            | 772  |
| PAULA COLI MENDES LIMA            | 924  |
| PAULA CORDOVAL CAETANO            | 333  |
| PAULA CORDOVAL CAETANO            | 369  |
| PAULA CORDOVAL CAETANO            | 428  |
| PAULA CORRÊA COTTA                | 165  |
| PAULA CORRÊA COTTA                | 287  |
| PAULA CORRÊA COTTA                | 505  |
| PAULA CORRÊA COTTA                | 651  |
| PAULA CORRÊA COTTA                | 780  |
| PAULA CORRÊA COTTA                | 988  |
| PAULA GONIK DIAS                  | 739  |
| PAULA GONIK DIAS                  | 878  |
| PAULA KAMILLY DE ALMEIDA SOUZA    | 410  |
| PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA       | 172  |
| PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA       | 179  |
| PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA       | 210  |
| PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA       | 466  |
| PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA       | 911  |
| PAULA MORTOZA LACERDA BEPPU       | 122  |
| PAULA NIKOLAY                     | 101  |
| PAULA NIKOLAY                     | 158  |
| PAULA NIKOLAY                     | 447  |
| PAULA NIKOLAY                     | 523  |
| PAULA NIKOLAY                     | 616  |
| PAULA PAULA RIBEIRO LOPES ALMEIDA | 31   |
| PAULA RIBEIRO LOPES               | 81   |
| PAULA SOUZA RAMOS                 | 779  |
| PAULA SOUZA RAMOS                 | 794  |
| PAULA SREBERNICH PIZZINATO        | 175  |
| PAULA TARDIM LOPES                | 397  |
| PAULA TARDIM LOPES                | 407  |
| PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE | 28   |
| PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE | 386  |
| PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE | 482  |
| PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE | 542  |
| PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE | 608  |
| PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE | 969  |
| PAULO ALMEIDA ROCHA               | 23   |
| PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA    | 268  |

|                                         |      |
|-----------------------------------------|------|
| PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA          | 286  |
| PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA          | 387  |
| PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA          | 389  |
| PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA          | 402  |
| PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA          | 804  |
| PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA          | 808  |
| PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS             | 451  |
| PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS             | 588  |
| PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS             | 909  |
| PAULO DE TARSO MOURA BORGES             | 643  |
| PAULO EDUARDO PRZYSIEZNY                | 76   |
| PAULO HENRIQUE DIAS SOUZA               | 486  |
| PAULO HENRIQUE RODRIGUES E RODRIGUES    | 493  |
| PAULO HENRIQUE SENER DICK               | 177  |
| PAULO HENRIQUE SENER DICK               | 1013 |
| PAULO MARCOS DO NASCIMENTO              | 11   |
| PAULO MARCOS FONTELLES DE LIMA ARAUJO   | 286  |
| PAULO PIRES DE MELLO                    | 37   |
| PAULO RENATO BARCHI                     | 43   |
| PAULO RENATO BARCHI                     | 120  |
| PAULO RENATO BARCHI                     | 192  |
| PAULO RENATO BARCHI                     | 219  |
| PAULO RENATO BARCHI                     | 657  |
| PAULO RENATO BARCHI                     | 727  |
| PAULO RENATO BARCHI                     | 756  |
| PAULO ROBERTO DA NÓBREGA COSTA          | 591  |
| PAULO ROBERTO DA NÓBREGA COSTA          | 629  |
| PAULO ROBERTO LAZARINI                  | 384  |
| PAULO SERGIO LINS PERAZZO               | 20   |
| PAULO SERGIO LINS PERAZZO               | 522  |
| PAULO SERGIO LINS PERAZZO               | 747  |
| PAULO SERGIO LINS PERAZZO               | 752  |
| PAULO TINOCO                            | 153  |
| PAULO TINOCO                            | 155  |
| PAULO TINOCO                            | 356  |
| PAULO TINOCO                            | 701  |
| PAULO TINOCO                            | 707  |
| PAULO TINOCO                            | 710  |
| PAULO TINOCO                            | 858  |
| PAULO TINOCO                            | 865  |
| PAULO TINOCO                            | 870  |
| PAULO TINOCO                            | 880  |
| PAULO TOMIO OKASAKI                     | 281  |
| PAULO TOMIO OKASAKI                     | 357  |
| PAULO TOMIO OKASAKI                     | 995  |
| PAULO UENDEL DA SILVA JESUS             | 561  |
| PAULO UENDEL DA SILVA JESUS             | 562  |
| PAULO UENDEL DA SILVA JESUS             | 563  |
| PAULO UENDEL DA SILVA JESUS             | 564  |
| PEDRO ANTÔNIO OLIVEIRA AQUINO GUSMÃO    | 472  |
| PEDRO ANTÔNIO RAMALHO DE ALMEIDA BARROS | 65   |



|                                         |      |
|-----------------------------------------|------|
| PEDRO ANTÔNIO RAMALHO DE ALMEIDA BARROS | 66   |
| PEDRO AUGUSTO FLORES MACHADO            | 76   |
| PEDRO AUGUSTO FLORES MACHADO            | 841  |
| PEDRO AUGUSTO FLORES MACHADO            | 940  |
| PEDRO AUGUSTO MACHADO                   | 862  |
| PEDRO AUGUSTO MACHADO                   | 960  |
| PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA        | 291  |
| PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA        | 467  |
| PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA        | 476  |
| PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA        | 614  |
| PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA        | 617  |
| PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA        | 641  |
| PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA        | 708  |
| PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA        | 921  |
| PEDRO CARVALHO GUIMARÃES                | 578  |
| PEDRO CARVALHO GUIMARÃES                | 596  |
| PEDRO CARVALHO GUIMARÃES                | 661  |
| PEDRO CARVALHO GUIMARÃES                | 737  |
| PEDRO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO      | 531  |
| PEDRO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO      | 945  |
| PEDRO DE SOUZA FERNANDES                | 879  |
| PEDRO EDUARDO DE MOURA SOUZA            | 20   |
| PEDRO ESCADA                            | 537  |
| PEDRO ESCADA                            | 593  |
| PEDRO ESCADA                            | 705  |
| PEDRO ESCADA                            | 864  |
| PEDRO FELIPE VICENTE                    | 184  |
| PEDRO FELIPE VICENTE                    | 364  |
| PEDRO FELIPE VICENTE                    | 365  |
| PEDRO FELIPE VICENTE                    | 433  |
| PEDRO FELIPE VICENTE                    | 436  |
| PEDRO FELIPE VICENTE                    | 438  |
| PEDRO FELIPE VICENTE                    | 440  |
| PEDRO FELIPE VICENTE                    | 802  |
| PEDRO GUILHERME BARBALHO CAVALCANTI     | 531  |
| PEDRO GUILHERME BARBALHO CAVALCANTI     | 945  |
| PEDRO HENRIQUE ARAUJO DE VASCONCELOS    | 307  |
| PEDRO HENRIQUE BARBAROTO FERREIRA       | 982  |
| PEDRO HENRIQUE BARBAROTO FERREIRA       | 992  |
| PEDRO HENRIQUE BARBAROTO FERREIRA       | 994  |
| PEDRO HENRIQUE BARBAROTO FERREIRA       | 999  |
| PEDRO HENRIQUE BARBAROTO FERREIRA       | 1000 |
| PEDRO HENRIQUE BARBAROTO FERREIRA       | 1001 |
| PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA          | 178  |
| PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA          | 192  |
| PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA          | 657  |
| PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA          | 727  |
| PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA          | 756  |
| PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA NUNES          | 747  |
| PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA MEDEIROS     | 375  |
| PEDRO HENRIQUE ESTEVES GONÇALVES        | 174  |

|                                              |      |
|----------------------------------------------|------|
| PEDRO HENRIQUE KARPINSKI                     | 457  |
| PEDRO HENRIQUE KARPINSKI                     | 882  |
| PEDRO HENRIQUE NOVAES DOURADO CARDOSO        | 486  |
| PEDRO HENRIQUE VELASCO DA SILVA              | 368  |
| PEDRO HENRIQUE ZANELLA CATTO                 | 515  |
| PEDRO HENRIQUE ZANELLA CATTO                 | 543  |
| PEDRO HENRIQUE ZANELLA CATTO                 | 653  |
| PEDRO HENRIQUE ZANELLA CATTO                 | 875  |
| PEDRO HENRIQUE ZANELLA CATTO                 | 922  |
| PEDRO HERNESTO VIEIRA COELHO NOGUEIRA MORAIS | 227  |
| PEDRO HERNESTO VIEIRA COELHO NOGUEIRA MORAIS | 509  |
| PEDRO HERNESTO VIEIRA COELHO NOGUEIRA MORAIS | 574  |
| PEDRO HERNESTO VIEIRA COELHO NOGUEIRA MORAIS | 843  |
| PEDRO HERNESTO VIEIRA COELHO NOGUEIRA MORAIS | 904  |
| PEDRO IGOR OLIVEIRA ÁVILA                    | 912  |
| PEDRO IVO MACHADO PIRES DE ARAUJO            | 28   |
| PEDRO IVO MACHADO PIRES DE ARAUJO            | 386  |
| PEDRO IVO MACHADO PIRES DE ARAUJO            | 497  |
| PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE                       | 127  |
| PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE                       | 383  |
| PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE                       | 797  |
| PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE                       | 799  |
| PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE                       | 800  |
| PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE                       | 961  |
| PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE                       | 976  |
| PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE                       | 993  |
| PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE                       | 1007 |
| PEDRO JOSÉ GOMES NOBRE                       | 1016 |
| PEDRO JULIANO DE MESQUITA FERREIRA           | 152  |
| PEDRO JULIANO DE MESQUITA FERREIRA           | 417  |
| PEDRO LUNA SINGER                            | 43   |
| PEDRO LUNA SINGER                            | 657  |
| PEDRO MELO CORDEIRO DE FREITAS               | 83   |
| PEDRO MINO VIANNA                            | 126  |
| PEDRO MINO VIANNA                            | 220  |
| PEDRO MINO VIANNA                            | 548  |
| PEDRO MINO VIANNA                            | 549  |
| PEDRO MINO VIANNA                            | 757  |
| PEDRO MONTEBELLER                            | 171  |
| PEDRO MONTEBELLER                            | 620  |
| PEDRO PAULO VIVACQUA DA CUNHA CINTRA         | 30   |
| PEDRO PAULO VIVACQUA DA CUNHA CINTRA         | 956  |
| PEDRO RESENDE FERREIRA RENDE                 | 52   |
| PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA  | 172  |
| PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA  | 179  |
| PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA  | 210  |
| PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA  | 466  |
| PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA  | 911  |
| PEDRO SAMPAIO ALMEIDA                        | 171  |
| PEDRO SAMPAIO ALMEIDA                        | 762  |
| PEDRO SÉRGIO BARCELOS DE BRITO               | 746  |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| PEDRO VEIGA RODRIGUES               | 110 |
| PEDRO VEIGA RODRIGUES               | 197 |
| PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS             | 429 |
| PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS             | 458 |
| PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS             | 600 |
| PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS             | 731 |
| PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS             | 734 |
| PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS             | 772 |
| PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS             | 844 |
| PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS             | 975 |
| PÉROLA MARIA NÓBREGA SILVA          | 102 |
| PÉROLA MARIA NÓBREGA SILVA          | 103 |
| PÉROLA MARIA NÓBREGA SILVA          | 968 |
| PÉROLA MARIA NÓBREGA SILVA          | 980 |
| PETER W HELLINGS                    | 789 |
| PHABLO FERRAZ BRITO                 | 952 |
| PHILIPPE GEVAERT                    | 789 |
| PHILIPPE LOUIS BERTIN TERRA SECA    | 435 |
| PHILIPPE LOUIS BERTIN TERRA SECA    | 443 |
| PHILIPPE LOUIS BERTIN TERRA SECA    | 462 |
| PHILIPPE LOUIS BERTIN TERRA SECA    | 720 |
| PHILIPPE LOUIS BERTIN TERRA SECA    | 894 |
| PHILIPPE LOUIS BERTIN TERRA SECA    | 965 |
| PIERANGELI OLIVEIRA LUZ             | 631 |
| PIETRO LUIGI ROTTA                  | 437 |
| POLIANA GONCALVES VITORINO MONTEIRO | 393 |
| POLIANA MEDEIROS ULIANA             | 810 |
| PRAVEEN AKUTHOTA                    | 791 |
| PRISCILA BOGAR                      | 31  |
| PRISCILA BOGAR                      | 409 |
| PRISCILA BOGAR                      | 415 |
| PRISCILA BOGAR                      | 551 |
| PRISCILA BOGAR                      | 795 |
| PRISCILA BOGAR                      | 822 |
| PRISCILA BOGAR                      | 825 |
| PRISCILA BOGAR                      | 834 |
| PRISCILA BOGAR                      | 81  |
| PRISCILA CAVALIERI MASSON           | 163 |
| PRISCILA CAVALIERI MASSON           | 394 |
| PRISCILA CAVALIERI MASSON           | 395 |
| PRISCILA CAVALIERI MASSON           | 396 |
| PRISCILA CAVALIERI MASSON           | 547 |
| PRISCILA CAVALIERI MASSON           | 602 |
| PRISCILA CAVALIERI MASSON           | 632 |
| PRISCILA CAVALIERI MASSON           | 761 |
| PRISCILA CAVALIERI MASSON           | 762 |
| PRISCILA CAVALIERI MASSON           | 764 |
| PRISCILA CAVALIERI MASSON           | 871 |
| PRISCILA CAVALIERI MASSON           | 877 |
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA         | 250 |
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA         | 320 |

|                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA          | 419  |
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA          | 480  |
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA          | 591  |
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA          | 647  |
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA          | 649  |
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA          | 699  |
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA          | 724  |
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA          | 851  |
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA          | 857  |
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA          | 861  |
| PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA          | 929  |
| PRISCILA NOGUEIRA SOARES             | 956  |
| PRISCILA NOVAES FERRAILO             | 371  |
| PRISCILA NOVAES FERRAILO             | 788  |
| PRISCILA NOVAES FERRAILO             | 926  |
| PRISCILA NOVAES FERRAILO             | 932  |
| PRISCILLA FALCON LACERDA             | 40   |
| PRISCILLA FALCON LACERDA             | 106  |
| PRISCILLA FALCON LACERDA             | 702  |
| PRISCILLA FALCON LACERDA             | 704  |
| PRISCILLA FALCON LACERDA             | 706  |
| PRISCILLA FALCON LACERDA             | 853  |
| PRISCILLA FALCON LACERDA             | 859  |
| PRISCILLA FALCON LACERDA             | 1014 |
| PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO       | 99   |
| PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO       | 193  |
| PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO       | 267  |
| PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO       | 315  |
| PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO       | 463  |
| PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO       | 485  |
| RAFAEL ALMEIDA DE OLIVEIRA           | 552  |
| RAFAEL AUGUSTO COSTA                 | 741  |
| RAFAEL AUGUSTO COSTA                 | 748  |
| RAFAEL AUGUSTO COSTA                 | 750  |
| RAFAEL BASTOS ALVIM                  | 109  |
| RAFAEL BATISTA DOS SANTOS            | 519  |
| RAFAEL BRUNO SABINO LEITE SÁ BARRETO | 522  |
| RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO          | 451  |
| RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO          | 588  |
| RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO          | 909  |
| RAFAEL CASTANHEIRA VILELLA DOS REIS  | 438  |
| RAFAEL CASTANHEIRA VILELLA DOS REIS  | 728  |
| RAFAEL DE CASTRO DA SILVA            | 282  |
| RAFAEL DE CASTRO DA SILVA            | 635  |
| RAFAEL FRANCISCO DOS SANTOS          | 882  |
| RAFAEL FRANCISCO DOS SANTOS          | 910  |
| RAFAEL HADDAD CHECHIN                | 341  |
| RAFAEL HADDAD CHECHIN                | 506  |
| RAFAEL HADDAD CHECHIN                | 532  |
| RAFAEL HADDAD CHECHIN                | 534  |
| RAFAEL HADDAD CHECHIN                | 538  |

|                                             |      |
|---------------------------------------------|------|
| RAFAEL HADDAD CHECHIN                       | 541  |
| RAFAEL HADDAD CHECHIN                       | 740  |
| RAFAEL HADDAD CHECHIN                       | 744  |
| RAFAEL HADDAD CHECHIN                       | 967  |
| RAFAEL HADDAD CHECHIN                       | 979  |
| RAFAEL HADDAD CHECHIN                       | 1010 |
| RAFAEL LOPES SAMPAIO                        | 343  |
| RAFAEL LUIS BOEMO                           | 447  |
| RAFAEL MACIEL DE ANDRADE LIMA               | 352  |
| RAFAEL NUNES GOULART                        | 101  |
| RAFAEL OLIVEIRA BORGES                      | 486  |
| RAFAEL SABA ALBERTINO                       | 470  |
| RAFAEL SABA ALBERTINO                       | 516  |
| RAFAEL SABA ALBERTINO                       | 876  |
| RAFAEL SILVA ROCHA                          | 9    |
| RAFAEL SIQUEIRA DE CARVALHO                 | 528  |
| RAFAEL SIQUEIRA DE CARVALHO                 | 636  |
| RAFAEL SIQUEIRA DE CARVALHO                 | 908  |
| RAFAELA ABRAMOSKI RIBEIRO                   | 986  |
| RAFAELA AGUIAR ROCHA DE CARVALHO            | 777  |
| RAFAELA DE ALMEIDA LARA                     | 372  |
| RAFAELA DESIDERIO SAAD                      | 43   |
| RAFAELA DESIDERIO SAAD                      | 120  |
| RAFAELA DESIDERIO SAAD                      | 212  |
| RAFAELA DESIDERIO SAAD                      | 219  |
| RAFAELA DESIDERIO SAAD                      | 657  |
| RAFAELA DESIDERIO SAAD                      | 727  |
| RAFAELA DESIDERIO SAAD                      | 756  |
| RAFAELA ESTEFANO URIZA                      | 297  |
| RAFAELA ESTEFANO URIZA                      | 421  |
| RAFAELA ESTEFANO URIZA                      | 424  |
| RAFAELA ESTEFANO URIZA                      | 427  |
| RAFAELA FURTADO DE MENDONÇA PICININ MARTINS | 609  |
| RAFAELA FURTADO DE MENDONÇA PICININ MARTINS | 619  |
| RAFAELA FURTADO DE MENDONÇA PICININ MARTINS | 927  |
| RAFAELA GERMANA CAVALCANTI DA NÓBREGA       | 463  |
| RAFAELA MABILE FERREIRA DOS SANTOS SOBREIRO | 617  |
| RAFAELA MABILE FERREIRA DOS SANTOS SOBREIRO | 966  |
| RAFAELA MALLMANN SAALFELD                   | 599  |
| RAFAELA RAMOS D'OLIVEIRA                    | 438  |
| RAFAELA RIJO FALCÃO                         | 546  |
| RAFAELA RODRIGUES DE SOUZA                  | 578  |
| RAFAELA RODRIGUES DE SOUZA                  | 596  |
| RAFAELA RODRIGUES DE SOUZA                  | 661  |
| RAFAELA RODRIGUES DE SOUZA                  | 737  |
| RAFAELA SEKO FERNANDEZ                      | 283  |
| RAFAELA SEKO FERNANDEZ                      | 385  |
| RAFAELA SILVA WALTRICK                      | 144  |
| RAFAELA SILVA WALTRICK                      | 295  |
| RAFAELA SILVA WALTRICK                      | 426  |
| RAFAELA SILVA WALTRICK                      | 567  |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| RAFAELA SILVA WALTRICK            | 615 |
| RAFAELI SAGRILO GROSSI            | 334 |
| RAFAELI SAGRILO GROSSI            | 726 |
| RAFAELLA CASÉ DE LIMA             | 88  |
| RAFAELLA CASÉ DE LIMA             | 90  |
| RAFAELLA CASÉ DE LIMA             | 132 |
| RAFAELLA CASÉ DE LIMA             | 285 |
| RAFAELLA CASÉ DE LIMA             | 393 |
| RAFAELLA CASÉ DE LIMA             | 556 |
| RAFAELLA CASÉ DE LIMA             | 558 |
| RAFFAEL CAMANO SÁ                 | 203 |
| RAÍ CHAVES BANDEIRA               | 666 |
| RAIMAR WEBER                      | 685 |
| RAIMUNDO ALMEIDA NETTO            | 72  |
| RAIMUNDO ALMEIDA NETTO            | 884 |
| RAIMUNDO VINICIUS DE ARAUJO REGO  | 681 |
| RAINAN OSVALDO CARVALHO VIEIRA    | 353 |
| RAINISE ALMEIDA DE OLIVEIRA       | 455 |
| RAÍSA ARUME DE SOUZA              | 189 |
| RAÍSA ARUME DE SOUZA              | 720 |
| RAÍSA ARUME DE SOUZA              | 723 |
| RAÍSA ARUME DE SOUZA              | 913 |
| RAÍSA ARUME DE SOUZA              | 939 |
| RAÍSA ARUME DE SOUZA              | 965 |
| RAISSA ANDRADE DO NASCIMENTO      | 237 |
| RAISSA ANDRADE DO NASCIMENTO      | 286 |
| RAISSA ANDRADE DO NASCIMENTO      | 804 |
| RAISSA CARVALHO PEREIRA           | 202 |
| RAISSA CARVALHO PEREIRA           | 211 |
| RAISSA CARVALHO PEREIRA           | 325 |
| RAISSA CARVALHO PEREIRA           | 526 |
| RAISSA CARVALHO PEREIRA           | 530 |
| RAISSA CARVALHO PEREIRA           | 711 |
| RAISSA CARVALHO PEREIRA           | 891 |
| RAISSA CARVALHO PEREIRA           | 895 |
| RAISSA CARVALHO PEREIRA           | 896 |
| RAÍSSA COSTA SAID                 | 336 |
| RAÍSSA COSTA SAID                 | 338 |
| RAÍSSA COSTA SAID                 | 342 |
| RAÍSSA COSTA SAID                 | 345 |
| RAÍSSA COSTA SAID                 | 346 |
| RAÍSSA COSTA SAID                 | 351 |
| RAÍSSA COSTA SAID                 | 504 |
| RAÍSSA COSTA SAID                 | 528 |
| RAÍSSA COSTA SAID                 | 719 |
| RAÍSSA COSTA SAID                 | 908 |
| RAISSA DAMASCENO BARRETO DA SILVA | 981 |
| RAÍSSA DE AZEVEDO QUEIROZ         | 699 |
| RAISSA DE CARVALHO BORGES         | 981 |
| RAISSA FREIRE BRAGA               | 250 |
| RAISSA FREIRE BRAGA               | 897 |

|                                            |      |
|--------------------------------------------|------|
| RAÍSSA KALINE MENESES MOREIRA              | 209  |
| RAÍSSA KALINE MENESES MOREIRA              | 216  |
| RAÍSSA KALINE MENESES MOREIRA              | 674  |
| RAISSA KALSING                             | 195  |
| RAISSA KAORI IKEDA                         | 414  |
| RALPH SILVEIRA DIBBERN                     | 902  |
| RAMONA SALERI                              | 759  |
| RAMONA SALERI                              | 763  |
| RAMONA SALERI                              | 777  |
| RAPHAEL FERNANDES ASSIS GADELHA BOTÊLHO    | 60   |
| RAPHAEL FERNANDES DE ASSIS GADELHA BOTÊLHO | 15   |
| RAPHAELLA COSTA MOREIRA SIMEN LOUREIRO     | 239  |
| RAPHAELLA DE OLIVEIRA MIGLIAVACCA          | 21   |
| RAPHAELLA DE OLIVEIRA MIGLIAVACCA          | 22   |
| RAPHAELLA DE OLIVEIRA MIGLIAVACCA          | 238  |
| RAPHAELLA DE OLIVEIRA MIGLIAVACCA          | 875  |
| RAQUEL DE SOUZA SARAIVA                    | 159  |
| RAQUEL DE SOUZA SARAIVA                    | 898  |
| RAQUEL DE SOUZA SARAIVA                    | 1017 |
| RAQUEL DOS SANTOS VIEIRA                   | 512  |
| RAQUEL MEZZALIRA                           | 566  |
| RAQUEL MOREIRA BORGES                      | 948  |
| RAQUEL RAIANE ALVES LOPES                  | 79   |
| RAQUEL RAIANE ALVES LOPES                  | 416  |
| RAQUEL RAIANE ALVES LOPES                  | 420  |
| RAQUEL RAIANE ALVES LOPES                  | 430  |
| RAQUEL RAIANE ALVES LOPES                  | 833  |
| RAQUEL RAIANE ALVES LOPES                  | 839  |
| RAQUEL RAIANE ALVES LOPES                  | 850  |
| RAQUEL RAIANE ALVES LOPES                  | 863  |
| RAQUEL RAIANE ALVES LOPES                  | 866  |
| RAUL RENATO GUEDES DE MELO FILHO           | 499  |
| RAVI RODRIGUES DE LIMA                     | 412  |
| RAVI RODRIGUES DE LIMA                     | 637  |
| RAVI RODRIGUES DE LIMA                     | 815  |
| RAYANE BEZERRA FREITAS                     | 100  |
| RAYANE BEZERRA FREITAS                     | 320  |
| RAYANE BEZERRA FREITAS                     | 419  |
| RAYANE BEZERRA FREITAS                     | 480  |
| RAYANE BEZERRA FREITAS                     | 591  |
| RAYANE BEZERRA FREITAS                     | 647  |
| RAYANE BEZERRA FREITAS                     | 649  |
| RAYANE BEZERRA FREITAS                     | 851  |
| RAYANE BEZERRA FREITAS                     | 857  |
| RAYANE BEZERRA FREITAS                     | 861  |
| RAYANE BEZERRA FREITAS                     | 929  |
| RAYANE CARNEIRO DE AMORIM                  | 11   |
| RAYANE CARNEIRO DE AMORIM                  | 125  |
| RAYANE CARNEIRO DE AMORIM                  | 137  |
| RAYANE CARNEIRO DE AMORIM                  | 206  |
| RAYANE CARNEIRO DE AMORIM                  | 366  |



|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| RAYANE CARNEIRO DE AMORIM              | 775 |
| RAYANE CARNEIRO DE AMORIM              | 776 |
| RAYANE MARTINS DE OLIVEIRA             | 594 |
| RAYANE MARTINS DE OLIVEIRA             | 601 |
| RAYKA DANTAS RODRIGUES ALVES           | 613 |
| RAYKA DANTAS RODRIGUES ALVES           | 893 |
| RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES        | 123 |
| RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES        | 455 |
| RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES        | 473 |
| RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES        | 639 |
| RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES        | 785 |
| RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES        | 941 |
| RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES        | 944 |
| RAYSSA BARROS MIRANDA                  | 735 |
| RAYSSA GABRIELLY BANDEIRA RIBEIRO      | 666 |
| REBECA CAROLINA CAMPOS E ALMEIDA SILVA | 422 |
| REBECA MOTTA MORAIS WERLY              | 36  |
| REBECA NAOMI SHIDA                     | 332 |
| REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL    | 33  |
| REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL    | 622 |
| REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL    | 623 |
| REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL    | 635 |
| REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL    | 648 |
| REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL    | 655 |
| REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL    | 669 |
| REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL    | 732 |
| REBECCA CHRISTINA KATHLEEN MAUNSELL    | 34  |
| REBECCA GALLARDO FRANCO DE ANDRADE     | 390 |
| REBECCA GALLARDO FRANCO DE ANDRADE     | 412 |
| REBECCA GALLARDO FRANCO DE ANDRADE     | 637 |
| REBECCA GALLARDO FRANCO DE ANDRADE     | 815 |
| REGINA HELENA GARCIA MARTINS           | 17  |
| REGINA HELENA MONTANARI BORGES         | 390 |
| REGINA HELENA MONTANARI BORGES         | 391 |
| REINALDO FERNANDO CÓSER NETO           | 324 |
| REINALDO FERNANDO CÓSER NETO           | 331 |
| RENAN CÉSAR DE FREITAS                 | 43  |
| RENAN CÉSAR DE FREITAS                 | 120 |
| RENAN CÉSAR DE FREITAS                 | 219 |
| RENAN CÉSAR DE FREITAS                 | 657 |
| RENAN CÉSAR DE FREITAS                 | 727 |
| RENAN CÉSAR DE FREITAS                 | 756 |
| RENAN DONAIRE CÔNSOLO                  | 93  |
| RENAN DONAIRE CÔNSOLO                  | 95  |
| RENAN DONAIRE CÔNSOLO                  | 289 |
| RENAN DONAIRE CÔNSOLO                  | 305 |
| RENAN DONAIRE CÔNSOLO                  | 310 |
| RENAN DONAIRE CÔNSOLO                  | 314 |
| RENAN DONAIRE CÔNSOLO                  | 322 |
| RENAN DONAIRE CÔNSOLO                  | 326 |
| RENAN DONAIRE CÔNSOLO                  | 848 |

|                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| RENAN DONAIRE CÔNSOLO                    | 889 |
| RENAN GOMES VIANA NIERO                  | 107 |
| RENAN GOMES VIANA NIERO                  | 601 |
| RENAN GOMES VIANA NIERO                  | 805 |
| RENAN TORRES DE CARVALHO                 | 714 |
| RENAN TORRES DE CARVALHO                 | 788 |
| RENAN VIEIRA DE BRITO                    | 157 |
| RENAN VIEIRA DE BRITO                    | 234 |
| RENAN VIEIRA DE BRITO                    | 439 |
| RENAN VIEIRA DE BRITO                    | 881 |
| RENAN WILIAN COSTA DA SILVA              | 293 |
| RENATA ANSELME DA SILVA                  | 80  |
| RENATA ANSELME DA SILVA                  | 371 |
| RENATA ANSELME DA SILVA                  | 714 |
| RENATA AZEVEDO                           | 277 |
| RENATA BARBOSA DANTAS FREIRE             | 649 |
| RENATA CHADE AIDAR BALASSO               | 762 |
| RENATA CHADE AIDAR BALASSO               | 764 |
| RENATA CHADE AIDAR BALASSO               | 871 |
| RENATA DAVIN GOMES PARENTE               | 62  |
| RENATA DENISE JAIME BARCELOS             | 240 |
| RENATA FONSECA MENDONÇA                  | 307 |
| RENATA ISIS DE OLIVEIRA CABRAL           | 74  |
| RENATA ISIS DE OLIVEIRA CABRAL           | 131 |
| RENATA ISIS DE OLIVEIRA CABRAL           | 243 |
| RENATA ISIS DE OLIVEIRA CABRAL           | 568 |
| RENATA ISIS DE OLIVEIRA CABRAL           | 630 |
| RENATA ISIS DE OLIVEIRA CABRAL           | 823 |
| RENATA JANEIRO MARQUES                   | 611 |
| RENATA JANEIRO MARQUES                   | 816 |
| RENATA LISBOA BERGAMO                    | 393 |
| RENATA LOSS DRUMMOND                     | 658 |
| RENATA SANTOS BITTENCOURT SILVA          | 314 |
| RENATA TRAMONTINI MENA BARRETO FRITSCHER | 936 |
| RENATO FERREIRA GARCIA                   | 300 |
| RENATO ROITHMANN                         | 379 |
| RENATO ROITHMANN                         | 709 |
| RENATO ROITHMANN                         | 792 |
| RENATO ROITHMANN                         | 793 |
| RENATO ROITHMANN                         | 826 |
| RENATO ROITHMANN                         | 869 |
| RENATO SOFFNER DISCINI                   | 51  |
| RENATO SOFFNER DISCINI                   | 67  |
| RENATO SOFFNER DISCINI                   | 685 |
| RENATO SOFFNER DISCINI                   | 899 |
| RENATO TADEU BARUFI                      | 806 |
| RENATO TRINTA RIOS                       | 8   |
| RENATO TRINTA RIOS                       | 312 |
| RHAEL SOUSA RODRIGUES                    | 350 |
| RHAEL SOUSA RODRIGUES                    | 905 |
| RHAEL SOUSA RODRIGUES                    | 942 |

|                                        |      |
|----------------------------------------|------|
| RHANYA ALVES SILVA                     | 522  |
| RICARDO ARAUJO MEIRA ALMEIDA           | 350  |
| RICARDO ARAUJO MEIRA ALMEIDA           | 905  |
| RICARDO ARAUJO MEIRA ALMEIDA           | 942  |
| RICARDO BORGES                         | 398  |
| RICARDO BORGES                         | 610  |
| RICARDO FERREIRA BENTO                 | 407  |
| RICARDO GABRIEL CARVALHO BRITO         | 747  |
| RICARDO JACOB DE MACEDO                | 583  |
| RICARDO JACOB DE MACEDO                | 586  |
| RICARDO JOSÉ BENÍCIO VALADARES         | 850  |
| RICARDO LANDINI LUTAIF DOLCI           | 807  |
| RICARDO LANDINI LUTAIF DOLCI           | 848  |
| RICARDO LANDINI LUTAIF DOLCI           | 56   |
| RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE         | 714  |
| RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE         | 80   |
| RICARDO MARTINS OLIVEIRA FARAH         | 873  |
| RICARDO NAKA FIGUEIREDO                | 339  |
| RICARDO ORMANES MASSOUD                | 293  |
| RICARDO ORMANES MASSOUD                | 294  |
| RICARDO ORMANES MASSOUD                | 410  |
| RICARDO ORMANES MASSOUD                | 411  |
| RICARDO ORMANES MASSOUD                | 840  |
| RICARDO SCHAFFELN DORIGUETO            | 413  |
| RICARDO VINICIUS BRUNETO               | 446  |
| RICARDO VINICIUS BRUNETO               | 584  |
| RICARDO VINICIUS BRUNETO               | 1004 |
| RICHARD LOUIS VOEGELS                  | 55   |
| RICHARD RAFAEL CRUZ DE ANDRADE         | 16   |
| RICHARD RAFAEL CRUZ DE ANDRADE         | 627  |
| RICHARD RAFAEL CRUZ DE ANDRADE         | 716  |
| RICIA MEDEIROS PALMEIRA DE ARAUJO      | 60   |
| RIMA MOHAMAD ABOU ARABI                | 999  |
| RIMA MOHAMAD ABOU ARABI                | 1001 |
| RITA CAROLINA POZZER KRUMENAUER PADOIN | 658  |
| RITA DE CASSIA CASSOU GUIMARAES        | 567  |
| RITA DE CASSIA CASSOU GUIMARAES        | 580  |
| RITA DE CÁSSIA FREIRE DONATO LUCAS     | 526  |
| RITA DE CÁSSIA FREIRE DONATO LUCAS     | 530  |
| RITA DE CASSIA SOLER                   | 964  |
| RIZZA CHIERICI BAPTISTA                | 849  |
| RIZZA CHIERICI BAPTISTA                | 885  |
| ROBERTA BAK FERRO                      | 116  |
| ROBERTA FICHBEIN FOLGIERINI            | 524  |
| ROBERTA PARMA DORIGUETO DE OLIVEIRA    | 835  |
| ROBERTA PARMA DORIGUETO DE OLIVEIRA    | 881  |
| ROBERTA SIMÕES ROCHA                   | 693  |
| ROBERTO BECKER GUIMARAES               | 111  |
| ROBERTO BECKER GUIMARAES               | 778  |
| ROBERTO BECKER GUIMARAES               | 1005 |
| ROBERTO DIHL ANGELI                    | 379  |

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| ROBERTO DIHL ANGELI                | 456  |
| ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES | 111  |
| ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES | 251  |
| ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES | 758  |
| ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES | 778  |
| ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES | 891  |
| ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES | 895  |
| ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES | 896  |
| ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES | 1005 |
| ROBERTO MIQUELINO DE OLIVEIRA BECK | 23   |
| ROBISON ANTONIO COELHO JUNIOR      | 224  |
| RODOLFO ALEXANDER SCALIA           | 242  |
| RODOLFO BAPTISTA GIFFONI           | 458  |
| RODOLFO BAPTISTA GIFFONI           | 844  |
| RODOLFO BAPTISTA GIFFONI           | 954  |
| RODOLFO WERMANN                    | 177  |
| RODOLFO WERMANN                    | 1013 |
| RODRIGO AGNE RITZEL                | 331  |
| RODRIGO AGNE RITZEL                | 645  |
| RODRIGO ALVAREZ CARDOSO            | 841  |
| RODRIGO ALVAREZ CARDOSO            | 862  |
| RODRIGO ALVAREZ CARDOSO            | 960  |
| RODRIGO AMORIM QUESADO             | 613  |
| RODRIGO BARRETO RODRIGUES CONDÉ    | 84   |
| RODRIGO BARRETO RODRIGUES CONDÉ    | 89   |
| RODRIGO BARRETO RODRIGUES CONDÉ    | 646  |
| RODRIGO BARRETO RODRIGUES CONDÉ    | 925  |
| RODRIGO BASTOS                     | 492  |
| RODRIGO BECCO DE SOUZA             | 827  |
| RODRIGO BRITTO PEIXOTO             | 986  |
| RODRIGO DA SILVA SANTOS            | 319  |
| RODRIGO DA SILVA SANTOS            | 453  |
| RODRIGO DA SILVA SANTOS            | 809  |
| RODRIGO DA SILVA SANTOS            | 874  |
| RODRIGO DE ANDRADE PEREIRA         | 333  |
| RODRIGO DE ANDRADE PEREIRA         | 369  |
| RODRIGO DE ANDRADE PEREIRA         | 428  |
| RODRIGO DE ARAGÃO TORRES           | 832  |
| RODRIGO DOS SANTOS NEVES           | 169  |
| RODRIGO DOS SANTOS NEVES           | 233  |
| RODRIGO DOS SANTOS NEVES           | 413  |
| RODRIGO DOS SANTOS NEVES           | 585  |
| RODRIGO DOS SANTOS NEVES           | 951  |
| RODRIGO DOS SANTOS NEVES           | 953  |
| RODRIGO GUIMARAES PEREIRA          | 614  |
| RODRIGO LEMOS DA SILVA             | 69   |
| RODRIGO LEMOS DA SILVA             | 237  |
| RODRIGO LEMOS DA SILVA             | 286  |
| RODRIGO LEMOS DA SILVA             | 373  |
| RODRIGO LEMOS DA SILVA             | 387  |
| RODRIGO LEMOS DA SILVA             | 402  |

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| RODRIGO LEMOS DA SILVA             | 550  |
| RODRIGO LEMOS DA SILVA             | 712  |
| RODRIGO MARTIN BOSO                | 1003 |
| RODRIGO MARTIN BOSO                | 1015 |
| RODRIGO MESQUITA COSTA BRAGA       | 176  |
| RODRIGO PÊGO FRANCO                | 77   |
| RODRIGO PÊGO FRANCO                | 227  |
| RODRIGO PÊGO FRANCO                | 509  |
| RODRIGO PÊGO FRANCO                | 521  |
| RODRIGO PÊGO FRANCO                | 843  |
| RODRIGO PÊGO FRANCO                | 890  |
| RODRIGO RIBEIRO FERREIRA DUARTE    | 369  |
| RODRIGO SIMÕES DE CARVALHO E SILVA | 1012 |
| RODRIGO YURI GOMES DE LIMA         | 88   |
| RODRIGO YURI GOMES DE LIMA         | 90   |
| RODRIGO YURI GOMES DE LIMA         | 285  |
| RODRIGO YURI GOMES DE LIMA         | 393  |
| RODRIGO YURI GOMES DE LIMA         | 556  |
| RODRIGO YURI GOMES DE LIMA         | 558  |
| ROGERIO ARAUJO OLIVEIRA            | 198  |
| ROGERIO ARAUJO OLIVEIRA            | 201  |
| ROGÉRIO DE AZEVEDO HAMERSCHMIDT    | 25   |
| ROGÉRIO DE AZEVEDO HAMERSCHMIDT    | 29   |
| ROGÉRIO DE AZEVEDO HAMERSCHMIDT    | 367  |
| ROGÉRIO DE AZEVEDO HAMERSCHMIDT    | 615  |
| ROGÉRIO DE AZEVEDO HAMERSCHMIDT    | 634  |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 27   |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 29   |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 57   |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 145  |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 274  |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 292  |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 295  |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 348  |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 367  |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 372  |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 408  |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 426  |
| ROGERIO HAMERSCHMIDT               | 597  |
| ROGERIO RAMOS CAIADO               | 833  |
| RONALDO CAMPOS GRANJEIRO           | 79   |
| ROSA LIMA BELTRAO BACELLAR         | 263  |
| ROSA LIMA BELTRAO BACELLAR         | 264  |
| ROSA LIMA BELTRAO BACELLAR         | 266  |
| ROSA LIMA BELTRAO BACELLAR         | 267  |
| ROSANA CRISTINE OTERO CUNHA        | 616  |
| ROSANA DUARTE LUZ                  | 147  |
| ROSANA DUARTE LUZ                  | 148  |
| ROSANA DUARTE LUZ                  | 298  |
| ROSANA DUARTE LUZ                  | 423  |
| ROSANA DUARTE LUZ                  | 828  |

|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| ROSANA DUARTE LUZ                   | 919  |
| ROSANA DUARTE LUZ                   | 970  |
| ROSANA LAZZARINI                    | 332  |
| ROSANE SICILIANO MACHADO BARCELOS   | 116  |
| ROSANE SICILIANO MACHADO BARCELOS   | 303  |
| ROSANE SICILIANO MACHADO BARCELOS   | 767  |
| ROSANE SICILIANO MACHADO BARCELOS   | 856  |
| ROSIRENE PANTALEAO GESSINGER        | 684  |
| ROZAN EL- MAFARJEH                  | 899  |
| RUBENS DANTAS DA SILVA JUNIOR       | 551  |
| RUBENS VUONO DE BRITO NETO          | 373  |
| RUBIANNE LIGORIO DE LIMA            | 291  |
| RUBIANNE LIGORIO DE LIMA            | 617  |
| RUI CABRAL                          | 537  |
| RUI CABRAL                          | 864  |
| RUTE CEDRAZ DIAS                    | 730  |
| RUTE CEDRAZ DIAS                    | 731  |
| RUTE CEDRAZ DIAS                    | 734  |
| RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS       | 263  |
| RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS       | 264  |
| RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS       | 266  |
| RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS       | 425  |
| RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS       | 560  |
| RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS       | 773  |
| RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS       | 883  |
| RYNAT DASA EV OLIVEIRA CHAGAS       | 981  |
| SABLINE RODRIGUES SÉRGIO            | 202  |
| SABLINE RODRIGUES SÉRGIO            | 211  |
| SABLINE RODRIGUES SÉRGIO            | 526  |
| SABLINE RODRIGUES SÉRGIO            | 530  |
| SABLINE RODRIGUES SÉRGIO            | 891  |
| SABLINE RODRIGUES SÉRGIO            | 895  |
| SABLINE RODRIGUES SÉRGIO            | 896  |
| SABLINE RODRIGUES SÉRGIO            | 1009 |
| SABRINA AMARAL RESCHKE              | 162  |
| SABRINA AMARAL RESCHKE              | 920  |
| SABRINA SALGADO DE ALMEIDA          | 475  |
| SABRINA SALGADO DE ALMEIDA          | 694  |
| SABRINA SALGADO DE ALMEIDA          | 886  |
| SACHA TAMARA NOGUEIRA NISSAN        | 304  |
| SACHA TAMARA NOGUEIRA NISSAN        | 305  |
| SACHA TAMARA NOGUEIRA NISSAN        | 310  |
| SACHA TAMARA NOGUEIRA NISSAN        | 441  |
| SACHA TAMARA NOGUEIRA NISSAN        | 807  |
| SADY SELAIMEN DA COSTA              | 488  |
| SAMARA ADJUTO MEIRA UCHOA DE CASTRO | 517  |
| SAMIR MENDES BRAIDE                 | 317  |
| SAMUEL AFONSO DE FREITAS TOLEDO     | 21   |
| SAMUEL AFONSO DE FREITAS TOLEDO     | 22   |
| SAMUEL AFONSO DE FREITAS TOLEDO     | 238  |
| SAMUEL AFONSO DE FREITAS TOLEDO     | 239  |

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| SAMUEL LUCENA CANGUSSU                | 317 |
| SAMUEL SERPA STECK                    | 17  |
| SAMUEL SERPA STECK                    | 175 |
| SAMUEL SERPA STECK                    | 204 |
| SAMUEL SERPA STECK                    | 481 |
| SANDERSON ENDREW GOMES LEÃO           | 176 |
| SANDERSON ENDREW GOMES LEÃO           | 915 |
| SANDERSON ENDREW GOMES LEÃO           | 85  |
| SANDRA MARIA GONÇALVES VIEIRA         | 673 |
| SANDRO DE MENEZES SANTOS TORRES       | 400 |
| SANTIAGO LUIS VALLEJOS RIART          | 472 |
| SANTIAGO VALLEJOS RIART               | 535 |
| SARA COSMO DE CARVALHO                | 880 |
| SARA CUSTÓDIO                         | 705 |
| SARA RAQUEL AZEVEDO                   | 569 |
| SARA RAQUEL AZEVEDO                   | 576 |
| SARA THAIS STEFFENS                   | 274 |
| SARAH CATHERINE CRUZ ANDRADE          | 119 |
| SARAH CATHERINE CRUZ ANDRADE          | 225 |
| SARAH CATHERINE CRUZ ANDRADE          | 604 |
| SARAH EVANGELISTA DE OLIVEIRA E SILVA | 418 |
| SARAH EVANGELISTA DE OLIVEIRA E SILVA | 508 |
| SARAH LOPES SALOMÃO                   | 519 |
| SARITA SABBAG NASCIMENTO              | 317 |
| SAULO EDSON SOARES TIMBÓ              | 164 |
| SAULO EDSON SOARES TIMBÓ              | 449 |
| SAULO EDSON SOARES TIMBÓ              | 579 |
| SAULO EDSON SOARES TIMBÓ              | 798 |
| SAULO EDSON SOARES TIMBÓ              | 827 |
| SAULO EDSON SOARES TIMBÓ              | 829 |
| SAULO EDSON SOARES TIMBÓ              | 831 |
| SAULO EDSON SOARES TIMBÓ              | 888 |
| SÁVIA MOURA TRINDADE VIANA            | 156 |
| SÁVIA MOURA TRINDADE VIANA            | 309 |
| SÁVIA MOURA TRINDADE VIANA            | 983 |
| SÁVIO LUQUETTI SILVA VIEIRA           | 356 |
| SÁVIO LUQUETTI SILVA VIEIRA           | 858 |
| SCOTT NASH                            | 990 |
| SEBASTIÃO PACHECO DUQUE NETO          | 15  |
| SERGIO BITTENCOURT                    | 964 |
| SERGIO DE CASTRO MARTINS              | 32  |
| SERGIO DUARTE DORTAS JUNIOR           | 788 |
| SERGIO DUARTE DORTAS JUNIOR           | 926 |
| SÉRGIO EDRIANE REZENDE                | 227 |
| SÉRGIO EDRIANE REZENDE                | 509 |
| SÉRGIO EDRIANE REZENDE                | 904 |
| SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO        | 245 |
| SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO        | 341 |
| SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO        | 506 |
| SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO        | 538 |
| SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO        | 541 |



|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO            | 662 |
| SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO            | 663 |
| SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO            | 665 |
| SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO            | 740 |
| SERGIO HENRIQUE KIEMLE TRINDADE           | 341 |
| SÉRGIO ROBERTO GUIMARÃES DOS SANTOS FILHO | 879 |
| SERGIO SEIGI MORIGA JUNIOR                | 506 |
| SERGIO SEIGI MORIGA JUNIOR                | 967 |
| SIGNE SCHUSTER GASEL                      | 23  |
| SILVIA JORDANIA BARBOZA DA SILVA          | 130 |
| SILVIA LETICIA CALDEIRA LUCENA            | 687 |
| SILVIO DA SILVA CALDAS NETO               | 539 |
| SILVIO DA SILVA CALDAS NETO               | 540 |
| SILVIO JOSE DE VASCONCELOS                | 749 |
| SIMIRAMIS CAROLINE PALMEJANI              | 169 |
| SIMIRAMIS CAROLINE PALMEJANI              | 442 |
| SIMIRAMIS CAROLINE PALMEJANI              | 585 |
| SIMIRAMIS CAROLINE PALMEJANI              | 951 |
| SIMIRAMIS CAROLINE PALMEJANI              | 953 |
| SIMIRAMIS CAROLINE PALMEJANI              | 958 |
| SIMONE GIANCRISTOFARO                     | 644 |
| SIMONE MUNCINELLI JULIO                   | 920 |
| SIMONE NAOMI ISUKA                        | 974 |
| SIMONE REGINA SOUZA DA SILVA CONDE        | 14  |
| SINDY BOMTEMPO DE ALMEIDA LOPES           | 739 |
| SINDY BOMTEMPO DE ALMEIDA LOPES           | 878 |
| SOFIA FONTES DE OLIVA COSTA               | 282 |
| SOFIA FONTES DE OLIVA COSTA               | 732 |
| SOFIA HIOKI SANTOS                        | 107 |
| SOFIA HIOKI SANTOS                        | 492 |
| SOFIA HIOKI SANTOS                        | 601 |
| SOFIA HIOKI SANTOS                        | 805 |
| SOFIA MICHAELSEN PREMEBIDA                | 21  |
| SOFIA MICHAELSEN PREMEBIDA                | 239 |
| SOFIA PEREIRA TIRONI                      | 748 |
| SOFIA PEREIRA TIRONI                      | 750 |
| SOFIA PEREIRA TIRONI                      | 987 |
| SOFIA REIS BOTELHO                        | 409 |
| SOFIA REIS BOTELHO                        | 415 |
| SOFIA REIS BOTELHO                        | 825 |
| SOFIA REIS BOTELHO                        | 834 |
| SOFIA REIS BOTELHO                        | 847 |
| SONYARA RAUEDYS OLIVEIRA LISBOA           | 138 |
| SOPHIA CERCEAU PINTO COELHO               | 863 |
| SORAYA ELIAS RUSSO LIMA                   | 302 |
| SORAYA ELIAS RUSSO LIMA                   | 375 |
| SORAYA ELIAS RUSSO LIMA                   | 934 |
| STEFANI GARBULIO AMARAL                   | 107 |
| STEFANI GARBULIO AMARAL                   | 492 |
| STEFANI GARBULIO AMARAL                   | 805 |
| STELLA BAYER DE JESUS                     | 916 |

|                                        |      |
|----------------------------------------|------|
| STELLA E. LEE                          | 990  |
| STELLA TASSINARI MAXIMO                | 686  |
| STEPHANIE DRAGO                        | 763  |
| STEPHANIE DRAGO                        | 1012 |
| STEPHANY BARBOSA DE SOUZA              | 613  |
| STEPHANY BARBOSA DE SOUZA              | 893  |
| STEVEN MANUEL CRUZ GONZÁLEZ            | 855  |
| SUÉLEM MARIA SANTANA PINHEIRO FERREIRA | 664  |
| SUELY GOLDFLUS                         | 990  |
| SULENE PIRANA                          | 73   |
| SULENE PIRANA                          | 404  |
| SULENE PIRANA                          | 852  |
| SUNIA RIBEIRO MACHADO                  | 502  |
| SUSAN BALACIANO TABASNIK               | 779  |
| SUSAN BALACIANO TABASNIK               | 794  |
| SUZANNE MALLMANN VARNIER               | 572  |
| SUZANNE MALLMANN VARNIER               | 573  |
| TACIANE ADAMI DE ARRUDA                | 152  |
| TACIANE ADAMI DE ARRUDA                | 417  |
| TACIANE BRINCA SOARES SALITURE         | 289  |
| TACIANE BRINCA SOARES SALITURE         | 304  |
| TACIANE BRINCA SOARES SALITURE         | 305  |
| TACIANE BRINCA SOARES SALITURE         | 322  |
| TÁCITO CUNHA LIMA                      | 330  |
| TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA         | 163  |
| TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA         | 394  |
| TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA         | 395  |
| TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA         | 396  |
| TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA         | 547  |
| TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA         | 602  |
| TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA         | 632  |
| TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA         | 761  |
| TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA         | 762  |
| TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA         | 764  |
| TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA         | 871  |
| TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA         | 877  |
| TAINARA SUELEN DE SIQUEIRA             | 214  |
| TAINARA SUELEN DE SIQUEIRA             | 223  |
| TAINARA SUELEN DE SIQUEIRA             | 525  |
| TAIS FERREIRA VILELA                   | 107  |
| TAIS FERREIRA VILELA                   | 492  |
| TAIS FERREIRA VILELA                   | 805  |
| TAÍS RIBEIRO NUNES                     | 405  |
| TAÍSA MARIA BRITO AMORIM               | 263  |
| TAÍSA MARIA BRITO AMORIM               | 264  |
| TAÍSA MARIA BRITO AMORIM               | 266  |
| TAÍSA MARIA BRITO AMORIM               | 691  |
| TAÍSA MARIA BRITO AMORIM               | 883  |
| TALITA MOURO MARTINS                   | 418  |
| TALITA MOURO MARTINS                   | 974  |
| TAMARA SACUCHI CAMOES                  | 396  |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| TAMARA SACUCHI CAMOES             | 620 |
| TAMARA SACUCHI CAMOES             | 871 |
| TAMILA AGNES MAGALHAES PEREIRA    | 613 |
| TAMILA AGNES MAGALHAES PEREIRA    | 893 |
| TAMIRES APARECIDA ALVES BORGES    | 75  |
| TAMIRES APARECIDA ALVES BORGES    | 842 |
| TAMIRES APARECIDA ALVES BORGES    | 978 |
| TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO      | 263 |
| TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO      | 264 |
| TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO      | 266 |
| TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO      | 315 |
| TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO      | 691 |
| TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO      | 883 |
| TARCÍSIO REDES XAVIER             | 123 |
| TARCÍSIO REDES XAVIER             | 455 |
| TARCÍSIO REDES XAVIER             | 473 |
| TARCÍSIO REDES XAVIER             | 639 |
| TARCÍSIO REDES XAVIER             | 785 |
| TARCÍSIO REDES XAVIER             | 941 |
| TARSSIUS CAPELO CANDIDO           | 318 |
| TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO         | 200 |
| TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO         | 488 |
| TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO         | 515 |
| TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO         | 543 |
| TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO         | 659 |
| TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO         | 673 |
| TATIANA DE ALMEIDA CASTRO E SOUZA | 849 |
| TATIANA NAKAMURA                  | 223 |
| TATIANA NAKAMURA                  | 374 |
| TATIANA REGINA TELES ABDO         | 55  |
| TATIANA SAMPAIO DA SILVA          | 747 |
| TAYANNE DE OLIVEIRA SILVA         | 354 |
| TAYANNE DE OLIVEIRA SILVA         | 743 |
| TÉRCIO CAIRES AGUIAR              | 42  |
| TERCIO GUIMARÃES REIS             | 595 |
| TERESA CRISTINA MENDES HIGINO     | 253 |
| TERESA CRISTINA MENDES HIGINO     | 254 |
| TERESA CRISTINA MENDES HIGINO     | 255 |
| TERESA CRISTINA MENDES HIGINO     | 256 |
| TERESA CRISTINA MENDES HIGINO     | 257 |
| TERESA CRISTINA MENDES HIGINO     | 258 |
| TERESA CRISTINA MENDES HIGINO     | 259 |
| TERESA CRISTINA MENDES HIGINO     | 260 |
| TERESA CRISTINA MENDES HIGINO     | 261 |
| TEREZA CRISTINA BATISTA DIAS      | 207 |
| TEREZA CRISTINA BATISTA DIAS      | 209 |
| THAENÁ SILVEIRA BARBOSA DE SOUZA  | 486 |
| THAINÁ BENTES CELSO               | 293 |
| THAINA SOARES MIRANDA SILVA       | 525 |
| THAINARA HIDALGO FUZETTO          | 570 |
| THAIS AGUIAR BRITO                | 58  |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| THAIS AGUIAR BRITO                 | 935 |
| THAIS ALVARES ABREU E SILVA GRIGOL | 566 |
| THAÍS COUTINHO DE REZENDE          | 299 |
| THAÍS COUTINHO DE REZENDE          | 575 |
| THAÍS CRISTINA CARVALHO            | 748 |
| THAÍS CRISTINA CARVALHO            | 750 |
| THAÍS CRISTINA CARVALHO            | 987 |
| THAIS DE CARVALHO PONTES MADRUGA   | 517 |
| THAÍS FERRES RAINIERI              | 476 |
| THAÍS FERRES RAINIERI              | 507 |
| THAÍS FERRES RAINIERI              | 640 |
| THAÍS FERRES RAINIERI              | 642 |
| THAÍS FERRES RAINIERI              | 708 |
| THAÍS FERRES RAINIERI              | 921 |
| THAÍS FERRES RAINIERI              | 959 |
| THAÍS FERRES RAINIERI              | 966 |
| THAIS GOMES MOREIRA                | 223 |
| THAIS GOMES MOREIRA                | 374 |
| THAIS GUERRA DA CUNHA              | 931 |
| THAÍS LIMA BARRETO                 | 40  |
| THAIS LINS SOARES LEITE            | 200 |
| THAIS LINS SOARES LEITE            | 205 |
| THAIS MARQUES DA COSTA             | 70  |
| THAIS MARQUES DA COSTA             | 71  |
| THAÍS MOTTA JUSTO                  | 51  |
| THAÍS MOTTA JUSTO                  | 67  |
| THAÍS MOTTA JUSTO                  | 685 |
| THAÍS MOTTA JUSTO                  | 899 |
| THAIS NATIVIDADE DOS REIS          | 14  |
| THAIS NATIVIDADE DOS REIS          | 590 |
| THAIS NATIVIDADE DOS REIS          | 687 |
| THAIS NATIVIDADE DOS REIS          | 820 |
| THAÍS RODRIGUES BEZERRA NUNES      | 876 |
| THAIS RODRIGUES FERREIRA           | 87  |
| THAIS RODRIGUES FERREIRA           | 459 |
| THAIS RODRIGUES FERREIRA           | 581 |
| THAIS RODRIGUES FERREIRA           | 903 |
| THAIS RUSSOMANO                    | 684 |
| THAISE MARTINS CAMPOS              | 36  |
| THALES AUGUSTO LOPES TEIXEIRA      | 724 |
| THALES RAFAEL CORREIA DE MELO LIMA | 546 |
| THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA   | 123 |
| THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA   | 455 |
| THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA   | 473 |
| THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA   | 639 |
| THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA   | 785 |
| THALIA FEITOSA DE SOUSA            | 343 |
| THALIA FEITOSA DE SOUSA            | 733 |
| THALITA FAHEL VILAS BÔAS AZEVÊDO   | 194 |
| THALITA FAHEL VILAS BÔAS AZEVÊDO   | 358 |
| THALYTA CUSTÓDIO                   | 552 |

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| THALYTA CUSTÓDIO                      | 555  |
| THALYTA CUSTÓDIO                      | 557  |
| THAMIRIS DIAS DELFINO CABRAL          | 143  |
| THAMIRIS DIAS DELFINO CABRAL          | 849  |
| THAMIRIS DIAS DELFINO CABRAL          | 885  |
| THÁRCIO MATHEUS ALVES DA SILVA        | 330  |
| THATIANA PEREIRA SILVA                | 74   |
| THATIANA PEREIRA SILVA                | 296  |
| THATIANA PEREIRA SILVA                | 321  |
| THATIANA PEREIRA SILVA                | 400  |
| THATIANA PEREIRA SILVA                | 432  |
| THATIANA PEREIRA SILVA                | 568  |
| THATIANA PEREIRA SILVA                | 823  |
| THATIANA PEREIRA SILVA                | 838  |
| THATIANA PEREIRA SILVA                | 846  |
| THATIANA PEREIRA SILVA                | 860  |
| THATIANA PEREIRA SILVA                | 997  |
| THATIANA PEREIRA SILVA                | 1011 |
| THAYNÁ FERREIRA FURTADO PEREIRA       | 406  |
| THAYNE ZIMERMANN DURIGON              | 265  |
| THAYS ALMEIDA CLEMENT OLIVEIRA        | 611  |
| THAYS ALMEIDA CLEMENT OLIVEIRA        | 816  |
| THEREZINHA DA SILVA PROBST            | 341  |
| THEREZINHA DA SILVA PROBST            | 744  |
| THEREZINHA DA SILVA PROBST            | 979  |
| THIAGO BITTENCOURT OTTONI DE CARVALHO | 866  |
| THIAGO CARRETT KRAUSE                 | 457  |
| THIAGO CARRETT KRAUSE                 | 882  |
| THIAGO CÉSAR DINIZ AUGUSTO            | 61   |
| THIAGO CÉSAR DINIZ AUGUSTO            | 388  |
| THIAGO DE ALMEIDA REIS                | 126  |
| THIAGO DE ALMEIDA REIS                | 220  |
| THIAGO DE ALMEIDA REIS                | 307  |
| THIAGO DE ALMEIDA REIS                | 548  |
| THIAGO DE ALMEIDA REIS                | 549  |
| THIAGO FREIRE PINTO BEZERRA           | 984  |
| THIAGO FREIRE PINTO BEZERRA           | 1018 |
| THIAGO HENRIQUE DUARTE MOREIRA        | 60   |
| THIAGO HENRIQUE DUARTE MOREIRA        | 62   |
| THIAGO LOUREIRO MENDES                | 924  |
| THIAGO MACIEIRA FREIRE DE ANDRADE     | 203  |
| THIAGO NUNES GUERRERO                 | 539  |
| THIAGO NUNES GUERRERO                 | 998  |
| THIAGO VICTOR LEITE AQUINO            | 468  |
| THIAGO VICTOR LEITE AQUINO            | 716  |
| THIAGO VICTOR LEITE AQUINO            | 984  |
| THIAGO VICTOR LEITE AQUINO            | 1018 |
| THOMAS PETER MAAHS                    | 152  |
| THOMAS PETER MAAHS                    | 157  |
| TIAGO CARDOSO MARTINELLI              | 34   |
| TIAGO CARDOSO MARTINELLI              | 622  |

|                                          |      |
|------------------------------------------|------|
| TIAGO CARDOSO MARTINELLI                 | 623  |
| TIAGO CARDOSO MARTINELLI                 | 635  |
| TIAGO CARDOSO MARTINELLI                 | 648  |
| TIAGO CARDOSO MARTINELLI                 | 655  |
| TIAGO CARDOSO MARTINELLI                 | 669  |
| TIAGO CÉZAR DANTAS DE LIMA               | 215  |
| TIAGO CÉZAR DANTAS DE LIMA               | 216  |
| TIAGO COLAÇO                             | 593  |
| TIAGO FRAGA VIEIRA                       | 652  |
| TIAGO FRAGA VIEIRA                       | 927  |
| TIAGO HENRIQUE SALES LINS                | 984  |
| TIAGO VASCONCELOS SOUZA                  | 845  |
| TIAGO VASCONCELOS SOUZA                  | 854  |
| TIAGO VASCONCELOS SOUZA                  | 1009 |
| TICIANA FREIRE BEZERRA                   | 451  |
| TICIANA FREIRE BEZERRA                   | 588  |
| TICIANA FREIRE BEZERRA                   | 909  |
| TICIANA ROCHA FRANCISCO                  | 565  |
| TINO MIRO AURÉLIO MARQUES                | 164  |
| TINO MIRO AURÉLIO MARQUES                | 449  |
| TINO MIRO AURÉLIO MARQUES                | 483  |
| TINO MIRO AURÉLIO MARQUES                | 579  |
| TINO MIRO AURÉLIO MARQUES                | 798  |
| TINO MIRO AURÉLIO MARQUES                | 827  |
| TINO MIRO AURÉLIO MARQUES                | 829  |
| TINO MIRO AURÉLIO MARQUES                | 831  |
| TINO MIRO AURÉLIO MARQUES                | 888  |
| TRACY LIMA TAVARES                       | 392  |
| TRISSIA MARIA FARAH VAZZOLER             | 467  |
| TRISSIA MARIA FARAH VAZZOLER             | 614  |
| UBIRAJARA GOMES DOS SANTOS               | 20   |
| ULA LINDOSO PASSOS                       | 394  |
| ULA LINDOSO PASSOS                       | 395  |
| ULISSES JOSE RIBEIRO                     | 937  |
| ULISSES JOSE RIBEIRO                     | 957  |
| VAGNER ANTONIO RODRIGUES DA SILVA        | 439  |
| VALDETE ALVES VALENTINS DOS SANTOS FILHA | 561  |
| VALDETE ALVES VALENTINS DOS SANTOS FILHA | 562  |
| VALDETE ALVES VALENTINS DOS SANTOS FILHA | 563  |
| VALDETE ALVES VALENTINS DOS SANTOS FILHA | 564  |
| VALENTINA LUCIA BARRIOS-ALVARADO         | 535  |
| VALERIA BARCELOS DAHER                   | 969  |
| VALÉRIA FERRARI ZUIN CARDOSO MAIA        | 555  |
| VALERIA MARIA PRADO BARRETO              | 319  |
| VALESKA ALVES DUTRA                      | 679  |
| VALESKA ALVES DUTRA                      | 680  |
| VALMIR TUNALA JUNIOR                     | 167  |
| VANESSA CARVALHO DE OLIVEIRA             | 152  |
| VANESSA MACIEL DE MENDONÇA RIBEIRO       | 390  |
| VANESSA MACIEL DE MENDONÇA RIBEIRO       | 391  |
| VANESSA MACIEL DE MENDONÇA RIBEIRO       | 637  |

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| VANESSA MACIEL DE MENDONÇA RIBEIRO    | 815  |
| VANESSA MAGOSSO FRANCHI               | 258  |
| VANESSA MAGOSSO FRANCHI               | 259  |
| VANESSA MAGOSSO FRANCHI               | 261  |
| VANESSA RAMOS PIRES DINARTE           | 54   |
| VANESSA RAMOS PIRES DINARTE           | 1003 |
| VANESSA RIBEIRO ORLANDO               | 509  |
| VANESSA RIBEIRO ORLANDO               | 521  |
| VANESSA ROLIM BARRETO                 | 512  |
| VANESSA ROLIM BARRETO                 | 603  |
| VANESSA SILVA SOLEDADE                | 167  |
| VANESSA SILVA SOLEDADE                | 676  |
| VANESSA THAIS DE ASSIS ALMEIDA FALCÃO | 808  |
| VANESSA THAÍS MORAES ARAUJO           | 363  |
| VANESSA THAÍS MORAES ARAUJO           | 768  |
| VERIDIANA DE SANTANA LUSVARDI LUIZARI | 364  |
| VERIDIANA DE SANTANA LUSVARDI LUIZARI | 365  |
| VERIDIANA DE SANTANA LUSVARDI LUIZARI | 436  |
| VERÔNICA YASMIM DE OLIVEIRA RIOS      | 752  |
| VICENTE DA SILVA MONTEIRO             | 796  |
| VICENTE SALZANO ROCHA                 | 150  |
| VICENTE SALZANO ROCHA                 | 571  |
| VICENTE SALZANO ROCHA                 | 625  |
| VICTOR ARY CÂMARA                     | 234  |
| VICTOR ARY CÂMARA                     | 306  |
| VICTOR ARY CÂMARA                     | 327  |
| VICTOR ARY CÂMARA                     | 328  |
| VICTOR ARY CÂMARA                     | 337  |
| VICTOR ARY CÂMARA                     | 439  |
| VICTOR ARY CÂMARA                     | 648  |
| VICTOR ARY CÂMARA                     | 835  |
| VICTOR BARRETO GARCIA                 | 87   |
| VICTOR BARRETO GARCIA                 | 459  |
| VICTOR BARRETO GARCIA                 | 581  |
| VICTOR BARRETO GARCIA                 | 903  |
| VICTOR DE LIMA RODRIGUES              | 313  |
| VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA           | 123  |
| VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA           | 455  |
| VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA           | 473  |
| VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA           | 639  |
| VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA           | 785  |
| VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA           | 941  |
| VICTOR JACOME SOARES MARTINS          | 75   |
| VICTOR JACOME SOARES MARTINS          | 842  |
| VICTOR JACOME SOARES MARTINS          | 978  |
| VICTOR LEVY DE JESUS CARVALHO SENA    | 458  |
| VICTOR LEVY DE JESUS CARVALHO SENA    | 844  |
| VICTOR LEVY DE JESUS CARVALHO SENA    | 954  |
| VICTOR RANZULLA DE SOUZA              | 97   |
| VICTOR RANZULLA DE SOUZA              | 182  |
| VICTOR RANZULLA DE SOUZA              | 183  |



|                                               |      |
|-----------------------------------------------|------|
| VICTOR RANZULLA DE SOUZA                      | 484  |
| VICTOR RANZULLA DE SOUZA                      | 487  |
| VICTOR RANZULLA DE SOUZA                      | 489  |
| VICTOR RANZULLA DE SOUZA                      | 514  |
| VICTOR RANZULLA DE SOUZA                      | 544  |
| VICTOR RANZULLA DE SOUZA                      | 650  |
| VICTOR RANZULLA DE SOUZA                      | 943  |
| VICTÓRIA ANDRADE ANDRADE                      | 694  |
| VICTORIA BATISTA RIOS                         | 486  |
| VICTORIA BEATRIZ PODOLAN SAUKA                | 128  |
| VICTORIA BERNARDES RODRIGUES DA SILVA         | 735  |
| VICTORIA CASTRO LEME                          | 446  |
| VICTORIA CASTRO LEME                          | 1004 |
| VICTÓRIA CENCI GUARIENTI                      | 841  |
| VICTÓRIA CENCI GUARIENTI                      | 76   |
| VICTÓRIA DE CASTRO LEME                       | 584  |
| VICTORIA DE FRANCA GOMES VIEIRA               | 277  |
| VICTÓRIA ELIZABETH BAPTISTA DA LUZ            | 124  |
| VICTÓRIA ELIZABETH BAPTISTA DA LUZ            | 273  |
| VICTORIA FRÓIS OSS-EMER                       | 488  |
| VICTORIA FRÓIS OSS-EMER                       | 515  |
| VICTORIA FRÓIS OSS-EMER                       | 543  |
| VICTORIA FRÓIS OSS-EMER                       | 875  |
| VICTORIA FRÓIS OSS-EMER                       | 922  |
| VICTÓRIA GAYOSO NEVES SOARES PEREIRA          | 817  |
| VICTORIA LEBEDENCO BARBOSA                    | 134  |
| VICTORIA LEBEDENCO BARBOSA                    | 199  |
| VICTORIA LIMA TISEO                           | 418  |
| VICTORIA LIMA TISEO                           | 801  |
| VICTORIA LIMA TISEO                           | 933  |
| VICTORIA LIMA TISEO                           | 974  |
| VICTORIA MARTINS VINHAS                       | 886  |
| VICTTORIA RIBEIRO DE ALENCAR ARARIPE FERREIRA | 290  |
| VICTTORIA RIBEIRO DE ALENCAR ARARIPE FERREIRA | 302  |
| VICTTORIA RIBEIRO DE ALENCAR ARARIPE FERREIRA | 318  |
| VICTTORIA RIBEIRO DE ALENCAR ARARIPE FERREIRA | 375  |
| VICTTORIA RIBEIRO DE ALENCAR ARARIPE FERREIRA | 819  |
| VICTTORIA RIBEIRO DE ALENCAR ARARIPE FERREIRA | 934  |
| VINICIUS ANTUNES FREITAS                      | 190  |
| VINICIUS ANTUNES FREITAS                      | 202  |
| VINICIUS ANTUNES FREITAS                      | 211  |
| VINICIUS ANTUNES FREITAS                      | 619  |
| VINICIUS ANTUNES FREITAS                      | 891  |
| VINICIUS DE MORAES PALMA                      | 7    |
| VINÍCIUS DOMENE                               | 152  |
| VINÍCIUS DOMENE                               | 337  |
| VINÍCIUS DOMENE                               | 439  |
| VINÍCIUS DOMENE                               | 669  |
| VINÍCIUS GOMES DE FRANÇA ALMEIDA              | 92   |
| VINÍCIUS GOMES DE FRANÇA ALMEIDA              | 787  |
| VINÍCIUS GOMES DE FRANÇA ALMEIDA              | 836  |

|                                            |      |
|--------------------------------------------|------|
| VINÍCIUS GOMES DE FRANÇA ALMEIDA           | 996  |
| VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA        | 86   |
| VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA        | 305  |
| VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA        | 310  |
| VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA        | 471  |
| VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA        | 807  |
| VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA        | 872  |
| VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES           | 85   |
| VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES           | 559  |
| VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES           | 560  |
| VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES           | 691  |
| VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES           | 790  |
| VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES           | 915  |
| VINICIUS MALAQUIAS RAMOS                   | 667  |
| VINICIUS MARQUES TAVARES                   | 397  |
| VINICIUS MARQUES TAVARES                   | 811  |
| VINICIUS MONTEIRO DE OLIVEIRA              | 615  |
| VINICIUS NICKEL                            | 12   |
| VINICIUS NICKEL                            | 160  |
| VINICIUS NICKEL                            | 166  |
| VINICIUS NICKEL                            | 174  |
| VINICIUS OLIVEIRA NITZ                     | 543  |
| VINÍCIUS PEIXOTO DE SIQUEIRA DE LEMOS LINS | 984  |
| VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA  | 291  |
| VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA  | 361  |
| VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA  | 476  |
| VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA  | 507  |
| VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA  | 640  |
| VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA  | 696  |
| VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA  | 824  |
| VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA  | 959  |
| VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA  | 989  |
| VINICIUS SALGADO RABELO                    | 109  |
| VINICIUS SIMON TOMAZINI                    | 149  |
| VINICIUS SIMON TOMAZINI                    | 377  |
| VINICIUS SIMON TOMAZINI                    | 398  |
| VINICIUS SIMON TOMAZINI                    | 610  |
| VINICIUS SIMON TOMAZINI                    | 803  |
| VINICIUS SIMON TOMAZINI                    | 812  |
| VINICIUS SIMON TOMAZINI                    | 1006 |
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ                  | 140  |
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ                  | 141  |
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ                  | 142  |
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ                  | 288  |
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ                  | 370  |
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ                  | 399  |
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ                  | 618  |
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ                  | 633  |
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ                  | 781  |
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ                  | 782  |
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ                  | 786  |

|                                         |      |
|-----------------------------------------|------|
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ               | 813  |
| VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ               | 818  |
| VITOR ARRAIS DE LAVOR MONTEIRO          | 452  |
| VITOR CAVALCANTE MONICI                 | 139  |
| VITOR GABRIEL SILVA FRANCISCHINI        | 343  |
| VITOR PASINATO                          | 703  |
| VITOR RODRIGUES DE SOUZA                | 42   |
| VITOR RODRIGUES DE SOUZA                | 513  |
| VITOR SALLES MINUSSI                    | 412  |
| VITOR STANISLAUKI NAGATA                | 688  |
| VITOR STANISLAUKI NAGATA                | 703  |
| VITOR STANISLAUKI NAGATA                | 817  |
| VITOR STANISLAUKI NAGATA                | 955  |
| VITOR TAKASHIBA                         | 149  |
| VITOR TAKASHIBA                         | 377  |
| VITOR TAKASHIBA                         | 398  |
| VITOR TAKASHIBA                         | 610  |
| VITOR TAKASHIBA                         | 783  |
| VITOR TAKASHIBA                         | 803  |
| VITOR TAKASHIBA                         | 812  |
| VITOR TAKASHIBA                         | 1006 |
| VÍTOR YAMASHIRO ROCHA SOARES            | 461  |
| VÍTOR YAMASHIRO ROCHA SOARES            | 464  |
| VÍTOR YAMASHIRO ROCHA SOARES            | 469  |
| VITÓRIA AMARAL LIMA                     | 410  |
| VITORIA BORGES CAVALIERI                | 677  |
| VITORIA BORGES CAVALIERI                | 678  |
| VITÓRIA DE PAULA SANTOS                 | 128  |
| VITÓRIA FARIAS PAIVA                    | 587  |
| VITÓRIA FARIAS PAIVA                    | 627  |
| VITÓRIA FARIAS PAIVA                    | 716  |
| VITÓRIA FARIAS PAIVA                    | 984  |
| VITÓRIA FARIAS PAIVA                    | 1018 |
| VITORIA FERREIRA KHOURI                 | 803  |
| VITORIA GABRIELA BERLITZ                | 518  |
| VITORIA GABRIELA BERLITZ                | 973  |
| VITÓRIA KANITZ LÜDKE                    | 624  |
| VITÓRIA KANITZ LÜDKE                    | 625  |
| VITÓRIA MARQUES DA FONSECA MORAIS       | 595  |
| VITÓRIA MARQUES DA FONSECA MORAIS       | 664  |
| VITÓRIA PERINOTTO CARDOSO DO NASCIMENTO | 212  |
| VITÓRIA RANI FIGUEIREDO                 | 725  |
| VITORIA VIANNA FERREIRA                 | 435  |
| VITORIA VIANNA FERREIRA                 | 443  |
| VITORIA VIANNA FERREIRA                 | 462  |
| VITORIA VIANNA FERREIRA                 | 720  |
| VITORIA VIANNA FERREIRA                 | 723  |
| VITORIA VIANNA FERREIRA                 | 965  |
| VITORIA YURI MIAZAKI VILLANOVA          | 824  |
| VIVIAN BENAION TABASNIK                 | 779  |
| VIVIAN BENAION TABASNIK                 | 794  |

|                                            |      |
|--------------------------------------------|------|
| VIVIANE CARVALHO DA SILVA                  | 164  |
| VIVIANE CARVALHO DA SILVA                  | 449  |
| VIVIANE CARVALHO DA SILVA                  | 483  |
| VIVIANE CARVALHO DA SILVA                  | 579  |
| VIVIANE CARVALHO DA SILVA                  | 798  |
| VIVIANE CARVALHO DA SILVA                  | 829  |
| VIVIANE CARVALHO DA SILVA                  | 831  |
| VIVIANE CARVALHO DA SILVA                  | 888  |
| VIVIANE FELLER MARTHA                      | 195  |
| VIVIANE FELLER MARTHA                      | 524  |
| VIVIANE FELLER MARTHA                      | 599  |
| VIVIANE FELLER MARTHA                      | 936  |
| VIVIANE FLUMIGNAN ZÉTOLA                   | 57   |
| VIVIANE SALDANHA OLIVEIRA                  | 335  |
| VIVIANE SALDANHA OLIVEIRA                  | 345  |
| VIVIANE SALDANHA OLIVEIRA                  | 351  |
| VIVIANE SALDANHA OLIVEIRA                  | 504  |
| VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE        | 88   |
| VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE        | 90   |
| VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE        | 132  |
| VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE        | 285  |
| VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE        | 393  |
| VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE        | 556  |
| VYTOR EDUARDO NASCIMENTO DE ANDRADE        | 558  |
| WAGNER ROSSO                               | 64   |
| WALLACE NASCIMENTO DE SOUZA                | 116  |
| WALLACE NASCIMENTO DE SOUZA                | 303  |
| WALLACE NASCIMENTO DE SOUZA                | 856  |
| WALQUIRIA GELINSKI HENICKA                 | 223  |
| WALQUIRIA GELINSKI HENICKA                 | 374  |
| WALQUIRIA GELINSKI HENICKA                 | 525  |
| WANDER LOPES AMORIM                        | 36   |
| WANDERLANY DE MIRANDA ANDRADE CARNEIRO     | 458  |
| WANDERLANY DE MIRANDA ANDRADE CARNEIRO     | 844  |
| WANDERLANY DE MIRANDA ANDRADE CARNEIRO     | 954  |
| WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA       | 74   |
| WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA       | 131  |
| WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA       | 296  |
| WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA       | 400  |
| WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA       | 568  |
| WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA       | 823  |
| WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA       | 830  |
| WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA       | 838  |
| WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA       | 846  |
| WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA       | 997  |
| WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA       | 1011 |
| WEIDINARA DE OLIVEIRA RODRIGUES DA FONSECA | 88   |
| WEIDINARA DE OLIVEIRA RODRIGUES DA FONSECA | 90   |
| WENDELL ALLAN HANZAWA                      | 43   |
| WENDELL ALLAN HANZAWA                      | 120  |
| WENDELL ALLAN HANZAWA                      | 756  |

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| WENDELL DE PAIVA LEITE               | 861 |
| WENDELL DE PAIVA LEITE               | 929 |
| WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA       | 43  |
| WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA       | 120 |
| WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA       | 178 |
| WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA       | 219 |
| WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA       | 657 |
| WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA       | 727 |
| WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA       | 756 |
| WEVERTY MARCIEL DE MEDEIROS          | 600 |
| WEVERTY MARCIEL DE MEDEIROS          | 731 |
| WEVERTY MARCIEL DE MEDEIROS          | 830 |
| WILDER ALVES                         | 497 |
| WILKER ANTUNES LIRA                  | 54  |
| WILKER LUCIAN ROCHA FERNANDES        | 397 |
| WILKER LUCIAN ROCHA FERNANDES        | 811 |
| WILLIAM LOPES DANTAS DA SILVA        | 192 |
| WILLIAM LOPES DANTAS DA SILVA        | 657 |
| WILLIAMES MATHEUS MALAQUIAS DA SILVA | 796 |
| WILLIAN DA SILVA LOPES               | 185 |
| WILLIAN DA SILVA LOPES               | 592 |
| WILLIAN DA SILVA LOPES               | 947 |
| WILMA TEREZINHA ANSELMO LIMA         | 9   |
| WILMA TEREZINHA ANSELMO LIMA         | 46  |
| WILSON BENINI GUERCIO                | 290 |
| WILSON BENINI GUERCIO                | 302 |
| WILSON BENINI GUERCIO                | 318 |
| WILSON BENINI GUERCIO                | 819 |
| WILSON BENINI GUERCIO                | 934 |
| WILSON FACO                          | 405 |
| WOLFGANG THYERRE PINTO               | 327 |
| WOLFGANG THYERRE PINTO               | 439 |
| WOLFGANG THYERRE PINTO               | 881 |
| YAGO CHAVES DOS SANTOS AGUIAR        | 340 |
| YAN RAFAEL REIS CASTILHO             | 151 |
| YANA MENDONCA NASCIMENTO             | 787 |
| YANA MENDONCA NASCIMENTO             | 996 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 335 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 336 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 338 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 340 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 342 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 345 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 346 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 351 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 502 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 528 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 636 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 719 |
| YANE MELO DA SILVA SANTANA           | 908 |
| YANK SANTA CECILIA MARQUES           | 94  |

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| YANK SANTA CECILIA MARQUES      | 269 |
| YANK SANTA CECILIA MARQUES      | 270 |
| YANK SANTA CECILIA MARQUES      | 344 |
| YANK SANTA CECILIA MARQUES      | 422 |
| YANK SANTA CECILIA MARQUES      | 667 |
| YANN DIHL                       | 684 |
| YARA FRANCESCHI SABA            | 73  |
| YARA FRANCESCHI SABA            | 404 |
| YARA FRANCESCHI SABA            | 852 |
| YARA MENDES SILVA               | 492 |
| YASMIM BARROS SILVEIRA          | 320 |
| YASMIM BARROS SILVEIRA          | 330 |
| YASMIM BARROS SILVEIRA          | 419 |
| YASMIM BARROS SILVEIRA          | 480 |
| YASMIM BARROS SILVEIRA          | 647 |
| YASMIM BARROS SILVEIRA          | 649 |
| YASMIM BARROS SILVEIRA          | 699 |
| YASMIM BARROS SILVEIRA          | 851 |
| YASMIM BARROS SILVEIRA          | 857 |
| YASMIM BARROS SILVEIRA          | 861 |
| YASMIM BARROS SILVEIRA          | 929 |
| YASMIM ROBERTA FERREIRA         | 403 |
| YASMIM ZANI MAGRO               | 136 |
| YASMIN BISCOLA DA CRUZ          | 634 |
| YASMIN BISCOLA DA CRUZ          | 25  |
| YASMIN CABRAL SOARES FERNANDES  | 950 |
| YASMIN CARDOSO DA MATTA DI MASI | 37  |
| YASMIN DE REZENDE BEIRIZ        | 74  |
| YASMIN DE REZENDE BEIRIZ        | 243 |
| YASMIN DE REZENDE BEIRIZ        | 247 |
| YASMIN DE REZENDE BEIRIZ        | 321 |
| YASMIN DE REZENDE BEIRIZ        | 400 |
| YASMIN DE REZENDE BEIRIZ        | 432 |
| YASMIN DE REZENDE BEIRIZ        | 568 |
| YASMIN DE REZENDE BEIRIZ        | 630 |
| YASMIN DE REZENDE BEIRIZ        | 846 |
| YASMIN DE REZENDE BEIRIZ        | 860 |
| YASMIN DE REZENDE BEIRIZ        | 924 |
| YASMIN LAMBERT MILDNER          | 150 |
| YASMIN LAMBERT MILDNER          | 571 |
| YASMIN LAMBERT MILDNER          | 624 |
| YASMIN LAMBERT MILDNER          | 625 |
| YASSER JEBABI                   | 634 |
| YRLA RAVENA VIANA MIRANDA       | 203 |
| YURI AUGUSTO NOGUEIRA SOZZI     | 744 |
| YURI AUGUSTO NOGUEIRA SOZZI     | 979 |
| YURI COSTA FARAGO FERNANDES     | 282 |
| YURI COSTA FARAGO FERNANDES     | 306 |
| YURI COSTA FARAGO FERNANDES     | 323 |
| YURI COSTA FARAGO FERNANDES     | 327 |
| YURI COSTA FARAGO FERNANDES     | 328 |

|                                  |      |
|----------------------------------|------|
| YURI COSTA FARAGO FERNANDES      | 337  |
| YURI DE MEDEIROS ALCANTARA       | 80   |
| YURI DE MEDEIROS ALCÂNTARA       | 371  |
| YURI DE MEDEIROS ALCÂNTARA       | 932  |
| YURI FERREIRA MAIA               | 132  |
| YVES PEIXOTO DE OLIVEIRA ALMEIDA | 1016 |
| ZUZANA DIAMANT                   | 789  |

## Índice - Trabalhos

| Tema                                                                                                                                    | Código | Página |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| A Adenoidectomia como Ferramenta Terapêutica para Distúrbios do Sono em Crianças: Uma Revisão Integrativa                               | PO327  | 149    |
| A ANQUILOGLOSSIA E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE                                                                      | PO389  | 625    |
| A COMUNICAÇÃO NA PESSOA SURDOCEGA                                                                                                       | PO090  | 260    |
| A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO FONIÁTRICA EM PACIENTES COM SÍNDROME EPILÉTICA INFANTIL                                                      | PO072  | 257    |
| A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO VESTIBULAR PRECOCE EM PACIENTES COM NEURITE VESTIBULAR: RELATO DE CASO                                    | PO231  | 563    |
| A importância da triagem auditiva neonatal no diagnóstico de perda auditiva severa a profunda nas diferentes etiologias                 | PO897  | 668    |
| A IMPORTÂNCIA DE CONHECER A LINGUAGEM NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TEA E TDL                                                           | PO070  | 256    |
| A IMPORTÂNCIA DO BILINGUISMO PRECOCE NA PERDA AUDITIVA CONGÊNITA                                                                        | PO590  | 266    |
| A influência do uso de dispositivos eletrônicos na audição de crianças: evidências recentes e implicações clínicas                      | PO180  | 557    |
| A PERDA AUDITIVA UNILATERAL JUSTIFICA UM TRANSTORNO DE LINGUAGEM?                                                                       | PO011  | 252    |
| A RELAÇÃO ENTRE DOENÇAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS E O ADOECIMENTO MENTAL: UMA REVISÃO NARRATIVA                                            | PO111  | 683    |
| ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA DE CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE                                                                         | PO599  | 174    |
| ABORDAGEM CIRÚRGICA ATÍPICA PARA REMOÇÃO DE MIÍASE NASAL: RELATO DE CASO                                                                | PO370  | 853    |
| ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS ADESÕES DA MUCOSA INTRANASAL APÓS TRAUMA NASAL. RELATO DE CASO                                                  | PO691  | 948    |
| ABORDAGEM CIRÚRGICA DE TORCOCOLO MUSCULAR CONGÊNITO EM PACIENTE ADULTO: Relato de Caso.                                                 | PO163  | 132    |
| ABORDAGEM CIRÚRGICA EM RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA: RELATO DE CASO                                                                   | PO446  | 157    |
| ABORDAGEM CIRÚRGICA PARA O TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS OBSTRUTIVOS DO SONO NO HOSPITAL BETTINA FERRO: UM PROTOCOLO EM 10 PASSOS.           | PO118  | 69     |
| Abordagem de fraturas mandibulares causadas por armas de fogo: Um relato de Caso                                                        | PO901  | 206    |
| Abordagem de Infecções de Glândulas Salivares – um relato de caso                                                                       | PO629  | 94     |
| Abordagem de leiomiossarcoma em face com maxilectomia total: um relato de caso                                                          | PO855  | 200    |
| ABORDAGEM ENDONASAL DE MENIGOENCEFALOCELE VOLUMOSA INTRANASAL EM HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA                                   | PO267  | 823    |
| ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DO NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: SÉRIE DE CASOS                                                                       | PO667  | 943    |
| ABORDAGEM FULL-HOUSE ASSOCIADA AO LOTHROP NO TRATAMENTO DA MUCOCELE FRONTAL RECIDIVANTE: RELATO DE CASO                                 | PO708  | 952    |
| ABORDAGENS FARMACOLÓGICAS NO TRATAMENTO DA RINITE GUSTATIVA: REVISÃO SISTEMÁTICA                                                        | PO091  | 782    |
| ABORDANDO A IMPORTÂNCIA DOS BONS HÁBITOS DE SONO NA ADOLESCÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA PARA PROMOVER EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O SONO | PO004  | 60     |
| Abscesso de Bezold associado à trombose de seios sigmoide e transversos como complicação de Otitite Média Crônica Colesteatomatosa.     | PO838  | 520    |



|                                                                                                                                                 |        |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|
| Abscesso de Bezold em criança de 3 anos de idade                                                                                                | PO485  | 454  |
| ABSCCESSO DE QUARTO ARCO FARÍNGEO - UM RELATO DE CASO                                                                                           | PO881  | 204  |
| Abscesso de septo nasal em paciente adulto após manipulação digital de acne                                                                     | PO169  | 800  |
| ABSCCESSO FISTULIZADO APÓS RINOMODELAÇÃO COM FIOS DE PDO                                                                                        | PO947  | 249  |
| Abscesso Intra Amigdaliano: um relato de caso                                                                                                   | PO865  | 107  |
| ABSCCESSO INTRATONSILAR BILATERAL COM OBLITERAÇÃO DE VIA AÉREA ASSOCIADO A SEPSE: UM RELATO DE CASO                                             | PO234  | 609  |
| ABSCCESSO RETROFARÍNGEO E SÍNDROME DE LEMIERRE: RELATO DE CASO                                                                                  | PO102  | 126  |
| Abscesso subperiosteal devido à rinossinusite aguda em criança                                                                                  | PO520  | 899  |
| ABSTINÊNCIA POR DROGAS SEDOANALGÉSICAS PÓS ADENOAMIGDALECTOMIA                                                                                  | PO437  | 629  |
| ACESSO COMBINADO (ENDOSCÓPICO E CALDWELL-LUC) PARA TRATAMENTO DE CISTO DENTÍGERO DE GRANDE DIMENSÃO EM SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO             | PO680  | 947  |
| ACESSO ENDOSCÓPICO ENDONASAL COMBINADO COM DEGLOVING MÉDIO-FACIAL PARA RESSECÇÃO DE SCHWANNOMA EM FOSSA INFRATEMPORAL ESQUERDA: RELATO DE CASO  | PO563  | 911  |
| ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO SE MANIFESTANDO COM SURDEZ SÚBITA: RELATO DE CASO                                                                  | PO791  | 508  |
| ACOMETIMENTO LARÍNGEO NA DOENÇA DE MADELUNG – RELATO DE CASO                                                                                    | PO543  | 316  |
| ACTINOMICOSE DA CAVIDADE NASAL E SEIOS PARANASAIS EM APRESENTAÇÃO ATÍPICA: UM RELATO DE CASO                                                    | PO553  | 906  |
| ACTINOMICOSE EM PACIENTE COM FATORES DE RISCO: RELATO DE CASO                                                                                   | PO209  | 136  |
| ACTINOMICOSE NASAL: RELATO DE CASO                                                                                                              | PO718  | 957  |
| Adenoidectomia, tonsilectomia e adenotonsilectomia: Impacto dos procedimentos a nível hospitalar entre 2013-2022 no sistema de saúde brasileiro | ATT007 | 20   |
| ADENOLIPOMA DE PARÓTIDA: UM RELATO DE CASO                                                                                                      | PO001  | 120  |
| ADENOMA CERUMINOSO DE ORELHA MÉDIA: UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR                                                                                   | PO719  | 496  |
| Adenoma Neuroendócrino de Ouvido Médio - Relato de caso                                                                                         | PO580  | 475  |
| Adenoma Pleomórfico como Diagnóstico diferencial de Papiloma Invertido: Um Relato de Caso                                                       | PO934  | 1005 |
| Adenoma Pleomórfico de Cavidade Nasal                                                                                                           | PO206  | 811  |
| ADENOMA PLEOMÓRFICO NASAL: RELATO DE CASO                                                                                                       | PO257  | 820  |
| AGULHAMENTO A SECO COMO TRATAMENTO DE ZUMBIDO SOMATOSSENSORIAL: UM RELATO DE CASO                                                               | PO902  | 598  |
| Além do Comum: Complicações Graves de Rinossinusite Aguda Bacteriana                                                                            | ATT014 | 55   |
| Alimentos ricos em enxofre e nitrogênio são os principais gatilhos para parosmia                                                                | ATT003 | 47   |
| ALTERAÇÃO ANATÔMICA DE BULBO JUGULAR OCASIONANDO PERDA AUDITIVA SENSORIAL: RELATO DE CASO                                                       | PO484  | 453  |
| ALTERAÇÃO FENOTÍPICA DAS TONSILAS FARÍNGEAS E PALATINAS: RELATO DE CASO                                                                         | PO224  | 608  |
| ALTERAÇÕES COGNITIVAS E DO SONO NA SÍNDROME PÓS-COVID-19                                                                                        | ATT008 | 14   |
| ALTERAÇÕES NO BERA EM PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA                                                                              | PO312  | 264  |
| ALTERAÇÕES OLFATÓRIAS E COGNITIVAS OBSERVADAS NA SÍNDROME PÓS-COVID-19                                                                          | PO243  | 817  |
| ALTERAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA SÍNDROME PÓS-COVID TARDIA: UMA REVISÃO NARRATIVA                                                           | PO121  | 684  |
| Alterações tomográficas dos seios paranasais em um paciente com Pneumosinus Dilatans: um estudo de caso.                                        | PO583  | 916  |
| Alterações tomográficas em pacientes atendidos em ambulatório de surdez infantil da rede pública de saúde                                       | PO916  | 669  |
| Amígdala Espiralada - Um Relato de Caso                                                                                                         | PO278  | 693  |
| Amigdalite e Faringite agudas na Bahia: um estudo epidemiológico                                                                                | PO726  | 101  |
| AMIGDALITE UNILATERAL POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EM JOVEM IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO                                                       | PO534  | 713  |
| AMILOIDOSE LARÍNGEA: UM RELATO DE CASO                                                                                                          | PO068  | 273  |
| ANÁLISE COMPARATIVA DO PRICK TEST PRÉ TEST E PÓS-IMUNOTERAPIA SUBLINGUAL PARA RINITE ALÉRGICA                                                   | PO822  | 738  |
| ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TIMPANOPLASTIAS UNI OU BILATERAL NO BRASIL ENTRE 2017 E 2022                                               | PO271  | 407  |
| ANÁLISE DA EFICÁCIA DO APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL EM ADULTOS                                                                    | PO161  | 388  |

|                                                                                                                                                       |         |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| Análise da Integração Sensorial em pacientes positivados para COVID-19                                                                                | PO187   | 560  |
| Análise da Mortalidade por Câncer de Laringe no Brasil (2012 - 2021): Uma Avaliação por Ano, Gênero e Faixa Etária                                    | PO710   | 332  |
| ANÁLISE DA OCORRÊNCIA SINCRÔNICA DE PAPILOMA ESCAMOSO EM CAVIDADE ORAL/OROFARINGE E EM OUTROS SÍTIOS DA VIA AÉREA SUPERIOR                            | PO808   | 105  |
| Análise da população idosa que realizou rinosseptoplastia no serviço de otorrinolaringologia do HCPA.                                                 | PO688   | 238  |
| Análise da qualidade de vida específica da doença após cirurgia endoscópica em pacientes com obstrução nasal em hospital-escola do nordeste do Brasil | PO475   | 885  |
| ANÁLISE DA REALIZAÇÃO DE ADENOIDECTOMIAS NOS ANOS DE 2018 A 2022                                                                                      | PO645   | 180  |
| ANÁLISE DA TAXA DE RECORRÊNCIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A RESSECÇÃO DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL                                                        | PO156   | 795  |
| ANÁLISE DE AVALIAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NO ANO DE 2022 EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO NOROESTE PAULISTA: UM ESTUDO DE PERFIL EPIDEMIOLÓGICO         | PO702   | 119  |
| ANÁLISE DE CUSTO-BENEFÍCIO DOS DISPOSITIVOS E SOLUÇÕES PARA LAVAGEM NASAL                                                                             | PO968   | 1015 |
| Análise de pareceres oncológicos do setor de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial em um hospital de referência                              | PO967   | 218  |
| ANÁLISE DO IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NAS INTERNAÇÕES POR ADENOAMIGDALECTOMIA EM MATO GROSSO ENTRE OS ANOS DE 2019 E 2022                       | PO723   | 726  |
| ANÁLISE DO PANORAMA DA RINOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DEFEITOS PÓS TRAUMÁTICOS, NOS ANOS DE 2019 A 2023, NO BRASIL.                                     | PO395   | 230  |
| Análise Do Perfil Epidemiológico De Internações Por Faringite Aguda e Amigdalite Aguda Segundo Faixa Etária No Brasil Entre 2020 e 2023               | PO933   | 355  |
| ANÁLISE DO SCORE ROE EM RINOSSEPTOPLASTIAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA TERCIÁRIO                                                                      | PO949   | 250  |
| ANÁLISE DO TRAUMA DE FACE EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO NOROESTE PAULISTA NO PÓS PANDEMIA DA COVID-19: ESTUDO RETROSPECTIVO                             | ATTL001 | 43   |
| ANÁLISE DOS ÍNDICES DE RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS NA BAHIA: PANORAMA DE UMA DÉCADA                                                                  | PO114   | 118  |
| ANÁLISE DOS ÍNDICES DE RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS NA BAHIA: PANORAMA DE UMA DÉCADA                                                                  | PO114   | 224  |
| ANÁLISE DOS ÍNDICES DE SINUSITE CRÔNICA NO BRASIL ENTRE 2018 E 2022: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO                                                            | PO017   | 757  |
| ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA CAMPAMHA DA VOZ & JULHO VERDE 2023 / DADOS: LARINGE E VOZ – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA – UNIFESP                           | PO020   | 270  |
| Análise Epidemiológica Da Perda De Audição Em Crianças Nos Últimos 10 Anos No Brasil                                                                  | PO127   | 379  |
| ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR SINUSITE CRÔNICA NO ESTADO DO PARÁ ENTRE OS ANOS 2012 A 2022                                               | PO318   | 837  |
| ANÁLISE ESPAÇO-TEMPORAL DA REALIZAÇÃO DE AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA NO BRASIL ENTRE 2017 E 2022                                                | PO328   | 150  |
| Análise morfométrica da região do processo mastóide do osso temporal                                                                                  | PO819   | 516  |
| ANÁLISE PROSPECTIVA DO MICROBIOMA NASOSSINUSAL DE PACIENTES COM RINOSSINUSITE CRÔNICA APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO                                       | ATTL006 | 9    |
| ANÁLISE QUANTITATIVA DE INTERNAÇÃO POR SINUSITE CRÔNICA E DOS GASTOS DO SUS COM ESSA CONDUTA MÉDICA, NO BRASIL, NOS ANOS 2019-2023.                   | PO682   | 718  |
| ANÁLISE TOMOGRÁFICA COMPARTIVA DO FRONTAL BEAK E SUAS CORRELAÇÕES                                                                                     | PO861   | 745  |
| Anemia de Fanconi: 3ª recorrência de Carcinoma Espino Celular                                                                                         | PO250   | 144  |
| ANGINA BOLHOSA HEMORRÁGICA DO PALATO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA                                                                          | PO684   | 719  |
| ANGINA DE LUDWIG NA MUSCULATURA PRÓPRIA DA LÍNGUA: RELATO DE CASO                                                                                     | PO153   | 131  |
| ANGINA DE LUDWIG: UM RELATO DE CASO                                                                                                                   | PO031   | 64   |
| ANGIOEDEMA DE LÍNGUA INDUZIDO POR CAPTOPRIL                                                                                                           | PO367   | 78   |
| Angioedema orofaríngeo após administração de alteplase – a importância de vigiar a via aérea                                                          | PO409   | 702  |
| Angioleiomioma de fossa nasal: relato de caso                                                                                                         | PO045   | 768  |
| ANGIOLIPOMA DE PAREDE NASAL: UM RELATO DE CASO                                                                                                        | PO124   | 790  |
| ANOSMIA CONGÊNITA EM UM PACIENTE ADULTO: DESAFIO DIAGNÓSTICO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS                                                                   | PO724   | 959  |
| APLASIA HEMINASAL                                                                                                                                     | PO820   | 737  |

|                                                                                                                                                        |         |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| APLICATIVOS PARA O MONITORAMENTO DE RONCO E APNEIA DO SONO NA PLAY STORE: UM ESTUDO TRANSVERSAL                                                        | PO698   | 723  |
| Apneia do sono em diabéticos nordestinos: uma análise de dados antropométricos                                                                         | ATTL009 | 15   |
| APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ACOMETIMENTO DE NERVO TRIGÊMEO: RELATO DE CASO                                                                                 | PO542   | 467  |
| APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO EM REGIÃO SUBGLÓTICA                                                                                | PO951   | 357  |
| APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE GLÔMUS TIMPÂNICO: RELATO DE CASO                                                                                               | PO461   | 446  |
| APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA EM PRONTO SOCORRO OTORRINOLARINGOLÓGICO                                                          | PO482   | 162  |
| Apresentação incomum do Adenoma de paratireoide- Massa cervical inflamatória: Relato de caso                                                           | PO222   | 137  |
| APRESENTAÇÃO NASAL DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: UM RELATO DE CASO                                                                           | PO848   | 986  |
| Apresentação nasossinusal de Doença de Rosai-Dorfman- Relato de Caso                                                                                   | PO093   | 783  |
| APRESENTAÇÃO SUBGLOTICA DO TUMOR DE CELULAS GRANULARES                                                                                                 | PO704   | 331  |
| ARTERIA CAROTIDA INTERNA ABERRANTE EM ORELHA MEDIA - RELATO DE CASO                                                                                    | PO699   | 492  |
| As etiologias mais frequentes em crianças usuárias de implante coclear em um programa da rede pública de saúde                                         | PO891   | 667  |
| Aspectos clínicos dos pacientes da equipe do Transplante de Medula Óssea de um hospital terciário submetidos a cirurgia devido a rinosinusite aguda    | ATTL017 | 58   |
| Aspergilose Nasal com Paralisia Facial Bilateral: Relato de Caso                                                                                       | PO636   | 936  |
| Assessment of Surgical Results using a Standardized Aesthetic-Functional Questionnaire                                                                 | PO351   | 229  |
| Associação entre função olfatória e o IMC em adultos acima de 40 anos                                                                                  | ATTL013 | 54   |
| ASSOCIAÇÃO ENTRE O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS E ANTIDEPRESSIVOS E A GRAVIDADE DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO                                   | PO894   | 110  |
| ASSOCIATION OF STOP-BANG QUESTIONNAIRE ITEMS WITH ELEVATED OXYGEN DESATURATION INDEX IN PATIENTS ADMITTED TO A TERTIARY HOSPITAL                       | PO697   | 99   |
| ATAXIA CEREBELAR, NEUROPATIA SENSITIVA E ARREFLEXIA VESTIBULAR BILATERAL: UM RELATO DE CASO                                                            | PO597   | 585  |
| Atividade laboral como fator causal: Melanoma Nasal                                                                                                    | PO935   | 1006 |
| ATIVIDADE LABORAL E SISTEMA VESTIBULOCOCLEAR EM MÚSICOS PROFISSIONAIS                                                                                  | PO213   | 561  |
| Atraso de linguagem em paciente com fenótipo ampliado de autismo: um caso clínico                                                                      | PO258   | 263  |
| ATRASO DE LINGUAGEM EM PACIENTE COM SÍNDROME DE WHITE-SUTTON E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA                                                          | PO459   | 265  |
| ATRESIA BILATERAL DE COANAS EM RECÉM NASCIDO: UM RELATO DE CASO                                                                                        | PO407   | 867  |
| ATRESIA COANAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE SECKEL                                                                                                      | PO418   | 871  |
| Atresia coanal: apresentação clínica e abordagem terapêutica                                                                                           | PO272   | 826  |
| ATRESIA COANAL: UM DESAFIO AO ADEQUADO ALEITAMENTO MATERNO                                                                                             | PO021   | 600  |
| Atresia de canal coclear: Relato de Caso                                                                                                               | PO371   | 430  |
| ATRESIA DE COANA BILATERAL EVOLUINDO COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: RELATO DE CASO                                                                    | PO513   | 634  |
| ATRESIA DE COANA UNILATERAL COM DIAGNÓSTICO TARDIO: RELATO DE CASO                                                                                     | PO357   | 848  |
| ATRESIA DE COANAS BILATERAL EM PACIENTE DE 42 ANOS, UM RELATO DE CASO                                                                                  | PO374   | 855  |
| Atresia de coanas bilateral no recém-nascido: do diagnóstico ao tratamento                                                                             | PO507   | 633  |
| ATRESIA DE COANAS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM RECÉM-NASCIDO COM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO                                                           | PO481   | 632  |
| AUTOMEDICAÇÃO ENTRE PACIENTES OTORRINOLARINGOLÓGICOS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO                                                                         | ATTL007 | 41   |
| AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA ENDOSCÓPICA POR VIA ENDONASAL DE TUMORES DE BASE DE CRÂNIO: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA                       | PO778   | 593  |
| Avaliação da eficácia da irrigação nasal em alto volume e baixa pressão de Budesonida versus Soro Fisiológico 0,9% após cirurgia endoscópica para rino | PO041   | 767  |
| Avaliação da ivermectina em mucosa de cobaias e sua ototoxicidade                                                                                      | ATTL002 | 7    |
| Avaliação da melhora da obstrução nasal em pacientes submetidos a Rinosseptoplastia a partir das escalas NOSE e SCHNOS.                                | ATTL004 | 22   |
| Avaliação da qualidade de vida de pacientes com síndrome da apneia obstrutiva do sono após faringoplastia com sutura barbada                           | ATTL004 | 12   |
| AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA DE SAÚDE AUDITIVA DO SOB A PERSPECTIVA DO USUÁRIO, EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA                         | PO500   | 709  |

|                                                                                                                                                       |         |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM MOTORISTAS DE TÁXI                                                                                                  | PO108   | 67   |
| AVALIAÇÃO DA SPACE MOTION SICKNESS NA HIPOGRAVIDADE SIMULADA                                                                                          | PO104   | 681  |
| AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES GRAVES NA RINOPLASTIA NÃO CIRÚRGICA COM ÁCIDO HIALURÔNICO: UMA ANÁLISE DA LITERATURA ATUAL                                 | PO310   | 227  |
| Avaliação das principais queixas estéticas de pacientes submetidos a rinosseptoplastia no serviço de otorrinolaringologia do HCPA                     | PO674   | 237  |
| Avaliação de adesão e redução de pressão efetiva em pacientes em uso de CPAP, após tratamento com furoato de mometasona intranasal                    | PO386   | 80   |
| Avaliação de dados clínicos, demográficos e antropométricos em adultos com suspeita de apneia obstrutiva do sono em um Hospital Universitário         | PO379   | 79   |
| AVALIAÇÃO DO COMPONENTE CERVICOGÊNICO ENTRE PACIENTES COM TONTURA                                                                                     | PO498   | 577  |
| Avaliação do desempenho do questionário STOP-Bang na triagem de AOS em indivíduos adultos de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro              | PO515   | 711  |
| AVALIAÇÃO DO FLUXO NASAL, DOS ÍNDICES POLISSONOGRÁFICOS E DOS ARCOS DENTÁRIOS APÓS EXPANSÃO RÁPIDA DA MAXILA EM CRIANÇAS COM SAOS: UMA SÉRIE DE CASOS | PO609   | 93   |
| AVALIAÇÃO DO PERFIL DE QUEIXAS DE PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES: ANÁLISE PARCIAL  | PO335   | 696  |
| AVALIAÇÃO DO POTENCIAL AUDITIVO DO TRONCO ENCEFÁLICO EM PACIENTES PORTADORES DE TINNITUS SUBJETIVO TRATADO COM NIMODIPINA POR 30 e 90 DIAS            | PO095   | 548  |
| AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE RASTREIO DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EM IDOSOS (RADI) EM COMPARAÇÃO À VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO                          | PO692   | 721  |
| AVALIAÇÃO DO USO DE IMUNOBIOLOGICOS NO CONTROLE DA RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE: UMA REVISÃO NARRATIVA.                                         | PO790   | 734  |
| Avaliação e evolução de disfonia em pacientes hospitalizados por COVID-19                                                                             | ATTL010 | 27   |
| AVALIAÇÃO FONIATRICA EM PACIENTE COM CMV CONGÊNITO                                                                                                    | PO042   | 255  |
| AVALIAÇÃO OLFATÓRIA EM PÓS OPERATÓRIO DE RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE NASAL: REVISÃO DE LITERATURA                                              | PO962   | 1013 |
| Avaliação Otorrinolaringológica em pacientes com Fibrose Cística                                                                                      | ATTL015 | 56   |
| Avaliação Videostroboscópica Laríngea de cantores populares amazonenses                                                                               | PO797   | 338  |
| Avaliação Videofaringolaringoscópica de cantores populares amazonenses                                                                                | PO813   | 340  |
| Benefícios Clínicos Sustentados em Pacientes com Rinossinusite Crônica com Pólipos Nasais 24 semanas pós tratamento com mepolizumabe                  | PO115   | 786  |
| BENEFÍCIOS DA APLICAÇÃO LOCAL DE METILPREDNISOLONA NO CONTROLE DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO EM AMIGDALECTOMIAS                                            | ATTL003 | 11   |
| BETAISTINA PARA DOENÇA DE MENIERE - REVISÃO SISTEMÁTICA DE ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS                                                              | PO747   | 591  |
| Bola fúngica em seio esfenoidal: um sítio diferente do comum                                                                                          | PO039   | 765  |
| BOLA FÚNGICA ESFENOIDAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA                                                                                       | PO495   | 890  |
| BRASILEIROS DIAGNOSTICADOS COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO QUE POSSUEM OBESIDADE (IMC >30Kg/m2) : UMA REVISÃO SISTEMÁTICA                               | PO655   | 95   |
| CAPACITAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA EM OTOSCOPIA AOS ALUNOS DE MEDICINA: UMA EXPERIÊNCIA VIABILIZADA PELA LIGA ACADÊMICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA              | PO801   | 511  |
| Características clínicas de pacientes com RSCcPNS submetidos a teste de provocação com AINEs                                                          | PO602   | 923  |
| CARACTERIZAÇÃO DOS SINTOMAS E DAS SEQUELAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS EM PACIENTES QUE ESTIVERAM INTERNADOS POR COVID-19                                  | ATTL005 | 17   |
| CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO DE GLÂNDULA LACRIMAL: UM RELATO DE CASO                                                                                    | PO845   | 198  |
| CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO DO NARIZ E DOS SEIOS PARANASAIS: RELATO DE CASO                                                                            | PO631   | 933  |
| CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO NASOSSINUSAL                                                                                                               | PO804   | 975  |
| CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO, UM DIAGNÓSTICO INCOMUM APÓS AMIGDALECTOMIA                                                                                | PO053   | 124  |
| CARCINOMA ADENOÍDE CÍSTICO: UM RELATO DE CASO                                                                                                         | PO175   | 802  |
| CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS – METÁSTASE CERVICAL DE SÍTIO PRIMÁRIO OCULTO                                                                          | PO431   | 154  |
| CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE NASOFARINGE                                                                                                         | PO661   | 183  |
| CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE NASOFARINGE: DIAGNÓSTICO TARDIO                                                                                     | PO600   | 922  |
| Carcinoma de células escamosas invasivo em nasofaringe de paciente jovem: relato de caso                                                              | PO050   | 770  |
| CARCINOMA DE DUCTO SALIVAR EM ESPAÇO PARAFARÍNGEO – RELATO DE CASO                                                                                    | PO612   | 925  |

|                                                                                                                                   |       |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|
| Carcinoma de Nasofaringe: Perfil epidemiológico                                                                                   | PO812 | 977  |
| CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PREGA VOCAL COM ASPECTO ENDOSCÓPICO DE LESÃO BENIGNA CÍSTICA: UM RELATO DE CASO                          | PO641 | 325  |
| Carcinoma epidermóide de seio maxilar: Relato de caso.                                                                            | PO238 | 141  |
| Carcinoma escamoso com tumor primário oculto em cabeça e pescoço - relato de caso                                                 | PO643 | 179  |
| Carcinoma Escamoso Invasor na Orelha Média – Relato de Caso                                                                       | PO151 | 384  |
| CARCINOMA ESPINOCELULAR DE MEATO ACÚSTICO EXTERNO ESTÁGIO IV ASSOCIADO A ABSCESSO DE MÚSCULO TEMPORAL: RELATO DE CASO             | PO604 | 477  |
| CARCINOMA ESPINOCELULAR DE RINOFARINGE EM PACIENTE COM HIPOCAUSIA DE LONGA DATA: UM RELATO DE CASO                                | PO552 | 170  |
| Carcinoma espinocelular em conduto auditivo externo: um relato de caso                                                            | PO525 | 462  |
| CARCINOMA ESPINOCELULAR EM REGIÃO CERVICAL DIREITA COM ACOMETIMENTO PERINEURAL: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA         | PO745 | 190  |
| CARCINOMA ESPINOCELULAR PAPILÍFERO MIMETIZANDO PAPILOMATOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO                                              | PO382 | 304  |
| CARCINOMA INDIFERENCIADO DE NASOFARINGE: UM RELATO DE CASO                                                                        | PO929 | 213  |
| CARCINOMA INDIFERENCIADO SINONASAL DO TIPO NUT EM PACIENTE FEMININA DE 49 ANOS: UM RELATO DE CASO                                 | PO910 | 1001 |
| CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE ALTO GRAU EM NASOFARINGE: RELATO DE CASO                                                             | PO355 | 846  |
| CARCINOMA NASOSSINUSAL COM METÁSTASE PARA ORELHA MÉDIA CONTRA-LATERAL - RELATO DE CASO                                            | PO540 | 903  |
| Carcinoma neuroendócrino de pequenas células em cavidade nasal como diagnóstico diferencial de esteseuroblastoma: Relato de caso. | PO229 | 815  |
| CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS NO TRATO NASOSSINUSAL: UM RELATO DE CASO                                             | PO491 | 163  |
| CARCINOMA NUT: RELATO DE CASO                                                                                                     | PO607 | 924  |
| Carcinoma papilífero associado a adenoma folicular em tireoide ectópica: um relato de caso                                        | PO518 | 167  |
| CARCINOMA PAPILÍFERO COM INVASÃO TRAQUEAL: RELATO DE CASO                                                                         | PO458 | 159  |
| CARCINOMA PAPILÍFERO EM CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO, EM ADOLESCENTE DO SEXO MASCULINO. RELATO DE CASO                              | PO769 | 191  |
| CARCINOMA SARCOMATÓIDE COMO DIAGNÓSTICO DE LESÃO POLIPÓIDE DE PREGA VOCAL - RELATO DE CASO                                        | PO499 | 313  |
| CARCINOMA SCHNEIDERIANO IN SITU METACRÔNICO NOVE ANOS APÓS RECIDIVA DE PAPILOMA INVERTIDO: UM RELATO DE CASO                      | PO227 | 814  |
| Caso raro de Neuroblastoma: fatores diagnóstico correlacionados com a Imuno-histoquímica                                          | PO614 | 926  |
| Casuística das Cirurgias de Cabeça e Pescoço efectuadas em cinco regiões brasileiras em 2023                                      | PO034 | 123  |
| CEC Invasor de Laringe em paciente jovem sem fatores de risco: Um Relato de Caso                                                  | PO776 | 336  |
| CEFALEIA CRÔNICA E MUCOCELE FRONTOETMOIDAL – Relato de caso                                                                       | PO558 | 908  |
| CEFALEIA RINOGENICA POR DESVIO DE SEPTO: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA                                                | PO764 | 968  |
| Celulite periorbital pós-septal recidivada                                                                                        | PO512 | 897  |
| CELULITE PERIORBITÁRIA COMO COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE                                                                          | PO633 | 934  |
| CELULITE PERIORBITÁRIA: UM RELATO DE CASO                                                                                         | PO396 | 862  |
| CIRURGIA DE DEGLOVING POR PAPILOMA INVERTIDO                                                                                      | PO423 | 874  |
| Cirurgia de implante coclear bilateral em paciente com ossificação coclear após meningite: um relato de caso                      | PO920 | 535  |
| CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR EM PACIENTE COM OTOSCLEROSE COCLEAR AVANÇADA: UM RELATO DE CASO                                      | PO940 | 538  |
| CIRURGIA ENDOSCÓPICA DE LARINGE EM CRIANÇA DE 8 MESES COM FALHA DE EXTUBAÇÃO: RELATO DE CASO BEM-SUCEDIDO                         | PO236 | 610  |
| CIRURGIAS DE TRAQUEOSTOMIA NO NORDESTE BRASILEIRO: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS ÚLTIMOS 5 ANOS                                       | PO411 | 306  |
| Cisto branquial infectado em achado anatomopatológico pós operatório                                                              | PO249 | 143  |
| Cisto de Primeiro Arco Branquial: Caso Clínico e Revisão da embriologia ao diagnóstico                                            | PO191 | 134  |
| Cisto de segunda fenda braquial atípico em orofaringe : Relato de caso.                                                           | PO662 | 96   |
| Cisto de Thornwaldt no diagnóstico diferencial de lesões de Nasofaringe                                                           | PO550 | 905  |



|                                                                                                                                                        |         |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| CISTO DE THORNWALDT UM ACHADO INCIDENTAL DURANTE UMA RINOPLASTIA                                                                                       | PO052   | 772 |
| CISTO DE VALÉCULA SINTOMÁTICO EM LACTENTE: RELATO DE UMA ABORDAGEM BEM-SUCEDIDA                                                                        | PO841   | 342 |
| CISTO DERMOIDE COM INVASÃO DE SEPTO - RELATO DE CASO                                                                                                   | PO560   | 639 |
| CISTO GIGANTE DE VALÉCULA EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO                                                                                              | PO584   | 322 |
| CISTO NASOLABIAL, UM RELATO DE CASO                                                                                                                    | PO373   | 698 |
| CISTO NASOLABIAL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO                                                                                                             | PO556   | 907 |
| Cisto Nasolabial: Relato de Caso                                                                                                                       | PO188   | 689 |
| CISTO ONCOCÍTICO DE LARINGE - RELATO DE CASO                                                                                                           | PO852   | 345 |
| CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO – RELATO DE CASO                                                                                                             | PO232   | 816 |
| Colesteatoma complicado por trombose séptica do seio sigmoide: Um relato de caso                                                                       | PO952   | 540 |
| COLESTEATOMA CONGÊNITO COM INVASÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL                                                                                          | PO460   | 445 |
| Colesteatoma congênito e a importância do diagnóstico precoce: relato de caso                                                                          | PO620   | 643 |
| COLESTEATOMA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO EM CRIANÇA: RELATO DE CASO                                                                                    | PO851   | 523 |
| Colesteatoma de Conduto Auditivo Externo: Relato de caso                                                                                               | PO839   | 521 |
| COLESTEATOMA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO                                                                                               | PO044   | 675 |
| COLESTEATOMA EM PACIENTE COM IMPLANTE COCLEAR                                                                                                          | PO759   | 503 |
| COMPARAÇÃO DE PRÓTESES DE TITÂNIO E TEFLON EM ESTAPEDOTOMIA PRIMÁRIA PARA OTOSCLEROSE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE                          | PO223   | 138 |
| Comparação de resultados entre timpanoplastias endoscópica e microscópicas                                                                             | PO280   | 409 |
| Comparação tomográfica da cóclea, janela oval, janela redonda e nervo facial entre adultos e crianças e sua influência na cirurgia do implante coclear | ATTL002 | 29  |
| COMPARAÇÃO TOMOGRÁFICA DA CÓCLEA, JANELA OVAL, JANELA REDONDA E NERVO FACIAL ENTRE ADULTOS E CRIANÇAS E SUA INFLUÊNCIA NO IMPLANTE COCLEAR             | PO061   | 365 |
| Complicação de otite média colesteatomatosa em criança com fissura labiopalatal                                                                        | PO218   | 607 |
| COMPLICAÇÃO DE PROCEDIMENTO ESTÉTICO DO TIPO RINOMODELAÇÃO AVALIADO PELO ULTRASSOM DE ALTA RESOLUÇÃO – UM RELATO DE CASO                               | PO073   | 222 |
| Complicação orbitária de rinossinusite aguda: relato de caso                                                                                           | PO562   | 910 |
| Complicação otológica relacionada ao uso de cone hindu                                                                                                 | PO027   | 359 |
| Complicações das otites médias: uma revisão                                                                                                            | PO648   | 483 |
| COMPLICAÇÕES INTRACRANIANAS DA OTITE MÉDIA AGUDA: UM RELATO DE CASO                                                                                    | PO869   | 524 |
| COMPLICAÇÕES LARÍNGEAS PÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL POR COVID-19: RELATO DE TRÊS CASOS                                                                    | PO106   | 275 |
| COMPRESSÃO EXTRÍNSECA VASCULAR COMO CAUSA DE ESTRIDOR EM NEONATOS - RELATO DE CASO                                                                     | PO273   | 615 |
| Consequências Físicas e Psicológicas Das Complicações Da Cirurgia Estética                                                                             | PO887   | 247 |
| CONSTRUÇÃO DE FOLDERS NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE TEMAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA                                                          | PO010   | 672 |
| CORDOMA DE CLIVUS: DESAFIO CIRÚRGICO PELA TÉCNICA ENDOSCÓPICA ENDONASAL                                                                                | PO363   | 851 |
| CORPO ESTRANHO DE LARINGE –BERNE EM REGIÃO GLÓTICA                                                                                                     | PO928   | 354 |
| Corpo estranho em espaço parafaríngeo: sintomas tardios e manejo transoral                                                                             | PO009   | 122 |
| CORPO ESTRANHO EM SEIO ETMOIDAL DIREITO APÓS TRAUMA                                                                                                    | PO356   | 847 |
| Corpo estranho orbitário: um relato de caso atípico                                                                                                    | PO914   | 208 |
| CORREÇÃO COM ENXERTO DE INSUFICIÊNCIA DE VÁLVULA NASAL EXTERNA: UM RELATO DE CASO                                                                      | PO798   | 972 |
| CORRELAÇÃO ENTRE AOS E DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA                                                          | PO763   | 103 |
| CORRELAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO A ORGANOFOSFORADOS E TONTURA - UMA REVISÃO DE LITERATURA                                                                    | PO122   | 549 |
| CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE SONO E DISTÚRBIOS MICCIONAIS EM ESCOLARES                                                                                | PO533   | 91  |
| Correlação entre tabagismo e internações por amigdalite aguda no Brasil entre 2013 e 2019                                                              | PO756   | 730 |
| Correlação entre tabagismo e internações por neoplasia de laringe no Brasil entre 2015 a 2021                                                          | PO826   | 341 |
| DACRIOCISTORRINOSTOMIA EM PACIENTE COM EPÍFORA CRÔNICA APÓS TCE: RELATO DE CASO                                                                        | PO721   | 958 |
| DE MÉDICO A PACIENTE: MEU RELATO DE EXPERIÊNCIA COM A APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO!                                                                       | PO112   | 68  |
| Deformidade nasal por doença infecciosa crônica: Relato de caso e Revisão de literatura                                                                | PO454   | 231 |

|                                                                                                                            |         |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| DEISCÊNCIA BILATERAL DE CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR                                                                        | PO313   | 417 |
| DEISCÊNCIA DE TEGMEN TIMPÂNICO APÓS TIMPANOMASTOIDECTOMIA DE CAVIDADE ABERTA                                               | PO884   | 530 |
| DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE DOENÇAS INCOMUNS: UM RELATO DE CASO                                                | PO687   | 330 |
| DESCOMPRESSÃO MICROVASCULAR PARA ESPASMO HEMIFACIAL                                                                        | PO936   | 537 |
| Descompressão orbitária na Oftalmopatia de Graves Severa: Um Relato de Caso                                                | PO443   | 878 |
| DESEMPENHO DE PACIENTES COM SURDEZ PÓS-LINGUAL SUBMETIDOS A IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL                                    | ATTL005 | 32  |
| Desenvolvimento de um novo teste olfatório para a prática clínica: Santa Casa de São Paulo Olfactory Test (SCOT)           | ATTL005 | 8   |
| DIAGNÓSTICO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO VIA OXIMETRIA DE PULSO NOTURNA (BIOLOGIX®): UMA OU TRÊS NOITES?                   | PO837   | 106 |
| DIAGNÓSTICO DE MENIERE EM CRIANÇA: RELATO DE CASO                                                                          | PO874   | 527 |
| DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OTALGIA INTENSA: CARCINOMA ESCAMOSO - RELATO DE CASO                                            | PO138   | 381 |
| DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERA ORAL: UM RELATO DE CASO                                                                  | PO433   | 83  |
| DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: REVISÃO SISTEMÁTICA                                                   | PO561   | 470 |
| DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO ZUMBIDO AUXILIADO PELA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL otoIA                                           | PO085   | 679 |
| Diagnóstico e Tratamento precoce na Surdez Súbita: Relato de caso                                                          | PO119   | 376 |
| Diagnóstico incidental de membrana laríngea em criança com disfonia, um relato de caso                                     | PO215   | 606 |
| DIAGNÓSTICO TARDIO DE PERDA AUDITIVA E SEUS IMPACTOS NA LINGUAGEM                                                          | PO036   | 254 |
| Dificuldade escolar e alterações do PAC - A ponta do Iceberg?                                                              | PO081   | 259 |
| Dificuldades no Diagnóstico de Distonia Laríngea: relato de um caso                                                        | PO517   | 314 |
| DISCRIMINAÇÃO VOCAL BAIXO COMO PRIMEIRO SINTOMA DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO                                               | PO292   | 412 |
| DISFAGIA EM NEONATO POR LESÃO EXPANSIVA DE OROFARINGE: UM RELATO DE CASO                                                   | PO625   | 644 |
| DISFONIA COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA INICIAL PACIENTE COM CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS INVASIVO DE LARINGE: RELATO DE CASO | PO331   | 296 |
| Disfunção de válvula nasal externa corrigida com enxerto Alar-Batten – um relato de caso                                   | PO622   | 235 |
| DISPLASIA FIBROSA DE OSSO TEMPORAL COM COMPROMETIMENTO DE OUVIDO EXTERNO: RELATO DE CASO                                   | PO731   | 500 |
| DISPLASIA FIBROSA EM OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO                                                                         | PO960   | 542 |
| DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA: MELHORA DA CAMPIMETRIA APÓS DESCOMPRESSÃO DO NERVO ÓPTICO                                   | PO893   | 997 |
| DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DE MANDÍBULA EM SEQUÊNCIA DE PIERRE ROBIN COM SUSPEITA DE SÍNDROME DE STICKLER: RELATO DE CASO       | PO835   | 741 |
| Distúrbios de sono em crianças com Transtornos do Espectro Austista                                                        | PO434   | 84  |
| DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO DO HAMARTOMA ADENOMATÓIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO                                              | PO035   | 764 |
| Doença de Castleman como diagnóstico diferencial em quadro de linfadenomegalia cervical: Relato de caso                    | PO235   | 140 |
| DOENÇA DE MÉNIÈRE EM PACIENTE COM CHIARI I - ASSOCIAÇÃO RARA E POUCO MEMORADA AO DIAGNÓSTICO DE MÉNIÈRE                    | PO037   | 544 |
| DOENÇA DE ROSAI-DORFMAN: UM RELATO DE CASO                                                                                 | PO346   | 843 |
| DOWNBEAT NYSTAGMUS                                                                                                         | PO547   | 714 |
| EDEMA AGUDO DE PULMÃO POR PRESSÃO NEGATIVA: UMA POSSÍVEL COMPLICAÇÃO DE ABORDAGENS CIRÚRGICAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES   | PO397   | 701 |
| Efeito de quimiofármacos neurotóxicos na tontura em mulheres com neoplasia de mama                                         | PO186   | 559 |
| EFEITOS DA COVID-19 NO SISTEMA AUDITIVO                                                                                    | PO195   | 690 |
| Efeitos das Infecções Recorrentes do Ouvido Médio no Desenvolvimento Linguístico: uma revisão integrativa                  | PO329   | 622 |
| EFEITOS DO USO DE PLASMA RICO EM PLAQUETAS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS NASOSSINUSAIS                                    | ATTL010 | 51  |
| EFEITOS NEUROCOGNITIVOS DA ESTIMULAÇÃO OLFATIVA EM PESSOAS COM DECLÍNIO COGNITIVO SUBJETIVO E DECLÍNIO COGNITIVO LEVE      | ATTL016 | 57  |
| Eficácia da tireoplastia tipo 3 para redução de pitch suficiente em falsete mutacional: uma revisão sistemática            | ATTL002 | 25  |



|                                                                                                                                               |         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| Eficácia de mepolizumabe em pacientes com granulomatose eosinofílica com poliangéite e um fenótipo vasculítico                                | PO117   | 788 |
| EFICÁCIA DO USO DA TERAPIA DE FOTOBIMODULAÇÃO NO TRATAMENTO DA RINITE ALÉRGICA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO                                    | ATTL008 | 49  |
| Eficácia e segurança da Telemedicina em Otorrinolaringologia: uma revisão narrativa                                                           | PO182   | 688 |
| EFICÁCIA E SEGURANÇA DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO EM PACIENTES COM SÍNDROME DE PRADER-WILLI COM TRANSTORNOS DO SONO: REVISÃO INTEGRATIVA        | PO012   | 62  |
| EMPIEMA SUBDURAL SECUNDÁRIO À RINOSSINUSITE                                                                                                   | PO675   | 945 |
| EMPIEMA SUBDURAL: UMA COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE                                                                                            | PO530   | 636 |
| Encefalocele esfenoidal: Relato de Caso                                                                                                       | PO288   | 830 |
| ENCEFALOCELE TARDIA COM FÍSTULA LIQUÓRICA: RELATO DE CASO                                                                                     | PO330   | 423 |
| Epidemiologia das internações por parotidites virais em Pernambuco nos últimos 5 anos                                                         | PO405   | 82  |
| Epidemiologia das Neoplasias Malignas do Esôfago da região Nordeste                                                                           | PO736   | 102 |
| EPIGLOTITE ASSINTOMÁTICA EM PACIENTE ADULTO                                                                                                   | PO316   | 295 |
| EPIGLOTITE EM ADULTO: RELATO DE CASO                                                                                                          | PO242   | 288 |
| EPIGLOTOPEXIA NO TRATAMENTO DA LARINGOMALÁCIA TIPO 4: RELATO DE CASO                                                                          | PO181   | 283 |
| EPIGNATHUS GIGANTE: UM DESAFIO MULTIDISCIPLINAR                                                                                               | PO290   | 618 |
| EPISTAXE COMO APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA SINONASAL INDIFERENCIADO (SNUC) EM JOVEM SEM FATORES DE RISCO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA | PO203   | 809 |
| EPISTAXE DEVIDO À ANEURISMA CAROTÍDEO EM SEIO ESFENOIDAL                                                                                      | PO398   | 863 |
| EPISTAXE RECORRENTE ASSOCIADA A ALTOS NÍVEIS PRESSÓRICOS: RELATO DE CASO                                                                      | PO559   | 909 |
| EPISTAXE RECORRENTE DEVIDO A FRATURA DE OSSO MAXILAR - RELATO DE CASO                                                                         | PO426   | 705 |
| EPISTAXE SECUNDÁRIA A NASOANGIOFIBROMA TRATADA POR EMBOLIZAÇÃO SELETIVA: RELATO DE CASO                                                       | PO268   | 824 |
| EPISTAXE: SANGRAMENTOS NASAIS DE ORIGEM ALTA, A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM ADEQUADA                                                             | PO519   | 898 |
| ERITEMA MULTIFORME NA CAVIDADE ORAL – RELATO DE CASO                                                                                          | PO309   | 75  |
| Estapedotomia com laser CO2 – a experiência recente do Hospital de Egas Moniz                                                                 | PO917   | 534 |
| ESTENOSE COANAL: RELATO DE CASO                                                                                                               | PO162   | 797 |
| ESTENOSE CONGÊNITA DA ABERTURA PIRIFORME: RELATO DE CASO                                                                                      | PO358   | 849 |
| ESTENOSE CONGÊNITA DE ABERTURA PIRIFORME EM LACTENTE: RELATO DE CASO                                                                          | PO007   | 755 |
| ESTENOSE CONGÊNITA DE ABERTURA PIRIFORME: RELATO DE CASO                                                                                      | PO758   | 658 |
| Estenose de meato acústico externo após traumatismo de osso temporal: um relato de caso                                                       | PO899   | 531 |
| ESTENOSE DE RINOFARINGE ADQUIRIDA: UM RELATO DE CASO                                                                                          | PO711   | 725 |
| ESTENOSE LARINGOTRAQUEAL IDIOPÁTICA SECUNDÁRIA A DOENÇA RELACIONADA AO IGG4: RELATO DE CASO                                                   | PO665   | 326 |
| ESTENOSE SUBGLÓTICA PÓS INTUBAÇÃO EM LACTENTES EM HOSPITAL TERCIÁRIO - SÉRIE DE CASOS                                                         | PO452   | 630 |
| Estenose traqueal grave pós intubação orotraqueal: relato de caso                                                                             | PO637   | 178 |
| ESTESIONEUROBLASTOMA DE CORNETO MÉDIO: RELATO DE CASO                                                                                         | PO505   | 894 |
| ESTRATÉGIA DE TRIAGEM PARA IDOSOS COM SINTOMAS DE DISFAGIA                                                                                    | PO673   | 328 |
| Estudo comparativo entre internações por laringectomias no Brasil no período de 2019 a 2023                                                   | PO806   | 195 |
| ESTUDO COMPARATIVO ENTRE INTERNAÇÕES POR TIREOIDECTOMIAS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2013 A 2022                                                  | PO954   | 216 |
| ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE PACIENTES COM INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO APÓS RINOPLASTIA EM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM OTORRINOLARINGOLOGIA         | PO528   | 232 |
| ESTUDO DE ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS CLÍNICAS E POLISSONOGRÁFICAS EM CRIANÇAS COM E SEM SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO                    | PO018   | 63  |
| Estudo dos aspectos epidemiológicos da otite média e outros transtornos do ouvido médio na Bahia entre 2012 e 2022                            | PO834   | 519 |
| Estudo dos efeitos da utilização de anestesia local associada à anestesia geral em adenoamigdalectomias                                       | PO479   | 631 |
| ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA ATUAÇÃO DA OTORRINOLARINGOLOGIA EM PACIENTES ACIMA DE 60 ANOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO TERCIÁRIO                    | PO707   | 724 |
| ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA ATUAÇÃO DA OTORRINOLARINGOLOGIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO TERCIÁRIO                         | PO696   | 654 |

|                                                                                                                                                        |         |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA ATUAÇÃO DA OTORRINOLARINGOLOGIA EM PACIENTES TRANSPLANTADOS DE MEDULA ÓSSEA E UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO TERCIÁRIO: ESTUDO RET | PO966   | 753 |
| Estudo epidemiológico: internações por neoplasia labial, bucal e faríngea em um hospital referência do interior de São Paulo                           | PO067   | 66  |
| ESTUDO LONGITUDINAL DOS FATORES ASSOCIADOS À PERDA AUDITIVA EM PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE                                                      | ATTL004 | 31  |
| Etiologia da Hipofunção Vestibular Bilateral                                                                                                           | PO383   | 573 |
| EVOLUÇÃO DE 10 ANOS DE UM TUMOR ODONTOGÊNICO DE LOCALIZAÇÃO ATÍPICA, COM INVASÃO ORBITÁRIA E INTRACRANIANA                                             | PO488   | 90  |
| EVOLUÇÃO DOS BIOESTIMULADORES DÉRMICOS: RELAÇÃO ENTRE LOCAIS DE APLICAÇÃO E INTERCORRÊNCIAS                                                            | PO734   | 240 |
| Evolução Favorável em Carcinoma indiferenciado de fossa pterigopalatina invadindo seio cavernoso e fissura orbitária inferior - relato de caso         | PO616   | 928 |
| Evolução incomum de lesão nasal: leishmaniose e CEC concomitantes?                                                                                     | PO260   | 821 |
| EXÉRESE CIRÚRGICA DE CISTO NASOALVEOLAR - RELATO DE CASO                                                                                               | PO716   | 955 |
| EXÉRESE DE CEC EM REGIÃO RETROAURICULAR COM INVASÃO DE PAVILHÃO AURICULAR, CAE E PARÓTIDA COM RECONSTRUÇÃO COM PLÁSTICA EM Z                           | PO656   | 181 |
| Exérese de Laringocele Mista por Via Cervical Externa – Um relato de caso                                                                              | PO598   | 324 |
| Experiência de acadêmicos de medicina em ambulatório de otologia de um hospital universitário                                                          | PO907   | 533 |
| EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA EM CIRURGIA COM A EQUIPE DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO                                    | PO856   | 743 |
| EXPERIÊNCIA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM OTORRINOLARINGOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE                                                                 | PO005   | 671 |
| EXPERIÊNCIA NA RECONSTRUÇÃO DE BASE DE CRÂNIO: REVISÃO DE 13 CASOS                                                                                     | PO344   | 842 |
| Explorando a complexidade da rinossinusite fúngica invasiva                                                                                            | PO523   | 900 |
| EXPLORANDO A RELAÇÃO ENTRE OTITE E CONDIÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR: UMA ANÁLISE ESTATÍSTICA                                                   | PO689   | 490 |
| Exposição ao HIV como possível fator de risco para audição e linguagem: relato de caso                                                                 | PO026   | 253 |
| Extrusão de prótese de tireoplastia 10 anos após procedimento                                                                                          | PO349   | 299 |
| EXUBERANTE APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA NASOFARÍNGEO EM ESTADIO AVANÇADO - UM CASO ATUALMENTE RARO                                                        | PO722   | 186 |
| FALHA DE INTEGRIDADE DE IMPLANTE COCLEAR APÓS TRAUMA CEFÁLICO                                                                                          | PO314   | 418 |
| FARINGOAMIGDALITE DO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO AO MANEJO E EVOLUÇÃO, UM RELATO DE CASO                                                                    | PO265   | 614 |
| Fatores associados ao uso excessivo da voz em professores                                                                                              | PO032   | 271 |
| FEBRE REUMÁTICA AGUDA NO ESTADO DA BAHIA: ANÁLISE DO INDICADOR DE SAÚDE SOBRE INTERNAMENTOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS                                         | PO079   | 677 |
| FIBROMA DESMOIDE DE SEIO MAXILAR: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO DE LESÕES NASOSSINUSAIS NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA                                      | PO294   | 619 |
| FIBROMA OSSIFICANTE DE CONCHA MÉDIA: DESAFIO DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO TERAPÊUTICA                                                                         | PO575   | 914 |
| FIBROSSARCOMA PEDIÁTRICO DE CABEÇA E PESCOÇO: RELATO DE CASO                                                                                           | PO450   | 158 |
| FÍSTULA DE CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR SECUNDÁRIA: UM RELATO DE CASO                                                                                   | PO490   | 576 |
| Fístula de glândula salivar iatrogênica                                                                                                                | PO923   | 212 |
| FÍSTULA FARINGOCUTÂNEA PRECOCE EM LARINGECTOMIA TOTAL SECUNDÁRIA A INGESTÃO DE BISCOITO POR VIA ORAL - RELATO DE CASO                                  | PO541   | 169 |
| FÍSTULA LIQUÓRICA E PNEUMOENCÉFALO: COMPLICAÇÕES DE UMA MASTOIDECTOMIA                                                                                 | PO212   | 399 |
| Fístula líquórica espontânea: relato de caso                                                                                                           | PO219   | 401 |
| FÍSTULA LÍQUÓRICA NASAL PÓS-TRAUMÁTICA                                                                                                                 | PO033   | 763 |
| FÍSTULA LIQUÓRICA OTOLÓGICA ESPONTÂNEA INTERMITENTE E O DESAFIO DIAGNÓSTICO                                                                            | PO462   | 447 |
| FÍSTULA OTOLÍQUÓRICA ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO                                                                                                        | PO098   | 373 |
| FRATURA DE CADEIA OSSICULAR E ZUMBIDO                                                                                                                  | PO503   | 456 |
| FRATURA DE LARINGE POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO: UM RELATO DE CASO                                                                                     | PO501   | 164 |
| FRATURA DO OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO                                                                                                               | PO088   | 547 |
| FRONTAL SINUS OSTEOMA APPROACH: CASE REPORT                                                                                                            | PO844   | 983 |

|                                                                                                                                              |         |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| Gengivoestomatite herpética em uma criança imunossuprimida                                                                                   | PO255   | 73   |
| GLIOMA NASAL ASSOCIADO A FISSURA PALATINA: RELATO DE CASO                                                                                    | PO810   | 976  |
| GLOMANGIOPERICITOMA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SALVADOR (BAHIA): UM RELATO DE CASO RARO                                                    | PO728   | 960  |
| GLOMANGIOPERICITOMA SINONASAL: RELATO DE CASO                                                                                                | PO821   | 978  |
| GRANDE IMPACTO DA RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE NASAL (RSCcPN) NO SISTEMA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE                      | PO3049  | 834  |
| GRANULOMA COMO CAUSA DE ESTRIDOR E OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA APÓS EXTUBAÇÃO                                                                     | PO132   | 602  |
| GRANULOMA DE COLESTEROL NO ÁPICE PETROSO COM EXTENSÃO PARA FOSSA POSTERIOR E COMPRESSÃO DO TRONCO ENCEFÁLICO: RELATO DE CASO                 | PO871   | 526  |
| Granuloma piogênico da orelha externa - Relato de caso                                                                                       | PO427   | 439  |
| GRANULOMA PIOGÊNICO EM CAVIDADE NASAL – RELATO DE CASO                                                                                       | PO796   | 971  |
| GRANULOMATOSE COM POLIANGÉITE NASOSSINUSAL LOCALIZADA TRATADA COM RITUXIMAB                                                                  | PO777   | 969  |
| Granulomatose de Wegener: Relato de caso                                                                                                     | PO526   | 901  |
| HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO- RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA                                                        | PO628   | 932  |
| HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO: REVISÃO DE LITERATURA                                                                         | PO863   | 990  |
| HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL: Condição subdiagnosticada nas poliposes nasais                                                             | PO918   | 1002 |
| HAMARTOMA CONDROMESQUIMAL NASAL EM ADULTO: UM RELATO DE CASO RARO                                                                            | PO586   | 917  |
| HAMARTOMA DE SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO                                                                                                    | PO502   | 893  |
| Hamartoma nasal seromucinoso - raro tumor nasossinusal                                                                                       | PO266   | 822  |
| Hamartoma seromucinoso nasal: um relato de caso                                                                                              | PO279   | 828  |
| HANSENIASE: LESÃO NASAL AVANÇADA SEM SINTOMAS CLÁSSICOS                                                                                      | PO402   | 865  |
| HEMANGIOENDOTELIOMA EM OSSO TEMPORAL: UM RELATO DE CASO                                                                                      | PO155   | 385  |
| Hemangioma arteriovenoso intraósseo: relato de caso e revisão da literatura                                                                  | PO129   | 128  |
| HEMANGIOMA DE NERVO FACIAL: RELATO DE CASO                                                                                                   | PO092   | 371  |
| HEMANGIOMA DE PREGA VOCAL- UM RELATO DE CASO                                                                                                 | PO196   | 285  |
| HEMANGIOMA INFANTIL EM PONTA NASAL: RELATO DE CASO                                                                                           | PO593   | 921  |
| Hemangioma Nasal                                                                                                                             | PO944   | 1009 |
| Hemangioma supraglótico – relato de caso                                                                                                     | PO376   | 303  |
| HEMANGIOPERICITOMA NASAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA                                                                                              | PO506   | 895  |
| HEMATOMA SEPTAL INFECTADO PÓS TRAUMÁTICO DIAGNOSTICADO TARDIAMENTE COMPLICADO COM CELULITE FACIAL E NARIZ EM SELA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO | PO623   | 930  |
| HERPES ZOSPER FACIAL E SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA                                                    | PO807   | 735  |
| Hibernoma: três casos de tumor adipocítico raro                                                                                              | PO168   | 133  |
| HIDROCISTOMA DE MEATO ACÚSTICO EXTERNO: RELATO DE CASO                                                                                       | PO720   | 497  |
| Hiperêmese gravídica como causa de encefalopatia de Wernicke                                                                                 | PO568   | 580  |
| HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS COM MANIFESTAÇÕES OTOLÓGICAS: RELATO DE CASO                                                           | PO544   | 638  |
| Histiocitose de Células de Langerhans em Osso Temporal na faixa Etária Pediátrica: Um relato de caso.                                        | PO421   | 436  |
| Histiocitose de células de Langerhans multisistêmica cervical em paciente pediátrico                                                         | PO922   | 211  |
| Histiocitose de Células de Langherans em cavidade oral e ossos da face: um relato de caso.                                                   | PO663   | 97   |
| HISTOPLASMOSE LARÍNGEA COM REPERCUSSÃO CUTÂNEA EM PACIENTE IDOSO: UM RELATO DE CASO                                                          | PO685   | 329  |
| História e Evolução da Triagem Auditiva Neonatal no Brasil                                                                                   | PO137   | 603  |
| HOSPITALIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE AMIGDALECTOMIA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA NO BRASIL: 2008-2022                                                | ATTL010 | 39   |
| HOSPITALIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE AMIGDALECTOMIA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA NO BRASIL: 2008-2022                                                | PO753   | 657  |
| HOSPITALIZAÇÕES POR DACRIOCISTORRINOSTOMIA NO BRASIL E REGIÕES PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENTRE 2013 A 2022                                 | PO571   | 912  |
| ICTIOSE: UMA CAUSA RARA DE PERDA AUDITIVA CONDUTIVA                                                                                          | PO793   | 509  |
| Idade média do diagnóstico auditivo e protetização auditiva nas crianças no Brasil                                                           | PO141   | 261  |

|                                                                                                                                                        |         |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| IMOBILIDADE LARÍNGEA UNILATERAL COMO MANIFESTAÇÃO DE CÂNCER DE ESÔFAGO CERVICAL: RELATO DE CASO                                                        | PO131   | 278 |
| IMPACTO DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO DESEMPENHO COGNITIVO                                                                                                | ATTL001 | 28  |
| IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 SOBRE O NÚMERO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS NO BRASIL                                            | PO867   | 746 |
| Impacto da rinite alérgica e da hipertrofia adenotonsilar no comportamento e em aspectos cognitivos da criança                                         | ATTL004 | 35  |
| IMPACTO DO TREINAMENTO OLFATÓRIO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS HÍGIDOS                                                                                | PO770   | 733 |
| IMPACTO NA DEMORA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE UM NASOANGIOFIBROMA JUVENIL                                                                               | PO864   | 991 |
| IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NAS INTERNAÇÕES POR PERDA AUDITIVA NA BAHIA                                                                           | PO341   | 426 |
| IMPLANTE COCLEAR NA SÍNDROME DE WAARDENRBUG                                                                                                            | PO160   | 387 |
| Implicações da septoplastia em pacientes com obstrução nasal                                                                                           | PO740   | 962 |
| Importância da suspeita clínica precoce e estudo anatomopatológico dos tumores nasais                                                                  | PO202   | 808 |
| IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL: UM RELATO DE CASO                                                                                                     | PO305   | 835 |
| IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA (DEFICIÊNCIA DE IGA)                                                                                                         | PO408   | 627 |
| INCOMPETÊNCIA VELOFARÍNGEA FUNCIONAL APÓS REMOÇÃO DO DISJUNTOR DE MCNAMARA                                                                             | PO585   | 641 |
| ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO PITTSBURGH E DISFUNÇÃO DIURNA EM ACADÊMICOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ                                  | PO921   | 114 |
| INFECÇÃO CERVICAL PROFUNDA COM EXTENSÃO PARA MEDIASTINO SECUNDÁRIA A AMIGDALITE: RELATO DE CASO                                                        | PO264   | 146 |
| Infecção por Streptococcus pyogenes acometendo palato mole: Relato de caso                                                                             | PO794   | 104 |
| Infecções em rinosseptoplastia funcional e estética: revisão narrativa de literatura                                                                   | PO908   | 747 |
| Influence of bacterial biomarkers for revisional sinus surgery in patients with chronic rhinosinusitis                                                 | ATTL003 | 46  |
| Influência da Pandemia de COVID-19 na incidência de Surdez Súbita em um Hospital Terciário de São Paulo                                                | PO453   | 442 |
| Insuficiência Vértebro Basilar devido Roubo da Artéria Subclávia - Relato de Caso                                                                      | PO608   | 586 |
| Insuficiência vertebrobasilar por Hipoplasia de Artéria Vertebral                                                                                      | PO883   | 596 |
| INTERNAÇÕES E NÚMEROS DE ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DO LÁBIO, CAVIDADE ORAL E FARINGE: UM PANORAMA NACIONAL                                          | PO364   | 697 |
| Internações hospitalares por otite média e outros transtornos do ouvido médio na Bahia: uma análise quantitativa antes e durante a pandemia de COVID19 | PO486   | 455 |
| INTERNAÇÕES POR RINOSSINUSITE CRÔNICA EM MATO GROSSO: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICOS DOS ÚLTIMOS 5 ANOS                                             | PO651   | 940 |
| INTERNAÇÕES SUS PARA TRATAMENTO DE OTITE MÉDIA EM MATO GROSSO: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICOS DOS ÚLTIMOS 5 ANOS                                    | PO649   | 484 |
| Intubação submentoniana em cirurgia maxilofacial oral: análise de 13 casos                                                                             | PO945   | 215 |
| INVESTIGAÇÃO HISTOLÓGICA, HISTOMÉTRICA E HISTOQUÍMICA DE GLÂNDULAS SUBMANDIBULARES DE RATAS TRATADAS COM INJEÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A           | ATTL001 | 16  |
| Labirintite ossificante de origem infecciosa: relato de caso                                                                                           | PO587   | 583 |
| LABIRINTITE OSSIFICANTE PÓS TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO                                                                                                 | PO228   | 562 |
| LABIRINTITE OSSIFICANTE, A EVOLUÇÃO DE UM PROCESSO DE LABIRINTITE SUPURATIVA: UM RELATO DE CASO                                                        | PO054   | 364 |
| LABIRINTITE OSSIFICANTE: RELATO DE CASO                                                                                                                | PO447   | 574 |
| LABIRINTITE OSSIFICANTE: UM RELATO DE CASO DO INTERIOR PAULISTA                                                                                        | PO303   | 567 |
| LARINGECTOMIA E RECONSTRUÇÃO ESOFÁGICA COM ALÇA DE JEJUNO: relato de caso                                                                              | PO565   | 171 |
| LARINGECTOMIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS NA BAHIA: ANÁLISE DE UMA DÉCADA                                                                                 | PO145   | 129 |
| Laringites Pós-Extubação em Crianças: Análise Descritiva do Diagnóstico e Manejo em um Hospital Terciário                                              | ATTL001 | 33  |
| LARINGOMALÁCIA GRAVE: DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO - RELATO DE CASO                                                                                       | PO805   | 339 |
| LASER DE BAIXA INTENSIDADE E ZUMBIDO                                                                                                                   | PO555   | 578 |
| LATERALIZAÇÃO DE PREGAS VOCAIS EM CRIANÇAS: RELATO DE DOIS CASOS                                                                                       | PO634   | 645 |
| LAVAGEM NASAL E DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE COANA UNILATERAL: RELATO DE CASO                                                                             | PO669   | 944 |
| LAVAGEM NASAL E OTITE MÉDIA AGUDA - OVERWASH                                                                                                           | ATTL003 | 30  |
| LEIOMIOSARCOMA DA CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA                                                                               | PO056   | 773 |

|                                                                                                                       |       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| LEISHMANIOSE MUCOSA COM MANIFESTAÇÕES OROFARÍNGEAS: UM RELATO DE CASO                                                 | PO185 | 71  |
| LESÃO EXPANSIVA EM ORELHA MÉDIA DIREITA: RELATO DE CASO                                                               | PO311 | 416 |
| LESÃO LARÍNGEA PÓS INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL POR COVID-19                                                                | PO432 | 307 |
| Leshmaniose mucocutânea levando à deformidade nasal                                                                   | PO799 | 244 |
| Lesões de Base de Língua congênitas – um Relato de Caso: Diagnóstico desafiador para tratamento desafiador            | PO143 | 604 |
| Lesões por neurofibromatose, iniciadas na infância: relato de caso                                                    | PO958 | 217 |
| Lesões ulceradas em orofaringe e nasofaringe: Granulomatose de Wegener?                                               | PO251 | 818 |
| LIBRAS NA FORMAÇÃO DO MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA                                                                   | PO140 | 685 |
| LIGAÇÃO ENTRE MEMÓRIA E EQUILÍBRIO EM IDOSOS - UMA REVISÃO DE LITERATURA                                              | PO152 | 554 |
| LINFANGIOMA CERVICAL GIGANTE EM ADULTO - Relato de caso                                                               | PO915 | 209 |
| Linfoma de células T/NK nasal: relato de caso                                                                         | PO417 | 870 |
| LINFOMA DE CÉLULAS T/NK NASAL: RELATO DE CASO                                                                         | PO626 | 931 |
| LINFOMA DE CÉLULAS T/NK TIPO NASAL EM ASSOCIAÇÃO COM SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA: RELATO DE CASO                          | PO752 | 967 |
| LINFOMA EXTRANODAL DE CÉLULAS NK-T TIPO NASAL COM INFECÇÃO SECUNDÁRIA POR ASPERGILLUS COMO CAUSA DE PERFURAÇÃO SEPTAL | PO615 | 927 |
| Linfoma Não-Hodgkin: Tumor Pouco Comum em Nasofaringe                                                                 | PO347 | 844 |
| MANEJO CIRÚRGICO DE ESTENOSE VELOFARÍNGEA SEVERA PÓS RADIOTERAPIA – RELATO DE CASO                                    | PO239 | 142 |
| MANEJO DA EPISTAXE NA TELANGIECTASIA HEREDITÁRIA FAMILIAR                                                             | PO283 | 829 |
| MANEJO DA EPISTAXE: UMA AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM PRONTO ATENDIMENTO                  | PO905 | 999 |
| MANEJO DA PONTA NASAL UTILIZANDO ENXERTO ÓSSEO                                                                        | PO700 | 239 |
| MANEJO DE COMPLICAÇÃO OPERATÓRIA IMEDIATA DE AMIGDALECTOMIA: UM RELATO DE CASO                                        | PO931 | 115 |
| MANEJO DE COMPLICAÇÕES ORBITÁRIAS DE RINOSSINUSITES AGUDAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA                                 | PO866 | 992 |
| Manejo do respirador oral portador de fissura labiopalatina                                                           | PO875 | 108 |
| MANIFESTAÇÃO DO HERPES-ZOSTER EM CAVIDADE ORAL E FACE: RELATO DE CASO                                                 | PO225 | 691 |
| MANIFESTAÇÕES OTOLÓGICAS DO FORAME DE HUSCHKE APÓS ARTROSCOPIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORAMANDIBULAR                       | PO285 | 411 |
| MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DA SINDROME DE HADARA                                                            | PO348 | 427 |
| Manifestações otorrinolaringológicas na Granulomatose de Wegener com estenose subglótica: Relato de caso              | PO762 | 334 |
| Massa cervical por metástase de carcinoma renal: Relato de caso                                                       | PO233 | 139 |
| MASTOIDECTOMIA RADICAL COM RETALHO DE OCCIPITAL POR COLESTEATOMA CONGÊNITO: RELATO DE CASO                            | PO660 | 486 |
| MASTOIDITE AGUDA POR BURKHOLDERIA SP. EM PACIENTE PREVIAMENTE HÍGIDO                                                  | PO324 | 421 |
| MASTOIDITE ASSOCIADA A COVID-19 – RELATO DE CASO                                                                      | PO245 | 611 |
| MASTOIDITE COM COMPLICAÇÃO INTRACRANIANA: RELATO DE CASO                                                              | PO510 | 458 |
| MASTOIDITE COMPLICADA COM TROMBOSE DO SEIO TRANSVERSO - RELATO DE CASO                                                | PO208 | 396 |
| MASTOIDITE ESCAMOSIZOMÁTICA EM CRIANÇA COM OTITE MÉDIA AGUDA                                                          | PO014 | 599 |
| Mastoidite por colesteatoma: relato de caso                                                                           | PO394 | 434 |
| MASTOIDITE TUBERCULOSA: RELATO DE CASO                                                                                | PO536 | 466 |
| MATERIAL ALOPLÁSTICO ENCONTRADO COMO ACHADO DE RINOPLASTIA SECUNDÁRIA: RELATO DE CASO                                 | PO766 | 242 |
| MEDIDAS DE PROJEÇÃO E ROTAÇÃO DA PONTA NASAL EM RINOSSEPTOPLASTIA PRIMÁRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA                 | PO846 | 984 |
| MELANOMA EM FOSSA NASAL: RELATO DE CASO                                                                               | PO919 | 210 |
| Melanoma maligno da mucosa nasossinusal: caso clínico                                                                 | PO332 | 839 |
| MELANOMA SURGINDO EM NEVO AZUL EM COURO CABELUDO                                                                      | PO508 | 166 |
| Membrana laríngea congênita em paciente adulta                                                                        | PO912 | 352 |
| Meningioma de Ângulo Ponto Cerebelar – Um relato de caso                                                              | PO262 | 565 |
| Meningioma de ângulo ponto-cerebelar com apresentação atípica: relato de caso                                         | PO546 | 468 |

|                                                                                                                                            |        |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|
| Meningioma de ângulo pontocerebelar esquerdo com extensão para orelha média ipsilateral – Relato de Caso                                   | PO077  | 368  |
| MENINGIOMA MENINGOTELIAL NASOSSINUSAL: UM RELATO DE CASO                                                                                   | PO276  | 827  |
| Meningite como complicação de otite média aguda em população pediátrica: relato de caso                                                    | PO237  | 403  |
| MENINGITE COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA AGUDA em população pediátrica: relato de caso                                                    | PO521  | 459  |
| Meningoencefalocele como diagnóstico diferencial em lactente com tumoração em rinofaringe- relato de caso                                  | PO670  | 649  |
| MENINGOENCEFALOCELE INTRANASAL COM FÍSTULA LIQUÓRICA EM UM PACIENTE ADULTO                                                                 | PO469  | 882  |
| Métodos terapêuticos com corticosteróides e seus efeitos na surdez súbita                                                                  | PO939  | 749  |
| MIÍASE DE PALATO – RELATO DE CASO                                                                                                          | PO244  | 289  |
| MIÍASE NASAL: UM RELATO DE CASO                                                                                                            | PO489  | 887  |
| MIÍASE OTOLÓGICA COMPLICADA COM LACERAÇÃO DE MEMBRANA TIMPÂNICA: RELATO DE CASO                                                            | PO476  | 451  |
| Mini Curso em Otorrinolaringologia: Estratégia para Preencher as Lacunas Educacionais nas Faculdades de Medicina, um Relato de Experiência | PO171  | 687  |
| Morbimortalidade hospitalar SUS do câncer de laringe no Brasil: uma análise epidemiológica dos últimos 5 anos.                             | ATT006 | 18   |
| Morbimortalidade por infecções agudas das vias aéreas superiores no Brasil: uma análise retrospectiva dos últimos 5 anos.                  | ATT008 | 19   |
| MORTALIDADE POR HEMORRAGIA DAS VIAS RESPIRATÓRIAS: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE 10 ANOS (2012 A 2021)                                     | PO961  | 751  |
| Mortalidade por neoplasia maligna da laringe no Brasil, durante o período de 2011-2021                                                     | PO336  | 297  |
| MUCOCELE DE ACOMETIMENTO EM SEIO FRONTAL DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: RELATO DE CASO CLÍNICO                                                  | PO015  | 756  |
| Mucocele de concha média: relato de caso                                                                                                   | PO337  | 840  |
| Mucocele de seio etmoidal: um relato de caso                                                                                               | PO906  | 1000 |
| Mucocele de seio frontal: relato de caso                                                                                                   | PO399  | 864  |
| MUCOCELE DE SEIO MAXILAR COM EROÇÃO DE ASSOALHO ORBITÁRIO EM PACIENTE DE 70 ANOS: RELATO DE CASO                                           | PO730  | 961  |
| Mucocele frontal bilateral com deformidade óssea importante - Relato de caso                                                               | PO494  | 889  |
| MUCOCELE FRONTOETMOIDAL                                                                                                                    | PO167  | 799  |
| Mucocele Frontoetmoidal à direita decorrente de pólipos inflamatórios em cavidade nasal ipsilateral – Relato de Caso                       | PO074  | 778  |
| Mucopiocele de seio frontal manifestando-se com alterações oculares: um relato de caso                                                     | PO926  | 1003 |
| MUCOPIOCELE EM CONCHA SUPERIOR BOLHOSA: UM RELATO DE CASO                                                                                  | PO703  | 950  |
| Mucormicose de evolução arrastada e atípica: relato de caso                                                                                | PO082  | 780  |
| Mucormicose nasal: a importância do diagnóstico precoce                                                                                    | PO190  | 804  |
| Mucormicose Rino-Órbita-Cerebral Associada com Trombose do Seio Cavernoso: Relato de Caso                                                  | PO768  | 732  |
| MÚLTIPLOS CISTOS EM FACE LINGUAL DE EPIGLOTE - RELATO DE CASO                                                                              | PO913  | 353  |
| MÚLTIPLOS NÓDULOS ORAIS: SERÁ CÂNCER?                                                                                                      | PO601  | 92   |
| NARIZ EM SELA PÓS-HANSENÍASE: RELATO DE CASO                                                                                               | PO361  | 850  |
| NASOANGIOFIBROMA – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SANGRAMENTO NA ADOLESCÊNCIA                                                                  | PO477  | 886  |
| NASOANGIOFIBROMA JUVENIL ATÍPICO: RELATO DE CASO                                                                                           | PO545  | 904  |
| NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: RELATO DE CASO DE UM TUMOR VASCULAR RARO EM PACIENTE JOVEM                                                       | PO293  | 832  |
| NECROSE COLUMELAR: RELATO DE CASO                                                                                                          | PO217  | 226  |
| NEOPLASIA DE LÍNGUA EM PACIENTE NÃO TABAGISTA                                                                                              | PO404  | 152  |
| NEOPLASIA MALIGNA DA LARINGE NA BAHIA: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ÚLTIMOS 6 ANOS                                                           | PO760  | 731  |
| NEOPLASIA MALIGNA DE LÁBIOS, CAVIDADE ORAL E DE FARINGE EM ALAGOAS: UMA ANÁLISE DOS DADOS DISPONÍVEIS DO DATASUS                           | PO274  | 147  |
| Neoplasia Maligna de Laringe: Perfil Epidemiológico No Paraná Nos Últimos 10 Anos                                                          | PO126  | 277  |
| Neoplasia Maligna de Seio Maxilar - Tratamento Cirúrgico: Um Relato de Caso                                                                | PO445  | 156  |
| NEOPLASIA MALIGNA EPITELIOIDE/RABDOIDE INI1/SMARCB1 DEFICIENTE: Relato de caso                                                             | PO164  | 798  |



|                                                                                                                                                       |         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| NEOPLASIAS MALIGNAS DA CAVIDADE ORAL E FARINGE EM HUMANOS: CUSTO E ÓBITOS EM REGIÕES DO BRASIL                                                        | PO078   | 676 |
| Neoplasias malignas da orofaringe na região nordeste do Brasil: uma análise epidemiológica dos 60-79 anos nos últimos 5 anos                          | PO789   | 337 |
| NERVO LARINGEO NÃO RECORRENTE: A IMPORTANCIA DA MONITORIZACAO INTAOPERATÓRIA                                                                          | PO464   | 160 |
| NEURALGIA DO TRIGÊMEO SECUNDÁRIA A COMPRESSÃO VASCULAR                                                                                                | PO613   | 716 |
| NEURINOMA ACÚSTICO - RELATO DE CASO                                                                                                                   | PO043   | 674 |
| NEURITE SIMULTÂNEA DOS NERVOS VESTIBULOCOCLEAR E FACIAL - UM RELATO DE CASO                                                                           | PO569   | 581 |
| NEUROBLASTOMA CERVICAL: RELATO DE CASO                                                                                                                | PO284   | 616 |
| NEUROESTIMULAÇÃO DO GÂNGLIO ESFENOPALATINO PARA TRATAMENTO DE CEFALÉIAS PRIMÁRIAS – ACESSO PERCUTÂNEO GUIADO POR ENDOSCOPIA TRANSNASAL                | PO002   | 754 |
| NEVO MELANOCÍTICO INTRADÉRMICO EM CONDUTO AUDITIVO EXTERNO ASSINTOMÁTICO: UM RELATO DE CASO                                                           | PO120   | 377 |
| O impacto de uma lesão bulbo-medular na função auditiva: um relato de caso                                                                            | PO319   | 568 |
| O papel da irrigação nasal com corticosteroide no controle pré-operatório da rinossinusite crônica: ensaio clínico randomizado                        | ATTL009 | 50  |
| O que as revisões sistemáticas Cochrane dizem sobre o uso de corticoides intranasais                                                                  | PO130   | 792 |
| O uso de corticosteroides intranasais na rinite gestacional: uma revisão sistemática                                                                  | ATTL007 | 48  |
| O USO INDISCRIMINADO DE FONES DE OUVIDO NO DIA A DIA DO ALUNO DE MEDICINA É UMA REALIDADE?                                                            | PO564   | 579 |
| OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA SUPERIOR POR SARCOMA DE KAPOSÍ, UM CASO RARO DE ACOMETIMENTO LARÍNGEO                                                          | PO904   | 351 |
| OBSTRUÇÃO NASAL E SUAS VARIANTES                                                                                                                      | PO497   | 892 |
| ONCOCITOMA DE PARÓTIDA: RELATO DE CASO                                                                                                                | PO617   | 176 |
| OS EFEITOS DA ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA INTRANASAL EM PACIENTES COM ANOSMIA OU HIPOSMIA PÓS – INFECCIOSA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA                     | ATTL011 | 52  |
| Os resultados de um novo protocolo de tratamento para perda auditiva neurossensorial súbita utilizando betametasona como corticosteroide para terapia | PO254   | 404 |
| OSSICULOPLASTIA POR DESARTICULAÇÃO DE CADEIA OSSICULAR                                                                                                | PO192   | 392 |
| OSTEOFITOSE CERVICAL ANTERIOR COMO CAUSA DE DISFAGIA: RELATO DE CASO                                                                                  | PO013   | 268 |
| Osteogênese imperfeita: um diagnóstico a se pensar                                                                                                    | PO827   | 740 |
| OSTEOMA DE OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO                                                                                                              | PO524   | 461 |
| OSTEOMIELITE DO OSSO FRONTAL: RELATO DE CASO                                                                                                          | PO659   | 942 |
| OTALGIA COMO SINTOMA PRIMÁRIO DE NEOPLASIA DE RINOFARINGE                                                                                             | PO076   | 367 |
| OTITE EXTERNA LOCALIZADA - RELATO DE CASO                                                                                                             | PO576   | 473 |
| OTITE EXTERNA MALIGNA : UM DIAGNÓSTICO QUE SEMPRE DEVE SER LEMBRADO                                                                                   | PO786   | 507 |
| OTITE EXTERNA MALIGNA BILATERAL: UM RELATO DE CASO                                                                                                    | PO380   | 431 |
| Otite Externa Maligna: Relato de Caso                                                                                                                 | PO385   | 432 |
| OTITE EXTERNA NECROTIZANTE - COMPLICAÇÃO COM TROMBOSE DE SEIO SIGMOIDE                                                                                | PO340   | 425 |
| OTITE EXTERNA NECROTIZANTE BILATERAL E SÍNDROME DE RAMSAY HUNT À DIREITA EM PACIENTE COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: RELATO DE CASO           | PO932   | 536 |
| OTITE EXTERNA NECROTIZANTE COM COMPLICAÇÃO: UM RELATO DE CASO                                                                                         | PO744   | 502 |
| OTITE EXTERNA NECROTIZANTE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO                                                                              | PO103   | 375 |
| OTITE MÉDIA AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO EM ESPAÇO MASTIGATÓRIO: UM RELATO DE CASO                                                                   | PO630   | 480 |
| OTITE MÉDIA AGUDA COMPLICADA COM PETROSITE E SÍNDROME DE GRADENIGO: RELATO DE CASO                                                                    | PO425   | 438 |
| OTITE MÉDIA AGUDA TUBERCULOSA: UMA RARA MANIFESTAÇÃO EXTRAPULMONAR COMPLICADA COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA E POTERIOR DISSEMINAÇÃO PULMONAR?       | PO900   | 532 |
| OTITE MÉDIA CRÔNICA E PERDA AUDITIVA CONTRALATERAL À CIRURGIA                                                                                         | PO653   | 485 |
| Otite Média Crônica Eosinofílica: Relato de caso                                                                                                      | PO548   | 469 |
| Otite média crônica tuberculosa em criança – Relato de caso                                                                                           | PO269   | 406 |
| OTITE MÉDIA SEROSA E PERDA DE AUDIÇÃO SÚBITA: UM RELATO DE CASO                                                                                       | PO825   | 517 |
| OTITE MÉDIA TUBERCULOSA : RELATO DE CASO                                                                                                              | PO566   | 471 |
| OTITE POR PARACOCCIDIOIDES: RELATO DE CASO                                                                                                            | PO783   | 506 |



|                                                                                                                                             |         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| otoIA – UMA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL EM OTORRINOLARINGOLOGIA                                                                                 | PO086   | 680 |
| OTORREIA APÓS LAVAGEM OTOLÓGICA OTITE EXTERNA OU OTITE MÉDIA AGUDA? RELATO DE CASO                                                          | PO509   | 457 |
| OTOSCLEROSE AVANÇADA EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO                                                                                      | PO424   | 437 |
| OTOSCLEROSE E CIRURGIA: EXISTE MELHORA NA AUDIÇÃO? UM ESTUDO TRANSVERSAL DO INTERIOR PAULISTA                                               | PO230   | 402 |
| Otosclerose tratada com estapedotomia em paciente masculino: relato de caso                                                                 | PO639   | 481 |
| Otosclerose: manejo clínico                                                                                                                 | PO100   | 374 |
| Otossífilis – uma complicação rara de uma doença cada vez mais frequente                                                                    | PO738   | 590 |
| OTOSSÍFILIS: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS                                                                                           | PO603   | 476 |
| OTOTOXICIDADE EM PACIENTE SUBMETIDA À CIRURGIA BARIÁTRICA                                                                                   | PO532   | 464 |
| OTOTOXICIDADE POR CISPLATINA - RELATO DE CASO                                                                                               | PO771   | 504 |
| OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA NO TRATAMENTO DE OTITE EXTERNA NECROTIZANTE                                                                     | PO194   | 393 |
| PACIENTE COM FÍSTULA LIQUÓRICA ESFENOIDAL DE ALTO DÉBITO, ASSOCIADO A PNEUMOENCÉFALO E BOLA FÚNGICA: RELATO DE CASO                         | PO388   | 858 |
| PACIENTE COM TRÍADE DE MONDINI SUBMETIDO AO IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL: RELATO DE CASO                                                     | PO087   | 370 |
| PAGENESIA\HIPOPLASIA DO NERVO COCLEAR                                                                                                       | PO210   | 397 |
| PANORAMA DA MORBIMORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DE LARINGE NA BAHIA ENTRE 2011 E 2021                                                    | PO860   | 744 |
| Panorama Das Cirurgias Para Implante Coclear Nos Últimos 5 Anos No Sul Brasileiro                                                           | PO125   | 378 |
| PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR NEOPLASIAS DE LARINGE EM IDOSOS NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL                                                   | PO016   | 269 |
| PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR PARODITES VIRAIS EM CRIANÇAS NO NORDESTE DO BRASIL                                                             | PO101   | 601 |
| PANORAMA DE INTERNAÇÕES POR INFECÇÕES AGUDAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DE 2013 A 2023, NA BAHIA EM COMPARAÇÃO AO CENÁRIO NACIONAL         | ATTL006 | 13  |
| PANORAMA DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO NÚMERO DE ÓBITOS E DA TAXA DE MORTALIDADE DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE LARINGE, NO BRASIL, DE 2018 A 2023 | PO868   | 347 |
| PANSSINUSOPATIA COMPLICADA COM AMAUROSE: UM RELATO DE CASO                                                                                  | PO419   | 628 |
| PAPILOMA EXOFÍTICO NASAL- RELATO DE CASO                                                                                                    | PO403   | 866 |
| PAPILOMA INVERTIDO DE PAREDE NASAL MEDIAL: UM RELATO DE CASO INCOMUM                                                                        | PO751   | 966 |
| PAPILOMA INVERTIDO NASOSSINUSAL RECIDIVANTE: ACESSO CIRÚRGICO COMBINADO PARA UM CASO DESAFIADOR                                             | PO289   | 831 |
| Papiloma oncocítico de seio maxilar esquerdo: Relato de caso                                                                                | PO496   | 891 |
| PAPILOMA ONCOCÍTICO DE SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO                                                                                         | PO173   | 801 |
| PAPILOMA ONCOCÍTICO EM PACIENTE COM RINOSSINUSITE CRÔNICA                                                                                   | PO749   | 964 |
| PAPILOMA ONCOCÍTICO: TRATAMENTO E PROGNÓSTICO DO PAPILOMA SCHNEIDERIANO                                                                     | PO051   | 771 |
| PAPILOMATOSE LARÍNGEA INFANTIL: UMA REVISÃO NARRATIVA                                                                                       | PO775   | 661 |
| PAPILOMATOSE LARÍNGEA OBSTRUTIVA EM CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR - RELATO DE CASO                                                               | PO207   | 286 |
| PAPILOMATOSE LARÍNGEA RECORRENTE COM DEGENERAÇÃO MALIGNA                                                                                    | PO220   | 287 |
| Papilomatose Laríngea Recorrente Juvenil em tratamento experimental com bevacizumab: um relato de caso                                      | PO638   | 646 |
| PAPILOMATOSE RECORRENTE: UM RELATO DE CASO                                                                                                  | PO416   | 704 |
| PARACOCIDIOIDOMICOSE MULTIFOCAL: RELATO DE CASO                                                                                             | PO360   | 300 |
| PARAGANGLIOMA JUGULOTIMPÂNICO EM ORELHA ESQUERDA - UM RELATO DE CASO                                                                        | PO959   | 541 |
| Paraganglioma Jugulotimpânico Funcionante: uma abordagem multidisciplinar                                                                   | PO144   | 382 |
| PARAGANGLIOMA JUGULOTIMPÂNICO Funcionante: uma abordagem multidisciplinar                                                                   | PO295   | 413 |
| Paralisia Bilateral de Pregas Vocais em Abdução Após Intubação Endotraqueal: Relato de Caso                                                 | PO179   | 282 |
| PARALISIA DAS PREGAS VOCAIS PÓS INFECÇÃO POR SARS-COV2: RELATO DE CASO INCOMUM                                                              | PO591   | 323 |
| PARALISIA FACIAL CONGÊNITA NEONATAL: um relato de caso                                                                                      | PO323   | 621 |
| Paralisia facial periférica após otite média aguda: A importância do diagnóstico e tratamento adequado das otites                           | PO664   | 487 |
| PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA PÓS OTITE MÉDIA AGUDA                                                                                           | PO441   | 440 |
| PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA, UM DIAGNÓSTICO ISOLADO OU COEXISTENTE? RELATO DE CASO                                                          | PO308   | 415 |

|                                                                                                                                                    |         |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| PARALISIA UNILATERAL DE PREGA VOCAL COMO MANIFESTAÇÃO DE TUMOR MEDIASTINAL: RELATO DE CASO                                                         | PO297   | 294  |
| PARALISIA UNILATERAL DE PREGA VOCAL POR TUMOR DE PANCOAST: RELATO DE CASO                                                                          | PO872   | 348  |
| PAROXISMA VESTIBULAR: A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO E DO TRATAMENTO                                                                                   | PO451   | 575  |
| PAROXISMA VESTIBULAR: UM RELATO DE CASO                                                                                                            | PO652   | 588  |
| PARTIÇÃO INCOMPLETA TIPO III COMO ETIOLOGIA DE SURDEZ CONGÊNITA: UM RELATO DE CASO                                                                 | PO352   | 428  |
| Peak nasal inspiratory flow and the impact of dupilumab treatment in patients with severe CRSwNP from the SINUS-24 and SINUS-52 studies            | PO853   | 987  |
| PÊNFIGO VULGAR EM MUCOSA ORAL                                                                                                                      | PO170   | 686  |
| PÊNFIGO VULGAR ORAL                                                                                                                                | PO147   | 70   |
| Penfigoide mucoso com acometimento laríngeo: relato de caso                                                                                        | PO765   | 335  |
| PENFIGÓIDE: RELATO DE CASO CLÍNICO                                                                                                                 | PO430   | 707  |
| Perda auditiva induzida por ruído relacionado ao trabalho no Brasil entre os anos de 2012 e 2022                                                   | PO350   | 572  |
| PERDA AUDITIVA NEUROSSENSORIAL SÚBITA IDIOPÁTICA: A NECESSIDADE DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE                                                | PO057   | 546  |
| PERDA AUDITIVA PROFUNDA APÓS INFECÇÃO POR COVID-19: UM RELATO DE CASO                                                                              | PO135   | 380  |
| PERDA AUDITIVA PROFUNDA BILATERAL EM PORTADOR DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA: RELATO DE CASO                                                            | PO942   | 539  |
| PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL SÚBITA: IMPORTÂNCIA DO TOPODIAGNÓSTICO E INÍCIO PRECOCE DO TRATAMENTO                                                | PO448   | 441  |
| Perda auditiva subclínica no Lúpus                                                                                                                 | PO006   | 358  |
| PERDA AUDITIVA SÚBITA UNILATERAL APÓS IMUNIZAÇÃO PARA COVID                                                                                        | PO522   | 460  |
| PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL SÚBITA NA VIGÊNCIA DA PANDEMIA DE COVID-19                                           | PO174   | 390  |
| PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO DE OTONEUROLOGIA NA CIDADE DE MANAUS- AMAZONAS                              | PO886   | 349  |
| PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM PERDA AUDITIVA NEUROSSENSORIAL ATENDIDOS NO ESTADO DO AMAZONAS                                                    | PO739   | 501  |
| PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A VIDEOLARINGOESTROSCOPIA EM UM SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA EM MANAUS-AM                               | PO842   | 343  |
| PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ADULTOS AVALIADOS POR INTERCONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA EM UM HOSPITAL QUATERNÁRIO                 | PO754   | 729  |
| PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A VIDEOLARINGOSCOPIA ENTRE OS ANOS DE 2019 E 2022 EM UM SERVIÇO DE REFERENCIA NO AMAZONAS | PO737   | 333  |
| Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos a cirurgia de implante coclear em hospital de referência em Salvador                        | PO326   | 422  |
| Perfil das pacientes candidatas a Glotoplastia, Ambulatório Aprimoramento da Voz e Comunicação – Escola Paulista de Medicina – UNIFESP             | PO110   | 276  |
| PERFIL DE GASTOS COM INTERNAÇÕES POR RINOSSINUSITE CRÔNICA NA BAHIA: ANÁLISE QUANTITATIVA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS                                      | PO705   | 951  |
| Perfil de pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia                                                                     | ATTL004 | 40   |
| Perfil de Pacientes Surdocegos em um Centro de Referência em Implantes Cocleares no Rio de Janeiro, Brasil                                         | PO083   | 369  |
| PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO À AEROALERGENOS DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO: UM PROJETO PILOTO                                                  | PO948   | 1011 |
| Perfil de sensibilização a alérgenos em município do semiárido baiano                                                                              | PO136   | 793  |
| PERFIL DO PACIENTE CANDIDATO À DILATAÇÃO POR BALÃO DA TUBA AUDITIVA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA                                                       | PO372   | 854  |
| PERFIL DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ AVALIADOS PELO ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH                       | PO898   | 112  |
| Perfil epidemiológico da mortalidade por neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe no Brasil no período de 2018 a 2023                 | PO877   | 202  |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA NEOPLASIA MALIGNA DA LARINGE, NO PERÍODO ENTRE 2019 A 2023, NO NORDESTE                                                   | PO671   | 327  |
| Perfil epidemiológico da neoplasia maligna da nasofaringe no Brasil                                                                                | PO592   | 920  |

|                                                                                                                                                      |         |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| Perfil epidemiológico da Sinusite Crônica nas regiões Norte e Nordeste do Brasil                                                                     | PO750   | 965 |
| Perfil epidemiológico das internações de crianças portadores de fissuras labiais e/ou palatinas na região Sudeste do Brasil nos últimos 5 anos       | PO066   | 65  |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR FARINGITE AGUDA E AMIGDALITE AGUDA, NA REGIÃO NORDESTE, DE 2018 A 2022                                     | PO008   | 61  |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR INFECÇÕES AGUDAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, NAS CINCO REGIÕES BRASILEIRAS, NOS ANOS DE 2019 A 2023        | PO678   | 651 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR NEOPLASIA DE LARINGE NO BRASIL NO PERÍODO DE 2017 A 2022                                                   | PO287   | 292 |
| Perfil epidemiológico das internações por neoplasia maligna de laringe no Nordeste brasileiro nos últimos 5 anos                                     | PO444   | 309 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR OTITE MÉDIA E MASTOIDITE, NO BRASIL, DE 2018 A 2022                                                        | PO158   | 386 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR OTITE MÉDIA NO BRASIL ENTRE 2017 E 2022                                                                    | PO277   | 408 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR PAROTIDITES VIRAIS, NO PERÍODO DE 2019 A 2023, EM SÃO PAULO                                                | PO693   | 653 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NEOPLASIAS MALIGNAS DA TIREOIDE ENTRE OS ANOS DE 2017 A 2021 NO BRASIL: UMA ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA                       | PO781   | 193 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS COM OTITE EXTERNA NECROZANTE EM HOSPITAL REFERÊNCIA DE PERNAMBUCO                                      | PO470   | 449 |
| Perfil Epidemiológico dos Atendimentos de Emergência Otorrinolaringológica: Era Pós-COVID-19                                                         | ATTL009 | 42  |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS A NEOPLASIA MALIGNA DE LARINGE NO BRASIL E REGIÕES PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENTRE 2013 A 2022 | PO611   | 175 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR NEOPLASIA DA CAVIDADE ORAL, LÁBIOS E FARINGE NO BRASIL ENTRE 2017 E 2022                                        | PO282   | 291 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE LARINGE NO BRASIL NO PERÍODO DE 2011 a 2021                                                | PO950   | 356 |
| Perfil epidemiológico dos pacientes com rinossinusite crônica no estado da Bahia: uma análise em 10 anos                                             | PO338   | 841 |
| Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à rinoplastia em um serviço de Otorrinolaringologia                                                   | PO030   | 219 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATINAS EM MATO GROSSO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS                                                    | PO646   | 647 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS PACIENTES COM DREA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO                                                | PO618   | 929 |
| PERICONDRITE APÓS OTOMODELAÇÃO COM FIOS DE POLIDIOXANONA                                                                                             | PO666   | 488 |
| PERICONDRITE POR ACTINOMICOSE: UM RELATO DE CASO                                                                                                     | PO029   | 360 |
| Persistência do Forame de Huschke: Desafio Diagnóstico                                                                                               | PO198   | 394 |
| PILOMATRICOMA CERVICAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL                                                                                                   | PO733   | 187 |
| PNEUMOMEDIASTINITE: COMPLICAÇÃO APÓS ANGINA DE LUDWIG                                                                                                | PO735   | 188 |
| POLICONDRITE RECIDIVANTE: RELATO DE CASO PARA ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE CONDRITE AURICULAR                                                            | PO574   | 472 |
| PÓLIPO ANTROCOANAL (KILLIAN) NA PRIMEIRA INFÂNCIA                                                                                                    | PO381   | 857 |
| PÓLIPO ANTROCOANAL BILATERAL - RELATO DE CASO                                                                                                        | PO588   | 918 |
| PÓLIPO ANTROCOANAL DE KILLIAN: RELATO DE CASO                                                                                                        | PO366   | 852 |
| PÓLIPO ANTROCOANAL: UM RELATO DE CASO                                                                                                                | PO302   | 833 |
| PÓLIPO DE KILLIAN E SUA ABORDAGEM CIRÚRGICA                                                                                                          | PO023   | 760 |
| PÓLIPO DE TONSILA PALATINA - RELATO DE CASO                                                                                                          | PO880   | 109 |
| PÓLIPO HAMARTOMATOSO DE HIPOFARINGE: UM RELATO DE CASO                                                                                               | PO471   | 161 |
| POLIPOSE NASOSSINUSAL GRAU 4: RELATO DE CASO                                                                                                         | PO439   | 877 |
| PREVALÊNCIA DE LESÕES SINCRÔNICAS NA VIA AÉREA DOS PACIENTES COM LARINGOMALÁCIA                                                                      | ATTL006 | 37  |
| PREVALÊNCIA DE OTITES MÉDIAS EM PACIENTES FISSURADOS DE UM CENTRO NO OESTE PARANAENSE                                                                | PO071   | 366 |
| Prevalência de Transtornos de Ansiedade em pacientes com Rinite Alérgica                                                                             | PO040   | 766 |
| PREVALÊNCIA E PERSISTÊNCIA DE DISFONIA EM PACIENTES COM COVID-19                                                                                     | PO862   | 346 |

|                                                                                                                                            |         |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| Projeção nasal na estética da face: um estudo sobre a diversidade das preferências nas regiões do Brasil                                   | ATTL002 | 21   |
| PRÓTESE DENTÁRIA EM OROFARINGE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ODINOFAGIA REFRATÁRIA AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO                           | PO321   | 76   |
| PROTOCOLO ASSISTENCIAL EM AMBULATÓRIO DE RONCO E APNEIA                                                                                    | PO956   | 117  |
| PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE ARTÉRIA MAXILAR INTERNA: UM RELATO DE CASO                                                                   | PO019   | 758  |
| PSEUDOSSARCOMA DE LARINGE: RELATO DE CASO                                                                                                  | PO105   | 127  |
| PSORÍASE GUTATA - RELATO DE CASO                                                                                                           | PO440   | 708  |
| Publicidade médica e uso de imagens: atualizações                                                                                          | PO925   | 748  |
| QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DESVIO DE SEPTO NASAL ANTES E DEPOIS DA SEPTOPLASTIA                                                    | PO701   | 949  |
| Qualidade de vida em crianças com otite média após inserção de tubo de ventilação                                                          | PO166   | 389  |
| QUEIXAS OTONEUROLÓGICAS E DE LEITURA E ASSOCIAÇÃO COM PROVAS OCULOMOTORAS                                                                  | PO184   | 558  |
| QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO TRATAMENTO DO ESTESIONEUROBLASTOMA LOCALMENTE AVANÇADO – RELATO DE CASO                                      | PO468   | 881  |
| RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO: UM RELATO DE CASO                                                                                            | PO941   | 1008 |
| Rabdomiossarcoma alveolar de cavidade nasal e apresentação incomum: relato de caso                                                         | PO414   | 869  |
| RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO ORBITAL: RELATO DE CASO                                                                                       | PO516   | 635  |
| RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO: RELATO DE CASO                                                                                               | PO946   | 1010 |
| Rabdomiossarcoma nasal em criança: do diagnóstico ao tratamento precoce                                                                    | PO885   | 666  |
| RABDOMIOSSARCOMA PLEOMÓRFICO PRIMÁRIO DA TIREOIDE EM ADULTO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA                                        | PO301   | 148  |
| Rânula Sublingual Mergulhante: relato de caso clínico                                                                                      | PO436   | 85   |
| Rare spontaneous formation of abscess in the septum and nasal pyramid                                                                      | PO089   | 781  |
| RARO CASO DE SARCOMA DE EWING EXTRAÓSSEO EM LARINGE: RELATO DE CASO                                                                        | PO557   | 319  |
| Reabordagem cirúrgica em quadro de infecção de sítio cirúrgico após 28 dias de rinoplastia primária                                        | PO800   | 245  |
| REAÇÃO GIGANTOCELULAR APÓS TRAUMA NASAL NA INFÂNCIA: UM RELATO DE CASO ATÍPICO                                                             | PO632   | 236  |
| RECÉM-NASCIDO APRESENTANDO HOLOPROSENCEFALIA COM PROBÓSCIDE - UM RELATO DE CASO                                                            | PO658   | 648  |
| Recidiva Extramedular de Leucemia Promielocítica Aguda Mimetizando Otite Externa Maligna                                                   | PO315   | 419  |
| RECONSTRUÇÃO DA TÁBUA ANTERIOR DO SEIO FRONTAL ASSOCIADA COM ABORDAGEM ENDOSCÓPICA AO RECESSO FRONTAL EM PACIENTE PÓS TRAUMA FACIAL TARDIO | PO024   | 673  |
| RECONSTRUÇÃO DE ASA NASAL E O ENXERTO COMPOSTO AURICULAR                                                                                   | PO345   | 228  |
| RECONSTRUÇÃO DE ASSOALHO DA BOCA COM RETALHO MIOCUTÂNEO DE PLATISMA: RELATO DE CASO                                                        | PO911   | 207  |
| RECONSTRUÇÃO E MODELAGEM TRIDIMENSIONAIS DO OSSO ESFENÓIDE E ESTRUTURAS ANATÔMICAS PRÓXIMAS                                                | PO084   | 678  |
| RECONSTRUÇÃO FACIAL NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DAS INTERNAÇÕES DURANTE O PERÍODO DE 2013 A 2022                                    | PO953   | 251  |
| Refluxo Laringofaríngeo: É uma doença conhecida entre os acadêmicos de medicina do Estado do Amazonas?                                     | PO849   | 344  |
| Regressão espontânea de tumor laríngeo: existe?                                                                                            | PO577   | 321  |
| RELAÇÃO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO COM O IMC E IDADE EM PACIENTES EM CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA EM JOÃO PESSOA - PB                 | PO483   | 89   |
| RELAÇÃO ENTRE APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO E GRAU DE SONOLÊNCIA EM PACIENTES DE UMA CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA EM JOÃO PESSOA - PB       | PO463   | 87   |
| RELAÇÃO ENTRE DURABILIDADE E INTERCORRÊNCIAS DO USO DE BIOESTIMULADORES NO TRATAMENTO DO ENVELHECIMENTO CUTÂNEO FÁCIAL E MELHORA ESTÉTICA. | PO059   | 221  |
| Relato de Caso – Angioceratoma em língua                                                                                                   | PO879   | 203  |
| Relato de Caso - Lipoma em Conduto Auditivo Interno Direito                                                                                | PO333   | 569  |
| Relato de Caso - Perda Auditiva Autoimune                                                                                                  | PO339   | 570  |
| RELATO DE CASO - SÍNDROME DE GOLDENHAR                                                                                                     | PO955   | 750  |
| Relato de caso de Linfoma Extranodal de Células T/NK tipo nasal nos seios paranasais com exoftalmia.                                       | PO428   | 875  |
| RELATO DE CASO DE MALFORMAÇÃO CONGÊNITA: ATRESIA UNILATERAL DE COANA NASAL ASSOCIADO A FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA                            | PO742   | 655  |
| RELATO DE CASO DE PACIENTE COM GLIOMA NASAL                                                                                                | PO465   | 880  |

|                                                                                                                                                |       |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|
| RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE FRASER COM COMPROMETIMENTO LARÍNGEO                                                                              | PO570 | 320  |
| RELATO DE CASO DRAMÁTICO DE DEFORMIDADE FACIAL ASSOCIADO À SÍNDROME DE MCCUNE ALBRIGHT                                                         | PO354 | 845  |
| RELATO DE CASO: A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA DISFAGIA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE ELA                                                           | PO836 | 742  |
| RELATO DE CASO: ABSCESSO DE LUC COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA                                                                                | PO683 | 489  |
| RELATO DE CASO: AGENESIA DE TRAQUEIA TIPO II                                                                                                   | PO746 | 656  |
| RELATO DE CASO: ASSOCIAÇÃO DE ZUMBIDO CONTRALATERAL À LESÃO SCHWANNOMA DO VIII PAR                                                             | PO342 | 571  |
| Relato de caso: Atresia coanal unilateral em paciente adulto jovem com anomalia craniofacial                                                   | PO937 | 1007 |
| RELATO DE CASO: CALCIFICAÇÃO INTRAPROTÉTICA DO PERICÔNDRIO NA TIREOPLASTIA TIPO I                                                              | PO252 | 290  |
| RELATO DE CASO: CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO EM SEIOS PARANASAIS E BASE DE CRÂNIO                                                                | PO903 | 998  |
| Relato de Caso: Carcinoma ex-adenoma pleomórfico com componente intracapsular de carcinoma do ducto salivar em glândula submandibular          | PO624 | 177  |
| RELATO DE CASO: COLESTEATOMA DE MEMBRANA TIMPÂNICA BILATERAL                                                                                   | PO878 | 529  |
| RELATO DE CASO: CORDOMA EM REGIÃO CERVICAL                                                                                                     | PO854 | 199  |
| RELATO DE CASO: CORDOMA EXTENSO DE CLIVUS                                                                                                      | PO449 | 879  |
| RELATO DE CASO: CRANIOFARINGIOMA NASAL                                                                                                         | PO529 | 712  |
| RELATO DE CASO: DESFECHO FAVORÁVEL EM POLIPOSE NASAL                                                                                           | PO843 | 982  |
| RELATO DE CASO: DESFECHO FAVORÁVEL EM POLIPOSE NASAL                                                                                           | PO882 | 994  |
| RELATO DE CASO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA                                                                         | PO472 | 450  |
| RELATO DE CASO: DIAGNÓSTICO PRECOCE DE PARAGANGLIOMA TIMPÂNICO                                                                                 | PO049 | 363  |
| RELATO DE CASO: DOENÇA RELACIONADA AO IGG4 ACOMETENDO EXCLUSIVAMENTE O OUVIDO                                                                  | PO833 | 518  |
| Relato de caso: epistaxe persistente pós fratura nasal com formação de pseudoaneurisma                                                         | PO420 | 872  |
| RELATO DE CASO: ESTESIONEUROBLASTOMA, A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM ENDOSCÓPICA                                                                   | PO531 | 902  |
| Relato de Caso: Exérese de pólipos antrocoanal recidivante pela técnica Caldwell-Luc                                                           | PO647 | 938  |
| Relato de Caso: Exérese de pólipos antrocoanal recidivante pela técnica Caldwell-Luc                                                           | PO654 | 941  |
| RELATO DE CASO: EXTRUSÃO DE IMPLANTE COCLEAR EM PACIENTE LEVANTADOR DE PESO E USUÁRIO DE TESTOSTERONA INJETÁVEL                                | PO334 | 424  |
| RELATO DE CASO: FARMACODERMIA DE APRESENTAÇÃO EXCLUSIVAMENTE ORAL                                                                              | PO413 | 703  |
| RELATO DE CASO: FÍSTULA LIQUÓRICA OTOGÊNICA                                                                                                    | PO809 | 512  |
| RELATO DE CASO: FRATURA DE ESTRIBO POR BAROTRAUMA                                                                                              | PO387 | 433  |
| Relato de caso: Glomangiopericitoma com recidiva                                                                                               | PO199 | 806  |
| RELATO DE CASO: GRANULOMA PIOGÊNICO (TUMOR ODONTOGÊNICO)                                                                                       | PO390 | 81   |
| Relato de caso: Hemangioma de Fossa Nasal Direita                                                                                              | PO857 | 988  |
| RELATO DE CASO: HERPES ZOSTER ACOMETENDO RAMO MANDIBULAR DE NERVO TRIGÊMEO EM PACIENTE PEDIÁTRICO IMUNOCOMPETENTE                              | PO286 | 617  |
| RELATO DE CASO: HISTOPLASMOSE E DESTRUIÇÃO DA PIRÂMIDE NASAL                                                                                   | PO589 | 919  |
| RELATO DE CASO: IMUNOBIOLOGICO NO PACIENTE COM ASSOCIAÇÃO DE ASMA, RINOSSINUSITE CRÔNICA COM PÓLIPOS NASAIS E OTITE MÉDIA CRÔNICA EOSINOFÍLICA | PO063 | 776  |
| RELATO DE CASO: LARINGITE EOSINOFÍLICA                                                                                                         | PO943 | 670  |
| RELATO DE CASO: LINFOMA NÃO HODGKIN DE TONSILA PALATINA                                                                                        | PO359 | 77   |
| RELATO DE CASO: LINFOMA T/NK EXTRANODAL NASAL UMA BREVE APRESENTAÇÃO DE CASO                                                                   | PO713 | 953  |
| RELATO DE CASO: LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO DESENCADEADO NO PÓS-OPERATÓRIO DE ADENOAMIGDALECTOMIA                                              | PO197 | 605  |
| RELATO DE CASO: MELANOMA MALIGNO PRIMÁRIO EM MUCOSA RINOSSINUSAL                                                                               | PO892 | 996  |
| RELATO DE CASO: MELANOMA PRIMÁRIO DE MUCOSA NASAL APRESENTANDO-SE COMO OBSTRUÇÃO NASAL UNILATERAL                                              | PO412 | 868  |
| RELATO DE CASO: O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO TARDIO NO PAPILOMA INVERTIDO                                                                          | PO859 | 989  |
| RELATO DE CASO: PACIENTE COM RSCcPN, ASMA E DERMATITE ATÓPICA GRAVE EM USO DE IMUNOBIOLOGICO                                                   | PO128 | 791  |
| RELATO DE CASO: PARALISIA DE PREGA VOCAL                                                                                                       | PO157 | 281  |
| RELATO DE CASO: RABDOMIOSSARCOMA BOTRIÓIDE DE ORELHA MÉDIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO                                                              | PO795 | 510  |
| RELATO DE CASO: SÍNDROME DE KABUKI COM MUTAÇÃO DE KDM6A E PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL PROFUNDA BILATERAL                                     | PO779 | 505  |

|                                                                                                                                        |       |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|
| RELATO DE CASO: SÍNDROME DO AQUEDUTO VESTIBULAR ALARGADO                                                                               | PO259 | 405  |
| RELATO DE CASO: SURDEZ SÚBITA ASSOCIADA A DISPLASIA FIBROSA DE MEATO ACÚSTICO INTERNO                                                  | PO047 | 362  |
| Relato de caso: Tratamento cirúrgico na Síndrome de Gradenigo                                                                          | PO818 | 515  |
| RELATO DE CASO: TRAUMA ESOFÁGICO POR ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA                                                                    | PO788 | 194  |
| RELATO DE CASO: VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA REFRACTÁRIA                                                                    | PO240 | 564  |
| RELATO DE CASO: VÍTIMA DE PAF COM PROJÉTIL ALOJADO EM RETROFARINGE                                                                     | PO065 | 125  |
| RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO TRATAMENTO DE ESTENOSE SUBGLÓTICA NEONATAL | PO606 | 642  |
| RELATO DE TUBERCULOSE LARÍNGEA DE LONGA EVOLUÇÃO EM MORADOR DE ZONA RURAL DE IMPERATRIZ-MA                                             | PO537 | 315  |
| RELEVÂNCIA DA CAMPANHA NACIONAL DA VOZ E JULHO VERDE 2023 EM SERVIÇO PÚBLICO TERCIÁRIO - RESULTADOS INICIAIS                           | PO551 | 318  |
| Remissão completa de carcinoma escamoso da conjuntiva após quimioterapia de indução pré-operatória: um relato de caso                  | PO504 | 165  |
| REMISSÃO DE ZUMBIDO ASSOCIADO A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR                                                                            | PO782 | 595  |
| Repercussão da Adenotonsilectomia Sobre IGF-1 em crianças respiradoras orais                                                           | PO811 | 664  |
| RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE PAILOMA INVERTIDO - MAXILECTOMIA MEDIAL COM TRANSPOSIÇÃO DO DUCTO NASOLACRIMAL                                  | PO642 | 937  |
| RESSECÇÃO COMPLETA DE VOLUMOSO SCHWANNOMA DE PLEXO BRAQUIAL: UM RELATO DE CASO                                                         | PO596 | 173  |
| RESSECÇÃO DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL POR VIA NASOENDOSCÓPICA SEM EMBOLIZAÇÃO: RELATO DE CASO                                          | PO715 | 954  |
| Revisão Sistemática da Eficácia de Tratamentos para Surdez Súbita: Uma Análise Abrangente dos Resultados                               | PO214 | 400  |
| REVISÃO SISTEMÁTICA: TRATAMENTO ALTERNATIVO COM PLASMA RICO EM PLAQUETAS PARA DISFUNÇÕES OLFATÓRIAS PÓS-COVID-19                       | PO435 | 876  |
| RINITE MEDICAMENTOSA: O USO INADVERTIDO DE DESCONGESTIONANTES NASAIS                                                                   | PO694 | 722  |
| Rinoplastia de Aumento em Narizes Afro-Americanos: Abordagem Híbrida com Bloco de Cartilagem Costal e Enxerto de Pré Maxila            | PO165 | 225  |
| RINOPLASTIA EM PACIENTE COM CONCAVIDADE CRURAL SEVERA : RELATO DE UM CASO DESAFIADOR                                                   | PO579 | 233  |
| Rinoplastia Precisa: O Método TRHW em Foco                                                                                             | PO924 | 248  |
| RINOSPORIDIOSE NO BRASIL DO SÉCULO 21: UMA REVISÃO DA LITERATURA                                                                       | PO241 | 692  |
| Rinosseptoplastia para correção de laterorrínia                                                                                        | PO595 | 234  |
| RINOSSINUSITE AGUDA COM COMPLICAÇÃO PERIORBITÁRIA - RELATO DE CASO                                                                     | PO743 | 963  |
| Rinossinusite Aguda com Complicações Orbitária e Craniana, um relato de caso                                                           | PO200 | 807  |
| RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM OSTEOMIELOTE DE BASE DE CRÂNIO E PSEUDOANEURISMA MICÓTICO CAROTÍDEO                                 | PO270 | 825  |
| RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM TUMOR DE POTT E ABSCESSO ORBITÁRIO PÓS-SEPTAL - RELATO DE CASO                                      | PO205 | 810  |
| RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM TUMOR DE POTT E EMPIEMA SUBDURAL                                                                    | PO392 | 860  |
| RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO SUBPERIOSTEAL: UM RELATO DE CASO                                                           | PO829 | 980  |
| RINOSSINUSITE COM COMPLICAÇÃO PERIORBITÁRIA - RELATO DE CASO                                                                           | PO539 | 637  |
| RINOSSINUSITE CRÔNICA ASSOCIADA A DISMORFISMO FACIAL: RELATO DE CASO                                                                   | PO193 | 805  |
| RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE NASAL                                                                                               | PO058 | 774  |
| RINOSSINUSITE CRÔNICA DE DIFÍCIL CONTROLE EM DOIS PACIENTES COM SÍNDROME DE KARTAGENER                                                 | PO581 | 915  |
| RINOSSINUSITE FÚNGICA ALÉRGICA EM PACIENTE JOVEM                                                                                       | PO828 | 979  |
| Rinossinusite fúngica crônica invasiva por Mucormicose e Actinomicose – Relato de Caso                                                 | PO075 | 779  |
| RINOSSINUSITE FÚNGICA DE SEIO ESFENOIDAL COM DEISCÊNCIA DO CANAL DO VIDIANO E ACOMETIMENTO DO NERVO OCULOMOTOR                         | PO022 | 759  |
| Rinossinusite fúngica invasiva aguda: revisão de literatura e relato de caso                                                           | PO965 | 1014 |
| Rinossinusite maxilar por remanescente radicular: um relato de caso                                                                    | PO957 | 1012 |
| Rinossinusite complicada com abscesso periorbitário: um relato de caso                                                                 | PO429 | 706  |
| RISCOS E BENEFÍCIOS DA ADENOTONSILECTOMIA NO TRATAMENTO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA              | PO406 | 626  |



|                                                                                                                     |         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| ROLE OF FIBEROPTIC ENDOSCOPIC EVALUATION OF SWALLOWING (FEES) IN CHILDREN WITH SUSPECTED DYSPHAGIA                  | ATTL002 | 34  |
| Rothia mucilaginosa, um caso de abscesso parafaríngeo recidivante                                                   | PO895   | 111 |
| SANGRAMENTO ARTERIAL PULSÁTIL APÓS MICROCIRURGIA DE CORDA VOCAL                                                     | PO062   | 272 |
| SARCOMA DE EWING DE FOSSA NASAL                                                                                     | PO099   | 784 |
| SARCOMA DE KAPOSÍ EM CAVIDADE ORAL – IMPORTANCIA DA SUSPEITA CLÍNICA E DIAGNÓSTICO PRECOCE                          | PO466   | 88  |
| SARCOMA FIBROMIXÓIDE DE BAIXO GRAU COM FOCOS DE METAPLASIA ÓSSEA EM REGIÃO CERVICAL: RELATO DE CASO                 | PO657   | 182 |
| SARCOMA NASOSSINUSAL BIFENOTÍPICO                                                                                   | PO183   | 803 |
| SARCOMA SINONASAL BIFENOTÍPICO – RELATO DE CASO                                                                     | PO873   | 993 |
| SARCOMA SINOVIAL MONOFÁSICO DE ATM - RELATO DE CASO                                                                 | PO538   | 168 |
| SAÚDE AUDITIVA E ENVELHECIMENTO: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA                                                       | PO727   | 499 |
| SCHWANNOMA DE TETO NASAL: UM RELATO DE CASO                                                                         | PO123   | 789 |
| SCHWANNOMA DO ACÚSTICO EM PACIENTE JOVEM -RELATO DE CASO                                                            | PO480   | 452 |
| Schwannoma do Nervo Facial intraparotídeo: relato de caso raro                                                      | PO741   | 189 |
| SCHWANNOMA DO VIII PAR CRANIANO COM DESVIO DA LINHA MÉDIA: RELATO DE CASO                                           | PO176   | 391 |
| SCHWANNOMA INTRACOCLEAR: RELATO DE CASO                                                                             | PO415   | 435 |
| SCHWANNOMA LARÍNGEO: RELATO DE CASO                                                                                 | PO400   | 305 |
| SCHWANNOMA LINGUAL: RELATO DE CASO                                                                                  | PO681   | 98  |
| SCHWANNOMA NASOSSINUSAL EM PACIENTE IDOSA: RELATO DE CASO                                                           | PO226   | 813 |
| Schwannoma parafaríngeo: relato de caso                                                                             | PO401   | 151 |
| SCHWANNOMA PERIFARÍNGEO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA                                                     | PO201   | 135 |
| SCHWANNOMA VESTIBULAR EM CRIANÇA SEM NEUROFIBROMATOSE TIPO 2 E COM APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA ATÍPICA                 | PO817   | 514 |
| SEGURANÇA E EFEITOS ADVERSOS DOS IMUNOBIOLOGICOS NO TRATAMENTO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS TIPO 2                      | PO830   | 981 |
| Serum IgE 1,000 ng/mL in patients with chronic rhinosinusitis: co-morbidities diagnoses                             | PO107   | 785 |
| SIALOMETAPLASIA NECROTIZANTE NO PALATO DURO APÓS VÔMITO INDUZIDO SEQUENCIAL                                         | PO909   | 113 |
| SÍFILIS CONGÊNITA COMO FATOR DE RISCO EM UM PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL                                   | PO306   | 694 |
| SÍNDROME DA TERCEIRA JANELA PÓS FRATURA DE OSSO TEMPORAL: UM RELATO DE CASO                                         | PO535   | 465 |
| SÍNDROME DA TERCEIRA JANELA: RELATO DE CASO                                                                         | PO712   | 494 |
| Síndrome de Collet-Sicard em Paciente com Osteomielite de Base de Crânio                                            | PO299   | 414 |
| SÍNDROME DE DANDY WALKER E DISFAGIA: RELATO DE CASO                                                                 | PO189   | 284 |
| Síndrome de Eagle - RELATO DE CASO                                                                                  | PO815   | 196 |
| SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO                                                                                   | PO889   | 205 |
| Síndrome de Edwards acompanhado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo | PO784   | 662 |
| SÍNDROME DE FARH E TRANSTORNO DE LINGUAGEM: RELATO DE CASO                                                          | PO772   | 267 |
| Síndrome de Gradenigo – evolução favorável com tratamento conservador                                               | PO456   | 444 |
| SÍNDROME DE GRADENIGO EM PRÉ-ESCOLAR COM ALTERAÇÕES GENÉTICAS: RELATO DE CASO                                       | PO365   | 624 |
| SÍNDROME DE GRADENIGO: DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS E MANEJO TERAPÊUTICO                                               | PO709   | 493 |
| SÍNDROME DE GRADENIGO: RELATO DE CASO DE UMA COMPLICAÇÃO RARA DA OTITE MÉDIA AGUDA EM PACIENTE PEDIÁTRICO           | PO714   | 495 |
| SÍNDROME DE GRADENIGO: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA OTOMASTOIDITE                                                        | PO644   | 482 |
| Síndrome de Larsen com estenose congênita subglótica                                                                | PO247   | 612 |
| Síndrome de Lemierre: relato de caso                                                                                | PO263   | 74  |
| Síndrome de Lowe e atraso na fala: um relato de caso                                                                | PO253   | 262 |
| SÍNDROME DE MELKERSSON – ROSENTHAL: RELATO DE CASO                                                                  | PO627   | 717 |
| SÍNDROME DE MILLER FISHER: UMA RARA MANIFESTAÇÃO INICIAL COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA BILATERAL                  | PO048   | 545 |
| Síndrome de Moebius com paralisia facial bilateral                                                                  | PO774   | 660 |
| SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: relato de caso                                                                             | PO527   | 463 |



|                                                                                                                                              |        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
| SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT E PARALISIA FACIAL RECORRENTE: UM CASO DE EVOLUÇÃO ATÍPICA                                                           | PO725  | 498 |
| Síndrome de Ramsay-Hunt: Um relato de caso                                                                                                   | PO755  | 592 |
| Síndrome de Rendu-Osler-Weber com acometimento nasal e pulmonar: relato de caso                                                              | PO650  | 939 |
| SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER: RELATO DE CASO                                                                                                | PO216  | 812 |
| SÍNDROME DE TOURETTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS DA LARINGE                                                         | PO492  | 312 |
| Síndrome de Waardenburg associado a fissura palatina                                                                                         | PO761  | 659 |
| SÍNDROME DE WOAKES E FÍSTULA DO SEIO FRONTAL - COMPLICAÇÕES DA RINOSSINUSITE CRÔNICA COM PÓLIPOS NASAI, RELATO DE CASO                       | PO785  | 970 |
| SÍNDROME DE WOAKES: UM RELATO DE CASO ATÍPICO                                                                                                | PO888  | 995 |
| Síndrome do Aqueduto Vestibular Alargado unilateral: uma manifestação incomum                                                                | PO038  | 361 |
| Síndrome do Nariz Vazio: Relato de Caso                                                                                                      | PO422  | 873 |
| SÍNDROME DO SEIO CAVERNOSO SECUNDÁRIA A SINUSITE FÚNGICA ESFENOIDAL: RELATO DE CASO                                                          | PO511  | 896 |
| Síndrome do Seio Silencioso: Relato de Caso                                                                                                  | PO695  | 185 |
| Síndrome do seio silente                                                                                                                     | PO046  | 769 |
| SÍNDROME PÓS-COVID-19: AS PRINCIPAIS QUEIXAS AUDITIVAS, COGNITIVAS E VESTIBULARES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM                           | PO640  | 587 |
| SÍNDROME RAMSAY HUNT: RELATO DE CASO                                                                                                         | PO686  | 720 |
| SINÉQUIA DE ESFINCTER VELOFARÍNGEO APÓS TRAUMA: UM RELATO DE CASO                                                                            | PO377  | 699 |
| SINÉQUIA POSTERIOR PÓS-COVID – RELATO DE CASO                                                                                                | PO296  | 293 |
| SINÉQUIAS NASAI: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUÇÃO NASAL CONGÊNITA NO RECÉM NASCIDO                                                       | PO677  | 650 |
| SINTOMA OTORRINOLARINGOLÓGICO NA SÍNDROME DE FORESTIER: UM RELATO DE CASO                                                                    | PO362  | 301 |
| SINTOMAS OTOLÓGICOS COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE HISTIOCIOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS                                                        | PO204  | 395 |
| SINTOMAS RESPIRATÓRIOS SÚBITOS EM LACTENTE: RELATO DE CASO                                                                                   | PO679  | 652 |
| SINUSITE FÚNGICA EM SEIO ESFENOIDAL COM EXPANSÃO INTRACRANIANA: UM RELATO DE CASO                                                            | PO064  | 777 |
| SINUSITE MAXILAR ODONTOGÊNICA COMPLICADA COM FÍSTULA OROANTRAL: SÉRIE DE CASOS                                                               | PO025  | 761 |
| SINUSITE ODONTOGÊNICA: diagnóstico a partir de corpo estranho nasal                                                                          | PO060  | 775 |
| SONOENDOSCOPIA COMO GUIA PERSONALIZADO NO MANEJO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES COM ÚVULA BÍFIDA                                  | PO457  | 86  |
| Speech-Evoked Auditory Brainstem Responses (Speech ABR) in Children with Speech Delay, Autism Spectrum Disorder (ASD) and Normal Development | ATT003 | 23  |
| Sucesso na redução das taxas de óbitos e internamentos por neoplasia malignas de laringe em serviço público                                  | PO748  | 728 |
| SURDEZ CONGÊNITA EM UM PACIENTE COM SÍNDROME DE WAARDENBURG, UM RELATO DE CASO                                                               | PO317  | 420 |
| Surdez genética não sindrômica                                                                                                               | PO621  | 479 |
| SURDEZ IMUNOMEDIADA: RELATO DE CASO                                                                                                          | PO876  | 528 |
| SURDEZ SÚBITA BILATERAL                                                                                                                      | PO150  | 383 |
| SURDEZ SÚBITA BILATERAL, VERTIGEM AGUDA E PARALISIA FACIAL POR OCLUSÃO DA ARTÉRIA BASILAR                                                    | PO619  | 478 |
| SURDEZ SÚBITA BILATERAL: RELATO DE CASO                                                                                                      | PO369  | 429 |
| SURDEZ SÚBITA E VERTIGEM PÓS PAROTIDITE VIRAL: RELATO DE CASO                                                                                | PO172  | 555 |
| SURDEZ SÚBITA PROFUNDA - APLICAÇÃO DE DEXAMETASONA INTRATIMPÂNICA COMO TERAPIA DE RESGATE: RELATO DE CASO                                    | PO840  | 522 |
| TEA OU TDL? RELATO DE CASO                                                                                                                   | PO080  | 258 |
| Técnica de racket-on-donut: uma inovação na cirurgia de encerramento de perfurações septais                                                  | PO393  | 861 |
| TÉCNICA DE RECONSTRUÇÃO DA ORELHA APÓS TRAUMAS E CIRURGIAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA                                                        | PO261  | 145 |
| TELA DE POLIPROPILENO PARA PREENCHIMENTO DE DORSO NASAL: ACHADO DE RINOPLASTIA SECUNDÁRIA                                                    | PO850  | 246 |
| Telangiectasia hemorrágica hereditária: relato de caso                                                                                       | PO474  | 884 |
| TENDÊNCIAS NAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DO OUVIDO E DA APÓFISE MASTOIDE NA BAHIA                                                              | PO732  | 727 |
| TERAPIA DE HABITUAÇÃO DO ZUMBIDO COM USO DE PRÓTESE AUDITIVA: RELATO DE CASO                                                                 | PO148  | 553 |

|                                                                                                                            |         |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| Termografia infravermelha da face: comparação entre crianças respiradoras orais e nasais                                   | PO353   | 623 |
| TESTE MOLECULAR NA SÍNDROME DE USHER : RELATO DE CASO                                                                      | PO139   | 550 |
| TIREÓIDE ECTÓPICA EM ADULTO: UM RELATO DE CASO                                                                             | PO668   | 184 |
| Tireoidectomia devido à neoplasia maligna de glândula tireoide na população pediátrica no Brasil entre 2018 a 2022         | PO572   | 172 |
| TONSILECTOMIA TOTAL VERSUS PARCIAL EM CRIANÇAS COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: UMA REVISÃO DE LITERATURA                    | PO787   | 663 |
| Tontura como manifestação inicial de Esclerose Múltipla: Relato de Caso                                                    | PO142   | 551 |
| Torus Palatino Caseoso - Relato de Caso                                                                                    | PO610   | 715 |
| Toxina botulínica como alternativa para o tratamento de disfonia espasmódica: Revisão sistemática                          | ATTL005 | 26  |
| TOXINA BOTULÍNICA EM DISFONIA ESPASMÓDICA                                                                                  | PO487   | 311 |
| TRACHEAL SUSTENTION SUTURE: HOW DO WE MANAGE SUPRASTOMAL COLLAPSE IN TRACHEOSTOMIZED CHILDREN                              | ATTL008 | 45  |
| TRAJETO ANÔMALO DO NERVO LARÍNGEO RECORRENTE: RELATO DE CASO                                                               | PO442   | 155 |
| TRANSFORMAÇÃO MALIGNA DE PAPILOMA INVERTIDO NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO INCOMUM                                           | PO493   | 888 |
| Transtorno Espectro Autista: Aspectos otológicos e gerais na atuação do otorrinolaringologista'                            | PO831   | 665 |
| TRASNFORMAÇÃO MALIGNA DE PAPILOMA INVERTIDO EM USUÁRIO DE COCAÍNA                                                          | PO635   | 935 |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DE EAGLE PELA TÉCNICA TRANSFARÍNGEA: RELATO DE CASO                                       | PO221   | 72  |
| Tratamento cirúrgico de sinusite crônica odontogênica associada aos implantes zigomáticos                                  | PO514   | 710 |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO EM CELULITE ORBITAL POR COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE: RELATO DE CASO                                  | PO473   | 883 |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO DO PITCH VOCAL                                                                           | ATTL001 | 24  |
| TRATAMENTO DE ATRESIA ÓSSEA DE COANA NA SÍNDROME DE TREACHER-COLLINS                                                       | PO802   | 973 |
| Tratamento de gusher perilinfático em estapedotomia - Relato de caso                                                       | PO281   | 410 |
| Tratamento de Miíase em trauma facial: Relato de caso                                                                      | PO930   | 214 |
| Tratamento de perfuração da membrana timpânica com ácido tricloroacético (ATA) 15%                                         | PO870   | 525 |
| TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE MUCOCELE ETMOIDAL COM ACOMETIMENTO MAXILAR: RELATO DE CASO                                       | PO154   | 794 |
| TRAUMA ACÚSTICO APÓS EXPLOÇÃO DE GRANADA: RELATO DE CASO                                                                   | PO816   | 513 |
| Trauma cervical contuso com fratura cartilaginosa – relato de caso                                                         | PO368   | 302 |
| Trauma laríngeo com abordagem cirúrgica: um caso de baixa incidência e manejo complexo                                     | PO134   | 280 |
| TRAUMA ORBITAL PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO                                                                                  | PO378   | 700 |
| TREINAMENTO OLFATÓRIO E CORTICOTERAPIA COMO TRATAMENTO PARA HIPOSMIA PERSISTENTE APÓS INFECÇÃO POR COVID-19                | ATTL012 | 53  |
| TREINAMENTO OLFATÓRIO E CORTICOTERAPIA PARA HIPOSMIA PERSISTENTE APÓS COVID-19: RESULTADOS PARCIAIS                        | PO803   | 974 |
| Triagem Auditiva Escolar: Achados audiológicos em crianças do ensino fundamental nas escolas municipais de Vila Velha - ES | ATTL005 | 36  |
| Triagem auditiva neonatal nas maternidades brasileiras: uma revisão de escopo                                              | PO963   | 752 |
| TRIPLO ENXERTO DE DORSO NASAL: UMA NOVA TÉCNICA EM RINOPLASTIA                                                             | PO055   | 220 |
| TROMBOSE DO SEIO CAVERNOSO ESQUERDO COMO COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE AGUDA EM PACIENTE PEDIÁTRICO – RELATO DE CASO        | PO391   | 859 |
| TROMBOSE VENOSA CEREBRAL NA OTORRINOLARINGOLOGIA: UM RELATO DE CASO                                                        | PO890   | 597 |
| TUBERCULOSE DISSEMINADA EM JOVEM IMUNOCOMPETENTE COM TESTE RÁPIDO MOLECULAR NEGATIVO                                       | PO478   | 310 |
| TUBERCULOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO                                                                                       | PO097   | 274 |
| Tuberculose Laringea: um relato de caso                                                                                    | PO343   | 298 |
| TUMOR DE MANDÍBULA COM RECIDIVA EM MAXILA                                                                                  | PO832   | 197 |
| TUMOR DE POTT PUFFY: UM RELATO DE CASO                                                                                     | PO028   | 762 |
| TUMOR DE POTT: RARA COMPLICAÇÃO DA SINUSITE                                                                                | PO325   | 838 |
| TUMOR EDEMACIADO DE POTT ASSOCIADO À FÍSTULA SINO-CUTÂNEA: RELATO DE CASO                                                  | PO248   | 613 |
| TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO                                                                  | PO159   | 796 |
| TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO EM ASSOALHO DE BOCA: UM RELATO DE CASO RARO                                                        | PO003   | 121 |

|                                                                                                                                                     |        |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|
| TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO EM REGIÃO MALAR: RELATO DE CASO                                                                                             | PO410  | 153  |
| Tumor inflamatório miofibroblástico em laringe: relato de caso raro                                                                                 | PO858  | 201  |
| TUMOR JUGULO TIMPANICO: RELATO DE CASO                                                                                                              | PO578  | 474  |
| TUMOR LARÍNGEO DE CÉLULAS GRANULARES NA INFÂNCIA                                                                                                    | PO133  | 279  |
| TUMOR MIOFIBROBLASTICO INFLAMATÓRIO DE LARINGE. RELATO DE CASO                                                                                      | PO549  | 317  |
| TUMOR NASAL NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE EPISTAXE: UM RELATO DE CASO                                                                               | PO847  | 985  |
| TUMOR NASOFARÍNGEO - RELATO DE CASO                                                                                                                 | PO717  | 956  |
| TUMOR NEUROENDÓCRINO DO OUVIDO: UM CASO ATÍPICO                                                                                                     | PO690  | 491  |
| Tumor Odontogênico Invasivo: Um relato de caso de Ameloblastoma Mandibular                                                                          | PO706  | 100  |
| TUMORAÇÃO EM RINOFARINGE APÓS ADENOIDECTOMIA: RELATO DE CASO                                                                                        | PO567  | 640  |
| ÚLCERA NASAL SECUNDÁRIA A USO DE VASOCONSTRICTOR TÓPICO: RELATO DE CASO                                                                             | PO375  | 856  |
| ULTRASSOM DE ALTA RESOLUÇÃO NA AVALIAÇÃO DE NÓDULO DOLOROSO EM PAVILHÃO AURICULAR – RELATO DE CASO                                                  | PO094  | 372  |
| Ultrassonografia de Região Cervical para Avaliação de Estenose Subglótica em Pacientes Pediátricos de um Hospital Terciário do Nordeste Brasileiro  | ATT009 | 38   |
| Um carcinoma escamocelular bem diferenciado de parótida apresentando-se com paralisia facial e metástase óssea                                      | PO149  | 130  |
| Um caso de Linfoma Não Hodgkin primário de osso temporal com infiltração de sistema nervoso central                                                 | PO455  | 443  |
| UM RARO CASO DE HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO                                                                                       | PO307  | 836  |
| UMA VISÃO GERAL DO USO DA TÉCNICA DE CARTILAGEM FRAGMENTADA NA RINOPLASTIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA                                                 | PO767  | 243  |
| USO DA RADIOFREQUÊNCIA NO TRATAMENTO DOS TERATOMAS CONGÊNITOS DE OROFARINGE ASSOCIADO A FENDA PALATINA: SÉRIE DE CASOS                              | PO300  | 620  |
| Uso da Sticky Cartilage na rinoplastia: Série de casos                                                                                              | PO757  | 241  |
| USO DE DISPOSITIVO DE TELEMEDICINA NO ACOMPANHAMENTO APÓS COLOCAÇÃO DE TUBO DE VENTILAÇÃO                                                           | PO109  | 682  |
| Uso de dupilumabe como tratamento para rinossinusite crônica com polipose nasal                                                                     | PO116  | 787  |
| USO DE IMUNOBIOLOGICOS COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA TRATAMENTO DA POLIPOSE NASOSSINUSAL                                                              | PO322  | 695  |
| Uso de imunobiológicos para rinossinusite crônica com pólio nasal: uma revisão sistemática                                                          | PO814  | 736  |
| USO DE MEDICAMENTOS E QUALIDADE DE SONO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ                                                 | PO938  | 116  |
| Uso de Modelagem 3D e Impressão de Próteses Personalizadas em Otorrinolaringologia Estética: Uma Revisão Bibliográfica                              | PO113  | 223  |
| Uso de montelucaste no pós-operatório da Rinossinusite Crônica com Polipose Nasossinusal                                                            | PO256  | 819  |
| USO DE SOLUÇÃO SALINA HIPERTÔNICA PARA LAVAGEM NASAL: REVISÃO DE LITERATURA                                                                         | PO927  | 1004 |
| USO DO DISPOSITIVO ADESIVO DE CONDUÇÃO ÓSSEA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMENTO PARA PERDA AUDITIVA CONDUTIVA EM UM CASO DE MICROTIA                    | PO964  | 543  |
| USO DO POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFÁLICO DE CURTA LATÊNCIA EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - UMA REVISÃO DE LITERATURA | PO146  | 552  |
| USO ORAL DO ÁCIDO TRANEX MICO PROFILÁTICO NA REDUÇÃO DO SANGRAMENTO INTRAOPERATÓRIO DE AMIGDALECTOMIAS                                              | ATT007 | 44   |
| UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE RASTREAMENTO PARA DISFAGIA OROFARÍNGEA NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO  | PO896  | 350  |
| UTILIZAÇÃO DO SISTEMA NUCLEUS SMARTNAV NA TELEMETRIA INTRAOPERATÓRIA DE IMPLANTE CLOCLEAR                                                           | PO780  | 594  |
| VARIAÇÕES ANATÔMICAS NASOSSINUSAIS: SÉRIE DE CASOS                                                                                                  | PO573  | 913  |
| VARIANTE CRIBRIFORME-MORULAR DO CARCINOMA PAPILAR DA TIREÓIDE: RELATO DE CASO                                                                       | PO773  | 192  |
| VESTIBULITE POR MRSA EVOLUINDO PARA CELULITE DE FACE: UM RELATO DE CASO                                                                             | PO676  | 946  |
| VESTIBULOTOXICIDADE POR GENTAMICINA EM PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: UM RELATO DE CASO                                                         | PO594  | 584  |
| Video Head Impulse Test findings in Definite Cerebellar Ataxia, Neuropathy, Vestibular Areflexia Syndrome (CANVAS)                                  | PO275  | 566  |

|                                                                                                                                                     |       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| Videonasolaringoscopia e videolaringoestroboscopia: os pontos-chaves de conhecimento anatômico para um exame de qualidade                           | PO823 | 739 |
| VPPB MALIGNA EM PACIENTE COM METÁSTASE EM TRONCO ENCEFÁLICO: UM RELATO DE CASO                                                                      | PO672 | 589 |
| Web laríngeo - relato de caso                                                                                                                       | PO438 | 308 |
| XANTOGRANULOMA JUVENIL DISSEMINADO E DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE UMA HISTIOCILOSE NÃO-LANGERHANS: UM RELATO DE CASO | PO467 | 448 |
| ZUMBIDO COMO MANIFESTAÇÃO DE SINUSITE: ABORDAGEM CLÍNICA E TERAPÊUTICA – RELATO DE CASO                                                             | PO582 | 582 |
| Zumbido Crônico: o que há além da farmacoterapia clássica?                                                                                          | PO178 | 556 |
| Zumbido pulsátil e alterações anatômicas do bulbo da jugular- relato de dois casos                                                                  | PO211 | 398 |