



# ABORL-CCF

Anais

**VIII Combined Meeting**  
ABORL-CCF

15,16 e 17 de junho de 2023  
São Paulo / SP

Rinologia  
Cirurgia da Plástica da Face  
Otoneuro e Med. Sono

Edição especial com  
2º Congresso da Sociedade Brasileira de Rinoplastia

# Diretoria ABORL-CCF 2023



**Dr. José Roberto Parisi Jurado**

PRESIDENTE  
SÃO PAULO/SP



**Dr. Fabrizio Ricci Romano**

1º VICE-PRESIDENTE  
SÃO PAULO/SP



**Dr. Leonardo Haddad**

2º VICE-PRESIDENTE  
SÃO PAULO / SP



**Dr. Fabio Tadeu Moura Lorenzetti**

SECRETÁRIO GERAL  
SOROCABA/SP



**Dr. Reinaldo Ragazzo**

TESOUREIRO  
LIMEIRA/SP



**Dr. Ali Mahmoud**

TESOUREIRO ADJUNTO  
SÃO PAULO / SP



**Dr. Ricardo Landini Lutaif Dolci**

SECRETÁRIO ADJUNTO  
SÃO PAULO/SP



**Dr. Ricardo Dourado Alves**

ASSESSOR  
SÃO PAULO / SP



**Dra. Melissa Ameloti Gomes Avelino**

ASSESSOR  
GOIÂNIA / GO

## Comissão Científica



**Dr. Marcus Miranda Lessa**

Diretor Presidente da ABR



**Dr. Mario Edwin Greters**

Coordenador do  
Departamento de Otorineuro



**Dr. Lucas Gomes Patrocínio**

Diretor Presidente da ABCPF



**Dr. Danilo Anunciato Sguillar**

Coordenador do  
Departamento de  
Medicina do Sono

## Comissão de Trabalhos Científicos



**Dr. Carlos Takahiro Chone**



**Dr. Joel Lavinsky**



**Dr. Reginaldo Raimundo Fujita**

## Responsável Técnico



**Dr. Fabio Tadeu Moura Lorenzetti**

## MEDICINA DO SONO

Análise do impacto na qualidade do sono em pacientes com sequencia de Pierre Robin uma revisão bibliográfica ....	12
Faringoplastia latero – expansiva associada a glossectomia de linha média, melhorando os resultados na cirurgia para AOS. ....	10
Papel da polissonografia domiciliar no acompanhamento após tratamento cirúrgico da estenose laringotraqueal .....	15
Síndrome de deiscência do canal semicircular superior: uma revisão integrativa .....	14
Relação da apnéia obstrutiva do sono com grau de sonolência, índice de massa corpórea, gênero e idade em pacientes de otorrinolaringologia de João Pessoa - PB .....	11
Transfixação da loja amigdaliana: uma complicação durante intubação orotraqueal para realização de cirurgia para apneia obstrutiva do sono .....	13

## OTOLOGIA

Abordagem terapêutica do zumbido somatossensorial: uma revisão de literatura .....	19
Acidente vascular encefálico como causa de tontura: relato de caso.....	25
Associação do quadro vertiginoso e a esclerose múltipla na otorrinolaringologia.....	17
Características clínicas e diagnósticas das tonturas vasculares no ambiente ambulatorial. ....	20
Doença de Meniere associado à doença autoimune: relato de caso e revisão da literatura.....	24
Fístula labiríntica secundária a otite média crônica colesteatomatosa: relato de caso.....	22
Insumos agrícolas e sintomas otoneurológicos uma revisão de literatura .....	18
Labirintite ossificante: relato de um caso diagnosticado tardiamente .....	28
Manejo e tratamento das tonturas vasculares fora do pronto socorro. ....	21
Os desafios da vertigem na infância: um relato de caso .....	27
Pneumolabirinto após traumatismo cranioencefálico sem fratura de osso temporal: um relato de caso .....	26
Rinoplastia pós traumática no estado de São Paulo: dados epidemiológicos dos últimos 10 anos.....	16
Um novo tratamento para a tontura cervical proprioceptiva .....	23

## PLÁSTICA FACIAL

Avaliação estética tridimensional de paciente classe III antes e depois de cirurgia plástica ortognática guiada por computador .....	29
Hematoma septal como complicação de rinoplastia estética e funcional: a importância da abordagem precoce.....	35
Osteoma de seio frontal direito tratado cirurgicamente com acesso bicoronal: relato de caso.....	31
Osteoma em seios paranasais e a abordagem cirúrgica .....	33
O uso seriado de enxerto de gordura autóloga transumbilical e inframamária associada a PRP e PRF em rinosseptoplastia pós-traumática. ....	34
Parry-Romberg syndrome: case report .....	36
Ressecção de osteoma do frontal: relato de caso e revisão de literatura .....	32
Temos que falar sobre a cirurgia facial de confirmação de gênero.....	30

## Rinologia

A importância da suspeita clínica precoce e estudo anatomopatológico dos tumores nasais.....	48
Abordagem de epistaxe em um contexto de urgência hipertensiva – relato de caso.....	37
Acometimento nasopalatal em paciente com hanseníase – relato de caso. ....	47
Alargamento de pirâmide nasal associado ao hamartoma adenomatoide epitelial respiratório: relato de caso.....	44
Análise da rinite pelo uso de descongestionante nasal: uma revisão de literatura .....	45
Análise prospectiva do microbioma nasossinusal de pacientes com rinossinusite crônica após tratamento cirúrgico ..	66
Angiofibroma do trato naso-sinusal: um relato de caso.....	51
Apresentação incomum de tumor sincrônico de cavidade nasossinusal e parótida .....	65
Bola fúngica em concha média bolhosa: um relato de caso.....	39
Cisto nasoalveolar: relato de caso.....	55
Condrolipoma de asa nasal.....	49
Dacriocistorrinostomia endoscópica endonasal - relevância no tempo de permanência da sonda de Crawford no resultado final.....	68
Displasia fibrosa polioestótica em ossos da cavidade nasal e seios paranasais.....	69
Enfisema orbitário decorrente de esternuto: relato de caso. ....	54
Estesioneuroblastoma pós radioterapia devido a meningioma.....	60
Estudo epidemiológico do carcinoma de nasofaringe em Alagoas.....	59
Fístula líquórica nasal pós-traumática.....	61
Granuloma piogênico em fossa nasal - diagnóstico diferencial de tumores nasais.....	40
Hemangioma cavernoso de concha nasal média .....	58
Meningoencefalite com empiema subdural e abscesso cerebral frontal: relato de caso de paciente com complicação grave de fístula líquórica rinogênica .....	64
Mucocele frontal: revisão de literatura .....	62
Papiloma invertido recidivante do septo nasal.....	50
Perfuração septal secundária a leishmaniose cutâneo-mucosa.....	52
Relato de caso: fístula líquórica nasal atraumática .....	41
Relato de caso: síndrome pfapa com sinusopatia fúngica associada .....	42
Ressecção via endoscópica de condroma nasal pela técnica centrípeta .....	46
Retalho de Limberg para correção de defeito em face decorrente de aspergilose invasiva secundária a Sars-Cov-2 em paciente diabético.....	53
Rinite alérgica em professores de escolas públicas de Maceió.....	43
Schwannoma e sua associação com a polipose nasal.....	57
Sinusite aguda fúngica como diagnóstico diferencial em paciente portador de diabetes tipo 2: relato de caso .....	38
Tratamento de anosmia Pós-Covid-19 com laserterapia: relato de caso .....	63
Tumor benigno nasossinusal raro (Schwannoma) em paciente idosa .....	56
Tumores nasossinusais em lactentes: série de casos .....	67

**A**

Adriano Guimaraes Reis .....	28
Aecio de Albuquerque Lins Porto.....	52
Alan Rodrigues de Almeida Paiva .....	24, 58
Alexandra Torres Cordeiro Lopes de Souza .....	60, 69
Alexandre Jose de Sousa Cunha .....	46
Amanda Sampaio Almeida .....	15
Ana Carolina do Valle Dornelas .....	11, 54
Ana Carolina Fernandes de Oliveira .....	26
Ana Carolina Mendes Veloso Evaristo.....	45
Ana Carolina Vegas Pena.....	43
Ana Eliza Garcia .....	63
Ana Letícia Vieira Santos .....	19
Ana Paula Brandao Silva .....	65
André Costa Pinto Ribeiro .....	37, 47, 49, 50
André Luis Pereira Vieira .....	27, 64
Andrey Oliveira da Cruz.....	14
Andreza Oliveira da Cruz.....	14
Anna Paula Batista de Avila Pires .....	24
Antônia Cardoso Silva .....	43
Antonio Fernando Salaroli .....	31
Arlindo Cardoso Lima Neto .....	20, 21
Audryo Oliveira Nogueira .....	37, 47, 49, 50

**B**

Bárbara Alencar Soares Fonseca .....	39
Beatriz Braga Silva .....	37
Brenda Ferreira Rocha.....	19
Brenda Rodrigues Torres Ferreira.....	42
Brisa Jorge Silveira .....	39
Bruna Ferreira Silva .....	15
Bruna Mohine Oliveir Faustino .....	38
Bruno Eduardo dos Santos .....	43
Bruno Thieme Lima .....	26

**C**

Camila Batista Caixeta.....	29
Camila Kelen Ferreira Paixão.....	38
Camilla Murta Botelho .....	19
Carina Yuri Fussuma .....	67
Carlos Alberto Caropreso .....	30
Carolina Alves Fagundes.....	42
Caue Duarte.....	56

Cesar Bertoldo Garcia.....	23
Christian Wagner Maurencio .....	33, 57

**D**

Daniel Monteiro Constant .....	59, 62
Daniel Tinôco Leite .....	37, 47, 49, 50
Daniel Vargas Ribeiro.....	24, 58
Daniela Santiago Passos .....	36
Danielle Salvati de Campos Malaquias.....	34
Débora Bressan Pazinato .....	67
Denise Vieira Santos .....	66

**E**

Edilson Zancanella .....	15
Edwin Tamashiro .....	66
Emerson Monteiro Rodrigues .....	19
Erinaldo da Costa Quintino Junior .....	44, 55
Estefani Molinar .....	38

**F**

Fabiana Cardoso Pereira Valera.....	66
Fabricio Egidio Pandini .....	53
Felipe Ferraz Quintal.....	27, 64
Felipe Gabriel Garcia .....	56
Fernando Cesar Cervantes dos Santos.....	13
Fernando Cezar Cardoso Maia Filho.....	12, 18
Flavia Ribeiro Vieira Gomes de Freitas .....	68

**G**

Gabriel Marcelo Rego de Paula.....	22, 25, 35, 51, 52
Gabriel Neves Farias.....	22, 25, 51, 52
Gabriel Santos de Freitas .....	10
Gabriella Bento de Morais .....	11, 54
Giovanna Emanuella Piffer Tanuri .....	28, 32
Gislane Borges Pereira .....	22, 25, 51, 52
Guilherme Cabrini Scheibel .....	35
Guilherme Damasceno Filho .....	32
Guilherme Henrique Ferreira Damasceno.....	61
Guilherme Laporti Brandão.....	37, 47
Gustavo Cedro Souza.....	22, 25, 35, 51, 52
Gustavo Pegos Rodrigues Coy .....	64
Gusthavo de Oliveira Marques.....	39

## H

Henrique Cesar Felippu Pinto.....	13
Henrique de Paula Bedaque.....	26
I.....	
Isabela Borgo Marinho .....	40, 46, 60, 69
Isabella Ramos Andrade Barreto Coutinho.....	36
Isadora Serotini Pertinhez .....	53
Isolda Carvalho de Santana .....	25

## J

Jacqueline Kuwahara Zocante .....	28, 32, 61
Jene Greyce Oliveira da Cruz .....	14
Jessica Areias Coelho Pereira .....	40, 46, 60, 69, 48
Jéssica Miranda Lemos .....	44
João Marcelo Teixeira Lobo.....	17, 33
João Pedro Afonso Nascimento .....	30
João Prudencio da Costa Neto.....	51
Jose Antonio Pinto.....	10, 13, 17, 33, 41, 57
Jose Eduardo Esposito Almeida.....	40, 46, 60, 69
Jose Luiz Teixeira Rodrigues .....	30
Jose Maria Astudillo Jauregui.....	30
Jose Victor Maniglia.....	61
Josiellen Almeida Nascimento.....	39
Júlia Ruete de Souza .....	27, 64
Juliana Alves Dias Fernandes.....	33
Juliano de Alencar Vasconcelos.....	53
Julio Cezar Silva Santos Filho .....	36

## L

Laisson Ronnan Silva de Melo.....	39
Lara Maria Toledo Pires .....	19
Larissa Carvalho Silvestre .....	39
Larissa Cordeiro Mostacedo Lascano .....	42
Larissa Elisa Marin.....	38
Larissa Molinari Madlum.....	27, 64
Lavynea Graziella Farias Barros .....	45
Lelia Maria Alves Duarte .....	44, 55
Leonardo Brandini Sanches.....	27, 64
Letícia Antunes Guimarães .....	39
Letícia de Paula Ervilha.....	19
Letícia Raysa Schiavon Kinasz .....	15
Letícia Rodrigues Melo .....	28, 32, 61
Lilian e C M Silva .....	66

Lis dos Reis dos Santos .....	43
Lívia Ferraz de Almeida Cyrino.....	53
Lorena Lima Almagro Pereira .....	30
Lucas Graziotti Ceolin .....	40, 46, 60, 69
Lucas Justo Sampaio.....	40, 46, 60, 69
Lucas Kenji Sakai .....	34
Luciano Henrique Antonioli .....	53
Lucilene Lisboa Ferraz.....	54
Luiz Felipe Salomão Siqueira Cunha .....	53

## M

Manoel Augusto Barbosa da Costa Mendonça.....	44, 55
Manoela Alves Vieira de Souza.....	59, 62
Manoela de Pereira Martins .....	42
Marcela Dias de Oliveira Lima .....	38
Marcell de Melo Naves .....	29
Marcelo Guimaraes Machado.....	51
Marcos Antonio Medeiros Agreli .....	22, 25, 52, 51
Marcos Rossiter de Melo Costa.....	44, 55
Marcos Vinicius Chagas Sousa.....	42
Maria Carolina Souza da Silva.....	30
Maria Clara Antunes Alves .....	66
Maria Eduarda Laranjeira Costa da Fonseca.....	59, 62
Maria Fernanda Bonome Cardoso .....	13, 41, 57
Maria Fernanda Lima Nascimento.....	58
Mariana Fagundes Sathler Emerick Berbert.....	27, 64
Mariana Floriano Lima .....	46, 60, 69
Mariana Neves Ceratti .....	28, 32, 61
Mariana Ribeiro Bocchi.....	29
Mariane Soriano Duarte Prado Tenório .....	22
Marília Rocha Kintschev.....	38
Marina Cançado Passarelli Scott .....	56
Marina Dantas Cardoso de Medeiros.....	38
Marina He Ryi Kim.....	13, 17, 41
Marina Marsiglia Gondim .....	59, 62
Mario Edvin Greters.....	27
Mateus Campestrini Harger.....	53
Mateus Henrique Neves Bracco .....	56
Matheus Chaves de Oliveira .....	24, 58
Mayara Hilda Guerini.....	12
Mayla Cabral Ernesto Beltrão Siqueira .....	45
Michelly Macedo de Oliveira.....	31
Morgana Vitor Rocha .....	43

**N**

Natália Maria Câmara da Luz.....	37, 47, 49, 50
Natália Oliveira Izidoro.....	19
Nathalia Mayume M Hayakawa.....	43
Nathália Murta Góes Castro.....	45
Nayane Oliveira Pio.....	24, 58
Nayyara Marcia Ferreira Carreiro.....	44
Nédison Gomes Paim Alves.....	23
Nicole de Carvalho Dias.....	11, 54
Nicolle Henriques Barreto Colaço.....	54

**O**

Oswaldo Souza Soares Junior.....	55
----------------------------------	----

**P**

Paula Belone Garcia.....	28, 32, 61
Paula Carvalho Lisboa Jatobá.....	44, 55
Paula Morteza Lacerda Beppu.....	28, 32, 61
Paula Souza Ramos.....	42
Pedro Filgueiras de Campos.....	58, 24
Pedro José Gomes Nobre.....	44, 55
Pedro Juliano de Mesquita Ferreira.....	67
Pedro Paulo Vivacqua da Cunha Cintra.....	13, 17, 33, 41, 57
Priscila Nogueira Soares.....	17, 33, 57

**R**

Rael Lucas Matimoto.....	32
Rafael Pessoa Porpino Dias.....	30
Rafael Silva Rocha.....	66
Rafaella Casé de Lima.....	11, 54
Rafaella Granieri Liberato Costa.....	16, 17, 33
Rayane Bezerra Freitas.....	26
Rebecca Christina Kathleen Maunsell.....	15, 67
Renata Janeiro Marques.....	56
Renata Lisboa Bergamo.....	11, 54
Rizza Chierici Baptista.....	40
Roberto Santos Tunes.....	36
Rodrigo Masatsune Kageyama.....	13, 17, 41, 57
Rodrigo Yuri Gomes de Lima.....	11
Rosana Duarte Luz.....	22, 25, 51, 52
Roseli Saraiva Moreira Bittar.....	20, 21, 23

Rubens Huber da Silva.....	28
----------------------------	----

**S**

Saú Líbano Xavier Filho.....	59, 62
Sávia Lorena Costa.....	45
Soraya Elias Russo Lima.....	49
Sulene Pirana.....	31
Susan Balaciano Tabasnik.....	42

**T**

Taiane Silva Paixao.....	38
Táisa Maria Brito Amorim.....	36
Tamyris Kaled El Hayek.....	30
Tarssius Capelo Candido.....	47, 50
Tatiana de Almeida Castro e Souza.....	40
Tauani Belvis.....	43
Thalyta Custódio.....	18
Thamiris Dias Delfino Cabral.....	40, 46, 60, 69
Thattyanne Ckrysttynn Aguiar Souza.....	39
Thays Almeida Clement Oliveira.....	56
Thays Fernanda Avelino dos Santos.....	22, 25, 52
Therezita Peixoto Patury Galvão Castro.....	43, 45, 59, 62
Thiago Luis Infanger Serrano.....	15
Tiago Cardoso Martinelli.....	67

**V**

Victor de Lima Rodrigues.....	19
Victoria Lima Tiseo.....	53
Victoria Ribeiro de Alencar Araripe Ferreira.....	37
Vivian Benaion Tabasnik.....	42
Vytor Eduardo Nascimento de Andrade.....	11, 54

**W**

Weidinar de Oliveira Rodrigues da Fonseca.....	11
Wilma Terezinha Anselmo Lima.....	66
Wilson Benini Guercio.....	37, 47, 49, 50

**Y**

Yara Franceschi Saba.....	31
Yasmim Barros Silveira.....	26

# E-PÔSTER EXPOSIÇÃO

VIII Combined Meeting  
ABORL-CCF  
15,16 e 17 de junho de 2023  
São Paulo / SP

Rinologia  
Cirurgia da Plástica da Face  
Otoneuro e Med. Sono

Edição especial com  
2º Congresso da Sociedade Brasileira de Rinoplastia

1071

## FARINGOPLASTIA LATERO-EXPANSIVA ASSOCIADA A GLOSSECTOMIA DE LINHA MÉDIA, MELHORANDO OS RESULTADOS NA CIRURGIA PARA AOS.

**Autores:** Gabriel Santos de Freitas<sup>1</sup>, Jose Antonio Pinto<sup>2</sup>.

**Instituição:** 1. NOORP, São Paulo / SP - Brasil;  
 2. NOSP, São Paulo / SP - Brasil.

**Objetivo:** Avaliar retrospectivamente a eficácia de uma abordagem combinada utilizando a técnica de faringoplastia latero-expansiva com a glossectomia de linha média, em pacientes com apneia obstrutiva do sono moderada e grave. Avaliar retrospectivamente a eficácia de uma abordagem combinada utilizando a técnica de faringoplastia latero-expansiva com a glossectomia de linha média, em pacientes com apneia obstrutiva do sono moderada e grave.

**Métodos:** Foram revisados os prontuários de 27 pacientes com AOS (Apneia obstrutiva do sono), submetidos à faringoplastia latero-expansiva associada a glossectomia de linha média com Coblation utilizando ponteira Procise MAX, no período de janeiro de 2019 a março de 2023. Foram coletados os seguintes dados: idade do paciente, sexo, índice de massa corporal (IMC), escala de sonolência de Epworth (ESE), pontuações da escala visual analógica (VAS) do ronco e resultados da polissonografia (PSG). Todos os pacientes foram submetidos a sonoendoscopia intraoperatória com Precedex® (cloridrato de dexmedetomidina).

**Resultado:** A amostra foi composta por 27 pacientes, sendo 22 (81,4%) homens e 5 (18,6%) mulheres. A idade dos pacientes variou de 26 a 62 anos, com média de  $40,92 \pm 4,9$  anos. A média do IMC pré-operatório foi de  $26,3 \pm 2,5$  kg/m<sup>2</sup>. O escore médio da ESE melhorou significativamente de  $13,0 \pm 9,4$  no pré-operatório para  $3,1 \pm 2,4$  no pós-operatório ( $p < 0,001$ ). O escore VAS médio do ronco também melhorou significativamente de  $7,8 \pm 4,1$  no pré-operatório para  $3,1 \pm 1,5$  no pós-operatório ( $p < 0,001$ ). Reduções significativas foram observadas no AIH pré-operatório  $26,3 \pm 28,2$ , para  $10,4 \pm 16,2$  no pós-operatório,  $p = 0,008$ .

**Discussão:** A apneia obstrutiva do sono (AOS) tem recebido atenção crescente da comunidade médica devido à sua significativa associação com doenças cardiovasculares, hipertensão, obesidade, depressão, dislipidemia, doença do refluxo gastroesofágico e diabetes mellitus. A fragmentação do sono e a hipóxia crônica também afetam a função cognitiva e a qualidade de vida dos pacientes. Resultados satisfatórios foram obtidos com a associação da faringoplastia latero-expansiva e glossectomia de linha média com Coblation, houve redução do IAH maior que 50% em 83,2% dos casos, taxa de sucesso superior à relatada anteriormente com o uso da faringoplastia latero-expansiva apenas, também houve redução do IAH menor que 50% em 16,8% dos casos. Optamos pela utilização do Precedex® (cloridrato de dexmedetomidina) para realização da sonoendoscopia onde avaliamos o colapso da via aérea em diferentes níveis, melhorando a precisão e definição cirúrgica. Esses achados apoiam a utilização da cirurgia palatal com a glossectomia de linha média, evidenciando redução importante no índice de apneia e hipopneia, melhora da qualidade de vida, melhora da sonolência excessiva diurna. A cirurgia quando bem indicada pode ser utilizada como uma opção terapêutica para a AOS.

**Conclusão:** A combinação dos procedimentos palatais com a cirurgia de base de língua em um único estágio, levaram à melhora da sonolência diurna excessiva, do ronco, dos parâmetros respiratórios da PSG, uma melhora global na qualidade de vida. Os resultados apresentados favorecem a aplicação do procedimento combinado e contribui como mais uma opção terapêutica na apneia obstrutiva do sono.

**Palavras-chave:** sono; glossectomia; faringoplastia.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1071\\_22042023\\_182030191.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1071_22042023_182030191.pdf)

1084

## RELAÇÃO DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO COM GRAU DE SONOLÊNCIA, ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA, GÊNERO E IDADE EM PACIENTES DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE JOÃO PESSOA - PB

**Autores:** Renata Lisboa Bergamo, Ana Carolina do Valle Dornelas, Weidinará de Oliveira Rodrigues da Fonseca, Rodrigo Yuri Gomes de Lima, Vytor Eduardo Nascimento de Andrade, Nicole de Carvalho Dias, Gabriella Bento de Moraes, Rafaella Casé de Lima.

**Instituição:** SOS Otorrino, João Pessoa - PB - Brasil.

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

**Métodos:** Foram estudados, retrospectivamente, pacientes de uma clínica particular de otorrinolaringologia em João Pessoa, Paraíba, submetidos à Polissonografia tipo 3 durante o período de setembro à outubro de 2022, que responderam aos questionamentos da Escala de Sonolência de Epworth (ESE). Avaliado pontuação de ESE e o Índice de Apneia e Hipopneia (IAH) da polissonografia, bem como IMC e gênero e idade.

**Resultados:** Selecionados e avaliados 39 pacientes com queixa de ronco noturno (51,2% homens), com idade média de 49,3 anos e IMC com Desvio Padrão de 20,8- 48,7kg/m<sup>2</sup> (46,9% obesos e 22,4% com sobrepeso) . Foi considerado apneia quando o índice de apneia e hipopneia(IAH) foi maior de 5 eventos/hora de sono com sintomas ou IAH > 15 eventos/ hora . Todos da amostra tiveram o diagnóstico de apneia. Em relação ao IAH da polissonografia tivemos 12 (%) com AOS grau leve (IAH 5-15/hora + sintomas), 8 (%) com grau moderado (IAH 15-30/hora) e 19 (%) com grau severo (IAH >30/hora). Sobre o questionário, 22 dos pacientes (56,4 %) apresentaram pontuação acima de 10 pontos na ESE.

**Discussão:** A AOS é um dos principais distúrbios relacionados ao sono e a obesidade está entre principais fatores de risco. A deposição excessiva de gordura ao redor das vias aéreas superiores e o volume pulmonar reduzido são as principais características pelas quais a obesidade diminui o tamanho da faringe e aumenta a colapsabilidade, predispondo estreitamento ou fechamento da via aérea superior durante o sono. No mundo, quase um em cada três adultos está acima do peso (IMC  $\geq 25$  kg-m<sup>-2</sup>) e quase um em cada 10 adultos é obeso (IMC  $\geq 30$  kg-m<sup>-2</sup>). Diversos estudos tem demonstrado que a AOS está diretamente associado as alterações endócrinas, como níveis de leptina e grelina, hormônios relacionados a fome e saciedade, bem como pode contribuir para o aumento do cortisol e da resistência à insulina, dificultando a perda de peso e predispondo a doenças cardiovasculares. Ao dividir a amostra de acordo com o IAH, quanto mais grave a apneia, maior o IMC e a idade. A escala de sonolência de Epworth (ESE) é uma avaliação subjetiva, rápida, simples e sem custos que pode ser realizada com os pacientes. Consiste apenas em 8 questões, que as respostas podem atingir um valor máximo de 24 e um valor mínimo de 0 pontos, sendo a pontuação maior ou igual a 10 característica de sonolência diurna excessiva. Estudos demonstram que aproximadamente 90% dos pacientes com AOS apresentam sintomas diurnos, entretanto o restante apresenta apenas alterações na monitorização noturna. A ESE pode ser usada para qualificar, mas não para não quantificar a grau da doença. O diagnóstico e tratamento precoces são importantes para evitar complicações da apneia obstrutiva do sono não tratada.

**Conclusão:** Concluímos que a AOS está diretamente associada à obesidade e à idade, não havendo diferenças significativas entre os sexos de acordo com a amostra. Na maioria dos estudos a AOS é mais prevalente em homens, o que pode demonstrar que muitas vezes as mulheres podem estar sendo subdiagnosticadas. A escala de sonolência de Epworth (ESE) pode sugerir a SAOS, porém, não pode avaliar os graus de severidade do caso. Nem todos os pacientes com AOS severa tiveram pontuação na ESE maior que 10, o que determina que a polissonografia não pode ser substituída como forma de diagnóstico e acompanhamento.

**Referências:**

1. SENARATNA, et al. Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: a systematic review. Sleep Medicine Reviews, v. 34, p. 70-81, 2017.
2. SHAMSUZZAMAN, A. S. M., et al. Obstructive sleep apnea: implications for cardiac and vascular disease. JAMA, v. 290, n. 14, p. 1906- 1914, 2003.

**Palavras-chave:** apneia do sono; massa corporea; sonolencia.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1084\\_22052023\\_180610565.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1084_22052023_180610565.pdf)

1112

## ANÁLISE DO IMPACTO NA QUALIDADE DO SONO EM PACIENTES COM SEQUENCIA DE PIERRE ROBIN UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

**Autores:** Fernando Cezar Cardoso Maia Filho, Mayara Hilda Guerini.

**Instituição:** Universidade Paranaense, Umuarama - PR - Brasil.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi analisar e compreender os impactos na qualidade do sono em pacientes com sequência de Pierre Robin a médio e longo prazo.

**Metodologia:** Foi realizada uma busca abrangente nas bases de dados científicas, incluindo PubMed, Scopus e Web of Science, utilizando palavras-chave como "sequência de Pierre Robin", "distúrbios do sono", "apneia obstrutiva do sono" e "ronco". Os estudos selecionados incluíram artigos originais, revisões e estudos de caso relacionados aos distúrbios do sono na sequência de Pierre Robin.

**Resultados:** Os distúrbios do sono relacionados à sequência de Pierre Robin são predominantemente caracterizados por apneia obstrutiva do sono, ronco, hipopneia e sono fragmentado (SMITH, 2006). A glossoptose contribui para a obstrução das vias aéreas superiores durante o sono, resultando em obstrução recorrente e hipoxemia. A polissonografia é a ferramenta diagnóstica mais comumente utilizada para avaliar a gravidade dos distúrbios do sono e orientar a abordagem terapêutica (MEYER et al., 2008).

**Discussão:** A obstrução das vias aéreas superiores devido à glossoptose é a principal causa dos distúrbios do sono nesses pacientes, resultando em apneia obstrutiva do sono, ronco e cansaço diurno (VARADARAJAN et al., 2021).

A polissonografia pode ser o melhor exame diagnóstico para avaliar o impacto na qualidade do sono desses pacientes, assim, proporcionar melhor estratégia de abordagem terapêutica (SALMEN, 2015).

Cozy, et al.; 2008, propuseram o uso de cânula nasofaríngea no diagnóstico precoce, com objetivo de evitar repercussões futuras em casos mais leves de micrognatia. No entanto, as consequências na qualidade do sono não puderam ser evitadas.

Crianças com impacto negativo na qualidade do sono podem ser prejudicadas nos aspectos cognitivos de aprendizado, memória, desenvolvimento neuropsicomotor e a longo prazo, desenvolvimento de HAS e doenças cardiovasculares (BUTOW et al., 2009).

As opções terapêuticas nesses casos variam desde manobras posturais simples, como a elevação da cabeceira da cama, até o uso de dispositivos orais para avançar a mandíbula e manter as vias aéreas abertas (BLECHNER, 2016).

Em casos mais graves, quando as intervenções não invasivas não são suficientes, pode-se considerar a cirurgia, como a traqueostomia temporária ou a cirurgia para avanço mandibular (GIUDICE et al., 2018). Essas intervenções cirúrgicas visam resolver a obstrução das vias aéreas e melhorar a qualidade do sono e a função respiratória dos pacientes. No entanto, é importante avaliar cuidadosamente os riscos e benefícios antes de optar por uma intervenção cirúrgica, levando em consideração fatores como a idade do paciente, a gravidade da obstrução e o impacto na qualidade de vida (GIUDICE et al., 2018).

**Conclusão:** A micrognatia e a glossoptose associadas a sequência de Pierre Robin produzem impactos negativos na qualidade de sono e de vida a médio e longo prazo em crianças diagnosticadas ainda que precocemente. A apresentação clínica pode se iniciar com ronco, apneias noturnas e cansaço diurno. A polissonografia auxilia na gravidade e escolha da abordagem terapêutica, seja não invasiva, como uso noturno de CPAP ou invasivas como traqueostomia e distração mandibular.

**Palavras-chave:** Pierre-Robin; apneia do sono; CPAP.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1112\\_22052023\\_15464718.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1112_22052023_15464718.pdf)

1162

## TRANSFIXAÇÃO DA LOJA AMIGDALIANA: UMA COMPLICAÇÃO DURANTE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PARA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

**Autores:** Maria Fernanda Bonome Cardoso, Rodrigo Masatsune Kageyama, Marina He Ryi Kim, Pedro Paulo Vivacqua da Cunha Cintra, Fernando Cesar Cervantes dos Santos, Henrique Cesar Felippu Pinto, Jose Antonio Pinto.

**Instituição:** Núcleo de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo, São Paulo - SP - Brasil.

**Objetivo:** Demonstrar um caso de complicação durante a intubação orotraqueal realizado com o uso do videolaringoscópio.

**Métodos:** Análise dos acontecimentos ocorridos e revisão bibliográfica sobre possíveis complicações durante a intubação orotraqueal.

**Relato de caso:** Paciente, J. N., 42 anos, atendido em ambulatório de Otorrinolaringologia, queixa de roncos. Ao exame físico otorrinolaringológico, observou-se rinopatia leve e amígdalas palatinas grau II. Paciente com Índice de Massa Corporal (IMC) de 27,3Kg/m<sup>2</sup>. Solicitado exame de polissonografia, com Índice de Apneia-Hipopneia de 43,8 por hora e ronco intenso. Após avaliação minuciosa foi optado por indicação cirúrgica de Uvulopalatofaringoplastia. Imediatamente antes da indução anestésica foi verificado que paciente apresentava uma via aérea difícil e solicitado videolaringoscópio. Após realizado procedimento de intubação orotraqueal, ao colocar abridor de boca para iniciar procedimento foi identificado grande quantidade de sangue em cavidade oral, após aspiração foi então visualizado tubo orotraqueal transfixando a região da loja amigdaliana causando sangramento em moderada quantidade e edema importante da região.

Após identificação da complicação, foi realizada a segunda tentativa de intubação, permanecendo o tubo no local prévio, com piora progressiva do edema e mantendo sangramento ativo da região lacerada.

Na terceira tentativa de intubação foi obtido sucesso, possibilitando avaliação da loja amigdaliana que apresentava laceração e edema importante, realizado hemostasia com vicryl 3.0 e optado por cancelamento do procedimento cirúrgico devido aos potenciais riscos. Foi realizado hidrocortisona e esperado mais de 1 hora para extubação segura. Paciente permaneceu internado até o dia seguinte para monitorização, realizado angiotomografia de carótidas sem alterações. Paciente recebeu alta no dia seguinte sem queixas e está em acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** Sabe-se que pacientes com Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) tendem a apresentar via aérea difícil para intubação orotraqueal. De acordo com manuais de manejo perioperatório de pacientes com SAOS, cerca de 66% dos pacientes com via aérea difícil são portadores da patologia. Além disso, existem outros fatores preditores de uma via aérea difícil, como: aumento na circunferência cervical, obesidade, retrognatismo, etc. Para avaliação dos preditores de uma via aérea difícil, é utilizado o mnemônico LEMON (L de look, E de evaluate, M de mallampati, O de obstruction e N de neck), onde são avaliados os fatores de risco na anamnese, no exame físico, pela escala de Mallampati e a possibilidade de obstrução de via aérea.

Diante de uma via aérea difícil, é necessário que sejam tomadas devidas precauções para minimizar o risco de complicações durante a intubação orotraqueal, além de uma equipe de profissionais bem capacitados em técnica e prática para definir a escolha mais adequada dos materiais para o manejo dessa via aérea. De acordo com a literatura, as complicações mais comuns associadas a intubação orotraqueal incluem: estenose subglótica e traqueal, granuloma laríngeo, lesões traumáticas da laringe e alterações vocais e lesões iatrogênicas de via aérea superior.

Em uma revisão sistemática realizada sobre a comparação da utilização do videolaringoscópio com a laringoscopia direita em pacientes que necessitavam intubação orotraqueal, foram descritos os seguintes desfechos: falha na intubação orotraqueal, complicações de vias aéreas e trauma laríngeo e de via aérea. De acordo com esse estudo, a utilização do videolaringoscópio diminui a chance de complicações durante a intubação orotraqueal em pacientes com via aérea de difícil manejo, porém não é o que foi visto por esse relato de caso.

**Conclusão:** A intubação orotraqueal é um procedimento que visa o controle definitivo da via aérea, e possui seus riscos de complicações que se não identificados podem causar dano a vida. Portanto a experiência do profissional e a técnica adequada a fim de analisar e definir possíveis dificuldades no momento do procedimento é de extrema importância.

**Palavras-chave:** complicação iot; cirurgia do sono; transfixação loja amigdaliana.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1162\\_23052023\\_115340678.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1162_23052023_115340678.pdf)

1169

## SÍNDROME DE DEISCÊNCIA DO CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**Autores:** Jene Greyce Oliveira da Cruz<sup>1</sup>, Andreza Oliveira da Cruz<sup>2</sup>, Andrey Oliveira da Cruz<sup>3</sup>.

**Instituição:** 1. Universidade Federal do Acre, Rio Branco - AL - Brasil;  
 2. Centro Universitário Uninorte, Rio Branco - AC - Brasil;  
 3. Faculdade de Ciências Médicas - Santa Casa São Paulo, São Paulo - SP - Brasil.

**Introdução:** A Síndrome da Deiscência do Canal Semicircular Superior é uma patologia rara que pode ser caracterizada por sintomas de origem vestibular, frequentemente desencadeados pelo aumento da pressão intracraniana por estímulos sonoros de alta intensidade. A etiologia não é conclusiva, porém sugere-se que o aumento da idade contribui para o desenvolvimento da síndrome.

**Objetivo:** Esta revisão integrativa tem como objetivo revisar e analisar o que a literatura dos últimos 10 anos apresenta de informações acerca do tema Síndrome de Deiscência do Canal Semicircular Superior, incluindo prevalência da patologia nas faixas etárias e gêneros, apresentação clínica e abordagem diagnóstica, além das terapêuticas atuais aplicadas, seguimento da doença e diagnósticos diferenciais. Método: revisão integrativa por meio de pesquisa Booleana nas plataformas Wos, PubMed e Bireme, selecionando-se artigos publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol, utilizando como critérios de inclusão estudos longitudinais, coorte e caso-controle, estudos transversais e estudos experimentais que atendessem a temática proposta. A revisão por meio da busca eletrônica nas bases de dados supracitadas se deu a partir do seguinte operador booleano: (“Superior Semicircular Canal Dehiscence” OR “Deiscência do Canal Semicircular Superior” OR “Dehiscencia del Canal Semicircular Superior” OR “Semicircular Canal Dehiscence” OR “Deiscência do Canal Semicircular” OR “Dehiscencia del Canal Semicircular”) AND (“Syndrome” OR “Síndrome”) OR (“Superior Semicircular Canal Dehiscence Syndrome” OR “Síndrome de Deiscência do Canal Semicircular Superior” OR “Síndrome de Dehiscencia del Canal Semicircular Superior” OR “Semicircular Canal Dehiscence Syndrome” OR “Síndrome de Deiscência do Canal Semicircular” OR “Síndrome de Dehiscencia del Canal Semicircular”). Foram selecionados estudos publicados entre 2012 e novembro de 2022, nos idiomas inglês, português e espanhol, com exportação e manejo das referências no software Mendeley Desktop versão 1.17.6 (programa gerenciador de referências - ELSEVIER®).

**Resultados e Discussão:** Após a revisão integrativa de 45 estudos epidemiológicos, observou-se que a incidência de casos aumenta conforme a idade, prevalecendo o desenvolvimento de deiscência em pacientes acima de 40 anos, não estando associado a distinção de gênero. Os principais métodos de abordagem diagnóstica são a Tomografia Computadorizada Multidetectors e a associação com os testes de Potencial Evocado Miogênico Vestibular ocular e cervical. As técnicas cirúrgicas mais abordadas para a correção dos sintomas neurovestibulares são de via transmastóideia e craniotomia de fossa média, sendo as taxas de cura total maiores do que as taxas de remissão dos sintomas.

**Conclusão:** Apesar de ser uma síndrome rara, a Síndrome de Deiscência de Canal Semicircular Superior necessita ser investigada entre as possíveis causas de vertigem, pois é considerada uma causa tratável. Os médicos, principalmente os otorrinolaringologistas devem estar atentos ao diagnóstico precoce e ao manejo dessa síndrome para evitar o uso de abordagens terapêuticas inapropriadas como medicações antivertiginosas e intervenções cirúrgicas inadequadas.

**Palavras-chave:** síndrome da deiscência do canal semicircular super; revisão integrativa; otoneurologia.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1169\\_23052023\\_140532424.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1169_23052023_140532424.pdf)

1170

## PAPEL DA POLISSONOGRAFIA DOMICILIAR NO ACOMPANHAMENTO APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE LARINGOTRAQUEAL

**Autores:** Bruna Ferreira Silva, Rebecca Christina Kathleen Maunsell, Amanda Sampaio Almeida, Letícia Raysa Schiavon Kinasz, Thiago Luis Infanger Serrano, Edilson Zancanella.

**Instituição:** Unicamp, Campinas - SP - Brasil.

**Objetivo:** A estenose laringotraqueal compreende um amplo espectro de condições congênitas e adquiridas que comumente causam obstrução das vias aéreas pediátricas. O estridor inspiratório é o principal sintoma, mas esses pacientes também podem apresentar sintomas respiratórios noturnos, sendo a estenose laringotraqueal uma das etiologias da SAOS na população pediátrica. Nosso objetivo foi avaliar a contribuição da polissonografia domiciliar no acompanhamento de crianças com estenose laringotraqueal tratadas cirurgicamente com sucesso, que relataram algum sintoma respiratório residual.

**Métodos:** Um estudo observacional prospectivo foi realizado em crianças tratadas com sucesso para estenose laringotraqueal no Hospital Universitário de Campinas (UNICAMP), entre 2021 e 2022, que relataram algum sintoma respiratório residual. Os pacientes foram submetidos à polissonografia domiciliar (PSG) tipo 3, Escala de Dispneia do Medical Research Council (MRCDS) e a um questionário estruturado para avaliar a percepção dos pais sobre sono, atividades diurnas e desempenho escolar.

**Resultados:** 14 crianças foram incluídas no estudo, 9 foram submetidas à cirurgia aberta, 4 foram tratadas endoscopicamente e uma com traqueostomia e espera vigilante. O tratamento foi considerado bem sucedido com base na decanulação e/ou resolução dos sintomas respiratórios iniciais. Na PSG domiciliar todos apresentaram resultados alterados: 9 crianças apresentaram índice de apnéia-hipopnéia (IAH) entre 1 e 5; 4 tiveram IAH entre 5 e 10 e uma criança teve IAH >10. Apenas uma criança não apresentou dessaturações abaixo de 90%, o nadir médio foi de 81% (min 76% e max 91%). O IAH médio para crianças com sintomas leves foi de 4,4, enquanto o IAH médio para as com sintomas respiratórios moderados/graves foi de 5,8. Apenas um paciente não relatou ronco, mas o IAH estava alterado (4,9).

**Discussão:** Exames de polissonografia realizados em laboratório não estão prontamente disponíveis na maioria dos locais, podendo ser exames complexos e caros, que exigem monitoramento laboratorial durante a noite por profissional qualificado e análise subsequente. Nesse contexto, a opção de realizar um exame do sono em casa é de grande valia, pois pode trazer vantagens como baixo custo e simulação do sono em condições mais próximas das habituais. Em nosso estudo, apesar das dificuldades técnicas na realização da PSG domiciliar, como alterações no registro e perda de sinal, todos os exames válidos incluídos apresentaram alterações que confirmaram o diagnóstico de SAOS em crianças com sintomas respiratórios residuais.

**Conclusão:** A polissonografia domiciliar é uma ferramenta importante no acompanhamento de crianças tratadas por estenose laringotraqueal. Os sintomas respiratórios residuais não se correlacionam necessariamente com os achados da PSG, avaliações funcionais adicionais devem ser exploradas para melhor compreensão dos sintomas diurnos. As comorbidades devem ser levadas em consideração e o tratamento cirúrgico adicional deve ser adaptado para cada paciente.

**Palavras-chave:** polissonografia domiciliar; estenose laringotraqueal; saos pediátrica.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1170\\_23052023\\_16574711.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1170_23052023_16574711.pdf)

1082

## RINOPLASTIA PÓS TRAUMÁTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS ÚLTIMOS 10 ANOS

**Autores:** Rafaella Granieri Liberato Costa.

**Instituição:** NOSP, São Paulo - SP - Brasil.

Análise dos dados epidemiológicos referentes ao procedimento de rinoplastia para defeitos pós-traumáticos no Estado de São Paulo nos últimos 10 anos.

Estudo epidemiológico descritivo, cujos dados foram obtidos através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Departamento de Informática do Sistema Total de Saúde (DATASUS). As variáveis analisadas foram: número de procedimentos realizados, caráter de atendimento, duração da internação hospitalar e óbitos, no período de Março de 2012 à Março de 2022

Foram notificadas 5.949 rinoplastias pós-traumáticas no Estado de São Paulo de 2012 a 2022, representando 0,13% do total de procedimentos cirúrgicos realizados no período. Quanto ao caráter de atendimento, 83,3% dos casos foram tratados eletivamente. O ano com maior número de rinoplastias pós-traumáticas foi o de 2013 com 789 procedimentos, enquanto em 2020 e 2021 houve uma queda acentuada, com média de 273 procedimentos ao ano. A média de permanência hospitalar foi de 1,1 dias. Não houve notificação de óbitos relacionados ao procedimento.

As rinoplastias por defeitos pós-traumáticos são preferencialmente abordadas em caráter eletivo, levando em consideração o alto grau de complexidade. Em casos pontuais opta-se por intervenção em caráter de urgência. Durante o período de 10 anos, notou-se redução importante das abordagens nos anos de 2020 e 2021, possivelmente explicado pela pandemia do coronavírus SARS-CoV-2. A duração da internação hospitalar é curta, com rápida recuperação pós-operatória. Como qualquer procedimento, não é isento de riscos.

O DATASUS é uma ferramenta de acesso fácil, gratuito, rápido e eficiente para a obtenção de dados e informação em saúde, porém é uma base ainda pouco explorada. Os dados epidemiológicos fornecidos são insuficientes para traçar um perfil epidemiológico dos pacientes, sendo mais estudos necessários para tal finalidade.

Foi realizado um estudo ecológico de série temporal, sobre a realização de rinoplastia para defeitos pós-traumáticos no Estado de São Paulo, considerando os últimos 10 anos. Para isso, foram analisados dados secundários provenientes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), ferramenta de base de dados de livre acesso para a obtenção de dados em saúde à nível nacional. As Rinoplastias por defeitos pós-traumáticos são, em sua maioria, abordadas em caráter eletivo. Durante o período de 10 anos, notou-se uma importante redução no número de abordagens cirúrgicas, porém os dados analisados fornecidos são insuficientes para traçar um perfil epidemiológico.

**Palavras-chave:** complicações rinoplastia; rinoplastia traumatica; complicações pós traumáticas.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1082\\_14052023\\_174129757.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1082_14052023_174129757.pdf)

1085

## ASSOCIAÇÃO DO QUADRO VERTIGINOSO E A ESCLEROSE MÚLTIPLA NA OTORRINOLARINGOLOGIA

**Autores:** Priscila Nogueira Soares, João Marcelo Teixeira Lobo, Marina He Ryi Kim, Rafaella Granieri Liberato Costa, Rodrigo Masatsune Kageyama, Pedro Paulo Vivacqua da Cunha Cintra, Jose Antonio Pinto.

**Instituição:** Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo, São Paulo - SP - Brasil.

**Introdução:** Na esclerose múltipla, doença autoimune, há sintomas neurológicos transitórios devido a lesões inflamatórias desmielinizantes focais crônicas comprometendo a bainha de mielina, que reveste os neurônios do sistema nervoso central. Gera quadros de surtos com duração de 24 horas na ausência de infecção ou febre com intervalo de 30 dias; surgimento de novo sintoma ou piora significativa de um sintoma já presente, como, fadiga, neurite óptica, incordenação motora, espasticidade, ataxia, vertigem entre outros. Acomete jovens entre 20 e 40 anos com predomínio nas mulheres. Vertigem é definida como sensação de movimento ilusório ou sua distorção durante a movimentação cefálica. Assim, pacientes diagnosticados com esclerose múltipla provavelmente apresentarão quadros vertiginosos associados.

**Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo, além de revisão da literatura, relatar um caso clínico de vertigem associada à esclerose múltipla e a relevância da otorrinolaringologia durante a abordagem multidisciplinar do quadro.

**Métodos:** Avaliou-se uma paciente internada em um hospital particular em São Paulo - atendimento integrado ao serviço do Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo (NOSP) - para investigação clínica devido a um quadro vertiginoso com posterior diagnóstico de esclerose múltipla pelos critérios de McDonald 2017. A paciente foi submetida a anamnese com ênfase nos sinais e sintomas otoneurológicos, antecedentes pessoais e familiares; avaliação otorrinolaringológica e a exclusão de outras doenças que pudesse interferir no diagnóstico; avaliação vestibular sem registro e investigação da presença de nistagmo espontâneo e semiespontâneo com os olhos abertos durante o olhar frontal e a 30° de desvio do olhar para a direita, esquerda, para cima e para baixo; avaliação neurológica, avaliação clínica, laboratorial e exame de imagem.

**Caso clínico:** S. A. S, 41 anos, feminino, internada no dia 16/02/2023 com cefaléia pulsátil frontal e temporal a esquerda há 02 dias associada a vertigem e desequilíbrio a esquerda durante a deambulação. Negava fotofobia e fonofobia. Referiu infertilidade idiopática com infecção uterina com internação há 15 anos e desde então com seqüela motora em membro superior esquerdo. Sem comorbidades, alergias ou medicações de uso contínuo. Ao exame físico bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril e eupneica em ar ambiente, dextro de 99 mg/dl. A avaliação neurológica inicial pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, otoscopia bilateral sem alterações, nistagmo horizontal para a direita, com a marcha e o repouso pendendo a esquerda. Os exames laboratoriais da admissão dentro da normalidade. Tomografia computadorizada do crânio 16/02/23 raros e tênues focos hipoatenuantes nos centros semiovais/coroas radiadas. Por isso, a equipe de otorrinolaringologia optou por manter medicações para melhora dos sintomas vertiginosos e solicitar ressonância nuclear magnética de crânio com contraste 18/02/2023 com múltiplas lesões típicas de doença desmielinizante. Após resultado a equipe de neurologia assumiu o caso com realização da coleta de líquido cefalorraquidiano, prescrito antiparasitário e iniciado a pulsoterapia com metilprednisolona.

**Discussão:** Na investigação da vertigem geralmente sua condução leva a causas periféricas com uso sintomáticos e exames subsidiários para encaminhamento ambulatorial otorrinolaringológico após estabilização do quadro agudo no ambiente hospitalar. Mesmo com tal conduta inicial não houve melhora clínica da paciente, sendo feito o diagnóstico de esclerose múltipla e iniciado o tratamento com pulsoterapia, antiparasitário e coleta líquido cefalorraquidiano pela equipe de neurologia.

**Conclusão:** Vertigem de origem central podem ocorrer de forma recorrente na rotina da otorrinolaringologia, sendo necessário sua investigação e diagnóstico. Relevante sua atualização nesses quadros, incluindo a avaliação clínica inicial, exames subsidiários a serem solicitados e, caso seja preciso, o encaminhamento para a especialidade que realizará o seguimento.

**Palavras-chave:** vertigem; esclerose múltipla; otorrinolaringologia.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1085\\_16052023\\_180641335.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1085_16052023_180641335.pdf)

1086

## INSUMOS AGRÍCOLAS E SINTOMAS OTONEUROLÓGICOS UMA REVISÃO DE LITERATURA

**Autores:** Fernando Cezar Cardoso Maia Filho, Thalyta Custódio.

**Instituição:** Universidade Paranaense, Umuarama - PR - Brasil.

**Objetivo:** Essa revisão de literatura tem como objetivo abordar os sintomas otoneurológicos presentes em pacientes que tiveram contato com insumos agrícolas

**Resultado:** Foram observados estudos quantitativos e transversais em relação a exposição de indivíduos aos insumos agrícolas e analisado os mais utilizados no ambiente ocupacional, como os glifosato, acefato trifloxistrobina associado com protioconazol e carbendazim Outro fator analisado foi, relacionado ao uso de Equipamento de Proteção Individual para a aplicação desses produtos químicos, 61,25% usam esse equipamento 37,5% não usam, e um trabalhador não quis responder Ademais, fora abordado os sintomas apresentados pelos trabalhadores rurais, a dor de cabeça (80%), seguida de tontura (32,5%), vômito (27,5%) e náusea (20,0%) sendo a tontura o sintoma mais prevalente em locais que utilizavam glifosato Dos entrevistados 21,5% informaram que já foram intoxicados por agrotóxicos, 75,9% nunca foram intoxicados e 2,5 não responderam

**Conclusão:** Os sintomas otoneurológicos são caracterizados por tontura, zumbido e plenitude aural O contato com agentes químicos supracitados durante o trabalho, tem potencial interferência na qualidade de vida dos trabalhadores

**Métodos:** Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa pesticidas, desequilíbrio postural, vertigem, insumos agrícolas, sintomas otoneurológicos e distúrbios da marcha, sendo artigos filtrados conforme a relevância do tema, nas bases de dados científicas PubMed e Google acadêmico Pesquisamos e utilizamos artigos publicados entre 2010 e 2023 Coletamos e analisamos 28 artigos das bases de dados, e destes utilizamos 6 para realizar a discussão do tema

**Discussão:** Achados audiométricos indicam que a perda auditiva induzida por ruído e envenenamento químico é muito semelhante à presbiacusia O diagnóstico diferencial da perda auditiva só pode ser feito por meio de entrevista cuidadosa e exame clínico O diagnóstico pode ser bastante desafiador, pois as causas da doença geralmente se sobrepõem Destaca se, que os organofosforados, são pesticidas amplamente utilizados para o controle de pragas no meio agrícola O grande problema de seu uso está no fato de ser neurotóxico gerando decréscimo na função cognitiva e neurocomportamental, bem como disfunções respiratórias e reprodutivas. Sintomas agudos surgem como tontura e náusea (et al 2018) Ademais, o estudo de Kim, et al, 2018 avaliou indivíduos com metabólitos DAP, na urina e comparou com o caso controle, por meio da posturografia estática, auto relato, concentração e tempo de exposição ao organofosforado, com base nessa pesquisa, a hipótese inicial sugere que a exposição ao pesticida altera o equilíbrio postural Cobaías expostas tiveram alterações morfológicas cocleares com lesões nos três giros analisados, bem como alterações no sáculo e utrículo (Körbes D, 2010) Outro estudo de trabalhadores expostos a Mancozebe e Paration mostrou eletrônístagmografia alterada em 88,8% com hiperreflexia vestibular em prova calórica e presença de nistagmo posicional A correlação entre produtos químicos e alterações neurocomportamentais são bem caracterizadas, porém é difícil estabelecer a causa por um modelo transversal de estudo, fazendo se necessário mais buscas longitudinais ou em ensaios clínicos para de fato compreender o mecanismo biológico e concluir as relações abordadas (SHIUE 2013)

**Palavras-chave:** otoneurologia; tontura; agrotóxicos.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1086\\_17052023\\_15370069.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1086_17052023_15370069.pdf)

## ABORDAGEM TERAPÊUTICA DO ZUMBIDO SOMATOSSENSORIAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

**Autores:** Letícia de Paula Ervilha, Lara Maria Toledo Pires, Natália Oliveira Izidoro, Emerson Monteiro Rodrigues, Ana Letícia Vieira Santos, Brenda Ferreira Rocha, Camilla Murta Botelho, Victor de Lima Rodrigues.

**Instituição:** Hospital Bom Samaritano, Governador Valadares - MG - Brasil.

**Objetivo:** Verificar as evidências científicas atuais disponíveis para o tratamento do zumbido somatossensorial (ZS).

**Metodologia:** Foram analisados estudos publicados entre 2018 e 2023 nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo utilizando os descritores "Tinnitus", "Somatosensory" associados a "Treatment" ou "Therapy". Foram incluídos estudos originais, revisões e relatos de casos que avaliaram técnicas de tratamento para o ZS. Excluiu-se os artigos duplicados, que representavam prévias de estudos e aqueles que não especificaram o tipo de zumbido tratado. Ao final, foram selecionadas 8 referências.

**Resultados:** Entre os artigos selecionados, 3 abordaram os benefícios do tratamento fisioterápico. Eladl et. al (2022) avaliou a eficácia da associação de exercícios supervisionados de fisioterapia à terapia de fotobiomodulação no tratamento do ZS; Côté et. al (2019) avaliou o efeito de um programa fisioterápico multimodal, com terapia manual cervical, temporomandibular e torácica, na intensidade do ZS, enquanto Wal et. al (2020) analisou o tratamento multidisciplinar com fisioterapia e uso de placas oclusais na redução da gravidade do ZS. A técnica de agulhamento seco em pontos cervicofaciais foi analisada pelos autores Womack et. al (2019) e Oiticica et. al (2022). Ambos demonstraram redução do desconforto do ZS a longo prazo, sendo que o estudo de Oiticica et al (2022) verificou ainda melhora no domínio emocional relacionado ao ZS. Sajadi et. al (2019) demonstrou benefício terapêutico por meio da acupuntura de pontos gatilhos dos músculos cervicais, associados a orientações sobre exercícios para os ombros e pescoço. Atan et. al (2020), identificou melhora da percepção do zumbido com a técnica de bandagem funcional (kinesio taping). Cavagnetto et. al (2021), através da estimulação elétrica transcutânea nervosa, observou decréscimo no volume do zumbido, nível de ansiedade conectada ao zumbido e intolerabilidade do zumbido, com melhora na qualidade de vida dos pacientes.

**Discussão:** O ZS é um subtipo de zumbido subjetivo associado à ativação dos sistemas somatossensorial, somatomotor e visual-motor. Evidências sugerem que esse zumbido é mais comum entre jovens e não está relacionado à perda auditiva. Sua prevalência é estimada entre 12 a 43% dos pacientes com zumbido, variando conforme os critérios diagnósticos. Apesar desse sintoma parecer comum, sua fisiopatologia, diagnóstico e tratamento ainda não são bem estabelecidos. Estudos indicam que no ZS as conexões entre as fibras do sistema somatossensorial cervical, a região temporomandibular e o núcleo coclear dorsal podem alterar o disparo espontâneo e a sincronia dos neurônios do núcleo coclear dorsal, colículo inferior e córtex auditivo, sendo capaz de alterar o tom ou intensidade do zumbido existente ou, mais raramente, causar o zumbido. A suspeita clínica deve ser levantada em casos nos quais o zumbido muda de intensidade, tom ou localização durante outra estimulação proveniente da cabeça e pescoço e na presença de fatores associados, como síndrome da articulação temporomandibular, pontos-gatilho miofasciais, doenças dentárias, bruxismo e dores na cabeça, pescoço e escápula. Nesta revisão foram encontrados 6 tratamentos distintos para o ZS: fisioterápico, agulhamento seco, acupuntura, fotobiomodulação, bandagem funcional e estimulação elétrica transcutânea nervosa, todos apresentando benefícios terapêuticos. Apesar da relevância das terapias encontradas, apenas um estudo (Eladl et. al, 2022) realizou tratamento que focava tanto na via auditiva quanto no sistema musculoesquelético.

**Conclusão:** O ZS afeta a qualidade de vida e, muitas vezes, gera angústia nos pacientes acometidos, sendo fundamental o estudo baseado em evidências científicas para consolidar técnicas de tratamento já utilizadas, bem como levantar novas possibilidades terapêuticas. Verifica-se uma complexa fisiopatologia e etiologia multifatorial relacionada ao ZS, de forma que além da capacitação do otorrinolaringologista para diagnóstico e tratamento adequado, compreenda-se a abordagem dessa afecção de maneira integral e multiprofissional.

**Palavras-chave:** zumbido; somatossensorial; tratamento.

[http://congresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1089\\_19052023\\_120013237.pdf](http://congresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1089_19052023_120013237.pdf)

1096

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DIAGNÓSTICAS DAS TONTURAS VASCULARES NO AMBIENTE AMBULATORIAL.

**Autores:** Arlindo Cardoso Lima Neto, Roseli Saraiva Moreira Bittar.

**Instituição:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, São Paulo - SP - Brasil.

**Introdução:** Tonturas e vertigens podem ser decorrentes de eventos isquêmicos.

**Objetivo:** Descrever os sintomas de tontura e vertigem vasculares (TVV), os diagnósticos e achados de testes de fluxo sanguíneo na circulação posterior (TFSCP) – Angio-ressonância magnética, Angio-tomografia e/ou Doppler cervical e transcraniano - em pacientes ambulatoriais; avaliar as correlações entre esses achados e o diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC); e destacar aspectos peculiares do manejo ambulatorial destes pacientes.

**Métodos:** Série de casos realizada de maio a agosto de 2022. Os participantes foram submetidos a anamnese, bedside tests, avaliação vestibular, ressonância magnética (RM) e TFSCP. Foram incluídos pacientes ambulatoriais cuja última crise datasse mais que 48 horas e que pelo menos uma delas preenchesse os critérios diagnósticos de TVV da Sociedade Bárány. As variáveis estudadas foram: características clínicas, score ABCD2, outros sintomas de hipofluxo associados, gatilhos, diagnóstico final e TFSCP demonstrando redução de fluxo acima de 50%. Foram divididos grupos de acordo com o diagnóstico final e comparações realizadas com testes exatos de Fisher e Mann-Whitney.

**Resultados:** Quarenta pacientes foram incluídos (52,5% mulheres) com idade média de 69,9±8,6 anos. Seis (15%) foram diagnosticados como AVC isquêmico cerebelar; 33 (82,5%), ataque isquêmico transitório (AIT) e; 1 (2,5%), provável isquemia labiríntica isolada. O score ABCD2 foi <4 em 62,5% dos pacientes. Perda visual transitória (52,5%) e síncope (27,5%) foram os sintomas associados mais prevalentes. TFSCP foram positivos em 35,8% dos casos e 92,9% destes apresentavam obstrução de artérias vertebrais. Disfagia e tontura não vertiginosa foram significativamente mais prevalentes dentre os portadores de AVC do que nos casos de AIT. Não houve correlação entre TFSCP positiva, gatilho posicional do pescoço e diagnóstico final de AVC.

**Conclusão:** A TVV se apresenta com episódios de tontura de qualquer caráter, duração e intensidade, associada principalmente à perda visual transitória e síncope. A RM é a principal ferramenta no diagnóstico de AVC posterior quando há mais de 48 horas da última crise e deve ser solicitada em todos os casos de TVV. O local da obstrução vascular pode ser identificado numa minoria dos pacientes, tanto nos portadores de AVC quanto AIT.

**Palavras-chave:** vertebrobasilar; AVC posterior; AIT posterior.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1096\\_21052023\\_101728731.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1096_21052023_101728731.pdf)

1098

## MANEJO E TRATAMENTO DAS TONTURAS VASCULARES FORA DO PRONTO SOCORRO.

**Autores:** Arlindo Cardoso Lima Neto, Roseli Saraiva Moreira Bittar.

**Instituição:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, São Paulo - SP - Brasil.

**Introdução:** Tonturas e vertigens vasculares (TVV) estão associadas a acidente vascular cerebral (AVC), ataque isquêmico transitório (AIT) e infarto labiríntico. Em julho de 2021, a American Heart Association and Stroke Association (AHA/ASA) introduziu diretrizes para prevenção de AVC em pacientes com AVC e AIT.

**Objetivo:** Descrever o manejo e tratamento da TVV em pacientes ambulatoriais (fora do ambiente do pronto socorro) e seus respectivos resultados, de acordo com o guideline da AHA/ASA.

**Método:** Série longitudinal de casos de maio de 2022 a fevereiro de 2023. Foram incluídos pacientes que atendiam à classificação VVD da Sociedade Bárány e eram elegíveis para terapia de acordo com as diretrizes da AHA/ASA. Todos foram avaliados com anamnese, bedside tests, ressonância magnética e angio-ressonância magnética, exames vestibulares completos e avaliação cardiológica e neurológica. Caso a última crise datasse menos que 48 horas, foi realizada também tomografia de crânio. Uma vez corretamente avaliados, os participantes iniciaram a terapia (D0) e foram acompanhados por mais 180 dias (D30, D60, D90, D180), quando se avaliou a frequência de crises de tontura, o grau de incomodo causado pelos sintomas (escala visual analógica – EVA) e a ocorrência de efeitos colaterais. A primeira linha de tratamento foi com Ácido Acetil Salicílico (AAS) 100mg/dia e/ou Clopidogrel 75mg/dia. Utilizou-se testes de Fisher's e Mann-Whitney para avaliação estatística.

**Resultados:** Foram avaliados 507 indivíduos e incluídos 41 (51,2% do sexo feminino; idade média de 72 anos). Dez (24,3%) foram diagnosticados como AVC isquêmico; 30 (73,1%), AIT e; 1 (2,4%) provável infarto labiríntico. Os pacientes receberam dupla antiagregação plaquetária (48,7%), terapia antiplaquetária única (48,7%) e terapia anticoagulante (2,4%). Não ocorreram novas crises em 95,2% dos pacientes, e o grupo AIT apresentou diminuição significativa do desconforto por desequilíbrio (EVA). Nenhum paciente apresentou efeitos adversos durante o segmento. Em seis pacientes (14,6%) a melhora do desconforto foi apenas parcial e foram encaminhados para reabilitação vestibular ou avaliação vascular intervencionista (caso houvesse obstrução detectável na angio-ressonância magnética).

**Discussão:** Diante da suspeição de TVV e afastada possibilidade de eventos hemorrágicos, deve-se considerar o início do tratamento para evitar eventos isquêmicos ainda mais graves. Em casos onde os fatores de risco são maiores, deve-se considerar dupla antiagregação por 90 dias. Desenvolvemos um fluxograma para auxiliar neste raciocínio. A maioria dos pacientes referia múltiplas crises associadas a outros sintomas de hipofluxo vertebrobasilar (síncope, perda visual transitória, cefaléia inédita, etc), tanto no grupo AVC quanto AIT. O grande achado deste estudo foi a drástica redução do número de crises, mostrando a eficácia do tratamento na TVV.

**Conclusão:** Os antiplaquetários e anticoagulantes são seguros e eficazes no tratamento da TVV, pois previnem novos eventos isquêmicos e promovem melhor fluxo da circulação posterior, reduzindo as crises de vertigem/tontura e as queixas de desequilíbrio.

**Palavras-chave:** vertebrobasilar; antiagregante plaquetário; paciente ambulatorial.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1098\\_21052023\\_121700878.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1098_21052023_121700878.pdf)

1110

## FÍSTULA LABIRÍNTICA SECUNDÁRIA A OTITE MÉDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA: RELATO DE CASO

**Autores:** Gabriel Marcelo Rego de Paula<sup>1</sup>, Gabriel Neves Farias<sup>1</sup>, Gustavo Cedro Souza<sup>1</sup>, Rosana Duarte Luz<sup>1</sup>, Gislane Borges Pereira<sup>1</sup>, Marcos Antonio Medeiros Agreli<sup>1</sup>, Mariane Soriano Duarte Prado Tenório<sup>2</sup>, Thays Fernanda Avelino dos Santos<sup>1</sup>.

**Instituição:** 1. Hospital Veredas, Maceió - AL - Brasil;  
2. Hospital Arthur Ramos, Maceió - AL - Brasil.

**Objetivo:** O estudo tem como objetivo descrever o caso de um paciente com fístula labiríntica secundária a otite média crônica colesteatomatosa.

**Métodos:** Revisão secundária da literatura médica, nas bases de dados Scielo, Lilacs, BVS, PubMed, associado a revisão de prontuário, com foco em exames de imagem e laboratoriais. **Descrição:** Paciente, sexo masculino, 52 anos, hipertenso e com passado cirúrgico de timpanoplastia em orelha esquerda em 2019 e timpanoplastia em orelha direita em 2022, foi admitido em consulta otoneurológica devido a vertigem de curta duração desencadeada pelo movimento cefálico brusco para baixo e para esquerda. Sem histórico de síncope, cefaleia ou alterações auditivas. Em uso de Betaistina 16mg, porém sem melhora da sintomatologia ao uso da medicação. Ao exame otoneurológico, ausência de nistagmo espontâneo e semiespontâneo, eumetria e eudiadocinesia, Romberg negativo e Fukuda sem lateralização. Dix-Halpike positivo para esquerda. Levantada a hipótese de Vertigem Posicional Paroxística Benigna, foi realizada manobra de Epley, suspenso betaistina e prescrito Meclizina SOS. No retorno, paciente referiu manutenção do quadro vertiginoso a movimentação cefálica para esquerda, associado a plenitude auricular e alteração da marcha. Exame otoneurológico com ausência de nistagmo espontâneo e semiespontâneo, eumetria, eudiadocinesia e Dix-Halpike negativo. Solicitado TC de ossos temporais, que evidenciou material com atenuação de partes moles na orelha média direita, ocupando espaço de Prussak, erodindo esporão de Chaussé e ocupando epitímpano e mesotímpano medial, associado a erosão de ossículos, notadamente martelo e bigorna e teto da orelha média, erosão da parede medial da caixa timpânica com sinais de diminuição da cobertura óssea do canal semicircular esquerdo, sugerindo colesteatoma. Os sinais tomográficos associado aos achados clínicos do paciente, sugeriram Otite Média Crônica Colesteatomatosa, com fístula para canal semicircular lateral esquerdo.

**Discussão:** A fístula labiríntica é uma das complicações mais comuns associadas ao colesteatoma. Representa uma perda erosiva do osso endocondral que recobre o labirinto. O canal semicircular lateral (CSL) é a localização mais frequente das fístulas labirínticas, podendo estar acompanhado ou não de outras estruturas como o canal semicircular superior, posterior e mais raramente a cóclea. A apresentação clínica é variada, algumas fístulas são assintomáticas enquanto outras estão associadas a graus variados de distúrbio do sistema auditivo e vestibular. Os sintomas, quando presentes, incluem perda auditiva, otorreia, zumbido e vertigem. Dentre os métodos de avaliação dos pacientes com otite média crônica (OMC), a tomografia computadorizada de alta resolução é a mais utilizada atualmente, diagnosticando colesteatoma, envolvimento de cadeia ossicular, fístula labiríntica, e defeitos do canal do nervo facial. O tratamento da fístula labiríntica é controverso em relação à técnica cirúrgica (mastoidectomia aberta ou fechada), à remoção parcial ou completa da matriz e, nestes casos, ao material utilizado para o selamento.

**Conclusão:** O aparecimento de vertigem, sobretudo nos pacientes com otite média crônica colesteatomatosa, deve ser amplamente investigado, uma vez que a fístula labiríntica trata-se de uma complicação que deve ser suspeitada. A tomografia computadorizada é o exame de eleição para diagnóstico para fístula de canal semicircular lateral. Em relação ao tratamento, a reabilitação vestibular tem papel indiscutível, ao passo que a técnica cirúrgica ainda é controversa.

**Palavras-chave:** fístula labiríntica; otoneurologia; colesteatoma.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1110\\_21052023\\_235913532.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1110_21052023_235913532.pdf)

1111

## UM NOVO TRATAMENTO PARA A TONTURA CERVICAL PROPRIOCEPTIVA

**Autores:** Cesar Bertoldo Garcia, Roseli Saraiva Moreira Bittar, Nédison Gomes Paim Alves.

**Instituição:** USP-SP, São Paulo - SP - Brasil.

**Objetivo:** Verificar os índices de eficácia do calor gerado pelos nanotubos de carbono (NTC) na resolução da tontura em indivíduos com diagnóstico de tontura cervical proprioceptiva (TCP).

**Método:** Um ensaio clínico randomizado foi realizado. A amostra foi composta por voluntários diagnosticados com TCP, divididos em grupo de estudo (GE) e grupo placebo (GP). Pastilhas contendo NTC com efeito termoterapêutico foram utilizadas no GE e pastilhas inertes no GP. O tratamento foi realizado durante 30 dias e as medidas de dor, tontura e assimetria da tensão muscular entre os lados direito e esquerdo da musculatura cervical posterior foram avaliadas durante 60 dias.

**Resultados:** Dor, tontura e a assimetria da tensão muscular cervical posterior reduziram-se no grupo de estudo. As mesmas variáveis não se alteraram no grupo placebo.

**Discussão:** Ambos os grupos apresentaram inicialmente altos níveis de dor, que foram maiores no grupo de estudo. O efeito do tratamento durante o estudo foi evidente no grupo de estudo, mas não no grupo placebo. A leve redução da dor na segunda avaliação (dia 15) no grupo placebo pode ser atribuída ao próprio efeito placebo, pois a percepção da dor voltou a aumentar nas avaliações posteriores. A tontura melhorou significativamente no grupo de estudo entre a linha de base e as avaliações seguintes. O mesmo não ocorreu no grupo placebo, que mimetizou os resultados encontrados para dor e não apresentou melhora. Essas observações mostram a associação de dor e tontura encontrada em nosso estudo, corroborando estudos anteriores. Assim como descrito para a dor, a assimetria da tensão muscular foi mais intensa no GE, embora não significativamente. Após o tratamento com calor local, a assimetria da tensão muscular cervical posterior foi significativamente reduzida no GE aos 15 e 30 dias, aumentando novamente no dia 60 - um mês após o término do tratamento. Esses achados mostram a ação do calor, reduzindo a tensão e a assimetria de tensão da musculatura cervical posterior. Nossos resultados corroboram estudos anteriores relatando a eficácia do calor na redução da tensão muscular e da fáscia, mostrando a correlação entre cervicálgia, tontura e assimetria da tensão muscular.

**Conclusão:** Os resultados mostram que o efeito terapêutico do calor foi eficaz no tratamento de pacientes com diagnóstico de tontura cervical proprioceptiva. Também pudemos observar uma clara inter-relação dos sintomas de dor, tontura e assimetria da tensão muscular cervical posterior.

**Palavras-chave:** tontura; propriocepção; nanotecnologia.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1111\\_22052023\\_011702545.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1111_22052023_011702545.pdf)

1118

## DOENÇA DE MENIERE ASSOCIADO À DOENÇA AUTOIMUNE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

**Autores:** Alan Rodrigues de Almeida Paiva, Anna Paula Batista de Avila Pires, Daniel Vargas Ribeiro, Nayane Oliveira Pio, Matheus Chaves de Oliveira, Pedro Filgueiras de Campos.

**Instituição:** Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte - MG - Brasil.

**Objetivo:** Apresentar o relato de caso de uma paciente, sexo feminino, com doença de Ménière (DM) bilateral associado a doença autoimune, além de realizar a revisão da literatura sobre o tema.

**Métodos:** O estudo foi realizado por meio da revisão de prontuário de uma paciente com diagnóstico de Doença de Ménière bilateral e doença autoimune. Paciente acompanhada em serviço especializado de otoneurologia em Belo Horizonte, no período de dezembro de 2020 a maio de 2023. Os dados analisados e relatados incluíram idade, sexo, sintomas, avaliação clínica otorrinolaringológica e exames complementares. A revisão de literatura foi realizada nas bases de dados do Pubmed, Scielo e Google Scholar.

**Resultados:** Paciente M. A. S. P., 50 anos, sexo feminino, com quadro crônico de hipoacusia, plenitude aural, zumbido e tontura intermitente. Apresentava diagnóstico prévio de perda auditiva neurossensorial e estava em uso de aparelho auditivo, iniciado após quadro de Sarampo aos 11 anos de idade. Além disso, apresentava quadro autoimune em investigação. O exame clínico otorrinolaringológico e otoneurológico mostrou-se sem alterações. No entanto, a avaliação audiológica realizada em dezembro de 2020, revelou perda auditiva sensorineural grave bilateral nas frequências agudas e graves, sem alterações na imitanciometria. Foi iniciado, devido a suspeita de DM, o uso de Betaistina 24 mg, duas vezes ao dia, com melhora importante do quadro. Entretanto, a medicação foi utilizada por 60 dias, com recorrência de tontura e sensação de plenitude aural 03 meses após a sua suspensão. Além desta queixa, a paciente apresentava, na mesma data, quadro de xerostomia e xeroftalmia importante. Reiniciado o uso da Betaistina 24 mg, três vezes ao dia, com melhora importante da tontura e feito o diagnóstico de síndrome de Sjögren pela equipe da reumatologia. Outros exames complementares foram solicitados, como a ressonância magnética de ossos temporais, a qual estava sem alterações, e exames laboratoriais reumatológicos. Destes, o Fator antinuclear estava positivo (1: 160 padrão mononuclear), porém sem outro diagnóstico definido de doença autoimune. O tratamento proposto, inicialmente, foi a corticoterapia, porém sem aceitação da paciente. Dessa forma, foi optado por controlar sintomatologia com Betaistina, sendo bem tolerado.

**Discussão:** A Doença de Ménière é uma patologia da orelha interna caracterizada clinicamente por uma tétrede sintomática: crises vertiginosas, perda auditiva sensorineural flutuante, tinnitus e plenitude aural na orelha afetada. A etiologia da DM não é completamente estabelecida, entretanto sabe-se que a hidropsia endolinfática é necessária, porém não suficiente para a sua ocorrência. A autoimunidade parece ser responsável por 16% das formas bilaterais da DM. Em casos como este, quando a doença imunológica parece ser o fator causal da DM, os mecanismos fisiopatológicos são embasados em estudos experimentais. Assim, alguns trabalhos demonstraram que antígenos e anticorpos monoclonais podem se acumular e causar hidropsia no sistema endolinfático, além da deposição de imunocomplexos produzir um quadro inflamatório do saco endolinfático, reduzindo a capacidade de filtração da endolinfa e acúmulo da mesma. Dessa forma, os distúrbios autoimunes sistêmicos, principalmente formadores de imunocomplexos, são capazes de prejudicar o sistema endolinfático, assim como outros sistemas sabidamente afetados, como o sistema renal, cardiovascular e sinovial. O tratamento da DM, nesses casos, é baseado em controlar a doença autoimune de base. Assim, a maioria dos casos irão responder bem a corticoterapia e outros aos imunomoduladores. Entretanto, vê-se na prática clínica a melhora sintomática com a Betaistina, sem grandes estudos confirmando esta hipótese nesses quadros.

**Conclusão:** Tratando-se de doenças raras, o conhecimento destas entidades concomitantes pelo médico assistente se torna necessário para o diagnóstico precoce e manejo eficaz. Nesse contexto, o diagnóstico sugestivo de doença de Ménière bilateral ou de doenças autoimunes multisistêmicas devem ser abordados por equipe multidisciplinar.

**Palavras-chave:** doença de meniere; autoimunidade; tontura.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1118\\_22052023\\_221227232.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1118_22052023_221227232.pdf)

1149

## ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO COMO CAUSA DE TONTURA: RELATO DE CASO

**Autores:** Gustavo Cedro Souza, Rosana Duarte Luz, Gabriel Marcelo Rego de Paula, Gabriel Neves Farias, Gislane Borges Pereira, Marcos Antonio Medeiros Agreli, Isolda Carvalho de Santana, Thays Fernanda Avelino dos Santos.

**Instituição:** Hospital Veredas, Maceió - AL - Brasil.

**Objetivos:** Relatar o caso de paciente portador de lúpus eritematoso sistêmico, que apresentou tontura secundária a acidente vascular encefálico.

**Métodos:** Revisão secundária da literatura nas bases de dados Lilacs, Scielo, PubMed e revisão de dados do prontuário do paciente, com foco na história clínica, exame físico, exames laboratoriais e de imagem.

**Resultados:** Paciente, sexo feminino, 27 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, hipertensa e diabética, foi admitida no Departamento de Otorrinolaringologia com quadro de tontura com duração de segundos, associada a cefaleia hemcraniana esquerda, pulsátil, com frequência de 2 a 3 vezes por semana. Sem histórico de hipoacusia, náuseas ou vômitos. Início dos sintomas há 3 meses. Piora dos sintomas a movimentação cefálica vertical, e sem fatores de melhora conhecidos. Ao exame físico, Romberg negativo, Fukuda negativo, índice-nariz negativo, eumetria e eudiadococinesia, ausência de nistagmo espontâneo e semiespontâneo, head impulse test negativo, dix hallpike negativo. Levantou-se a hipótese de migrânea vestibular e tontura secundária ao lúpus. Prescrito nortriptilina, flunarizina e solicitado exames laboratoriais, audiométricos e ressonância magnética de crânio. Paciente retorna ao ambulatório com diminuição da frequência dos sintomas após uso de medicações prescritas, e com resultado de ressonância magnética de encéfalo contrastada, que revelou focos esparsos de hipersinal nas ponderações T2 e FLAIR, sem sinais de restrição à difusão, acometendo a substância branca subcortical e profunda dos lobos frontais e parietais, sem evidência de realce pós-contraste, achados que podem estar relacionados à doença de base da paciente; sinais de infarto isquêmico crônico acometendo o lóbulo parietal direito e infartos lacunares no hemisfério cerebelar direito e na substância branca subcortical relacionada ao lobo parietal direito.

**Discussão:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser definido como um distúrbio do sistema circulatório cerebral abrupto que gera deficiências neurológicas, diferentes graus de incapacidade e, muitas vezes, morte. A associação de LES com o aumento do risco de eventos cerebrovasculares já está bem estabelecida, com vários mecanismos envolvidos na gênese do AVE: aterosclerose acelerada e precoce, infiltração perivascular de células inflamatórias e trombose, principalmente quando há associação com a SAAF, devido ao constante estado de hipercoagulabilidade. Nesse sentido, pacientes com LES associados sintomas otoneurológicos, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) deve ser considerado. Tontura e/ou desequilíbrio são frequentemente referidos durante o episódio agudo do AVC e na fase tardia do AVC. Outros achados comuns incluem vertigem, ataxia, nistagmo, disartria, náuseas, vômitos e dismetria, sobretudo quando acometimento de fossa posterior. Nesses casos, a RNM exerce papel fundamental na detecção de isquemia cerebelar e deve, sempre que possível, ser realizada.

**Conclusão:** A tontura é um sintoma comum que pode ser causado por várias condições médicas, incluindo o acidente vascular encefálico. Em pacientes com Lupus Eritematoso Sistêmico, dada a predisposição pelo processo inflamatório crônico, a tontura deve ser encarada como um sinal de alarme. Nesses casos, a RNM assume papel imprescindível ao diagnóstico, sobretudo nos pacientes com quadro sugestivo de labirintopatia periférica cujos sintomas resistam ao uso dos antivertiginosos.

**Palavras-chave:** tontura; acidente vascular cerebral; infarto.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1149\\_23052023\\_075000635.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1149_23052023_075000635.pdf)

1154

## PNEUMOLABIRINTO APÓS TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO SEM FRATURA DE OSSO TEMPORAL: UM RELATO DE CASO

**Autores:** Ana Carolina Fernandes de Oliveira, Rayane Bezerra Freitas, Yasmim Barros Silveira, Henrique de Paula Bedaque, Bruno Thieme Lima.

**Instituição:** Huol, Natal - RN - Brasil.

**Introdução:** O pneumolabirinto é caracterizado pela presença de ar no vestíbulo, cóclea e/ou canais semicirculares. Os sintomas incluem hipoacusia, vertigem, zumbido e plenitude auricular. Pode ser causado por lesão intraoperatória, otite média crônica colesteatomatosa, tumores e após Traumatismo Cranioencefálico (TCE) com ou sem fratura do osso temporal. Sendo este último, raro na literatura, e comum em pacientes do sexo masculino. O diagnóstico é feito com tomografia computadorizada (TC) dos ouvidos. A audiometria serve para avaliação de perda auditiva (PA) inicial e no seguimento. A PA mais prevalente é a neurosensorial unilateral profunda, sendo persistente em 97,4% dos casos, sendo irreversível em 58,6% dos pacientes.

O tratamento para o pneumolabirinto é controverso e limitado pela escassez de casos. Repouso relativo, corticoterapia e antibioticoterapia compõem a conduta conservadora enquanto a timpanotomia exploradora é indicada nos casos de rápida progressão, fratura coclear e complicações associadas. Buscou-se relatar o quadro clínico e o diagnóstico de paciente com pneumolabirinto após TCE na ausência de fratura de osso temporal e correlacioná-los aos achados descritos na literatura acerca do manejo desta patologia

**Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 39 anos, com histórico de TCE, após queda de escada, em fevereiro de 2023. Evoluiu com rinoliquorreia, cefaléia, náuseas e hipoacusia no ouvido esquerdo (OE), permanecendo internada em hospital terciário por 10 dias. Foi orientada a continuar internada para antibioticoterapia endovenosa, entretanto, optou por evadir. Um mês após o trauma, paciente evoluiu com aumento do débito de rinoliquorreia, tontura incapacitante, cefaléia intensa e persistência da surdez. Foi admitida no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel sob suspeita de fístula líquórica nasal e encaminhada ao Hospital Universitário Onofre Lopes para prosseguir a investigação e realizar procedimento cirúrgico. Em nova TC de mastoide, evidenciou-se pneumolabirinto em vestíbulo à esquerda, sendo realizada audiometria (02/05/2023), cujo laudo indicou perda auditiva neurosensorial profunda em OE, com curva timpanométrica do tipo A, e ouvido direito com limiar auditivo dentro da normalidade. Paciente foi submetida a procedimento cirúrgico (09/05/23) para correção de fístula líquórica nasal, sem intercorrências durante o ato.

**Conclusão:** O caso retrata o perfil epidemiológico do pneumolabirinto retratado na literatura, reforçando a importância deste relato na casuística desta rara doença. Embora a solicitação de mais testes vestibulares tenha sido abordada por alguns autores, a propedêutica fundamental parece consistir na anamnese, exame físico otoneurológico, TC de mastoide e audiometria tonal e vocal com imitanciometria. Tanto o tratamento conservador quanto o cirúrgico, realizado em casos progressivos ou com complicações, não possuem evidência significativa para serem formalmente indicados, o que torna o manejo do pneumolabirinto desafiador.

**Palavras-chave:** pneumolabirinto; otologia; surdez.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1154\\_23052023\\_09250870.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1154_23052023_09250870.pdf)

1157

## OS DESAFIOS DA VERTIGEM NA INFÂNCIA: UM RELATO DE CASO

**Autores:** Mariana Fagundes Sathler Emerick Berbert, Mario Edvin GreTERS, Felipe Ferraz Quintal, Leonardo Brandini Sanches, André Luis Pereira Vieira, Larissa Molinari Madlum, Júlia Ruete de Souza.

**Instituição:** Hospital PUC Campinas Celso Pierro, Campinas - SP - Brasil.

A disfunção vestibular em crianças tem incidência de 15%, valor subestimado, devido à dificuldade que as mesmas apresentam em expressar seus sintomas. A suspeita ocorre na presença de mal-estar, náuseas e vômitos frequentes em veículos, mudanças de comportamento, cefaleia, quedas e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. As possíveis consequências no âmbito cognitivo e social justificam a investigação e tratamento dessa condição na infância. O presente relato de caso tem como objetivo discutir a abordagem de um quadro vertiginoso em uma lactente, assim como a relevância em diferenciar um quadro periférico de um central. Paciente E. S. L, do sexo feminino, de 1 ano e 4 meses, deu entrada no pronto socorro infantil com quadro de ataxia, nistagmo horizontal espontâneo de olhos abertos, perda da consciência sem liberação esfinteriana, cianose perioral e palidez, com melhora espontânea completa após 30 minutos. Apresentou episódios semelhantes aos 6 meses e 1 ano. Foi aventada hipótese de labirintite pela equipe assistente e solicitada avaliação otorrinolaringológica. Na investigação não apresentava fatores desencadeantes ou relato de episódios tônicos ou clônicos. Nascida a termo (39+3), parto vaginal, sem intercorrências na gestação ou parto. TANU sem alterações. Desenvolvimento neuropsicomotor dentro do esperado. Sem antecedentes familiares de epilepsia ou migrânea. Negava história de torcicolo congênito, terror noturno ou cólicas. Na avaliação pela otorrinolaringologia, apresentava-se em bom estado geral, ativa, marcha atípica, sem nistagmo espontâneo ou semi espontâneo. Otoscopia com membranas timpânicas opacas bilateralmente, com presença de nível hidroaéreo retrotimpânico à direita. Após avaliação, foram solicitados exames laboratoriais e de imagem para investigação. Apresentou hemograma com 18.950 leucócitos e 4% de bastões. TC de crânio sem lesões expansivas e demais estruturas sem alterações. EEG com atividade de base discretamente desorganizada e relativamente simétrica, com surtos de ondas lentas, nas faixas teta e delta, de alta amplitude, por vezes de caráter rítmico, de projeção nos quadrantes posteriores dos hemisférios cerebrais com predomínio a direita. Foi aventada hipótese diagnóstica de epilepsia vestibular, provável síndrome de West. A síndrome de West é descrita por uma tríade composta por espasmos em salvas, declínio psicomotor e hipsarritmia no eletroencefalograma. É classificada em três categorias: os sintomáticos de etiologia bem definida; criptogênicos que possuem anormalidades ao exame neurológico, sem etiologia estabelecida, e os idiopáticos que não possuem uma doença de base, cujo desenvolvimento psicomotor é normal. As causas mais comuns de vertigem na infância são a otite média, migrânea e vertigem paroxística benigna da infância. A criança com migrânea pode apresentar cefaleia, náuseas ou vômitos ou fotofobia ou fonofobia e crises de vertigem associadas. A VPBI geralmente ocorre em crianças com 4 anos ou mais, sem fatores precipitantes, e apresenta-se com crises de vertigem aguda, por 30 a 60 segundos, podendo ocasionar quedas, agitação, palidez e sudorese, com retorno à normalidade em minutos. Causas de vertigem com origem central incluem ataxias cerebelares, doença de Charcot Marie Tooth, causas infecciosas, entre outras. As ataxias cerebelares podem ser hereditárias e apresentam-se como ataxia progressiva e lenta. A doença de Charcot Marie Tooth é a doença degenerativa hereditária mais comum, de caráter autossômico dominante em que ocorre atrofia dos músculos perineais e perda auditiva neurosensorial congênita em alguns casos. A criança foi encaminhada ao ambulatório de neuropediatria para continuidade da investigação. A tontura na infância é um desafio diagnóstico para o médico, dada a dificuldade em se obter história clínica e exame físico fidedignos. Neste caso, apesar da alteração em orelha média, a história de perda de consciência é um grande indicativo de origem central. É fundamental que o pediatra saiba identificar sinais de alarme e reconhecer a provável causa da vertigem, para que se estabeleça terapêutica ágil e assertiva.

**Palavras-chave:** vertigem na infância; síndrome de West; vertigem central.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1157\\_23052023\\_105538136.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1157_23052023_105538136.pdf)

## LABIRINTITE OSSIFICANTE: RELATO DE UM CASO DIAGNOSTICADO TARDIAMENTE

**Autores:** Giovanna Emanuella Piffer Tanuri, Rubens Huber da Silva, Adriano Guimaraes Reis, Paula Mortoza Lacerda Beppu, Leticia Rodrigues Melo, Mariana Neves Ceratti, Jacqueline Kuwahara Zocante, Paula Belone Garcia.

**Instituição:** Hiorp, São Jose do Rio Preto - SP - Brasil.

**Objetivos:** O objetivo do presente trabalho é relatar um caso de Labirintite Ossificante, no qual o paciente teve seu diagnóstico realizado tardiamente, tendo sequelas irreversíveis da audição e do equilíbrio.

**Métodos:** As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura.

**Caso clínico:** V. A. D. O, 67 anos, masculino, procurou o serviço do Hospital de Otorrino e Especialidades – HIORP em junho de 2008, referindo surgimento de tinnitus contínuo, de forte intensidade, do tipo chiado, associado a disacusia leve em orelha esquerda e a crises recorrentes de vertigem rotacional que pioravam a movimentação da cabeça. Relatou uso de Vertex quando em crises. O paciente não apresentava história de infecções otológicas doenças associadas e/ou uso de medicações contínuas. Ao exame físico otorrinolaringológico não apresentou nada digno de nota. Foi solicitado, na ocasião, Vectonistagmografia que apresentou disfunção vestibular a esquerda. Além disso, o paciente foi submetido a exame de audiometria e impedanciometria, que revelou perda auditiva moderada em ouvido esquerdo (IRF de 55db e SRT 56%) com curva A bilateral. Diante disso, foi orientado por médico Otorrinolaringologista o uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) em ouvido esquerdo e mantido anti-vertiginosos nas crises. Após 14 anos da primeira investigação, por manter quadro clínico persistente, foi solicitado nova audiometria, da qual revelou piora da perda auditiva em ouvido esquerdo (IRF de 70db). Por se tratar de um diagnóstico tardio, e não havendo a possibilidade de tratamento cirúrgico, como implante coclear, devido ossificação do labirinto, manteve-se o tratamento sintomático nas crises de vertigem e o uso do aparelho auditivo para melhora a acuidade auditiva e qualidade de vida.

**Discussão:** A ossificação do labirinto, comumente chamada de labirintite ossificante, refere-se à formação de tecido fibroso e osteogênese patológica do labirinto membranoso em resposta a um insulto ao ouvido interno e pode se desenvolver através de três vias de disseminação de infecção conforme descrito por Wittmaack: labirintite timpanogênica, labirintite meningogênica e labirintite hematogênica. O distúrbio é mais comumente o resultado final de labirintite supurativa prévia, relacionada a otomastoidite (etiologia timpanogênica) ou meningite (etiologia meningogênica). Outras causas incluem cirurgia ou trauma do osso temporal, doença autoimune da orelha interna e doença falciforme. O processo de ossificação evolui ao longo de semanas a meses. Independente da etiologia, uma vez infectado, o labirinto humano sofre uma reação aguda inicial, com presença de bactérias e leucócitos nos espaços perilinfáticos. Segue-se a proliferação de fibroblastos, evoluindo em um processo cicatricial podendo terminar em fibrose e/ou importante osteoneogênese desenvolvendo a labirintite ossificante. Geralmente, a labirintite ossificante cursa com perda auditiva neurosensorial profunda e, às vezes, pode estar associada a tontura e/ou vertigem. A evolução da hipoacusia é lentamente progressiva e perda sensorineural profunda e irreversível é a regra. O paciente pode experimentar tontura de grau variado, na infecção aguda ou durante a evolução da doença. A cronologia é importante no planejamento cirúrgico do implante coclear, já que a inserção adequada dos eletrodos é difícil na presença de ossificação coclear. Resultados menos favoráveis são mais prováveis de ocorrer em estágios mais avançados de ossificação.

**Conclusão:** O caso relatado e publicações levantadas trazem à luz a discussão da terapêutica de uma situação complexa que é o diagnóstico da labirintite ossificante. A falta de diagnóstico precoce e de tratamento intervencionista no momento adequado, ou seja, antes do acometimento do ouvido interno foi crucial para a má evolução do caso. Assim, fica evidente que o diagnóstico, tratamento precoce e acompanhamento do paciente são fundamentais, evitando-se assim complicações irreversíveis ao paciente.

**Palavras-chave:** labirintite; vertigem; osteogênese.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1158\\_23052023\\_111917648.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1158_23052023_111917648.pdf)

1068

## AVALIAÇÃO ESTÉTICA TRIDIMENSIONAL DE PACIENTE CLASSE III ANTES E DEPOIS DE CIRURGIA PLÁSTICA ORTOGNÁTICA GUIADA POR COMPUTADOR

**Autores:** Camila Batista Caixeta<sup>1</sup>, Mariana Ribeiro Bocchi<sup>1</sup>, Marcell de Melo Naves<sup>2</sup>.

**Instituição:** 1. Cema, São Paulo - SP - Brasil;  
2. Otoface, Uberlândia - SP - Brasil.

**Objetivo:** O objetivo deste relato foi avaliar os benefícios estéticos em um paciente de classe III na classificação de Angle submetido à cirurgia reparadora realizada por observadores com diferentes conhecimentos usando imagens faciais tridimensionais. As imagens faciais em 3D no planejamento pré-operatório do paciente tratado foram avaliadas por médicos da cirurgia plástica e cirurgia crânio maxilo facial.

**Resultado:** A simetria e harmonia facial deste paciente melhoraram significativamente após o procedimento. Em particular, o resultado do contorno do mento mostrou melhoria significativa para o grupo de observadores. A reprodutibilidade do scanner foi avaliada através da realização das mesmas medições faciais em três exames do paciente. Os resultados foram consistentemente similares em relação ao mento e ao rosto em geral, além de serem constatadas menores alterações de tecidos moles se comparado a pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico convencional, assim como redução do tempo cirúrgico, de acordo com os observadores.

**Conclusão:** Embora a tecnologia de softwares em 3D exista há décadas, os aprimoramentos recentes tornaram-na mais relevante para uso na cirurgia craniofacial. A melhoria da resolução e da qualidade das imagens, bem como a diminuição da espessura de cortes obtidos a partir de tomografias computadorizadas permitem a geração de modelos tridimensionais mais precisos para planejamento e manipulação cirúrgica. As ferramentas de simulação cirúrgica avançadas permitem a manipulação do modelo craniofacial 3D em até 6 graus de liberdade, a depender do software utilizado, permitindo a visualização simulada dos mais diversos ângulos.

**Métodos:** Paciente masculino de 22 anos com queixa de alteração de mordida, deficiência de maxila e protusão mandibular procurou o serviço de cirurgia crânio maxilo facial de uma clínica privada no município de Uberlândia-MG, sendo selecionado como tratamento mais adequado ao seu perfil o uso da técnica guiada por computador em 3 dimensões. Medições cefalométricas foram realizadas por reconstruções multiplanares através de um software que evidenciaram as alterações em questão. Uma imagem facial 3D de qualidade adequada foi obtida antes da cirurgia e outra 6 meses após a cirurgia para comparação. Todas as varreduras faciais foram obtidas usando o mesmo software em condições padronizadas. Utilizando o próprio software, foi idealizado o planejamento tridimensional da cirurgia.

**Discussão:** O advento do planejamento cirúrgico virtual através de técnicas de design guiadas por computador oferece um fluxo de trabalho alternativo para um planejamento pré-operatório mais preciso com a redução de erros intra-operatórios, se comparado a técnica cirúrgica convencional (Zachow et al, 2015). Suas aplicações são diversas e incluem o planejamento, fabricação de guias de corte e modelos ósseos usando técnicas de estereolitografia, sistemas de navegação cirúrgica para auxiliar na colocação de implantes e orientação para osteostomias.

**Palavras-chave:** cirurgia ortognática; cirurgia estética da face; cirurgia guiada por software.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1068\\_05042023\\_231418756.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1068_05042023_231418756.pdf)

1080

## TEMOS QUE FALAR SOBRE A CIRURGIA FACIAL DE CONFIRMAÇÃO DE GÊNERO

**Autores:** Rafael Pessoa Porpino Dias, Jose Luiz Teixeira Rodrigues, Carlos Alberto Caropreso, Lorena Lima Almagro Pereira, João Pedro Afonso Nascimento, Jose Maria Astudillo Jauregui, Maria Carolina Souza da Silva, Tamyris Kaled El Hayek.

**Instituição:** Universidade de São Paulo, São Paulo - SP - Brasil.

**Objetivos:** Lançar luz sobre o tema de cirurgia facial de confirmação de gênero, particularmente quanto ao debate no cenário brasileiro.

**Métodos:** Revisão da literatura até Abril de 2023 em plataformas de pesquisa científica Pubmed, LILACS e Cochrane com uso associado de palavras-chave em inglês "gender confirmation" ou "gender affirmation" e "facial surgery" pela ferramenta de busca avançada.

**Resultados:** De 2009 a 2016 foram publicados um total de 59 artigos sobre o tema de cirurgia de confirmação de gênero, enquanto de 2016 a Abril de 2023 o número total foi de 117 publicações. Naquele intervalo, os artigos introduzem aspectos sobre a cirurgia de feminização e masculinização, baseando-se na experiência pessoal de autores, em sua maioria para o terço superior e médio da face, com cirurgias de frontoplastia, avanço de linha capilar, rinoplastias e variadas abordagens da região malar. Nota-se, de 2016 em diante, aumento exponencial de artigos publicados sobre cirurgia facial de afirmação de gênero, acompanhado pelo aumento de qualidade dos trabalhos, na perspectiva científica, trazendo atualizações sobre o tema e tentativas no estabelecimento de diretrizes para tais procedimentos. De todos os artigos avaliados, somente 13 traziam cirurgias de masculinização, sendo todas outras publicações com foco na feminização da face. Além disso, de todos os artigos sobre confirmação de gênero encontrados, apenas um, de 2022, foi publicado por uma equipe brasileira; e foi centrado em aspectos psicológicos e na qualidade de vida após cirurgia genital (1). Nenhum artigo nacional foi publicado sobre cirurgia facial de afirmação de gênero.

**Discussão:** A população transgênero é estimada em 25 milhões ao redor do mundo, sendo 6,2 milhões só no Brasil (2,3), e cada vez mais tem ganhado espaço e representatividade na mídia. Entretanto, há ainda muito preconceito, estando esses indivíduos sob risco de agressões (superior a 60%) e de suicídio (superior a 40%) ao longo de suas vidas (3). No cenário nacional o padrão de violência é claro, sendo que o Brasil o país que mais mata pessoas LGBTQIA+, posição que ocupa já há 14 anos (14). Enquanto políticas públicas são necessárias e urgentes para mudar esta realidade, do ponto de vista médico há muito o que fazer para melhorar a qualidade de vida desses pacientes. No campo das cirurgias de afirmação de gênero há uma oportunidade única para mudar a vida desses indivíduos, levando em conta que as taxas de satisfação, nestes casos, estão em torno de 94 a 100% (5). As cirurgias faciais de confirmação de gênero, iniciadas por volta de 1980 nos Estados Unidos (EUA) com procedimentos de feminização (6), se mostram atualmente seguras, com baixas taxas de complicações, mesmo em casos de múltiplos procedimentos (7). Apesar de serem ainda considerados procedimentos estéticos, muitas vezes assumem características funcionais (8), havendo já na literatura o debate acerca da cobertura por planos de saúde para tais abordagens cirúrgicas (9). Infelizmente, apesar de várias técnicas serem descritas, ainda não há protocolos na literatura para feminização ou masculinização facial (10). Mesmo que desde Agosto de 2008 as cirurgias de afirmação de gênero tenham começado a fazer parte dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, há ainda restrição destes, por serem basicamente de cirurgias de mamas e aparelho genito-urinário, sem menções específicas à cirurgia da face (12).

**Conclusão:** A cirurgia facial de confirmação de gênero é um campo ainda pouco explorado por otorrinolaringologistas e cirurgiões plásticos da face, sobretudo no Brasil. Apesar do intenso debate internacional sobre o tema, com dezenas de publicações anualmente nos últimos cinco anos, no cenário nacional, há um vácuo que precisa ser preenchido.

**Palavras-chave:** cirurgia facial; confirmação de gênero; afirmação de gênero.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1080\\_10052023\\_18154024.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1080_10052023_18154024.pdf)

1097

## OSTEOMA DE SEIO FRONTAL DIREITO TRATADO CIRURGICAMENTE COM ACESSO BICORONAL: RELATO DE CASO

**Autores:** Michelly Macedo de Oliveira, Antonio Fernando Salaroli, Sulene Pirana, Yara Franceschi Saba.

**Instituição:** Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista - SP - Brasil.

**Objetivos:** O presente tem por objetivo descrever tratamento cirúrgico de um grande osteoma de seio frontal com reconstrução de defeito ósseo no mesmo tempo cirúrgico, visto que a reconstrução de defeitos fronto-orbitais é um desafio para os cirurgiões.

**Métodos:** Para tal, apresentamos um caso de osteoma do seio frontal que necessitou de abordagem bicoronal com reconstrução com cimento cirúrgico.

**Resultados:** Paciente do sexo masculino, 16 anos, deu entrada em nosso serviço devido a abaulamento supraorbitário de crescimento progressivo há 8 meses, surgimento 2 meses após trauma local. Ao exame físico, notava-se nodulação de região supraorbitária direita de consistência endurecida, bordos limitados, provocando ptose mecânica ipsilateral. Acuidade visual preservada, motricidade ocular com redução de elevação de olho direito e fundo de olho sem alteração pela avaliação oftalmológica. Tomografia computadorizada (TC) de face mostrava lesão expansiva óssea heterogênea, pediculada e com contornos lobulados que se estendia do seio frontal e teto de orbita a direita medindo 3,0 x 2,5 cm. Ressonância magnética (RM) de órbitas foi solicitada para exclusão de comprometimento orbitário, a mesma evidenciou lesão de origem óssea insuflativa em região supraorbitária, sem sinais de invasão de estruturas adjacentes. RM crânio excluiu comprometimento cerebral. Aventada hipótese de osteoma de seio frontal direito, sendo indicada exérese da lesão por acesso aberto por incisão bicoronal. Removida lesão lobulada em bloco de, aproximadamente, 3,5 cm x 3,0 cm. Para reconstrução de defeito ósseo, realizado enxerto de gálea e cimento cirúrgico (metilmetacrilato). Pós-operatório transcorreu sem intercorrências. Exame histológico confirmou o diagnóstico de osteoma benigno. Em consulta, seis meses após cirurgia, paciente apresentava abaulamento residual de região supraorbitária. Em TC de controle, não observada recidiva de lesão, apenas deslocamento de enxerto de cimento cirúrgico inferiormente. Paciente se mostrou satisfeito com resultado e optou por não ser submetido a novo procedimento para correção estética.

**Discussão:** O osteoma é um tumor ósseo benigno, geralmente assintomático, que surge frequentemente nos seios paranasais. O tratamento cirúrgico é necessário quando o paciente se torna sintomático ou apresenta complicações oftalmológicas ou neurológicas. Várias abordagens cirúrgicas são utilizadas, dependendo do local e tamanho do osteoma e da prática habitual do cirurgião. Uma abordagem externa é geralmente indicada em grandes osteomas preenchendo o seio frontal. A incisão bicoronal, projetada para a ressecção de tumores maiores envolvendo a parede lateral ou anterior do seio frontal, extensão intracraniana ou envolvimento orbitário, permite uma exposição ideal e deixa uma cicatriz pouco visível na linha do cabelo do paciente. A recorrência é rara, inferior a 10%. A reconstrução de defeitos ósseos é necessária para fornecer proteção ao cérebro e globo subjacentes e restaurar a forma e simetria craniana. O metilmetacrilato é o material mais utilizado para reconstrução craniomaxilofacial, pode ser utilizado diretamente durante a cirurgia, aplicando-o sobre o defeito ósseo e moldando-o para formar o contorno ósseo desejado, com bons resultados estéticos.

**Conclusão:** Os osteomas gigantes frontais são raros e geralmente requerem ressecção cirúrgica. Apesar do crescente uso de procedimentos endoscópicos, a abordagem aberta via incisão coronal continua sendo o padrão-ouro para osteoma do seio frontal com menores taxas de recorrência. Após a remoção desses tumores ósseos, geralmente são necessários grandes procedimentos de reconstrução craniofacial. Os implantes de metil metacrilato polimerizado têm se mostrado eficazes e de fácil manuseio, proporcionando excelentes resultados estéticos e funcionais. O resultado cirúrgico é bom e a recorrência é muito rara, mas a consulta de acompanhamento deve ser realizada pelo menos uma vez por ano após a cirurgia.

**Palavras-chave:** osteoma; seio frontal; cirurgia.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1097\\_21052023\\_10361728.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1097_21052023_10361728.pdf)

1140

## RESSECÇÃO DE OSTEOMA DO FRONTAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

**Autores:** Paula Mortoza Lacerda Beppu, Rael Lucas Matimoto, Giovanna Emanuella Piffer Tanuri, Leticia Rodrigues Melo, Jacqueline Kuwahara Zocante, Paula Belone Garcia, Mariana Neves Ceratti, Guilherme Damasceno Filho.

**Instituição:** Hiorp, São Jose do Rio Preto - SP - Brasil.

**Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso Clínico de osteoma em região de osso frontal, removido cirurgicamente, discutir as características clínicas, sintomatologias, a repercussão estética do tumor nos pacientes, acesso cirúrgico para excisão da lesão e correção do espaço morto após remoção do tumor.

**Métodos:** Os métodos utilizados foram avaliação de prontuário do paciente submetido a ressecção de osteoma do osso frontal, associada a levantamento bibliográfico e revisão de literatura de osteomas de seios frontais, osteomas dos seios paranasais, abordagens cirúrgicas do osteoma. Relato de caso: E. J. L. S., 20 anos, sexo masculino, procurou o serviço de otorrinolaringologia (Hospital de Otorrino e especialidades - HIORP) em janeiro de 2021, quando percebeu abaulamento em região do seio frontal, com crescimento progressivo e desconforto estético, além de queixa de obstrução nasal crônica. Ao exame físico: massa endurecida, de consciência pétreia em região medial do osso frontal, de aproximadamente 3 cm em seu maior eixo; desvio septo nasal médio posterior a esquerda, concha média bolhosa esquerda. Tomografia de seios da face: imagem compatível com Osteoma de seio Frontal, determinando remodelamento ósseo local e medindo 3 x 2,4 x 1,4 cm. Em janeiro de 2023, foi submetido a septoplastia + turbinectomia bilateral + sinusectomia frontal e realizada osteotomia frontal com acesso bicoronal externo ao seio frontal e abertura dos ostios. Reconstrução de tábua anterior do frontal com cimento acrílico e fixado 02 parafusos corticais 1,5 x 1,4 mm e enviado material para anatomopatológico. Diagnóstico morfológico confirmando Osteoma.

**Discussão:** O Osteoma é uma lesão osteogênica benigna. Acomete jovens adultos, sem predileção por sexo. Histologicamente são divididos em forma compacta, esponjosa e mista, sendo a maioria do tipo compacta. Acometem comumente os ossos do esqueleto crânio facial, principalmente em seios paranasais. Podem ocorrer em complexo maxilomandibular, seio mastoideo, canal auditivo externo e na calota craniana. Apresentam etiologia desconhecida, podendo ser relacionado a história infecciosa, trauma local, genética, radiações ionizantes e alterações hormonais. Geralmente evoluem com pequenas dimensões, de crescimento lento e assintomáticos. Podendo no entanto comprimir ou invadir estruturas, gerar expansão de tecido mole, ocasionando em assimetria facial, distúrbios funcionais e queixas estéticas. O diagnóstico pode ser realizado através de exames de imagem como radiografia óssea e tomografia computadorizada. No tratamento, quando assintomático a conduta conservadora pode ser adotada, sendo realizado acompanhamento clínico e com exames de imagens. Já em pacientes sintomáticos, mesmo que apresentem apenas queixa estética, a remoção cirúrgica completa passa a ser indicada, como no caso relatado a cima. A via de abordagem considera o tamanho, a extensão e a localização da lesão. Em lesões frontais o acesso pode ser realizado em incisão cutânea supra ciliar ou por meio de acesso coronal, este último com maior exposição de área cirúrgica e vantagem estética. O acesso coronal no entanto, gera maior edema pós cirúrgico, maior taxa de sangramento e maior período de internação hospitalar. Podem ocorrer complicações como: abscesso extradural, fistula líquórica, meningite, alopecia, paralisia temporária do ramo frontal do nervo facial, deformidade do frontal, neuralgia do nervo supraorbitário e anestesia cutânea.

**Conclusão:** O osteoma é um tumor benigno, que acomete principalmente os seios paranasais. Apesar de evolução lenta e de assumir pequenas dimensões, o tratamento cirúrgico está indicado nos casos de paciente sintomáticos, com alterações funcionais e até mesmo com apenas queixa estética, como no caso relatado. A via de abordagem adotada foi o acesso coronal, por maior exposição de campo cirúrgico e por melhor resultado estético final. A reconstrução com cimento acrílico e a fixação com parafusos possibilitou melhor resultado estético final, sem complicações pós operatórias evidenciadas até o presente momento.

**Palavras-chave:** osteoma; osteoma do frontal; osteoma dos seios paranasais.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1140\\_22052023\\_235336849.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1140_22052023_235336849.pdf)

1142

## OSTEOMA EM SEIOS PARANASAIS E A ABORDAGEM CIRÚRGICA

**Autores:** Priscila Nogueira Soares, Juliana Alves Dias Fernandes, Rafaella Granieri Liberato Costa, Christian Wagner Maurencio, João Marcelo Teixeira Lobo, Pedro Paulo Vivacqua da Cunha Cintra, Jose Antonio Pinto.

**Instituição:** Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoco e Medicina do Sono de São Paulo, São Paulo - SP - Brasil.

**Introdução:** Osteoma de seios paranasais, definido como desenvolvimento ósseo crânio-facial benigno com crescimento lento, mais comum em homens entre a terceira e quarta décadas de vida. Apresenta maior incidência nos seios frontal e etmoidal. Não tem origem definida podendo ser embriológica, traumática ou infecciosa. É assintomático na maioria dos casos, sendo um achado incidental; tumores grandes ou obstrutivos cursam com sintomas como cefaléia crônica, rinosinusite crônica, mucocele, deformidade facial, meningite. A depender da localização do tumor e de sua sintomatologia, o paciente pode se tornar candidato a realizar a exereses da lesão. As indicações cirúrgicas incluem massas sintomáticas ou assintomáticas que ocupam mais de 50% do espaço sinusal, envolvimento do recesso frontal ou crescimento maior que 1 mm por ano. A tomografia é padrão ouro para a avaliação uma vez que são tumores ósseos circunscritos com imagens densas homogêneas ou heterogêneas. Os achados na RNM são influenciados pela presença de tecido fibroso. A abordagem cirúrgica pode ser realizada através da incisão frontal, como a frontoetmoidectomia de Lynch, ou através de abordagens endoscópicas. A definição do acesso leva em conta restrições anatômicas, experiência do cirurgião e clínica do paciente.

**Objetivos:** Revisão da literatura e o relato do caso atendido ambulatorialmente na Otoclim - integrada ao serviço do Núcleo de Otorrinolaringologia de São Paulo (NOSP).

**Métodos:** Revisão do prontuário do paciente na Otoclim durante seu tratamento clínico e cirúrgico e o seu desfecho.

**Caso clínico:** AEN, masculino, 16 anos, proveniente de São Paulo previamente hígido com antecedente pessoal de autismo grau leve, sem outras comorbidades. Negava uso de medicações contínuas. Relatou quadro de abaulamento em região frontal, à esquerda, há 08 anos, sem sinais ou sintomas nasossinusais e aumento progressivo do tumor. Procurou nosso serviço em janeiro de 2023 devido ao quadro sem melhora após acompanhamento em outro serviço e trouxe tomografia de seios da face apresentando lesão hiperdensa, bem delimitada em região frontal a esquerda. Assim, foi encaminhado para realização sem intercorrências da sinusectomia frontal para exérese da lesão no dia 28/03/2023 com a incisão bicoronal, exposição e ressecção do osteoma, aplicada placa de titânio, fixação com parafusos e realizado curativo compressivo em capacete. Paciente retornou ao ambulatório dois dias após para retirada do curativo apresentando leve edema em ferida operatória, 10 dias após o procedimento cirúrgico retirou-se os pontos cirúrgicos e desde então realiza acompanhamento ambulatorial sem novas alterações em face.

**Discussão:** O osteoma é definido com tumor benigno mais comum dos seios paranasais com incidência maior no frontal, etmoidal, maxilar e esfenoidal, respectivamente. Tem sua origem na parte membranosa da calota craniana ou nas paredes dos seios paranasais, podendo ser assintomático ou não. A tomografia computadorizada de seios da face auxilia no diagnóstico e na conduta terapêutica uma vez que através dela é possível identificar a alteração óssea. No caso relatado, constatou-se que o paciente apresentava quadro sugestivo de osteoma de seio frontal, que com o acompanhamento clínico obteve aumento ao longo dos anos. Assim, realizou-se o procedimento cirúrgico. Como esperado, foi constatado o diagnóstico de osteoma de seio paranasal com melhora clínica e mantido quadro estável durante o acompanhamento, sem recidiva da lesão.

**Conclusão:** Apesar do osteoma ser o tumor benigno mais comum dos seios paranasais com crescimento lento, incidência 0,43-3% pode ser um achado radiológico em pacientes assintomáticos. A indicação cirúrgica aplica-se em pacientes sintomáticos ou assintomáticos. No caso relatado como o paciente apresentava aumento do tumor nos últimos 08 anos com alteração estética, a conduta foi o procedimento cirúrgico realizado com sucesso, acompanhamento ambulatorial sem novos quadros de tumores em região nasossinusal e recuperação estética e funcional no pós-operatório.

**Palavras-chave:** osteoma; seios paranasais; cirurgia.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1142\\_23052023\\_011411786.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1142_23052023_011411786.pdf)

1153

## O USO SERIADO DE ENXERTO DE GORDURA AUTÓLOGA TRANSUMBILICAL E INFRAMAMÁRIA ASSOCIADA A PRP E PRF EM RINOSSEPTOPLASTIA PÓS-TRAUMÁTICA.

**Autores:** Danielle Salvati de Campos Malaquias, Lucas Kenji Sakai.

**Instituição:** Hospital Angelina Caron, Curitiba - PR - Brasil.

Relatar o uso seriado de enxerto de gordura transumbilical abdominal e inframamária associada a plasma rico em plaquetas (PRP) e plasma rico em fibrina (PRF) em uma rinosseptoplastia pós-traumática no serviço de Otorrinolaringologia do hospital universitário do Estado do Paraná. A rinosseptoplastia estruturada aberta com amplo descolamento tecidual é uma técnica cirúrgica bastante utilizada em narizes pós-traumáticos tardios que apresentam também fibrose cicatricial e/ou atrofia de pele. O acesso torácico para retirada de enxerto de cartilagem costal é de domínio técnico do Otorrinolaringologista nas rinoplastias secundárias ou reparadoras. O sítio doador clássico de gordura para tratamento de fibroses cicatriciais e/ou camuflagem em rinoplastias inclui gordura abdominal e face interna da coxa, visando obtenção de grande quantidade de material para enxerto. A camuflagem em dorso nasal, ponta ou rãdix necessita de pequenas quantidades (2 a 6 ml) de tecido adiposo tratado, sendo o acesso torácico costal com gordura inframamária suficiente para aquisição deste volume. Atualmente, o uso concomitante de enxerto de gordura associado a PRP e PRF ganharam atenção particular por se tratarem de material autólogo, de fácil obtenção, baixo custo, baixíssimo risco de complicações. Além de se mostrar excelente método de tratamento para melhora de viscosidade e elasticidade de peles fibróticas, inelásticas e/ou que apresentam necrose de pele resultante de complicações do uso de preenchedores, materiais sintéticos e/ou técnicas inadvertidas com fios em rinoplastias prévias realizadas por profissionais médicos ou não médicos.

O uso de enxerto de gordura é muito utilizado atualmente para a melhora da qualidade da pele, nos danos secundários ao envelhecimento e nas sequelas cicatriciais. As principais vantagens do enxerto nanofat são a manutenção das células-tronco derivadas do tecido adiposo (CTTA), além da possibilidade da enxertia intradérmica e subperiosteal, permitindo obter uma aparência mais natural. Keyhan et al. num estudo revisional não encontrou área doadora de enxerto de gordura nanofat e micro/ macrofat da incisão torácica utilizada para retirada do enxerto de cartilagem costal. Os locais de coleta de gordura foram o abdômen, joelhos e parte interna da coxa. Segundo o autor, diferentes locais deficientes podem ser tratados com o transplante autólogo de gordura. Alguns trabalhos relataram a localização específica da injeção de gordura no nariz ou áreas paranasais como: dorso nasal, ponta, raiz e glabella. Apesar das técnicas para obtenção do enxerto de gordura Nanofat /Microfat /Macrofat e confecção do PRF e PRP serem amplamente descritas; Territórios anatômicos para coleta do material como fonte doadora de gordura como abdome e fásia interna da coxa, normalmente não fazem parte da formação profissional do otorrinolaringologista em muitos serviços universitários. O conhecimento anatômico limitado de tais áreas corporais, o manejo pós-operatório, possíveis complicações e limitação de recursos técnicos aprendidos faz com que novos cirurgiões otorrinolaringologistas se refreiem de usar o tecido adiposo como material de enxerto na rinoplastia. Desta forma, utilizar o tecido adiposo da incisão inframamária da região torácica costal para obtenção do enxerto de gordura, além de mais fácil, minimiza o risco de infecção e reduz o tempo cirúrgico.

**Palavras-chave:** enxerto de gordura; PRP; PRF.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1153\\_23052023\\_090445124.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1153_23052023_090445124.pdf)

1160

## HEMATOMA SEPTAL COMO COMPLICAÇÃO DE RINOPLASTIA ESTÉTICA E FUNCIONAL: A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM PRECOCE

**Autores:** Gustavo Cedro Souza<sup>1</sup>, Gabriel Marcelo Rego de Paula<sup>1</sup>, Guilherme Cabrini Scheibel<sup>2</sup>.

**Instituição:** 1. Hospital Veredas, Maceió - AL - Brasil;  
2. Instituto Shceibel, Maringá - PR - Brasil.

**Objetivo:** Descrever relato de caso de paciente com hematoma septal em pós operatório submetido a reabordagem precoce.

**Métodos:** Revisão secundária da literatura nas bases de dados Lilacs, Scielo, BVS e PubMed, associado a revisão do prontuário de paciente.

**Descrição:** Paciente, sexo feminino, 23 anos, submetida a rinoplastia estética e funcional, evoluiu no pós-operatório mediato com abaulamento em região septal, associado a rubor, dor local e febre. Constatado hematoma em região septal, com provável abscesso. Paciente foi submetida a tratamento antibiótico por 10 dias, com melhora da sintomatologia. Após controle infeccioso, com 26 dias após rinoplastia primária, paciente foi submetida precocemente a novo procedimento, visando evitar prejuízos na harmonia facial, dificuldades respiratórias e prejuízos estéticos. O procedimento foi realizado sem intercorrências, com excelente resultado estético.

**Discussão:** A rinoplastia é uma das cirurgias plásticas mais comuns em todo o mundo. Além de alcançar a harmonia facial e melhorar a autoestima, a rinoplastia, ou cirurgia do nariz, também pode corrigir as dificuldades respiratórias causadas por anormalidades estruturais no nariz. Como procedimento que ocorre em ambiente contaminado em região extremamente vascularizada e necessita do uso de vasoconstritores e algum tipo de plano anestésico, a rinoplastia e a rinosseptoplastia têm potencial para desenvolver maiores. Conhecer as principais complicações menores e maiores é fundamental para poder preveni-las e tratá-las o quanto antes. Entre os riscos associados às rinoplastias, independentemente da indicação cirúrgica, estão a ruptura de pequenos vasos sanguíneos no nariz, assimetria do nariz, cicatrização desfavorável, coágulos sanguíneos (hematomas), infecções, cicatrização excessiva, dormência ou outras alterações na sensibilidade da pele, despigmentação da pele, e ou inchado prolongado. Um hematoma é uma coleção de sangue extravasado devido a trauma. Os casos mais graves, podem complicar com abscessos nasais, os quais exigem internação, uso de antibióticos venosos prolongados e drenagem cirúrgica para evitar danos à cartilagem septal nasal.

**Conclusão:** O hematoma septal e o abscesso são condições que devem ser tratadas o mais precocemente possível através de antibioticoterapia e tratamento clínico, uma vez que suas consequências estéticas e funcionais podem ser desastrosas. De modo geral, o tratamento antibiótico tende a ser prolongado, com a reparação estética a ser deixada em segundo momento. Contudo, caso diagnosticada rapidamente e adequadamente manejada, pode-se obter um controle infeccioso rápido e permitir uma abordagem cirúrgica precoce, de modo minimizar prejuízos estéticos e funcionais ao paciente, e manter um excelente resultado.

**Palavras-chave:** rinoplastia; hematoma septal; complicação.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1160\\_25052023\\_155550748.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1160_25052023_155550748.pdf)

1171

## PARRY-ROMBERG SYNDROME: CASE REPORT

**Autores:** Julio Cezar Silva Santos Filho, Daniela Santiago Passos, Taísa Maria Brito Amorim, Isabella Ramos Andrade Barreto Coutinho, Roberto Santos Tunes.

**Instituição:** Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce, Salvador - BA - Brasil.

A síndrome de Parry-Romberg ou atrofia hemifacial progressiva é uma desordem craniofacial rara caracterizada pela atrofia lenta e progressiva dos tecidos de uma hemiface, podendo acometer todos os tecidos e apresentar, também, manifestações neurológicas e oculares. É uma desordem adquirida e rara, que é caracterizada por uma atrofia hemifacial progressiva da pele e dos tecidos moles da face, podendo acometer também músculos, cartilagem e a estrutura óssea subjacente. Foi primeiramente descrita por Parry em 1825 e Romberg em 1846. Os primeiros sinais da SPR são observados na primeira década de vida, mas alguns casos de início tardio foram relatados. A síndrome acomete mais as mulheres, tem uma característica esporádica, mas casos familiares foram também reportados. Ocorre tipicamente em crianças e adultos jovens e tem uma progressão peculiar, que cessa sem causa aparente após um período altamente variável. Inconsistência no padrão da atrofia e no desenvolvimento de sintomas associados em pacientes com síndrome de Parry-Romberg, tornou um desafio para diagnosticar, prognosticar e tratar. A etiologia exata desta doença permanece desconhecida, mas alguns autores têm implicado disfunção ganglionar cervical simpática, embriogênese anormal, mecanismos auto-imunes e inflamatórios, ou vasculopatia como causas potenciais. O enxerto de gordura autóloga é uma técnica de simples execução e que proporciona bons resultados para as correções das irregularidades e perdas de volumes crânio-faciais da síndrome. O objetivo do presente estudo será apresentar um caso de síndrome de Parry Romberg, seus achados clínicos e de imagem, além do tratamento das deformidades faciais com o uso de enxerto livre de gordura autóloga. A síndrome de Parry-Romberg ou atrofia hemifacial progressiva é uma desordem craniofacial rara caracterizada pela atrofia lenta e progressiva dos tecidos de uma hemiface, podendo acometer todos os tecidos e apresentar, também, manifestações neurológicas e oculares. É uma desordem adquirida e rara, que é caracterizada por uma atrofia hemifacial progressiva da pele e dos tecidos moles da face, podendo acometer também músculos, cartilagem e a estrutura óssea subjacente. Foi primeiramente descrita por Parry em 1825 e Romberg em 1846. Os primeiros sinais da SPR são observados na primeira década de vida, mas alguns casos de início tardio foram relatados. A síndrome acomete mais as mulheres, tem uma característica esporádica, mas casos familiares foram também reportados. Ocorre tipicamente em crianças e adultos jovens e tem uma progressão peculiar, que cessa sem causa aparente após um período altamente variável. Inconsistência no padrão da atrofia e no desenvolvimento de sintomas associados em pacientes com síndrome de Parry-Romberg, tornou um desafio para diagnosticar, prognosticar e tratar. A etiologia exata desta doença permanece desconhecida, mas alguns autores têm implicado disfunção ganglionar cervical simpática, embriogênese anormal, mecanismos auto-imunes e inflamatórios, ou vasculopatia como causas potenciais. O enxerto de gordura autóloga é uma técnica de simples execução e que proporciona bons resultados para as correções das irregularidades e perdas de volumes crânio-faciais da síndrome. O objetivo do presente estudo será apresentar um caso de síndrome de Parry Romberg, seus achados clínicos e de imagem, além do tratamento das deformidades faciais com o uso de enxerto livre de gordura autóloga.

**Palavras-chave:** Parry-Romberg syndrome; atrofia hemifacial; enxerto de gordura autóloga.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1171\\_23052023\\_200325209.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1171_23052023_200325209.pdf)

1069

## ABORDAGEM DE EPISTAXE EM UM CONTEXTO DE URGÊNCIA HIPERTENSIVA – RELATO DE CASO

**Autores:** Audryo Oliveira Nogueira, Guilherme Laporti Brandão, Natália Maria Câmara da Luz, Daniel Tinôco Leite, Beatriz Braga Silva, Victtoria Ribeiro de Alencar Araripe Ferreira, Wilson Benini Guercio, André Costa Pinto Ribeiro.

**Instituição:** UFJF, Juiz de Fora - MG - Brasil.

**Objetivos:** Analisar a abordagem de um caso de epistaxe em vigência de uma urgência hipertensiva.

**Métodos:** O presente relato de caso utilizou como base o guideline CARE (Case Reporting), aplicado a um caso atendido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSEH), em março de 2023.

**Resultados:** Paciente do sexo feminino, 26 anos, obesa mórbida e hipertensa descontrolada (em uso de oito classes de anti-hipertensivos), proveniente de Unidade de Terapia Intensiva de outra cidade, já traqueostomizada devido a pneumonia com difícil desmame da ventilação mecânica. Abriu quadro de emergência hipertensiva (PAS chegando a 260mmHg, cefaleia, hiposfagma), acompanhada por epistaxe bilateral nos momentos de pico pressórico. A hipertensão arterial era de difícil controle, a despeito da infusão contínua de nitroprussiato de sódio. Entre os picos pressóricos, apresentava-se lúcida, com presença de sonda nasointestinal em fossa nasal direita. Durante nossa avaliação, após aspirados coágulos, não foram evidenciados sinais de laceração em cavidade nasal. Nos exames laboratoriais, não havia evidência de discrasias sanguíneas, e a hemoglobina manteve-se ao redor de 9 g/dL desde o hospital de origem. Adotamos conduta clínica com ácido tranexâmico endovenoso (ataque de 1g e manutenção de 250mg 8/8h) e acompanhamos de perto até o caso até que se atingisse um controle pressórico estrito. Paciente apresentou regressão do quadro de epistaxe, sem novos episódios até o presente momento.

**Discussão:** Os principais pontos de discussão do caso foram a decisão por tamponar ou não; e levar ao centro cirúrgico ou não. Adotamos a opção de não tamponar, embora sugeridos pela clínica que tamponássemos. Nossa conduta levou em consideração o fato de que o tamponamento poderia causar lacerações na mucosa, além de poder desencadear um novo foco infeccioso (nos seios paranasais). Outra questão foi sobre a cauterização dos vasos sangrantes: como suspeitávamos da hipertensão arterial como causa isolada da hipertensão, e não ectasias vasculares, não vimos benefício em levar a paciente ao centro cirúrgico.

**Conclusão:** Embora o tamponamento nasal possa parecer auspicioso para casos de epistaxe intermitente, pelo menos do ponto de vista de controle hemodinâmico, a nossa experiência é de que ele deve ser evitado nos casos em que o sangramento não está ativo, ou que responde ao controle pressórico. Idem para a cauterização do ponto sangrante. Essa medida expectante e de vigilância ativa tem evitado iatrogenias e gastos em saúde.

**Palavras-chave:** epistaxe; hipertensão; ácido tranexâmico.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1069\\_19042023\\_203817603.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1069_19042023_203817603.pdf)

1070

## SINUSITE AGUDA FÚNGICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM PACIENTE PORTADOR DE DIABETES TIPO 2: RELATO DE CASO

**Autores:** Marília Rocha Kintschev, Marcela Dias de Oliveira Lima, Taiane Silva Paixao, Larissa Elisa Marin, Marina Dantas Cardoso de Medeiros, Estefani Molinar, Camila Kelen Ferreira Paixão, Bruna Mohine Oliveir Faustino.

**Instituição:** Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente - SP - Brasil.

**Objetivos:** O presente estudo é um relato de caso de sinusite aguda fúngica complicada em paciente portador de diabetes tipo 2 na cidade de Presidente Prudente. O objetivo do trabalho é ressaltar a importância do diagnóstico diferencial e assim o tratamento correto da patologia.

**Métodos:** Trata-se de um relato de caso coletado pelos residentes do Hospital Regional de Presidente Prudente, sendo realizado a anamnese do paciente sobre as informações contidas neste relato.

**Resultados:** S. A. S. P., sexo feminino, 56 anos, casada, do lar, natural e procedente de presidente prudente – SP. Procurou serviço de otorrinolaringologia de presidente prudente, com quadro típico de sinusopatia aguda complicada. Relatou uso de inúmeros antibióticos, sem sucesso. Negou tabagismo e etilismo. Antecedentes pessoais: diabetes melitos tipo 2. Ao exame físico, verificou-se na rinoscopia secreção purulenta, com pontos enegrecidos, odor fétido, visualizada perfuração septal ampla. Olhos com proptose a esquerda. Realizou-se, também, tomografia de face com contraste, observando-se extensão lesional sinusal para planos músculos gordurosos da região malar esquerda, junto a asa nasal ipsilateral, com sinais de liquefação / necrose central, medindo cerca de 1,9 x 1,3 cm. Destaca-se também extensão do processo para o interior da órbita esquerda, comprometendo tanto a gordura extra quanto intraconal, tocando o nervo óptico e espessando os músculos retomedial e reto-inferior. portanto, foi indicado sinusotomia maxilar, etmoidal e frontal esquerda + esfenoidal bilateral + acesso caldwell luc a esquerda., Em análise histopatológica e cultura, verificou-se que as lesões encontradas em narina esquerda e seios da face extraídas eram processo infeccioso e inflamatório de Klebsiella sp e Escherichia coli. Tratava-se, portanto, de sinusite bacteriana complicada, mas com diagnóstico diferencial para sinusite fúngica. Vale a pena ressaltar que o paciente em questão foi investigado para vasculites, não sendo concluídos diagnósticos diferenciais.

**Discussão:** Sinusite é todo processo inflamatório da mucosa de revestimento da cavidade paranasal. A sinusite pode ser dividida em aguda ou crônica. Atualmente o termo rinossinusite tem sido mais aceito pois rinite e sinusite são doenças em continuidade. A rinite existe isoladamente, mas a sinusite sem rinite é de ocorrência rara. As rinossinusites ocorrem geralmente após infecção das vias aéreas superiores viral (80% dos casos) ou após quadro alérgico em 20% dos casos. Estima-se que 0, 5 a 2% das IVAS apresentam evolução para sinusite bacteriana. Otite média aguda e rinossinusite aguda bacteriana são as principais complicações das IVAS virais. Ou seja, uma gripe tratada de forma irregular, pode ter uma complicação indesejada.

**Conclusão:** A sinusite fúngica aguda é um diagnóstico diferencial necessário nos casos dos pacientes com múltiplas comorbidades, incluindo o diabetes mal controlado, ainda mais com uma sinusite com complicações oculares e perfuração septal. Essas infecções fúngicas podem ser diagnosticadas com cultura ou não. Mas, o relato descrito faz-se necessário a fim de raciocinar a cerca do paciente mais complexo que pode estar presente até mesmo em unidades sem o especialista.

**Palavras-chave:** sinusite fúngica aguda; sinusite bacteriana aguda; complicações de sinusopatias.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1070\\_22042023\\_14164499.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1070_22042023_14164499.pdf)

1072

## BOLA FÚNGICA EM CONCHA MÉDIA BOLHOSA: UM RELATO DE CASO

**Autores:** Letícia Antunes Guimarães, Brisa Jorge Silveira, Bárbara Alencar Soares Fonseca, Gusthavo de Oliveira Marques, Josiellen Almeida Nascimento, Laisson Ronnan Silva de Melo, Larissa Carvalho Silvestre, Thattyanne Ckrysttynn Aguiar Souza.

**Instituição:** Hospital Otorrino Center, Montes Claros - MG - Brasil.

**Introdução:** 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, resultando em necrose e destruição do tecido. Sua correta classificação é importante para a escolha de um tratamento efetivo. A bola fúngica, o subtipo mais comum das rinossinusites crônicas 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, esfenóide, frontal e, de forma incomum, etmoide. Como um dos componentes do etmoide, a concha média, quando bolhosa, pode ser um dos raros focos da bola fúngica, sendo encontrados pouquíssimos casos na literatura. Em cerca de 97% dos casos, a bola fúngica é unilateral, sem predominância de lateralidade. A apresentação clínica é semelhante à RSC bacteriana, com obstrução nasal, rinorreia e cacosmia crônicas. A tomografia pode mostrar áreas de densidade metálica no interior de um seio paranasal, sinal que é clássico da bola fúngica, porém o diagnóstico definitivo é feito pelo estudo histopatológico da lesão. As culturas são positivas em metade dos casos, com predominância do *Aspergillus sp*, e a histopatologia evidencia infecção crônica inespecífica e hifas extramucosa. O tratamento, mesmo em pacientes assintomáticos, consiste em remoção cirúrgica e aeração do seio acometido, sem necessidade de antifúngicos orais ou tópicos. As recidivas não são frequentes.

**Descrição do caso:** Paciente, M. E. A. S, sexo feminino, 62 anos, procurou o serviço de otorrinolaringologia do Hospital Otorrino Center, em Montes Claros-MG, em agosto/2021, com queixa de tosse persistente, rinorreia posterior com odor fétido e obstrução nasal crônica. Sem antecedentes pessoais e familiares dignos de nota. Ao exame físico, apresentava hipertrofia importante de concha média esquerda. Foi realizada videonasofibroscoopia, que evidenciou septo sinuoso e palidez mucosa, além de hiperemia e edema de concha média esquerda. Dessa forma, a paciente foi submetida a tomografia de seios paranasais, que confirmou a presença de conchas médias bolhosas, porém com uma lesão com densidade de partes moles e focos de calcificações de permeio, de aspecto expansivo e origem na concha média bolhosa esquerda, medindo 20x21x17mm e obliterando o meato médio ipsilateral. Pelo diagnóstico provável de bola fúngica, a paciente foi submetida à cirurgia endoscópica nasal, com remoção da concha afetada e limpeza da cavidade, sendo identificada grande quantidade de secreção amarelo-esverdeada espessa, além de material sólido amarronzado, compatível com a suspeita diagnóstica prévia. O material foi enviado para estudo anatomopatológico, com resultado de rinossinusite crônica fúngica. M. E. A. S segue em acompanhamento pós-operatório até a data de hoje, sem novos sintomas desde o tratamento cirúrgico.

**Conclusão:** Trata-se de um caso de rinossinusite crônica fúngica não invasiva acometendo o interior de concha média bolhosa, tratado cirurgicamente com sucesso. Ressalta-se a importância do caso para exemplificação de uma forma rara de apresentação da bola fúngica em componente etmoidal.

**Palavras-chave:** bola fúngica; concha média bolhosa; rinossinusite crônica.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1072\\_27042023\\_122757380.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1072_27042023_122757380.pdf)

1073

## GRANULOMA PIOGÊNICO EM FOSSA NASAL - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES NASAIS

**Autores:** Thamiris Dias Delfino Cabral, Rizza Chierici Baptista, Isabela Borgo Marinho, Jessica Areias Coelho Pereira, Lucas Justo Sampaio, Lucas Graziotti Ceolin, Jose Eduardo Esposito Almeida, Tatiana de Almeida Castro e Souza.

**Instituição:** Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

**Introdução:** Granuloma piogênico é um tumor vascular benigno, de crescimento rápido, proveniente da mucosa ou da pele. Quando acomete a cavidade nasal, é encontrado na região anterior da fossa nasal ou septo. O quadro clínico cursa, geralmente, com epistaxe, obstrução nasal unilateral e dor. A histopatologia demonstra uma proliferação de capilares e presença de estroma lobular, sendo a terminologia de hemangioma capilar lobular a mais correta. Apesar da etiologia não ser bem elucidada, trauma nasal, infecções e alterações hormonais parecem estar relacionados ao quadro, sendo o último mais frequente em mulheres grávidas. Apresenta maior incidência na terceira década de vida, com predomínio no sexo feminino, entretanto, após os quarenta anos a proporção entre os sexos torna-se semelhante. A lesão costuma ser única, de aparência friável, avermelhada, pediculada e aumenta seu tamanho rapidamente. É necessário buscar tratamento imediato caso ocorra ulceração ou sangramento, mesmo não havendo um protocolo definido. O planejamento terapêutico requer um exame de imagem, sendo a tomografia computadorizada e a ressonância magnética igualmente adequadas. Na maioria dos casos relatados, revelou-se uma massa com captação intensa de contraste rodeada por um halo circunferencial, iso ou hipoatenuante, de espessura variável. A excisão completa da lesão é o tratamento de escolha, minimizando as chances de recidiva e possibilitando o diagnóstico histopatológico. Os métodos mais usados para tal envolvem curetagem, electrodissecção, crioterapia ou excisão a frio, entretanto não há na literatura dados comparativos entre essas técnicas.

**Descrição do caso:** Paciente feminina de 51 anos com relato de lesão em fossa nasal esquerda com crescimento progressivo há 1 ano associada a obstrução nasal, coriza hialina e episódios de epistaxe ipsilateral 2 a 3 vezes na semana. Mantinha sintomas apesar do uso de soro fisiológico e corticóide nasal de longa data. Durante o exame físico, foi observada presença de lesão vegetante, arredondada, de superfície lisa e brilhante, consistência firme e elástica, friável ao toque, avermelhada, obstruindo por completo o vestibulo nasal esquerdo. No entanto, a lesão não estava aderida ao septo, à parede lateral ou ao assoalho. Foi realizada endoscopia nasal, sem progressão da ótica do lado acometido, enquanto o exame da fossa nasal direita revelou-se dentro da normalidade. Foi realizada Tomografia Computadorizada (TC) de seios da face que evidenciou lesão ovalada medindo 1,1 x 0,9 x 1,2 cm com densidade de partes moles e intensa impregnação por contraste localizada no vestibulo nasal esquerdo, indicando lesão sólida vascularizada indefinida. Não foram observadas outras alterações neste exame. A biópsia excisional da lesão foi realizada e o material enviado para patologia, apresentando granuloma piogênico como resultado. A paciente teve excelente recuperação operatória, não apresentou aderência nasal ou recidiva da lesão e mantém acompanhamento ambulatorial com endoscopias nasais de controle.

**Conclusão:** O hemangioma capilar lobular representa um tumor raro na faixa etária encontrada, mas deve estar entre as hipóteses diagnósticas quando nos deparamos com lesões de crescimento rápido na cavidade nasal. A rinoscopia anterior e a endoscopia nasal são imprescindíveis na investigação da doença, porém o estudo anatomopatológico é responsável pelo diagnóstico definitivo. O tratamento cirúrgico permite a retirada de lesão por completo e diminui a recidiva do quadro.

### Referências Bibliográficas

Frénche, GL; Arrame, JL; Ranghetti, F. Hemangioma de Septo Nasal: Relato de Caso e Revisão de Literatura. VII Jornada Sul-Brasileira de Otorrinolaringologia

Sarwal P, Lapumnuaypol K. Treasure Island (FL): StatPearls; 2021. Pyogenic Granuloma.

Sheen, T. -S., Ko, J. -Y., & Hsu, Y. -H. (1997). Pyogenic Granuloma—An Uncommon Complication of Nasal Packing. American Journal of Rhinology, 11(3), 225-227.

Valente, Pedro et al. Hemangioma capilar lobular do septo nasal em dois pacientes jovens. Acta Otorrinolaringológica Gallega, n. 11, p. 123-127, 2018.

**Palavras-chave:** granuloma; piogênico; epistaxe.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1073\\_05052023\\_153255249.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1073_05052023_153255249.pdf)

1074

## RELATO DE CASO: FÍSTULA LIQUÓRICA NASAL ATRAUMÁTICA

**Autores:** Maria Fernanda Bonome Cardoso, Rodrigo Masatsune Kageyama, Marina He Ryi Kim, Pedro Paulo Vivacqua da Cunha Cintra, Jose Antonio Pinto.

**Instituição:** Núcleo de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo, Sao Paulo - SP - Brasil.

**Objetivos:** Apresentar relato de caso e realizar revisão de literatura sobre fístula liquórica nasal.

**Métodos:** Foram coletados dados do prontuário da paciente durante seu acompanhamento pré e pós cirúrgico em um serviço de Otorrinolaringologia.

**Relato de caso:** Paciente, S. S. S., sexo feminino, 38 anos, procurou consulta em ambulatório de Otorrinolaringologia com queixa de rinorreia hialina intensa unilateral à direita e vertigem rotatória, que piorava ao realizar flexão da cabeça há dois anos. Negava alteração de paladar e olfato. Sem sinais e sintomas de irritação meníngea ou comprometimento do Sistema Nervoso Central. Negou histórico de cirurgias craniofaciais prévias e traumas. De comorbidades apresenta pré-diabetes, hipercolesterolemia e obesidade.

Ao exame físico com nasofibrocópio foi visualizado rinorreia hialina unilateral à direita, intensificada com a manobra de Valsalva. Foram solicitadas tomografia computadorizada e ressonância magnética de crânio que identificaram assimetria entre os tetos etmoidais e aparente falha óssea à direita, confirmando diagnóstico de fístula liquórica nasal à direita.

Foi programada a correção da fístula liquórica para 19/04/2023. A cirurgia constituiu de identificação da fístula liquórica em região de etmoide anterior a direita, retirada de um enxerto gorduroso de região abdominal, e lipoenxertia na região de fístula liquórica, colocação de duragen e cola de fibrina para correção do defeito. Procedimento realizado sem intercorrência. Locado tampão nasal anterior em dedo de luva em fossa nasal direita no fim do procedimento.

S. S. S., permaneceu internada com dieta laxativa e repouso relativo no leito por 3 dias, sendo acompanhada pela equipe. No terceiro dia de pós-operatório foi retirado o tampão nasal, e dada alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** A Fístula Liquórica Rinogênica (FLR) ocorre quando há uma ligação das fossas nasais ou seios paranasais com o espaço subaracnóideo. Segundo Ommaya (1976), ela pode ser classificada em traumática e não-traumática. Sendo que as fístulas traumáticas são as mais frequentes e subdivididas em acidentais ou iatrogênicas. Já as de origem não-traumáticas, também conhecidas como de causa espontânea, são raras, e podem ser de pressão normal ou alta pressão, sendo mais comum em mulheres na faixa etária de 40 anos, com índice de massa corporal (IMC) elevado. As fístulas de pressão normal ocorrem com resultado de anomalias congênitas ou osteomielite, eventualmente podem ser de causa idiopática. As fístulas de alta pressão, são mais comuns e podem ser decorrentes de tumores ou hidrocefalia. Os sintomas envolvem tipicamente rinorreia hialina, que piora com a inclinação da cabeça para a frente, tosse ou espirros, e geralmente tem característica unilateral. Pode estar associada a cefaleia e alteração do olfato. Outro sinal para possível diagnóstico de fístula liquórica rinogênica são os quadros de meningites de repetição.

O diagnóstico preciso envolve anamnese detalhada e em alguns casos complementação com exames laboratoriais e/ou de imagem. A concentração de glicose no fluido nasal acima de 30mg/dl é um forte indicativo de rinoliquorréia e a presença de Beta-2-transferrina é o método padrão-ouro para confirmação. Já a ressonância magnética e tomografia computadorizada do crânio auxiliam na localização anatômica da fístula, para melhor abordagem do defeito.

Em alguns casos, o tratamento conservador pode ser realizado, e inclui: dietas laxativas, repouso relativo no leito, decúbito elevado, acetazolamina, e antibióticos profiláticos. O tratamento cirúrgico via cirurgia endoscópica nasal para correção da fístula tem se mostrado seguro e eficiente, com altos índices de resolução do defeito.

**Conclusão:** A fístula liquórica rinogênica de origem não traumática é uma patologia rara, seu estudo é de extrema importância para o conhecimento médico para melhor definir a escolha de tratamento e evitar possíveis complicações.

**Palavras-chave:** fístula liquórica nasal; cirurgia endoscópica nasal; rinorreia.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1074\\_05052023\\_143257961.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1074_05052023_143257961.pdf)

1083

## RELATO DE CASO: SÍNDROME PFAPA COM SINUSOPATIA FÚNGICA ASSOCIADA

**Autores:** Vivian Benaion Tabasnik, Carolina Alves Fagundes, Paula Souza Ramos, Marcos Vinicius Chagas Sousa, Larissa Cordeiro Mostacedo Lascano, Susan Balaciano Tabasnik, Brenda Rodrigues Torres Ferreira, Manoela de Pereira Martins.

**Instituição:** Policlínica de Botafogo, Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

**Objetivo:** Paciente G. G, 18 anos, masculino, infecções de vias aéreas de repetição, incluindo amigdalite, rinossinusites e lesões aftosas recorrentes há mais de 5 anos. Em uso de corticoterapia oral e colchicina sem melhora. Evoluiu com piora, resistência a antibioticoterapia, alterações das enzimas hepáticas e deficiência de vitamina D, gerando absenteísmo com declínio da qualidade de vida. Este relato de caso tem como objetivo o conhecimento da população médica em relação a síndrome PFAPA e importância de um diagnóstico precoce, para melhor possibilidade terapêutica e da qualidade de vida do paciente.

**Métodos:** A princípio, o paciente descrito foi diagnosticado com faringoamigdalite recorrente e rinossinusite de repetição. Após diagnóstico correto da síndrome PFAPA, mesmo com uso de corticoides e colchicina, não obteve melhora clínica significativa, mantendo as recorrências, mesmo na idade adulta. Além disso, evoluiu com alterações de enzimas hepáticas e deficiência de vitamina D. Assim, foi realizado tomografia computadorizada de seios paranasais, apresentando velamento total de seio maxilar direito, com nível hidroaéreo e imagem hipodensa, metálica em assoalho de seio maxilar, além de desvio septal com esporão ósseo para a esquerda.

**Resultados:** A indicação cirúrgica tem como objetivo diminuir os possíveis focos de inflamação e infecção, evoluindo com bons resultados como terapia coadjuvante. Foi proposto o tratamento cirúrgico, em que realizamos em nosso serviço amigdalectomia das tonsilas palatinas, septoplastia, sinusectomia maxilar a direita com saída de secreção citrina de aspecto purpurinado e bola fúngica, e realizada lavagem, de toda a cavidade com remoção de toda secreção. O paciente não apresentou mais crises de infecções das vias aéreas superiores após 6 meses da cirurgia, segue em acompanhamento com uso da colchicina 50mg/dia e suplementação de vitamina D (400UI/dia).

**Discussão:** A síndrome PFAPA é de origem desconhecida, com início prevalente antes dos 5 anos de idade. Podendo entrar em remissão antes da adolescência, no entanto pode permanecer até a fase adulta. É considerada a causa mais comum de febre periódica na infância. Os episódios febris ocorrem a cada 3 a 8 semanas, com duração média de 3 a 6 dias. É considerada uma doença autolimitada e benigna, não interfere no crescimento e desenvolvimento. Trata-se de doença imunomediada com disfunção na produção de citocinas, e pode estar relacionada a variações nos genes NLRP3 e MEFV. O diagnóstico é clínico a partir de critérios diagnósticos estabelecidos por Thomas em 1999: 1- Febres recorrentes com início antes dos 5 anos; 2- Um dos seguintes sinais: estomatite aftosa, adenomegalias cervicais ou faringite; 3- Exclusão de neutropenia cíclica; 4- Ausência de sintomas entre episódios; 5- Crescimento e desenvolvimento normal. Existe uma correlação com a hipovitaminose D. Seu tratamento nas crises é com a Prednisona (1-2mg/kg) ou betametasona (0,1-0,2mg/kg), e a colchicina pode ser usada como profilaxia entre as crises, baseada nas características clínicas e laboratoriais semelhantes à Febre do Mediterrâneo. A redução da qualidade de vida do paciente e da sua família, assim como o absenteísmo escolar constituem o principal dilema desta síndrome. Quanto à amigdalectomia, estudos mostram benefício significativo da cirurgia no controle imediato e completo dos sintomas. Considera-se a possibilidade cirúrgica a pacientes com intervalos curtos entre as crises, que não respondem ou possuem contra-indicação ao corticoide regular.

**Conclusão:** O diagnóstico da síndrome PFAPA é clínico e de exclusão, levando em consideração os dados clínicos compatíveis com os critérios diagnósticos. O manejo cirúrgico é controverso, e o risco benefício deve ser avaliado e individualizado. Dessa forma, a importância de um diagnóstico e tratamento adequados melhoram a qualidade de vida do paciente, diminuindo custos, resistência bacteriana, internações e terapias inadequadas. O objetivo final é o conhecimento da população médica em relação a síndrome pois só existe a possibilidade de hipótese diagnóstica caso haja conhecimento da patologia.

**Palavras-chave:** PFAPA; sinusopatia fúngica; colchicina.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1083\\_15052023\\_200019472.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1083_15052023_200019472.pdf)

1087

## RINITE ALÉRGICA EM PROFESSORES DE ESCOLAS PÚBLICAS DE MACEIÓ

**Autores:** Therezita Peixoto Patury Galvão Castro, Antônia Cardoso Silva, Morgana Vitor Rocha, Bruno Eduardo dos Santos, Lis dos Reis dos Santos, Nathalia Mayume M. Hayakawa, Ana Carolina Vegas Pena, Tauani Belvis.

**Instituição:** UFAL, Maceió - AL - Brasil.

**Objetivo:** A rinite alérgica acomete grande número de pessoas, de todas as idades e principalmente os profissionais professores. O estudo consiste em verificar a frequência de queixas de rinite alérgica em professores de escolas públicas do ensino fundamental da cidade de Maceió.

**Metodologia:** Estudo descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) (CAAE: 06337518. 9. 0000. 5013. No período de 2018 a 2019, realizado em três escolas públicas de ensino fundamental. Os professores responderam a um questionário com a identificação da idade, sexo, carga horária, sobre queixas de rinite alérgica, associadas ao trabalho do professor e sobre o ambiente escolar.

**Resultados:** A amostra por conveniência foi de 81 participantes. Com predominância do sexo feminino (86,5%), carga horária semanal de 40h (43,20%) e tempo de profissão de 11 a 20 anos. Evidenciou uma alta porcentagem de professores com queixa de rinite alérgica, 60 (74%), principalmente obstrução nasal. Dos fatores ambientais a poeira foi o mais citado (81,48%), depois, ventiladores (68%), cheiros (25%), mofo (25%), ar condicionado (24%) e outros.

**Discussão:** A rinite alérgica é um fator predisponente e agravante para distúrbios da voz em professores, com manifestações clínicas desde a rouquidão, falha e perda da voz, além da queixa nasal de obstrução nasal e coceira na garganta e nariz, e sua principal causa é a inalação de alérgenos (Silva BG, 2017), tais como poeira e ácaros. A questão das salas de aula empoeiradas, paredes úmidas, precariedade local, são fatores que contribuem para a rinite alérgica. O estudo de Marçal CCB (2011) observou a associação significativa entre alteração vocal autorreferida e rinite alérgica. Apesar do alto número de educadores com rinite alérgica, foi baixa a procura por tratamento, acredita-se que ocorra adaptação à situação e auto medicação oral e tópica nasal. Existe também a falta de esclarecimentos quanto aos agentes alérgicos tanto no ambiente residencial como também na escola.

**Conclusão:** Diante desse elevado número de professores com rinite alérgica, se faz necessário ações de promoção à saúde do professor, que resultem na conscientização dos problemas, que proporcione melhora das estruturas escolares, com ambientes adequados, limpos e arejados. Promovendo assim, a higiene do ambiente no trabalho e em casa e também procurar assistência médica, o alergologista, podendo realizar testes alérgicos para o controle da rinite alérgica persistente, com consequente melhora da qualidade de vida e do ensino na escola.

**Palavras-chave:** docente; rinite alérgica; sintomas.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1087\\_17052023\\_213212783.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1087_17052023_213212783.pdf)

1088

## ALARGAMENTO DE PIRÂMIDE NASAL ASSOCIADO AO HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO: RELATO DE CASO

**Autores:** Pedro José Gomes Nobre, Marcos Rossiter de Melo Costa, Lelia Maria Alves Duarte, Nayyara Marcia Ferreira Carreiro, Jéssica Miranda Lemos, Manoel Augusto Barbosa da Costa Mendonça, Erinaldo da Costa Quintino Junior, Paula Carvalho Lisboa Jatobá.

**Instituição:** Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió - AL - Brasil.

**Introdução:** Hamartoma adenomatoide epitelial respiratório (HAER) é um subtipo raro de hamartoma, não neoplásico, caracterizado por crescimento celular exagerado e desordenado, por vezes confundido com processo maligno. Descrito pela primeira vez em 1995, por Wenig e Heffner, definido como uma proliferação submucosa glandular revestida por epitélio respiratório ciliado originado do epitélio da superfície. Seu surgimento geralmente deriva do septo nasal posterior e fenda olfatória. Sua origem segue sem causa específica definida, repousando em duas hipóteses: origem congênita ou envolvida com processo de inflamação crônica e/ou grave da mucosa nasal na área da fenda olfatória. Há predomínio no sexo masculino, com frequência maior na faixa etária entre a terceira e nona décadas de vida. Têm a tendência de ocorrer de forma unilateral, dentre os sintomas: obstrução nasal, epistaxe, rinossinusite crônica recorrente, hiposmia/anosmia. Devido ao crescimento em volume da lesão, podem surgir sintomas relacionados ao processo de deformidade da estrutura nasal. São descritos como principais diagnósticos diferenciais: polipose nasal, papiloma invertido e adenocarcinoma nasossinusal. Exames de imagem podem auxiliar na investigação, mas diagnóstico definitivo é obtido através do estudo anatomopatológico. O tratamento desse hamartoma se baseia em conduta cirúrgica, com objetivo de ressecção completa da lesão. Levando em consideração o aspecto benigno do HAER, a literatura disponível se refere a um baixo risco de recorrência e por consequência, há alta expectativa de cura.

**Descrição do caso:** Paciente J. V. B. L., sexo masculino, 61 anos, procurou ambulatório de Otorrinolaringologia com queixa de há 3 anos apresentar obstrução nasal associada a episódios repetidos de rinossinusite, tendo evoluído com tumoração nasal nos últimos 2 anos, inicialmente em narina direita e posteriormente tornando-se bilateral. Ao exame físico apresentava obstrução completa das fossas nasais, com exteriorização da tumoração, possuindo deformidade em face devido alargamento da pirâmide nasal. A avaliação radiológica dos seios da face realizada por tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética evidenciou material hipoatenuante preenchendo todas as cavidades nasais, associado a erosão de trabéculas etmoidais bilaterais, bem como do osso e septo nasal e alargamento dos recessos esfenoidais e infundibulos etmoidais. Foi realizada abordagem cirúrgica da lesão, por acesso via degloving médio-facial e realizado estudo anatomopatológico, o qual confirmou o achado de hamartoma adenomatoide epitelial respiratório (HAER). Meses após a cirurgia, paciente continua mantendo acompanhamento ambulatorial regular, referindo melhora considerável dos sintomas em relação as queixas iniciais.

**Conclusão:** Devido a raridade do HAER e consequente carência de relatos na literatura, torna-se importante sua divulgação, visto que o atraso no diagnóstico juntamente com abordagem tardia permite a progressão do tumor, podendo gerar comprometimento estrutural do nariz com perda funcional desse órgão, acarretando significativo prejuízo na qualidade de vida do paciente acometido.

**Palavras-chave:** hamartoma; alargamento; nasal.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1088\\_18052023\\_183557919.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1088_18052023_183557919.pdf)

1090

## ANÁLISE DA RINITE PELO USO DE DESCONGESTIONANTE NASAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

**Autores:** Therezita Peixoto Patury Galvão Castro<sup>1</sup>, Ana Carolina Mendes Veloso Evaristo<sup>2</sup>, Lavynnea Graziella Farias Barros<sup>2</sup>, Mayla Cabral Ernesto Beltrão Siqueira<sup>2</sup>, Nathália Murta Góes Castro<sup>2</sup>, Sávila Lorena Costa<sup>2</sup>.

**Instituição:** 1. UFAL, Maceio - AL - Brasil;  
2. Cesmac, Maceio - AL - Brasil.

**Objetivos:** Esse estudo tem como intuito analisar a rinite decorrente do uso prolongado e com superdose de descongestionantes nasais.

**Métodos:** Revisão sistemática de literatura pelas bases de dados Pubmed, Medline, LILACS e SciELO, utilizando os descritores "rinite" e "descongestionante nasais". Foram selecionados "16" artigos publicados no período de 2018 a 2023, que possuíam relevância para o presente objetivo.

**Resultados:** Os artigos encontrados sobre o tema possuem estudos com metodologia experimental, utilizando a histopatologia para avaliar o desenvolvimento da rinite pelo uso excessivo de descongestionantes nasais. Nesse raciocínio, grande parte dos estudos relatam que o uso prolongado dos vasoconstritores tornam a mucosa nasal menos responsiva à droga, ocorrendo o efeito reverso (vasodilatação), com isso, os pacientes passam a fazer o uso de forma ainda mais frequente. Assim, os estudos relatam uma prevalência das seguintes alterações: perda nasociliar, metaplasia de células escamosas, edema epitelial, desnuação de células epiteliais e infiltração de células inflamatórias. Dessa forma, é visto que os resultados revelaram epitélios com danos graves e alterações hiperplásicas e metaplásicas desenvolvidos pelo uso exorbitante de descongestionantes.

**Discussão:** Os estudos experimentais forneceram uma base sólida para compreender a rinite medicamentosa (RM) causada pelo uso exacerbado de descongestionantes tópicos nasais. Foi constatado o efeito rebote e a dependência do paciente na utilização indiscriminada desses vasoconstritores. Tal dependência se deve principalmente a falta de conhecimento acerca dos possíveis riscos que levam ao desenvolvimento da doença abordada, apontadas nos resultados citados. O paciente sente uma rápida melhora da obstrução nasal e com o passar do tempo, a obstrução nasal volta a ser constante. Com isso, passa a usar o medicamento de forma exacerbada causando outros sintomas como taquicardia, sendo prejudicial a sua saúde. Além disso, esse tipo de medicamento é vendido sem a necessidade de receita médica e o próprio paciente não procura a assistência médica para o tratamento. A opção de tratamento mais viável aos já acometidos seria suspender o uso de descongestionantes nasais. Entretanto é perceptível a dificuldade dos pacientes para retirar os vasoconstritores da terapia individualizada.

**Conclusão:** A prevalência de danos na rinite induzida pelo uso de descongestionantes nasais que causam intensas lesões ou agridem a mucosa nasal quando utilizados de forma exacerbada. Por isso, é de extrema importância mais estudos para o tratamento dessa doença, além de discutir os efeitos da automedicação e do uso exacerbado de vasoconstritores, bem como os malefícios por eles causados.

**Palavras-chave:** rinite; descongestionantes nasais; revisão sistemática.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1090\\_19052023\\_155846425.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1090_19052023_155846425.pdf)

1092

## RESSECÇÃO VIA ENDOSCÓPICA DE CONDROMA NASAL PELA TÉCNICA CENTRÍPETA

**Autores:** Lucas Justo Sampaio<sup>1</sup>, Jose Eduardo Esposito Almeida<sup>1</sup>, Alexandre Jose de Sousa Cunha<sup>2</sup>, Isabela Borgo Marinho<sup>1</sup>, Jessica Areias Coelho Pereira<sup>1</sup>, Lucas Graziotti Ceolin<sup>1</sup>, Thamiris Dias Delfino Cabral<sup>1</sup>, Mariana Floriano Lima<sup>1</sup>.

**Instituição:** 1. Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro - RJ - Brasil;  
2. Instituto de Rinologia e Base de Crânio do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

**Objetivos:** Reportar um caso de ressecção de condroma nasal em uma criança de 10 anos de idade via endoscópica pela técnica centrípeta

**Métodos:** Realizada coleta e análise de dados do prontuário do paciente, e pesquisa sobre tema na literatura.

**Resultado:** Paciente masculino, 10 anos de idade, natural e procedente de Cachoeiro de Itapemirim no Espírito Santo. O mesmo apresentava obstrução nasal crônica, epistaxe, sinusites de repetição, respiração bucal, despertares noturnos por dispneia, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono e obesidade grau 3. Apresentava lesão nasal que se estendia pelos seios maxilares, etmoidais, esfenoidais e frontais, em resumo, acometia todos os seios paranasais. O paciente foi submetido a ressecção cirúrgica da lesão tardiamente. O procedimento foi um sucesso e feita pela técnica centrípeta. Com o procedimento cirúrgico, foi alcançado exérese total da lesão nasal que se estendia por áreas adjacentes, e o paciente não apresentou recidiva da lesão, e obteve melhora dos sintomas.

**Discussão:** Os condromas são neoplasias benignas, mais comuns em pacientes jovens, de 20 a 30 anos, que podem surgir em qualquer cartilagem do corpo humano. Porém seu aparecimento é incomum na região da cabeça e pescoço, com taxa de ocorrência de cerca de 10%. Levando em consideração as regiões otorrinolaringológicas do nariz e seios da face, sua origem é mais comum na cavidade nasal e etmóide (50%), maxila (18%), septo nasal (17%), palato duro e nasofaringe (incluindo o seio esfenoidal, 7%) e cartilagem seguem em ordem de frequência. alar (3%).

A cavidade nasal posterior, a nasofaringe e o seio esfenoidal são os locais com pior prognóstico, pois tendem a ser mais extensos quando detectados e frequentemente invadem a base do crânio. No nosso caso foi difícil determinar a origem do tumor devido à sua extensão e destruição óssea.

O tratamento de escolha é a exérese cirúrgica completa com margem adequada de tecido normal para evitar recorrência e possível transformação maligna, descrita em aproximadamente 7% dos casos. Em geral, os tumores cartilagosos não respondem bem a radioterapia. A radioterapia tem pouco valor e a quimioterapia geralmente é ineficaz. A radioterapia será utilizada geralmente quando a doença do paciente não será mais resolvida pela cirurgia. Como os condromas tem tendência malignização sarcomatosa, o acompanhamento a longo prazo é fortemente recomendado. O aparecimento de um condrossarcoma no local da excisão de um condroma pode representar uma alteração na histologia do tumor ou uma classificação incorreta do tumor original

**Conclusão:** A lesão discutida neste caso, o condroma, aparece na faixa estaria esperada, e foi tratada corretamente, com a retirada cirúrgica da lesão. Porém tal procedimento foi realizado tardiamente podendo ter sido evitadas certas consequências ao se fosse realizado mais precocemente e melhor qualidade de vida ao mesmo, porém mesmo assim, o desfecho do caso foi positivo.

**Palavras-chave:** condroma; centrípeta; rinologia.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1092\\_20052023\\_112751447.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1092_20052023_112751447.pdf)

1094

## ACOMETIMENTO NASOPALATAL EM PACIENTE COM HANSENIASE – RELATO DE CASO.

**Autores:** Natália Maria Câmara da Luz, Daniel Tinôco Leite, Audryo Oliveira Nogueira, Guilherme Laporti Brandão, Tarssius Capelo Candido, Wilson Benini Guercio, André Costa Pinto Ribeiro.

**Instituição:** UFJF, Juiz de Fora - MG - Brasil.

**Introdução:** As doenças granulomatosas são decorrentes de processos imunopatológicos em que há falha na fagocitose de organismos intracelulares. Podem ocasionar úlceras nas mucosas orais, nasais e faríngeas, sendo as manifestações muitas vezes inespecíficas.

O objetivo deste trabalho é relatar a investigação diagnóstica diferencial de paciente com manifestações otorrinolaringológicas sugestivas de doença granulomatosa.

**Métodos:** Relato de caso de uma paciente atendida no Hospital Univesitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), em conjunto com o serviço de Reumatologia.

**Relato de caso:** Em fevereiro de 2022 foi admitida no HU-UFJF, (símbolo feminino), 51 anos, com história de cacosmia objetiva e crostas nasais, otalgia, ulcerações em palato mole e odinofagia, que evoluíram no último ano com piora, ocasionando prejuízo na alimentação, associado a queixas de artralgia e transtorno depressivo. TC de seios paranasais em 05/02/2022 mostrou pansinusopatia e descontinuidade óssea do septo nasal. Como história previa relatava somente tabagismo, interrompido há 7 anos. Iniciou-se investigação para doenças granulomatosas com exames laboratoriais, cujos resultados foram reagente para P-ANCA 1:20 e não reagentes para imunodifusão para paracoccidiodomicose, fator reumatoide, FAN, C-ANCA e teste tuberculínico. Fundoscopia normal em ambos os olhos. Foi submetida a biópsia da lesão em septo nasal realizada em centro cirúrgico em 25/02/22, sob visão endoscópica, com avaliação por histoquímica demonstrando artéria de médio calibre com parede infiltrada com células inflamatórias, e achados histopatológicos sugestivos de quadro de vasculite. Aventada a hipótese de Granulomatose com poliangite localizada, de acordo com os critérios do American College of Rheumatology: úlceras / crostas nasais, acometimento cartilaginoso, positividade para ANCA-c e biópsia com processo granulomatoso. Foi iniciado tratamento com pulsoterapia com Ciclofosfamida, porém não houve melhora das ulcerações. Em nova abordagem endoscópica nasal em março de 2023, foram identificadas formação de globias na microbiologia em amostras BAAR positivo, com nova hipótese de infecção por *M. Leprae*, que poderia justificar provas inflamatórias positivas e artrite prévia. Em março de 2023 foi iniciado esquema de tratamento para hanseníase multibacilar com rifampicina, clofazimina e dapsona, com boa resposta, e a paciente manterá acompanhamento ambulatorial multidisciplinar.

**Considerações finais:** O presente relato evidencia a complexidade da investigação em doenças granulomatosas reforçando a possibilidade de realização de múltiplas abordagens para definição diagnóstica.

**Palavras-chave:** hanseníase; septo nasal; biópsia.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1094\\_20052023\\_200607762.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1094_20052023_200607762.pdf)

1095

## A IMPORTÂNCIA DA SUSPEITA CLÍNICA PRECOCE E ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO DOS TUMORES NASAIS

**Autores:** Jéssica Campelo de Almeida.

**Instituição:** Otorhinus São Paulo, São Paulo - SP - Brasil.

**Introdução:** Os tumores malignos de nariz e seios paranasais são infreqüentes, 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.

**Caso clínico:** 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 a 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 nega 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 da dor e hemiface e ouvido direito. Laudo anatomopatológico: 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.

**Conclusão:** 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 freqüente. 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:** tumores malignos de nariz; tumores nasossinusais; carcinoma.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1095\\_20052023\\_21534398.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1095_20052023_21534398.pdf)

1099

## CONDROLIPOMA DE ASA NASAL

**Autores:** Daniel Tinôco Leite, Natália Maria Câmara da Luz, Audryo Oliveira Nogueira, Soraya Elias Russo Lima, Wilson Benini Guercio, André Costa Pinto Ribeiro.

**Instituição:** UFJF, Juiz de Fora - MG - Brasil.

**Objetivo:** Descrever um caso de Condrolipoma de asa nasal e revisar conceitos e abordagens importantes nesse tipo de caso.

**Métodos:** Relato de caso de uma paciente atendida em dezembro de 2022 no ambulatório de Otorrinolaringologia do HU-UFJF (Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora).

**Relato de caso:** Mulher, 64 anos, atendida em ambulatório de hospital especializado em Otorrinolaringologia, com lesão de superfície regular e aspecto cístico em asa nasal direita há 4 anos. Negava obstrução nasal, dor local, rinorreia ou hemorragia. Submetida a exérese da lesão de asa nasal sob anestesia local; diagnóstico anatomopatológico de Condrolipoma. A paciente foi acompanhada no ambulatório por 3 meses quando recebeu alta.

**Considerações finais:** Os lipomas são tumores mesenquimais benignos bem circunscritos, de crescimento lento, compreendendo células de gordura. Eles podem ocorrer em qualquer lugar no corpo, no nariz e na cavidade nasal são muito raros. Em humanos os lipomas são classificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 14 subtipos. Lipomas com metaplasia cartilaginosa são denominados de condrolipomas. Esse é um subtipo raro de lipoma caracterizado pela presença de ilhas de cartilagem bem diferenciadas e espalhadas ao redor de um lipoma típico, além da presença de mucina e colágeno ao redor das ilhas de condrocitos. A ressecção total do tumor é o tratamento indicado e os casos de recidiva são raros. Portanto, embora raro, o condrolipoma deve ser uma hipótese diagnóstica nos casos de tumorações de superfície regular e aspecto cístico na asa nasal. A exérese total e biópsia do tumor devem ser realizadas para o diagnóstico precoce da lesão e tratamento adequado.

**Palavras-chave:** lipoma; doenças nasais; tumores do nariz.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1099\\_21052023\\_164829843.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1099_21052023_164829843.pdf)

1100

## PAPILOMA INVERTIDO RECIDIVANTE DO SEPTO NASAL

**Autores:** Daniel Tinôco Leite, Natália Maria Câmara da Luz, Audryo Oliveira Nogueira, Tarssius Capelo Candido, Wilson Benini Guercio, André Costa Pinto Ribeiro.

**Instituição:** HU UFJF, Juiz de Fora - MG - Brasil.

**Objetivo:** Descrever um caso de Papiloma Invertido recidivante em região anterior do septo nasal e revisar conceitos e abordagens importantes nesse tipo de caso.

**Métodos:** Relato de caso de um paciente atendido em novembro de 2022 no ambulatório de Otorrinolaringologia do HU-UFJF (Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora).

**Relato de caso:** Paciente homem, 66 anos, atendido em ambulatório de hospital especializado em Otorrinolaringologia, com lesão em fossa nasal esquerda há cerca de 20 anos causando obstrução nasal ipsilateral e episódios de epistaxe autolimitadas recorrentes, sem outras queixas. Relatou passado de abordagem cirúrgica e exérese da lesão há 10 anos, porém sem resultado de biópsia. Ao exame físico, foi evidenciada lesão em região anterior da fossa nasal esquerda pediculada na mucosa septal. A lesão obstruía completamente a luz da fossa nasal e tinha aspecto "cerebriforme". Foi realizada exame de Tomografia Computadorizada para verificar extensão da lesão e excluir invasão das estruturas adjacentes. O paciente foi submetido a ressecção de lesão em centro cirúrgico sob anestesia geral. O laudo da biópsia foi Papiloma Invertido. Após 4 meses do procedimento, identificamos tecido similar à lesão primária no local do seu pedículo. Para evitar recidiva do quadro foi realizada cauterização semanal com ácido tricloroacético 90% em ambulatório até regressão total do tecido remanescente. O paciente segue em acompanhamento regular no serviço sem novos sinais de recidiva.

**Considerações finais:** O Papiloma Invertido, também conhecido como Papiloma Schneideriano é uma neoplasia benigna que está associada a uma alta taxa de recorrência (até 71%), bem como uma tendência para transformação maligna em 3 a 10% dos casos. É normalmente encontrado na parede nasal lateral, mas, em casos muito raros, pode ser localizado na mucosa das partes mediais da cavidade nasal. Sua etiologia exata não é conhecida, porém inflamação crônica e infecção pelo HPV têm relevância significativa. Devido alto risco de recidiva (como ocorrido no caso apresentado), se faz obrigatório um acompanhamento rigoroso de todos os casos, com biópsias oportunas quando indicado. Portanto, o papiloma Invertido deve ser sempre uma hipótese diagnóstica nos casos de tumorações provenientes do septo nasal.

**Palavras-chave:** papiloma invertido; doenças nasais; tumores do nariz.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1100\\_21052023\\_165404764.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1100_21052023_165404764.pdf)

## ANGIOFIBROMA DO TRATO NASO-SINUSAL: UM RELATO DE CASO

**Autores:** Rosana Duarte Luz, Gustavo Cedro Souza, Marcelo Guimaraes Machado, Gabriel Marcelo Rego de Paula, Gabriel Neves Farias, Gislane Borges Pereira, João Prudencio da Costa Neto, Marcos Antonio Medeiros Agreli.

**Instituição:** Hospital Veredas, Maceio - AL - Brasil.

**Objetivo:** Descrever o caso clínico de um paciente com tumoração nasal, diagnosticado com angiofibroma do trato naso sinusal, num serviço de otorrinolaringologia do estado de Alagoas, relatar as dificuldades encontradas no serviço público para seguimento do tratamento e as possíveis consequências desse atraso.

**Métodos:** Análise do prontuário do paciente, do exame clínico, físico, imaginológico e histopatológico, bem como da evolução ao longo do período de acompanhamento (3 meses).

**Resultados:** Após resultado dos exames, junto com a suspeição clínica epidemiológica, foi possível diagnosticar o tumor como angiofibroma do trato sinusal.

**Discussão:** O angiofibroma juvenil é um tumor raro, responde por 0,5% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço. Acomete principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo masculino (97%). A invasão intracraniana é relativamente frequente, sendo descrita incidência de 20 a 36%. O paciente é um jovem, 16 anos, sexo masculino, com relato de obstrução nasal, pior à direita, há aproximadamente 01 ano, sem epistaxe. Não apresentava trauma nasal evidente, operação prévia, alergia, infecção ou doença sistêmica. O exame de vídeonasofibroscopia evidenciou tumoração ocupando rinofaringe, de aspecto irregular e vascularizado. Optado por biópsia excisional da lesão para melhor confirmação diagnóstica, porém paciente evoluiu com sangramento transoperatório intenso, sendo então levantado a hipótese de nasoangiofibroma. Realizado hemostasia com tamponamento nasal, paciente recebeu alta e foi solicitado uma nova tomografia, dessa vez com contraste, revelando formação expansiva e infiltrativa, heterogênea, localizada em nasofaringe e com extensão à cavidade nasal e seio esfenoidal esquerdo, cujas relações anatômicas sugerem angiofibroma juvenil. Imuno-histoquímica do dia 06/03/23 consistente com angiofibroma do trato nasosinusal. No momento paciente segue estável, sem relato de novos sangramentos ou demais intercorrências, porém tumoração apresenta volume maior comparado ao primeiro exame de vídeonasofibroscopia realizado há 03 meses. O tratamento cirúrgico do nasoangiofibroma pode ser feito via endoscópica ou via aberta, sendo esta última pelas vias transpalatina, transmaxilar, e técnicas craniofaciais, quando há invasão extensa intra-neurocraniana. Atualmente convém realizar embolização tumoral seletiva previamente a todas as técnicas, para favorecer o acesso cirúrgico. Porém, por falta de recurso o paciente ainda encontra-se esperando a cirurgia. Como principais complicações desse atraso, podemos citar: expansão para os tecidos moles da mandíbula, causando modificação da estrutura da face, ou para fissura orbital inferior e órbita, causando proptose, ou ainda resultar em estrago ósseo na base do processo pterigoide, penetrando a fossa craniana média, anterior ao forame lateral ao seio cavernoso. Superiormente, o tumor pode atingir o seio esfenoide, e a partir daí invadir o crânio.

**Conclusão:** Paciente com a tríade sexo masculino, jovem e obstrução nasal unilateral, deve-se pensar em angiofibroma. Apesar de histologicamente benigno, esse tumor é localmente invasivo. A evolução e progressão da lesão, com o passar do tempo torna mais difícil o tratamento, pelo ataque a estruturas nobres, como sistema nervoso central e órbita. É necessária uma equipe multidisciplinar para tratar esses casos, o qual inclui cirurgião apto e radiologia intervencionista para embolização prévia, sendo algumas vezes, oportuno encaminhar para um serviço de referência.

**Palavras-chave:** angiofibroma; tumor nasal; jovem.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1101\\_21052023\\_211056940.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1101_21052023_211056940.pdf)

1108

## PERFURAÇÃO SEPTAL SECUNDÁRIA A LEISHMANIOSE CUTÂNEO-MUCOSA

**Autores:** Gabriel Marcelo Rego de Paula<sup>1</sup>, Gustavo Cedro Souza<sup>1</sup>, Gabriel Neves Farias<sup>1</sup>, Rosana Duarte Luz<sup>1</sup>, Gislane Borges Pereira<sup>1</sup>, Marcos Antonio Medeiros Agrelli<sup>1</sup>, Aécio de Albuquerque Lins Porto<sup>1</sup>, Thays Fernanda Avelino dos Santos<sup>1</sup>.

**Instituição:** 1. Hospital Veredas, Maceió - AL - Brasil.

**Objetivo:** O estudo tem como objetivo descrever o caso de um paciente com perfuração do septo nasal secundária a leishmaniose cutânea-mucosa.

**Métodos:** Revisão secundária da literatura médica, nas bases de dados Scielo, Lilacs, BVS, PubMed, associado a revisão de prontuário, com foco em exames de imagem e laboratoriais.

**Descrição:** Paciente, sexo masculino, 67 anos, hipertenso, sem outras comorbidades conhecidas, foi admitido no departamento de otorrinolaringologia com queixa de obstrução nasal e crostas em septo nasal há longa data. Realizada rinoscopia anterior e exame de videonasofaringolaringoscopia por ótica flexível, que constataram lesão de aspecto granulomatoso em septo nasal, topografada em área II de Cottle, apresentando contornos irregulares, crostas aderidas e perfuração septal associada. Paciente sem histórico cirúrgico de septoplastia, cauterizações septais, radioterapia e tamponamentos nasais prolongados; sem evidência de raturas nasais, rinolitos, corpos estranhos, hematomas septais; e sem relato de uso crônico de inalantes irritativos como descongestionantes nasais e cocaína. Realizada investigação para rinosinusites bacterianas e fúngicas, as quais mostraram-se negativas, em primeiro momento, para sífilis, HIV, tuberculose, paracoccidioidomicose. Investigado ainda a granulomatose de Wegener e doenças do colágeno, com resultado negativo para tais infecções. Paciente foi, portanto, submetido a biópsia da lesão para estudo anatomopatológico e exclusão neoplasias. O estudo anatomopatológico constatou processo inflamatório crônico agudizado inespecífico. Optado por nova biópsia e direcionamento da amostra para estudo externo, com pesquisa para Leishmaniose sp., através das metodologias Elisa e PCR. Através da metodologia de PCR, obteve-se resultado detectável, atribuindo-se o diagnóstico etiológico de Leishmaniose cutâneo-mucosa para a perfuração septal.

**Discussão:** A presença de perfuração septal é facilmente diagnosticada pelo otorrinolaringologista durante sua anamnese e exame físico, contudo, a sua etiologia dificilmente é definida. Uma maior elucidação diagnóstica é decorrente do seguimento dos seguintes passos: questionamento sobre sintomas nasais, história de uso de medicamentos prévios e hábitos sociais, rinoscopia anterior, nasofibroscoopia, averiguação da perfuração septal quanto a aspecto, tamanho e localização. A leishmaniose, uma doença infecciosa, crônica, não contagiosa causada por protozoários do gênero Leishmania, deve ser considerada dentre as causas por se tratar de problema de Saúde Pública. A cavidade nasal é o local preferencialmente acometido na quase totalidade das lesões mucosas leishmanióticas. Ao exame físico se observa hiperemia circunscrita da mucosa e leve infiltração. Segue-se processo ulcerativo (lesões ulcero-vegetantes/polipóides, ulcero-crostosas ou ulcero-destrutivas) que provoca perfuração septal e, às vezes, subseptal, ocasionando a queda da ponta nasal. Os principais sinais e sintomas incluem obstrução nasal, epistaxes recorrentes associadas ou não a crises esternutatórias, ardor e/ou dor à respiração forçada, rinorreia, formação de crostas e até eliminação de tecido necrosado.

**Conclusão:** O conhecimento acerca de doenças endêmicas tropicais relacionadas às vias aéreas superiores e a compreensão das suas relações com a otorrinolaringologia são de extrema importância para a resolutividade dessas lesões, bem como para prevenir as deformidades causadas nas estruturas acometidas.

**Palavras-chave:** leishmaniose; perfuração septal; septo.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1108\\_21052023\\_233241182.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1108_21052023_233241182.pdf)

1113

## RETALHO DE LIMBERG PARA CORREÇÃO DE DEFEITO EM FACE DECORRENTE DE ASPERGILOSE INVASIVA SECUNDÁRIA A SARS-COV-2 EM PACIENTE DIABÉTICO

**Autores:** Lívia Ferraz de Almeida Cyrino, Luciano Henrique Antonioli, Luiz Felipe Salomão Siqueira Cunha, Mateus Campestrini Harger, Victoria Lima Tiseo, Isadora Serotini Pertinhez, Juliano de Alencar Vasconcelos, Fabricio Egidio Pandini.

**Instituição:** Faculdade Medicina Jundiaí, Jundiaí - SP - Brasil.

**Objetivo:** Relatar o caso de um paciente diabético portador de Aspergilose Invasiva após quadro de SARS-COV-2 que evoluiu com fistula cutâneo-sinusal sendo submetido à correção cirúrgica com retalho de Limberg.

**Método:** As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico da abordagem cirúrgica a qual o paciente foi submetido e revisão da literatura.

**Resultado:** Relato de caso: LPS, 58 anos, portador de Diabete Melitus insulina-dependente com diagnóstico de Aspergilose Invasiva após infecção por SARS-COV-2, submetido a abordagem cirúrgica via Caldwell-luc para exérese de lesão endurecida e presença de fístula cutânea-seio maxilar à direita e antróstomia maxilar ipsilateral. Paciente permaneceu hospitalizado por 26 dias, fez uso de Ceftriaxone, Clindamicina, Fluconazol, seguido de Meropenem, Voriconazol e Anfotericina B, além de 2 sessões de terapia hiperbárica. Um ano após primeiro procedimento cirúrgico e tratamento com ambulatorial com infectologista, o paciente retorna com a presença de fístula cutâneo-sinusal (Fig1-A) à direita com saída de secreção amarelo/esverdeada em fossa nasal direita. Optado por reabordagem cirúrgica para debridamento de fossa nasal e seio maxilar direito via endoscópica, e correção da fistula através de retalho de Limberg (Fig 1-B, C, D). Paciente apresentou resposta cicatricial satisfatória, permanecendo em acompanhamento ambulatorial, sem recidiva, com cicatriz cosmeticamente bem aceita.

**Discussão:** Houve um aumento significativo da incidência das doenças fúngicas invasivas em pacientes infectados por SARS-COV-2, devido a desregulação imunológica, dano endotelial e uso de glicocorticóides, principalmente quando associado a quadros descompensados de diabetes mellitus. A presença da disfunção endotelial, caracterizada pela incapacidade das artérias e arteríolas em desempenhar funções na regulação do tônus vascular leva a um microambiente isquêmico, comprometendo as reações celulares e bioquímicas na reparação do tecido lesionado. Esse retardo na cicatrização poderia justificar a evolução para fistula cutâneo-sinusal do paciente relatado neste trabalho. O retalho de Limberg, descrito em 1946, é um retalho cutâneo rombóide de transposição, um paralelogramo equilátero onde a menor diagonal é estendida em uma ou outra direção e realizada uma incisão paralela em um dos lados de igual tamanho do defeito. É usado para reparo de defeitos em várias regiões anatômicas do corpo, com bons resultados na face. Diversos autores reportaram suas experiências, concluindo tratar-se de técnica versátil e de simples realização. Esse retalho tem sido utilizado para reparos de defeitos no zigoma, temporal, pálpebras, nariz, boca e pescoço. O relato de caso realizado no nosso serviço demonstra que o retalho de Limberg está bem indicado em defeitos na região acometida pela fístula cutâneo-sinusal, devido a distensibilidade da pele, pouca tensão nas suturas, fácil manejo com pouco comprometimento estético e funcional

**Conclusão:** O retalho de Limberg apresenta-se como técnica segura, de fácil execução, sendo uma excelente alternativa para reconstrução de defeitos cutâneos na face, especialmente eficaz no terço médio, apresentando literatura expressiva que assegura sua efetividade.

**Palavras-chave:** retalhos cirurgicos; aspergilose; Covid-19.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1113\\_22052023\\_161841835.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1113_22052023_161841835.pdf)

1114

## ENFISEMA ORBITÁRIO DECORRENTE DE ESTERNUTO: RELATO DE CASO.

**Autores:** Ana Carolina do Valle Dornelas, Lucilene Lisboa Ferraz, Vytor Eduardo Nascimento de Andrade, Nicole de Carvalho Dias, Rafaella Casé de Lima, Nicolle Henriques Barreto Colaço, Gabriella Bento de Moraes, Renata Lisboa Bergamo.

**Instituição:** SOS Otorrino, Joao Pessoa - PB - Brasil.

**Objetivos:** Descrever um caso atípico de enfisema orbitário após ruptura de lâmina papirácea pelo ato de espirrar.

**Métodos:** As informações foram obtidas a partir da revisão de prontuário, entrevista com paciente, registro fotográfico e revisão de literatura.

**Resultados:** Paciente G.S.F., Sexo feminino, 40 anos, deu entrada em hospital de emergência e trauma senador humberto lucena com história de importante edema palpebral súbito à direita e saída de líquido hialino em fossa nasal direita após esternuto. Referiu quadros recorrentes de sintomas nasais irritativos, sem história de trauma e apresentava aumento do edema ao assoar o nariz.

Ao exame oftalmológico, apresentou edema bipalpebral, crepitação à palpação, acuidade visual (AV) sem correção, olho direito (OD): 20/100, olho esquerdo (OE): 20/60, biomicroscopia de od: córnea transparente, câmara anterior formada e pupila de bordos regulares e fotorreagentes.

Ao exame otorrinolaringológico, através da videoendoscopia nasal, foi identificado desvio septal à esquerda, hipertrofia de cornetos inferiores 2+/4+, palidez mucosa, meato médio livre, cavum livre e não visualizado saída de líquido aquoso.

Realizou tomografia de órbitas, que mostrou presença significativa de ar em regiões orbitárias, palpebral superior, inferior e malar à direita, visualizando descontinuidade de lâmina papirácea ipsilateral.

Optado então por antibioticoterapia e corticoterapia com medidas expectantes em ambiente hospitalar, obtendo-se resolução do quadro, sem necessidade de tratamento cirúrgico de urgência.

**Discussão:** Enfisema orbitário é a presença anormal de ar na cavidade orbitária devido a comunicação de seio paranasal com a órbita, sendo a maioria dos casos secundária a fraturas traumáticas. Sua ocorrência na ausência de trauma, como em consequência de espirros ou ao assoar o nariz, é rara.

No enfisema orbitário relacionado ao trauma, a lâmina papirácea, na parede medial, é a região onde mais se encontra falha óssea, mas o acometimento da parede inferior da órbita também é frequente, sobretudo nas fraturas de Blowout.

Quando o septo orbitário está íntegro, a pressão intra-orbitária pode elevar-se e culminar em uma síndrome compartimental, que cursa com aumento da pressão intraocular, proptose com alongamento do nervo óptico, neuropatia óptica compressiva/isquêmica e oclusão da artéria central da retina. Nesses casos, pode ser feita a descompressão com uso da agulha fina em caráter de urgência. Tal procedimento é simples, rápido, efetivo e evita necessidade de intervenção cirúrgica. Outra complicação importante é a diminuição de acuidade visual aguda.

A investigação é feita, em sua maioria, apenas pela anamnese, exame físico e tomografia orbitária. Apesar de existir um protocolo de tratamento para o enfisema orbitário, ainda não há um consenso sobre a melhor forma de manejo, que depende do grau de acometimento e do desdobramento em complicações. Em muitos casos, a solução do quadro, acontece de forma natural, sem intervenções.

**Conclusão:** o caso relatado traz à luz a discussão de uma condição rara, que é o enfisema orbitário secundário ao esternuto. Apesar da maioria dos casos ser autolimitada, o diagnóstico precoce é importante para evitar graves complicações visuais, como a síndrome compartimental e diminuição importante de acuidade visual.

**Palavras-chave:** enfisema; orbitário; esternutos.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1114\\_22052023\\_204721291.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1114_22052023_204721291.pdf)

1115

## CISTO NASOALVEOLAR: RELATO DE CASO

**Autores:** Erinaldo da Costa Quintino Junior, Marcos Rossiter de Melo Costa, Paula Carvalho Lisboa Jatobá, Pedro José Gomes Nobre, Lelia Maria Alves Duarte, Manoel Augusto Barbosa da Costa Mendonça, Osvaldo Souza Soares Junior.

**Instituição:** Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió - AL - Brasil.

**Introdução:** O cisto nasolabial foi descrito em 1882 por Zuckerkandl; desde então, várias sinonímias foram adotadas, sendo o termo cisto nasoalveolar, criado por Rao em 1955, atualmente mais utilizado quando demonstra erosão no osso maxilar. É uma lesão localizada próxima à cartilagem alar do nariz, com extensão para o meato nasal inferior, sulco gengivo-labial superior e assoalho do vestíbulo nasal. Sua clínica mais frequente é de aumento de volume localizado no sulco nasogeniano e na base alar nasal, de crescimento lento e indolor, que leva a um abaulamento da asa do nariz, elevação do lábio superior, apagamento do sulco nasolabial e elevação do assoalho nasal do lado acometido. A nasofibrosopia flexível, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética auxiliam como exames complementares ao diagnóstico.

**Descrição do caso:** Paciente J. E. E. S., sexo feminino, de 43 anos com queixa de obstrução nasal e abaulamento de região nasolabial de longa data. Realizou tomografia de seios da face em 2017 que evidenciou tumefação nasolabial esquerda medindo 1,5 x 1,4 x 1,4 cm, seguindo com acompanhamento clínico de lesão. Retorna em ambulatório em 2023 queixando-se de aumento de lesão, com apagamento de sulco nasolabial esquerdo. Ao exame físico constatada tumefação em assoalho nasal da região vestibular esquerda, com apagamento de sulco nasolabial ipsilateral, além de desvio septal e hipertrofia de conchas nasais inferiores. Solicitado nova tomografia computadorizada de seios da face evidenciando: Processo expansivo, com densidade de partes moles, na região do sulco nasolabial esquerdo, medindo cerca de 2,2 x 1,7 x 1,5 cm, sem realce significativo pós contraste, insinuando-se para o vestíbulo nasal, em relação com a concha nasal inferior correspondente, promovendo leve remodelamento/erosão óssea na face anterior da maxila, em situação parassagital esquerda, de aspecto inespecífico ao método, porém com sinais de agressividade no estudo atual. Considerando a hipótese diagnóstica de cisto nasoalveolar, baseado nas características clínicas e exames complementares, foi indicada remoção cirúrgica da lesão. Procedimento realizado sob anestesia geral, com acesso intraoral, realizando descolamento por planos por toda extensão até remoção total. Foi realizado no mesmo ato cirúrgico septoplastia e turbinectomia bilateral.

**Conclusão:** Os cistos nasoalveolares, apesar de pouco frequentes na população geral, podem levar a aumento de volume bem localizado, com dor local e obstrução nasal parcial ou total associada, evidenciando a importância de reconhecermos as características desta lesão e elaborar um plano terapêutico. A tomografia computadorizada é o exame de predileção em sua avaliação. O tratamento é preferencialmente cirúrgico, e as técnicas cirúrgicas mais citadas são a enucleação cística por acesso intraoral ou a marsupialização por acesso transnasal.

**Palavras-chave:** cisto; nasoalveolar; nasal.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1115\\_22052023\\_212505798.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1115_22052023_212505798.pdf)

1116

## TUMOR BENIGNO NASOSSINUSAL RARO (SCHWANNOMA) EM PACIENTE IDOSA

**Autores:** Mateus Henrique Neves Bracco, Renata Janeiro Marques, Thays Almeida Clement Oliveira, Caue Duarte, Marina Cançado Passarelli Scott, Felipe Gabriel Garcia.

**Instituição:** Santa Casa de Santos, Santos - SP - Brasil.

**Objetivos:** O objetivo é relatar um caso de tumor nasal benigno raro em paciente de 72 anos.

**Métodos:** Descrição de relato de caso de Schwannoma Nasossinusal em paciente idosa do sexo feminino.

**Resultados:** 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 laterorrinia 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, esteseoneuroblastoma, 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.

**Conclusão:** 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:** rinologia; tumor nasal benigno; Schwannoma nasossinusal.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1116\\_22052023\\_213919771.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1116_22052023_213919771.pdf)

1119

## SCHWANNOMA E SUA ASSOCIAÇÃO COM A POLIPOSE NASAL

**Autores:** Priscila Nogueira Soares, Christian Wagner Maurencio, Maria Fernanda Bonome Cardoso, Rodrigo Masatsune Kageyama, Pedro Paulo Vivacqua da Cunha Cintra, Jose Antonio Pinto.

**Instituição:** Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo, São Paulo - SP - Brasil.

**Introdução:** Polipose nasossinusal caracteriza-se por lesões expansivas benignas na mucosa nasal e nos seios paranasais com obstrução nasal, rinorréia, hiposmia ou anosmia e rinossinusites de repetição. Sua origem está relacionada ao processo inflamatório crônico na submucosa a partir do aumento de citocinas e fatores de crescimento produzidos por linfócitos T, fibroblastos, células epiteliais e eosinófilos. O schwannoma caracteriza-se como tumor benigno derivado das células de Schwann das cristas neurais, encapsulado, circunscrito e geralmente ligado ao nervo. Localizado mais comumente no nervo vestibulo-coclear e com menor incidência na região nasossinusal, mais encontrado no seio etmoidal, maxilar, fossa nasal e esfenoidal, respectivamente. Apresenta-se clinicamente com obstrução nasal uni ou bilateral progressiva associada ou não a epistaxe, hiposmia e cefaléia. Pode ter aspecto de massa vegetativa ou polipóide muitas vezes de coloração acinzentada e vascularizada.

**Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo além da revisão da literatura, o relato do caso atendido ambulatorialmente na Otoclim - integrada ao serviço do Núcleo de Otorrinolaringologia de São Paulo (NOSP).

**Métodos:** Revisão do prontuário da paciente na Otoclim durante seu tratamento clínico e cirúrgico e o seu desfecho.

**Casos clínico:** M. G. J. L., feminino, 64 anos, proveniente de São Paulo previamente hígida e com hipertensão arterial sistêmica controlada. Apresentou congestão nasal, rinorreia e epistaxe em fossa nasal direita com início em 2021. Fez uso prévio de antibioticoterapia, devido ao quadro de sinusite aguda, porém sem boa evolução. Iniciou acompanhamento ambulatorial em outro serviço obtendo diagnóstico de polipose nasal em fossa nasal direita, sem melhora foi encaminhada ao nosso serviço. A ressonância nuclear magnética 10/10/2022 que evidenciou pólipos na fossa nasal direita com extensão posterior ultrapassando a linha da coana e obliterando a rinofaringe, medindo cerca de 4,2 X 1,6 cm. Realizou o procedimento cirúrgico endonasal no dia 03/01/2023 sem intercorrências e o material foi encaminhado para análise. No primeiro retorno cirúrgico após 07 dias do procedimento a paciente encontrava-se sem queixas álgicas, a rinoscopia apresentava-se dentro do esperado e o resultado do anatomopatológico evidenciando lesão polipóide nasal revestida por epitélio de padrão respiratório sem atipias apresentando neoplasia pouco diferenciada de células epiteloideas e fusiformes. Por isso, solicitou-se o exame imuno-histoquímico que revelou o diagnóstico de schwannoma para a lesão polipóide nasal com o material positivo para os seguintes marcadores CD99, Colagênio IV, H3K27me3, KI67, S100, SOX10 e Vimentin. O acompanhamento ambulatorial ocorreu ao longo do primeiro mês, em todas as três consultas (7, 15 e 30 dias pós-operatório) com melhora importante da congestão nasal, sem novos quadros de rinorréia ou epistaxe. Ao exame físico, fossa nasal direita apresentava sinais de manipulação cirúrgica, porém sem resquícios da lesão polipóide. Após três meses do procedimento cirúrgico, paciente encontra-se em bom estado geral, nega quadros de congestão nasal, rinorréia, epistaxe ou outras alterações respiratórias.

**Discussão:** Descritos entre a quarta e sexta décadas de vida, com pouca diferença entre gêneros. As queixas geralmente são de obstrução nasal, anosmia, deformidade da pirâmide nasal e epistaxe. O diagnóstico diferencial das massas nasais unilaterais inclui polipose nasal (22,2%), pólipos antrocoanales (19%), rinossinusite crônica (12,7%), concha bolhosa (11,1%), cisto de retenção (6,3%), mucocele (3,2%) e o schwannoma em 1,6% dos casos. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica. A retirada do achado acarretou em melhora clínica sem recidiva da lesão nasal nem dos sintomas previamente relatados.

**Conclusão:** Apesar do Schwannoma ser um tumor benigno com baixa prevalência (1,6%) nasossinusal, cursa com sintomas semelhantes a polipose nasal. A imuno-histoquímica foi essencial no diagnóstico. A ressecção cirúrgica é eficaz, com bom prognóstico e melhora dos sintomas obstrutivos e inflamatórios.

**Palavras-chave:** Schwannoma; polipose nasal; obstrução nasal.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1119\\_22052023\\_222939315.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1119_22052023_222939315.pdf)

1133

## HEMANGIOMA CAVERNOSO DE CONCHA NASAL MÉDIA

**Autores:** Nayane Oliveira Pio, Matheus Chaves de Oliveira, Alan Rodrigues de Almeida Paiva, Pedro Filgueiras de Campos, Maria Fernanda Lima Nascimento, Daniel Vargas Ribeiro.

**Instituição:** Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte - MG - Brasil.

**Objetivo:** Apresentar o relato de caso de uma paciente, sexo feminino, com hemangioma cavernoso de concha nasal média. Avaliar evolução e tratamento do caso, assim como a representatividade deste na literatura.

**Métodos:** O estudo foi realizado por revisão de prontuário de paciente com hemangioma cavernoso de concha média, submetido a tratamento cirúrgico em serviço de otorrinolaringologia. Os dados analisados incluíam idade, sexo, sintomas, avaliação otorrinolaringológica, exames complementares como tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RNM), videonasoendoscopia e anatomia patológica.

**Resultado:** M. O. E. S., 89 anos, atendida em serviço otorrinolaringológico devido epistaxe recorrente e obstrução nasal à direita há trinta dias, sem histórico de trauma ou cirurgia recente. À rinoscopia observava-se lesão avermelhada, lisa e arredondada na porção anterior da concha média direita, com sinais de sangramento recente. A TC de seios da face evidenciou lesão homogênea com densidade de partes moles de 22x24x9 milímetros, com contorno regular e limites bem definidos, localizada anterossuperiormente na cavidade nasal direita, sem linhas de clivagem ou erosão óssea. A RNM dos seios da face mostrou lesão homogênea, com sinal intermediário nas sequências ponderadas de T1, hipersinal em T2, realce por contraste, contornos regulares, sem planos de clivagem ou restrição a difusão de água. A hipótese diagnóstica foi hemangioma, entretanto, pólipos angiomatosos, granuloma piogênico, hemangiopericitoma foram considerados como diagnósticos diferenciais. Após exérese da lesão por cirurgia endoscópica sob anestesia geral, paciente evoluiu bem, sem complicações. O material enviado para análise patológica foi compatível com hemangioma cavernoso nasossinusal.

**Discussão:** Hemangiomas são tumores de origem vascular que crescem sobre vários tecidos e podem ser classificados histopatologicamente em intraósseos e não intraósseos e em capilares, cavernosos ou mistos, sendo a maioria capilar e originado de tecidos moles. O diagnóstico frequentemente ocorre ao nascimento e a maior parte dos hemangiomas nasais envolvem espontaneamente; se persistentes, apresentam predominância no sexo feminino, na terceira década de vida. Apesar de injúria frequente em região de cabeça e pescoço, os hemangiomas nasossinuais são raramente encontrados, representando menos de 20% dos tumores originados nessas topografias. Hemangiomas cavernosos são mais raros se comparados a todos os tumores nasais, quando presentes são encontrados com maior frequência na parede lateral da cavidade nasal ou em conchas nasais inferiores; a etiologia não é bem definida, pode relacionar-se a trauma local. A propedêutica radiológica auxilia o diagnóstico porque esses tumores tem características imagiológicas específicas, à TC múltiplos espaços cavernosos, padrão reluzente de radiação nas trabéculas ósseas e aparência de "bolha de sabão", "espículas de sol" e "trabéculas radiantes". A RNM apresenta hiperintensidade em T1 e em T2 devido conteúdo gorduroso e proporciona melhor delineamento das margens, da vascularização e da extensão intracraniana, intraorbitária e perineural. Hemangiomas capilares são comuns e regredem espontaneamente, já os cavernosos não envolvem, demandando tratamento. A terapêutica inclui cirurgia, radioterapia, escleroterapia e embolização. Neste e nos demais relatos sobre hemangioma cavernoso de concha média não houve necessidade de embolização, com sangramento intraoperatório habitual e boa evolução após a exérese da lesão.

**Conclusão:** O presente estudo é o primeiro caso relatado de hemangioma cavernoso primário de concha média nasal na literatura brasileira. O sítio incomum de ocorrência da lesão torna o diagnóstico difícil. Assim, a possibilidade de hemangioma deve ser considerada quando uma massa é detectada em cavidade nasal, principalmente se associada a epistaxe recorrente e unilateral.

**Palavras-chave:** hemangioma; concha média; cavernoso.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1133\\_22052023\\_224534384.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1133_22052023_224534384.pdf)

1134

## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO CARCINOMA DE NASOFARINGE EM ALAGOAS

**Autores:** Therezita Peixoto Patury Galvão Castro, Daniel Monteiro Constant, Maria Eduarda Laranjeira Costa da Fonseca, Marina Marsiglia Gondim, Manoela Alves Vieira de Souza, Saú Líbano Xavier Filho.

**Instituição:** Universidade Federal de Alagoas, Maceió - AL - Brasil.

**Objetivos:** Descrever a epidemiologia do carcinoma de nasofaringe (CNF) no estado de Alagoas no período de 2018 a 2022.

**Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo por meio de informações coletadas no dia 03/04/2023 no sistema do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

**Resultados:** Foram notificados 59 casos de CNF no estado de Alagoas entre os anos de 2018 a 2022, o que representa 0,14% das neoplasias notificadas no estado nesse período. O estágio mais comum no momento do diagnóstico foi o III, com 21 casos (35,5%), seguido do estágio IV com 16 casos (27,1%); quanto ao sexo, houve uma prevalência maior em homens, com 42 casos (71,1%) do que em mulheres, com 17 casos (28,8%); em relação a faixa etária, a mais acometida foi de 50-59 anos, com 18 casos (30,5%). O tempo até o início de tratamento superou 60 dias em 23 pacientes (38,9%), enquanto as modalidades de tratamento foram quimioterapia em 34 casos (57,6%), radioterapia em 17 casos (28,8%) e cirurgia em 3 casos (5,08%).

**Discussão:** O CNF é um tipo de neoplasia originado de células epiteliais do recesso faríngeo (fosseta de Rosenmüller), sendo um carcinoma mais comum na China, e raro no Brasil, o que reflete a pequena porcentagem que o CNF representa entre todas as neoplasias diagnosticadas em Alagoas, estando em declínio tanto sua incidência quanto sua mortalidade. O principal fator etiopatogênico associado ao CNF é a infecção precoce pelo vírus Epstein-Barr, um agente infeccioso comum, com o qual a maioria das pessoas entram em contato ainda na infância. Outro fator associado a esse carcinoma é uma dieta rica em peixes curados, que seria uma das explicações para essa neoplasia ter uma maior incidência na China e no sudeste asiático. Estudos epidemiológicos apontam uma maior prevalência no sexo masculino e entre a quinta e sexta década de vida, o que é compatível com os achados em Alagoas. Os principais sintomas são obstrução nasal, hipoacusia, otite média de repetição, rinossinusites de repetição, epistaxe, linfonodomegalia, e em casos tardios, diplopia. Frequentemente o primeiro sintoma que leva à procura de atendimento médico é o acometimento de linfonodos, e associada à necessidade de exames de maior complexidade como ressonância magnética, PET-Scan ou biópsia, o diagnóstico costuma ser tardio, como visto pela alta incidência de casos estágio III e IV dentre as notificações. A principal forma de tratamento é a radioterapia, que costuma ter uma resposta melhor do que outras neoplasias de cabeça e pescoço, porém o que se observa na amostra de Alagoas é uma maior prevalência do tratamento quimioterápico, havendo a possibilidade de associar as duas modalidades para melhores resultados em neoplasias de estágios mais avançados.

**Conclusão:** O estudo evidencia que o CNF é uma neoplasia rara de sintomatologia variável, cujo diagnóstico costuma ser tardio. Diante disso, se torna importante aumentar o número de diagnóstico mais precoce para atingir melhores desfechos para os pacientes acometidos.

**Palavras-chave:** carcinoma; nasofaringe; epidemiologia.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1134\\_22052023\\_224735219.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1134_22052023_224735219.pdf)

1135

## ESTESIONEUROBLASTOMA PÓS RADIOTERAPIA DEVIDO A MENINGIOMA

**Autores:** Isabela Borgo Marinho, Jose Eduardo Esposito Almeida, Alexandra Torres Cordeiro Lopes de Souza, Lucas Justo Sampaio, Jessica Areias Coelho Pereira, Lucas Graziotti Ceolin, Thamiris Dias Delfino Cabral, Mariana Floriano Lima.

**Instituição:** Bonsucesso, Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

**Objetivo:** Reportar um caso de Neuroblastoma em uma mulher de 45 anos, assistida no ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital Federal de Bonsucesso.

**Métodos:** Realizada coleta de dados do prontuário da paciente e revisão de literatura sobre o tema

**Resultado:** Paciente feminina, 45 anos, com histórico de ressecção de meningioma em 2015 e radioterapia. Foi encaminhada ao nosso serviço com início de episódios de epistaxe intermitente há 2 meses em fossa nasal direita, associado a obstrução nasal, hiposmia e ageusia com evolução para epistaxes diárias há 1 mês. Negou demais queixas nasais, orofaríngeas e otológicas. A Endoscopia nasal, lesão em fossa nasal direita de aspecto polipoide vermelho-amorronado que impedia progressão da ótica e à esquerda abaulamento septal, sem linfonodomegalias cervicais. A Tomografia de Seios da Face foi evidenciada lesão expansiva de fossa nasal direita com invasão de seios paranasais, sinais de craniectomia frontotemporal à direita e meningioma residual. A complementação com Ressonância Magnética recebeu classificação de Kadish B.

Após 3 dias foi submetida a ressecção de lesão, sem intercorrências. O estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico demonstrou-se compatível com Estesioneuroblastoma.

Após 2 meses de pós operatório, paciente evoluiu com um episódio de crise convulsiva, já aguardando nova ressonância magnética, contudo, não retornou ao ambulatório, perdendo o seguimento.

**Discussão:** O neuroblastoma olfatório, também chamado de Estesioneuroblastoma (ENB), é uma neoplasia rara, maligna, de crescimento lento, derivado do neuroepitélio olfatório na fossa cribiforme.

Representa de 3-6% dos tumores malignos naso-sinusais. Sua distribuição bimodal para idade, acomete principalmente a faixa etária dos 11 aos 20 anos e dos 51 aos 60 anos, fato que vai ao encontro do caso apresentado. Sem predileção por raça ou sexo.

Não existem causas específicas, nem fatores de risco conhecidos até o momento. Alguns pesquisadores acreditam que seja resultado de células ectópicas remanescentes da migração dos neurônios do placóide olfatório durante período embrionário. Por ainda não ter uma etiopatogenia tão conhecida, cabe-se levantar a hipótese que a exposição à radiação possa contribuir com o surgimento dessa neoplasia, já que existem estudos nos quais relatam que a radioterapia pode cursar com alterações em células do Sistema Nervoso Central.

A sintomatologia desse tumor é inespecífica, sendo a obstrução nasal o sintoma mais prevalente, seguido de epistaxe, dor e gotejamento nasal posterior. A depender da extensão do acometimento, pode cursar com anosmia, cefaleia, proptose, dentre outros sintomas.

O estadiamento do ENB não é sistematizado, podendo ser realizada através da escala de Kadish, baseado na extensão da tumoração primária pela RNM. No estágio A: o tumor está restrito a fossa nasal, B: o tumor se estende aos seios paranasais, C: o tumor acomete além dos seios paranasais.

O neuroblastoma é um tumor de pequenas células redondas e azuis, contudo, existem diversos tumores nasais com a mesma característica histológica, como o Carcinoma indiferenciado dos seios nasais, o Rabdomyosarcoma e o Sarcoma de Ewig. Dessa forma, a imuno-histoquímica torna-se necessária para o diagnóstico definitivo, além da análise histológica. Não há consenso na literatura do melhor tratamento, sendo atualmente mais usado a ressecção em bloco e a radioterapia adjuvante. Contudo a paciente do caso após exérese da lesão não retornou ao ambulatório para acompanhamento, não sendo realizada radioterapia.

**Conclusão:** Apesar de ser infrequente, o ENB é uma neoplasia com propriedades expansivas e destrutivas, sendo de extrema importância o seu diagnóstico precoce. A TC e RNM ajudam na delimitação da lesão e em seu estadiamento, contudo, o diagnóstico definitivo é realizado somente com análise histológica associado a imuno-histoquímica ou a microscopia eletrônica. Na maioria das vezes, o tratamento é exérese da lesão associado a radioterapia.

**Palavras-chave:** estesioneuroblastoma; neuroblastoma olfatório; epistaxe.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1135\\_22052023\\_225408605.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1135_22052023_225408605.pdf)

1137

## FÍSTULA LÍQUÓRICA NASAL PÓS-TRAUMÁTICA

**Autores:** Guilherme Henrique Ferreira Damasceno, Jose Victor Maniglia, Mariana Neves Ceratti, Jacqueline Kuwahara Zocante, Paula Belone Garcia, Paula Mortoza Lacerda Beppu, Leticia Rodrigues Melo.

**Instituição:** HIORP- Instituto Maniglia, São José do Rio Preto - SP - Brasil.

**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 cabeceira 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, fásia temporal, gordura abdominal, fásia 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:** fistula líquórica nasal; cirurgia endoscópica nasal; rinologia.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1137\\_22052023\\_231658100.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1137_22052023_231658100.pdf)

1139

## MUCOCELE FRONTAL: REVISÃO DE LITERATURA

**Autores:** Therezita Peixoto Patury Galvão Castro, Maria Eduarda Laranjeira Costa da Fonseca, Marina Marsiglia Gondim, Manoela Alves Vieira de Souza, Saú Líbano Xavier Filho, Daniel Monteiro Constant.

**Instituição:** Universidade Federal de Alagoas - UFAL, Maceió - AL - Brasil.

**Objetivo:** Apresentar uma revisão de literatura sobre mucocele frontal.

**Métodos:** Revisão sistemática utilizando as bases de dados Pubmed, Scielo e BVS, usando termos MeSH na seguinte forma de busca: "(Mucocele) AND (Frontal Sinus)". A busca, seleção e análise foram executadas por dois pesquisadores independentes. Foram incluídas revisões de literatura, em inglês, espanhol e português, publicados entre os anos de 2019 e 2023, sendo artigos disponíveis de forma completa. Foram encontrados 143 artigos e destes 6 foram incluídos neste trabalho.

**Resultado:** Bosmans et al, apresentam um relato de caso e revisão de literatura, em que observam a maior prevalência da mucocele frontal em jovens adultos entre os 20 e 40 anos. Alguns fatores de predisposição são: sinusite crônica, malformações craniofaciais, doenças sistêmicas – fibrose cística, granulomatose com poliangite – e obstrução por neoplasia. Segundo esse estudo, os seios frontal e etmoidal estão envolvidos em 90% dos casos. O relato apresenta uma mucocele "gigante" do seio frontal, definida como tal pelo tamanho superior a 5 cm. A partir disso, descrevem que mucocèles suficientemente grandes podem exercer efeito de massa sobre estruturas próximas e os sintomas clínicos variam de acordo com a localização.

Para Roncone, o diagnóstico é dado por história clínica, exame físico e achados radiológicos. A TC – método de escolha – e a RNM são complementares no diagnóstico por imagem. Também afirma que a tomografia revela massa expansiva bem delimitada, homogênea, com remodelamento do osso adjacente. A doença pode causar destruição óssea simulando uma neoplasia agressiva. A RNM auxilia no diagnóstico diferencial, principalmente na suspeita de extensão intracraniana ou orbital. A hiperintensidade em T1 e T2 é diretamente proporcional à quantidade de conteúdo proteico. Plantier et al, descrevem os procedimentos obliterativos abertos como padrão-ouro nas mucocèles frontais até o final de 1980. Desde então, houve crescimento da abordagem endoscópica transnasal, padrão-ouro no manejo das patologias sinusais. Alaraifi et al, afirmam que alguns locais são anatômica ou tecnicamente desafiadores quanto ao acesso endoscópico transnasal, caso da órbita superior e seio frontal lateral. Embora a adição de abordagens externas, como trefinação frontal, tenha eficácia comprovada, o avanço da abordagem endoscópica transorbital forneceu uma trajetória mais favorável do caminho até o alvo e acesso mais abrangente. Vias de acesso variam conforme local de destino e incluem prega palpebral superior, pré-caruncular, transconjuntival inferior e retrocantal lateral.

**Discussão:** A mucocele frontal é uma doença benigna de progressão lenta caracterizada pelo preenchimento mucoso do seio paranasal, pelo acúmulo de secreções e células epiteliais na cavidade sinusal, com consequente expansão do seio. As queixas mais comuns são cefaléia e sintomas oculares, como deslocamento orbital, proptose, diplopia, oftalmoplegia e diminuição da acuidade visual.

Essa patologia deve ser diferenciada de cistos de retenção mucóide, pois estes não provocam expansão e afinamento da parede óssea do seio. Outros diagnósticos diferenciais são: cistos aracnóide e epidermóide, e neoplasia maligna.

A excisão cirúrgica, para ventilar os seios da face e diminuir a morbidade e a recorrência, pode ser radical, com completa retirada da membrana mucosa e obliteração da cavidade sinusal, ou conservadora, por marsupialização com drenagem adequada. Dentre as abordagens cirúrgicas, a endoscópica transorbital tem mostrado uma eficácia superior em comparação com as demais.

**Conclusão:** A mucocele frontal exige diagnóstico e tratamento eficazes, evitando possíveis complicações por seu efeito de massa sobre estruturas adjacentes. Queixas oculares, como diplopia e redução da acuidade visual, ou cefaleia podem ser os únicos sintomas presentes. Assim, o tratamento cirúrgico é fundamental para a resolução da patologia e redução de recidivas, destacando-se abordagem endoscópica transorbital, que representa uma alternativa inovadora em locais anatômica ou tecnicamente desafiadores para as abordagens mais clássicas.

**Palavras-chave:** mucocele; seio frontal; revisão de literatura.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1139\\_23052023\\_000601207.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1139_23052023_000601207.pdf)

1141

## TRATAMENTO DE ANOSMIA PÓS-COVID-19 COM LASERTERAPIA: RELATO DE CASO

**Autores:** Ana Eliza Garcia.

**Instituição:** Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira, Limeira - SP - Brasil.

**Objetivo:** Esse trabalho tem o objetivo de relatar o tratamento da anosmia com laserterapia em uma paciente com 73 anos de idade, sexo feminino, a qual estava há 2 anos sem olfato, após infecção por Covid-19. Já havia feito tratamentos prévios, sem sucesso. Negou tabagismo e comorbidades.

O uso da luz de laser de baixa potência está sendo impregado por várias especialidades como coadjuvante no tratamentos de infinitas doenças, devido sua ação anti-inflamatória, analgésica e indutora da reparação tecidual.

O olfato é um dos cinco sentidos e sua perda pode causar um impacto emocional grande, pois altera a comunicação do indivíduo com o meio ambiente.

**Métodos:** O método utilizado foi a realização do teste connecticut para registro do limiar olfatório, identificação olfatória e posterior classificação, antes do início do tratamento e após nove sessões.

Para testar o limiar, utilizou-se o álcool n butílico diluído em sete diferentes concentrações (4%, 1%, 0,4%, 0,1%, 0,05%, 0,01% e 0,005%) e para a identificação, utilizou-se oito substâncias (pó de café, talco, paçoca, chocolate em pó, sabonete e naftalina. As substâncias estavam em frascos idênticos e a paciente permaneceu com os olhos vedados. Foram feitas duas sessões semanais e a paciente instruída a realizar treinamento olfatório doméstico duas vezes ao dia.

O aparelho de laser de baixa potência utilizado foi o Therapy EC.

O tratamento iniciava com estimulação intranasal do bulbo olfatório (4J) e artéria nasal lateral (1J) com laser vermelho, seguido da fotobiomodulação sistêmica por 30 minutos na artéria radial esquerda e treinamento olfatório com essências de cravo, rosas, limão e eucalipto.

**Resultado:** O teste olfatório inicial teve escore de 0,75 e recebeu a classificação de anosmia. Já o teste final teve escore de 4,5, sendo classificado como hiposmia moderada.

Logo após a primeira sessão, já foi relatado uma pequena sensação olfatória. Com três sessões a paciente referiu ter sentido cheiro de sabonete ao lavar as mãos, com cinco já reconhecia alguns alimentos e produtos de limpeza, com nove, sentia-se muito satisfeita com o resultado.

A laserterapia mostrou-se um importante recurso terapêutico para esses pacientes.

**Discussão:** O olfato é fator essencial para uma boa qualidade de vida e a sua perda pode acarretar em isolamento social, tristeza e perda de apetite.

Com a pandemia Covid-19 houve um aumento expressivo dos casos de anosmia e assim sendo, é imprescindível novos estudos para determinar a melhor abordagem terapêutica.

**Conclusão:** Uma das manifestações clínicas do Covid-19 é a anosmia e frequentemente persiste mesmo após a resolução da infecção. A laserterapia mostrou-se um importante recurso terapêutico para esses pacientes.

**Palavras-chave:** anosmia; laserterapia; Covid-19.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1141\\_23052023\\_003730458.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1141_23052023_003730458.pdf)

1147

## MENINGOENCEFALITE COM EMPIEMA SUBDURAL E ABSCESSO CEREBRAL FRONTAL: RELATO DE CASO DE PACIENTE COM COMPLICAÇÃO GRAVE DE FÍSTULA LIQUÓRICA RINOGENICA

**Autores:** André Luis Pereira Vieira, Gustavo Pegos Rodrigues Coy, Felipe Ferraz Quintal, Leonardo Brandini Sanches, Mariana Fagundes Sathler Emerick Berbert, Larissa Molinari Madlum, Júlia Ruete de Souza.

**Instituição:** PUC Campinas, Campinas - SP - Brasil.

**Introdução:** A fístula liquórica rinogênica é definida como uma comunicação patológica entre a cavidade nasal ou os seios paranasais e o espaço subaracnóideo. Podem ser classificadas em traumáticas ou não traumáticas. As não traumáticas têm início insidioso e podem demorar anos até o primeiro diagnóstico. O teste padrão-ouro é a dosagem da beta-2-transferrina. Os exames de imagem são necessários para o diagnóstico topográfico. A acurácia é de 50-82% na tomografia, de 82% na cisternografia e de 96% na TC e RNM juntas, com 100% de especificidade. O diagnóstico deve ser rápido devido ao seu potencial de complicações graves e fatais.

**Descrição do caso:** Paciente, 56 anos, sexo feminino, hipertensa e tabagista, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital PUC-Campinas com confusão mental e agitação de início súbito e quadro de cefaleia frontal de forte intensidade associada a náuseas, fotofobia, fonofobia e episódio convulsivo, sem liberação esfinteriana. Evoluiu com necessidade de intubação e internação em UTI devido à agitação e rebaixamento do nível de consciência. Foi submetida a Tomografia (TC) de Crânio que não evidenciou alterações intracranianas. No mesmo dia, foi realizada punção do líquor que apresentava aspecto turvo, citologia com aumento de celularidade às custas de neutrófilos e cultura positiva para *Streptococcus pneumoniae*, fechando diagnóstico de meningoencefalite e iniciado tratamento com Vancomicina, pois era resistente à penicilina e ceftriaxona.

A paciente saiu da ventilação mecânica 4 dias após, mantendo-se afebril e com boa saturação em ar ambiente, permanecendo, porém, com desorientação no tempo e no espaço. No sexto dia de internação, foi feita outra TC de crânio, agora com contraste, que constatou área de descontinuidade óssea na topografia da lâmina cribiforme direita, com hipodensidade subcortical frontobasal à direita, de aspecto indeterminado, além de pansinusopatia com polipose. Neste exame, notou-se provável lesão extra-axial frontal à esquerda com tênue realce periférico pelo contraste medindo cerca de 1,7 cm. A paciente não estava apresentando melhora significativa do quadro neurológico, sendo submetida a Ressonância (RNM) de crânio, onde pôde ser observado realce nos espaços subaracnóideos e parênquima encefálico frontal à direita, inferindo abscesso intracraniano. Evidenciou-se ainda lesão heterogênea extra-axial frontal à esquerda, com centro liquefeito e impregnação em halo pelo contraste, medindo 2,1 x 1,6 x 2,0cm, sem indicação de abordagem cirúrgica por parte da neurocirurgia.

A paciente foi então submetida à avaliação pela equipe de otorrinolaringologia. Na história pregressa, a filha relatou que há 1 ano a paciente tinha apresentado quadro de "coriza fina", unilateral e contínua por cerca de 4 meses, com melhora espontânea. Com base no quadro foi indicado tratamento cirúrgico. No intraoperatório, foi constatada fístula liquórica e meningoencefalocele frontal, além da coleção purulenta. Foi realizada drenagem do abscesso e correção da fístula com confecção de retalho nasosseptal. O histopatológico confirmou a suspeita e evidenciou elementos neurais de padrão glial compatíveis com meningoencefalocele. No primeiro dia de pós-operatório, a paciente apresentou melhora significativa do quadro neurológico, porém necessitou concluir o tratamento internada com vancomicina EV por 42 dias. Nova RNM de crânio de controle 1 mês após mostrou melhora do abscesso em região frontal direita.

**Conclusão:** Ante o exposto, devemos nos atentar para os quadros de cefaleia aguda de início abrupto associada a sinais de alarme. A tomografia computadorizada do crânio não é o melhor exame para o diagnóstico de abscesso, empiema intracraniano ou até mesmo da fístula liquórica, quando feita isoladamente. Diante dessas suspeitas diagnósticas, devemos solicitar a TC com contraste associada a RNM, a fim de elucidar melhor o diagnóstico. Os casos de abscesso intracraniano secundários a complicação de rinossinusite, aguda ou crônica, devem ser abordados cirurgicamente com urgência.

**Palavras-chave:** fistula liquorica; abscesso intracraniano; meningoencefalocele.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1147\\_23052023\\_101329398.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1147_23052023_101329398.pdf)

1156

## APRESENTAÇÃO INCOMUM DE TUMOR SINCRÔNICO DE CAVIDADE NASOSSINUSAL E PARÓTIDA

**Autores:** Ana Paula Brandao Silva.

**Instituição:** Hospital Beneficencia Portuguesa de São Paulo, São Paulo - SP - Brasil.

**Objetivos:** Descrever um caso de papiloma invertido concomitante com carcinoma espinocelular e acometimento de parótida submetido a tratamento cirúrgico em um hospital terciário em São Paulo.

**Métodos:** Revisão de prontuário de um hospital terciário

**Resultados:** Paciente F. M. M, sexo masculino, 54 anos, procedente de São Paulo, comparece ao ambulatório de otorrinolaringologia devido incômodo em ouvido direito. Referia na ocasião quadro de plenitude aural à direita após retornar de viagem há 02 meses associada a prurido auricular e zumbido do tipo chiado à direita, de caráter intermitente. Relatava que sintomas tinham iniciado após vôo internacional e que evoluiu com hipoacusia à direita. Negava otalgia, otorrêia, febre, tontura ou vertigem na ocasião da consulta. Tinha como antecedentes pessoais história de otites de repetição na infância. Ao exame físico apresentava otoscopia com condutos auditivos externos livres e membrana timpânica translúcida sem hiperemia, abaulamento ou retrações. À rinoscopia anterior era possível visualizar mucosa corada com cornetos inferiores normotróficos e desvio septal grau II para direita, sem secreções patológicas. Tinha mucosa oral sem lesões, língua trófica amígdalas grau I, sem alterações em orofaringe, assim como exame das articulações temporomandibulares inalterado. Na audiometria e imitancimetria apresentava perda auditiva neurossensorial leve na orelha direita, predominante em frequências agudas, e curva tipo A bilateralmente, com reflexos acústicos preservados. A videonasofibroscopia flexível revelou em fossa nasal esquerda meatos livres, sem secreções, tuba auditiva livre e sem sinais de obstrução em rinofaringe. Em fossa nasal direita presença de desvio septal grau 3, bem como presença de uma massa vindo de meato médio direito, de aspecto liso, polipóide, contornos regulares e discreta secreção mucóide contornando a lesão. A TC de seios da face mostrou a presença de imagem expansiva com aspecto polipóide, sólida, de aproximadamente 3 cm em fossa nasal direita, entre o septo e concha média direita, sem erosão óssea de ducto nasolacrimal ou parede do seio maxilar ipsilateral. Como forma de complementar o diagnóstico foi solicitado uma RM de seios da face que revelou uma formação polipóide com densidade de partes moles com tênue calcificação em seu interior, além de médio sinal em T1 e sinal heterogêneo em T2. Não houve focos de restrição a difusão que pudesse notar alta celularidade, sugerindo papiloma invertido. Nesse mesmo exame houve um foco em região de parótida direita, lesão sólido-cística de aproximadamente 2 cm que realçou ao contraste e apresentou restrição à difusão, sugerindo um processo neoplásico primário.

**Discussão:** Paciente foi então submetido à cirurgia endoscópica nasossinusal com a realização de exérese de lesão em fossa nasal direita e encaminhado para a cirurgia de cabeça e pescoço para abordagem posterior de tumor de parótida (realizado parotidectomia parcial à direita). O exame anatomopatológico da lesão nasal revelou um carcinoma in situ associado a papiloma schneideriano do tipo invertido e carcinoma de células acinares associado ao processo expansivo da parótida. Diante de um resultado de imuno-histoquímica positivo para proteína 16 (p16) e estudo molecular negativo para HPV de alto risco (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 66), decidiu-se pela genotipagem para HPV que se mostrou positiva para o subtipo 18. A evolução pós-operatória foi satisfatória, sem necessidade de tratamento adjuvante. O controle realizado após um ano do pós-cirúrgico através da tomografia de emissão de pósitrons (PET-CT) mostrou cavidade re-epitelizada sem sinais de recidiva da doença. Além disso, paciente não apresentou nenhuma sequela referente à parotidectomia parcial.

**Conclusão:** A presente experiência chama a atenção frente a necessidade de atualização constante do conhecimento médico, ressaltando novas tecnologias para o diagnóstico e acompanhamento do papiloma invertido, com destaque para o estudo molecular, o p16 e a genotipagem para HPV.

**Palavras-chave:** papiloma invertido; carcinoma espinocelular; relato de caso.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1156\\_23052023\\_102953343.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1156_23052023_102953343.pdf)

1161

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

**Autores:** Denise Vieira Santos, 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 rinosinusite crônica eosinofílica durante o período de um ano após o tratamento cirúrgico endoscópico nasal, e suas relações com diferentes variáveis clínicas (qualidade de vida, grau de controle de doença, características endoscópicas).

**Métodos:** Foram recrutados 42 pacientes do ambulatório de rinosinusologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP, com idade entre 18-65 anos, portadores de rinosinusite crônica com pólipos nasais eosinofílicos. Destes, 26 pacientes completaram 1 ano de seguimento de pós-operatório, sendo coletados swabs do meato médio em 5 tempos diferentes (antes da cirurgia; 1, 3, 6 e 12 meses após o procedimento cirúrgico). 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.

**Resultados:** Entre os pacientes que completaram 1 ano de seguimento, 14 eram do sexo feminino e 12 masculino, com média de idade de 48,6 anos (DP 11, 26-65 anos). Apresentaram médias de escores de qualidade de vida (SNOT-22) pré-operatório de  $56 \pm 22$  e  $19 \pm 19$  no 12º mês pós-operatório ( $p < 0,0001$ ). Escore endoscópico de Lund-Kennedy pré-operatório de  $7,1 \pm 2,0$  e de  $4,3 \pm 3,5$  no 12º mês pós-operatório ( $p < 0,001$ ). Em relação ao grau de controle clínico na doença, no préoperatório 25 pacientes foram considerados não controlados e 1 parcialmente controlado; no 12º mês, apenas 10 estavam não controlados, 12 parcialmente controlados e 4 controlados.

Até o momento foram sequenciadas 133 amostras, com predominância de abundância relativa de Staphylococcus entre os indivíduos e nos diferentes tempos analisados. 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 parciais revelam uma grande heterogeneidade de perfil do microbioma e com certa variabilidade ao longo do tempo. A conclusão da coleta nos possibilitará avaliar se a composição da flora, assim como suas mudanças ao longo do tempo, estão associadas aos desfechos clínicos desses pacientes.

**Palavras-chave:** rinosinusite crônica; microbioma; sequenciamento de nova geração.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1161\\_23052023\\_113324577.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1161_23052023_113324577.pdf)

1163

## TUMORES NASOSSINUSAIS EM LACTENTES: SÉRIE DE CASOS

**Autores:** Tiago Cardoso Martinelli, Pedro Juliano de Mesquita Ferreira, Carina Yuri Fussuma, Débora Bressan Pazinato, Rebecca Christina Kathleen Maunsell.

**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP - Brasil.

**Objetivos:** Descrever uma série de casos de tumores nasossinusais em lactentes, destacando o desafio diagnóstico e terapêutico em massas nasais nesta faixa etária.

**Métodos:** Foram coletados dados de crianças menores de 2 anos, de ambos os sexos, diagnosticadas com tumores nasossinusais, atendidas em serviço terciário de otorrinolaringologia pediátrica, no período de 2019 até 2023. Foram excluídos pacientes com outros sítios primários tumorais ou cujo diagnóstico foi estabelecido após os 2 anos de idade.

**Resultados:** Caso 1: RN, sexo masculino, apresentou dificuldade respiratória transitória leve ao nascimento devido obstrução nasal completa de fossa nasal por massa tumoral, submetido a cirurgia endonasal no 13º dia de vida com anatomopatológico confirmando heterotopia glial. A criança evoluiu sem sequelas estéticas e funcionais em pós-operatória. Caso 2: lactente de 1 ano e 1 mês, sexo feminino, apresentou massa tumoral paranasal direita aos 11 meses de vida, sólida, indolor e que obstruiu fossa nasal ipsilateral. Realizado ressecção com acesso tipo degloving modificado, confirmado diagnóstico de miosite craniofacial no anatomopatológico. Após 2 meses, apresentou recidiva da lesão em região maxilar direita, foi realizado nova exérese do tumor, sem sinais de sequelas ou recidivas em 8 meses de follow up. Caso 3: 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. Tomografia demonstrou formação expansiva de cerca 3,6 x 2,5 x 2,3 cm centrado em seio maxilar esquerdo. Realizado exérese completa da lesão com acesso cirúrgico do tipo vestibular superior, anatomopatológico confirmou ser fibromatose do tipo desmóide, sem sequelas estéticas ou recidiva com follow-up de 02 anos. Caso 4: Lactente, 8 meses, sexo masculino com abaulamento endurecido e indolor em região malar esquerda há 3 meses com extensão periocular. A tomografia revelou lesão lítica envolvendo parede anterior do seio maxilar e inferior da órbita esquerda, captante de contraste. Foi realizada biópsia incisional com resultado anatomopatológico sugestivo de Histiocitose de Células Langerhans em maxila, sem disseminação óssea, porém com evidência de acometimento linfonodal cervical e axilar. Foi submetido ao tratamento quimioterápico com boa resposta sem recidiva ou intercorrências no follow up de 02 anos.

**Discussão:** Tumores nasossinusais na faixa etária pediátrica são raros e pouco descritos na literatura, nossa série de casos demonstra 4 tumores nasossinusais distintos em lactentes, trazendo desde alterações estéticas e funcionais até obstrução de via aérea. Embora apresentassem características localmente agressivas, nenhuma das lesões foi positiva para malignidade. Dentre os diagnósticos, a Miosite craniofacial é rara e pouco descrita na literatura, com relatos de associação com trauma e radioterapia prévia. A Heterotopia glial corresponde a lesão benigna e congênita de tecido glial extracraniano, mais comum na faixa etária pediátrica, podendo apresentar conexão intracraniana. O Tumor de Células de Langerhans em crianças acomete principalmente os ossos e pele. As possibilidades de tratamento para a doença são quimioterapia, radioterapia, cirurgia e uso de corticoterapia. O tumor desmóide é uma doença de apresentação rara na região cérvico-facial e na população pediátrica, sendo mais comum em mulheres adultas. Embora sejam tumores benignos, podem infiltrar os tecidos e levar a acometimento sistêmico. O tratamento pode incluir ressecção cirúrgica, radioterapia, quimioterapia e terapias hormonais.

**Conclusão:** Essa série de casos demonstra a pluralidade histológica na apresentação de tumores nasossinusais em lactentes. A capacidade de identificação e seguimento adequado dessas lesões é de importância substancial para diminuir morbidade ou sequelas de tratamentos, sobretudo cirúrgicos, e nos casos malignos potencializar chances de cura com a intervenção precoce.

**Palavras-chave:** tumor; nasal; lactentes.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1163\\_23052023\\_130217586.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1163_23052023_130217586.pdf)

1164

## DACRIOCISTORRINOSTOMIA ENDOSCÓPICA ENDONASAL - RELEVÂNCIA NO TEMPO DE PERMANÊNCIA DA SONDA DE CRAWFORD NO RESULTADO FINAL

**Autores:** Flavia Ribeiro Vieira Gomes de Freitas.

**Instituição:** Hospital de Olhos Capixaba, Vitória - ES - Brasil.

O trabalho tem por objetivo avaliar a relevância do tempo de permanência da sonda de Crawford na ocorrência de recidivas, após procedimento cirúrgico de dacriocistorrinostomia endoscópica endonasal. Apesar de a DCR por vídeo ser uma cirurgia amplamente realizada como alternativa à DCR externa, para desobstrução de via lacrimal, com taxas de sucesso que variam de 90 a 95%, o tempo de permanência ideal da sonda ainda é uma incógnita na literatura médica. Avaliamos o resultado de 148 cirurgias de dacriocistorrinostomia endonasal por vídeo, realizadas pela autora otorrinolaringologista, acompanhada de uma das coautoras oftalmologistas, realizadas no Hospital de Olhos Capixaba, Vitória ES, no período de 2014 a 2022. Foram coletados dados como idade do paciente, sexo, olho acometido e tempo de permanência da sonda de Crawford. As análises estatísticas foram realizadas pelo software Statistica 12.0, tendo sido considerado o grau de significância de 1% na condução da ANOVA no cálculo da significância das recidivas e do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) no caso do cálculo da significância entre os procedimentos realizados nos olhos direito e esquerdo. Os dados descritivos foram analisados pela média, amplitude e percentuais. No período entre 2014 e 2022 foram realizadas 148 cirurgias de Dacriocistorrinostomia Endoscópica Endonasal (DCR), sendo 90% delas unilateral. No que se refere à caracterização da amostra, 70% dos pacientes pertencem ao sexo feminino, com idade média de 47 anos (AT = 2 – 87 anos). A maior parte dos pacientes acometidos pela condição apresenta idade superior a 60 anos (60% dos pacientes totais; 59% das mulheres; 66% dos homens). Ainda que a cirurgia unilateral tenha prevalecido, não foram observadas diferenças significativas entre o número de procedimentos realizados em olhos direitos ou esquerdos ( $\chi^2$ ,  $p > 0,01$ ;  $p > 0,05$ ). Em 87% dos casos analisados a sonda permaneceu por mais de 45 dias. Na amostra, 95% dos pacientes não recidivaram, tendo sido observadas apenas oito recidivas: 2 com menos de 30 dias de sondagem, em função de uma saída precoce da sonda de Crawford; 3 com 60 dias de sondagem; 3 com sondagem superior a 80 dias. Das oito recidivas, uma foi por obstrução alta da via lacrimal (60 dias de sondagem) e as demais por sinequia na mucosa nasal. Ressalta-se ainda que todos os sete casos passaram por revisão cirúrgica com nova sondagem por 90 dias; e resolução completa do caso. Assim, considerando-se a permanência da sonda entre 45 a 120 dias, não foi observada importância significativa no tempo de permanência da sonda e a ocorrência de recidiva em pacientes submetidos à DCR (ANOVA,  $p > 0,01$ ;  $p > 0,05$ ). Inicialmente pensamos que o tempo de permanência de 90 a 120 dias levaria a uma taxa de sucesso maior em relação a permanência por 45 dias, pois preservaríamos o óstio do processo de sinéquias no período de cicatrização. Contudo o trabalho conclui que não há relevância no resultado entre deixar a sonda de Crawford por 45 a 120 dias, mas a presença da sonda de Crawford é importante por pelo menos 30 dias.

**Palavras-chave:** dacriocistorrinostomia; sonda de Crawford; sucesso.

[http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos\\_completos/aborl/23/1164\\_23052023\\_124915116.pdf](http://icongresso.aborl.itarget.com.br/arquivos/trabalhos_completos/aborl/23/1164_23052023_124915116.pdf)

1165

## DISPLASIA FIBROSA POLIOSTÓTICA EM OSSOS DA CAVIDADE NASAL E SEIOS PARANASAIS

**Autores:** Jessica Areias Coelho Pereira, Isabela Borgo Marinho, Lucas Justo Sampaio, Thamiris Dias Delfino Cabral, Lucas Graziotti Ceolin, Mariana Floriano Lima, Alexandra Torres Cordeiro Lopes de Souza, Jose Eduardo Esposito Almeida.

**Instituição:** Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

**Introdução:** A displasia fibrosa consiste em um distúrbio congênito e não hereditário de caráter benigno relacionado ao desenvolvimento ósseo. Caracteriza-se pela troca de tecido ósseo normal por tecido conjuntivo fibroso interposto a trabéculas ósseas. Pode ser classificada de acordo com sua forma de apresentação: poliostótica (afeta múltiplos ossos) e monostótica (um osso afetado). E pode estar associada a algumas síndromes como a de McCune-Albright. Acomete ossos da face e do crânio em 10-27% na forma monostótica e quase 50% na forma poliostótica.

É mais comum na infância e costuma se estabilizar após a puberdade. Possui evolução lenta e alta taxa de recorrência. A maioria dos pacientes é assintomática. Quando presentes, os sintomas mais comuns são: dor local, obstrução nasal e deformidades ósseas.

O exame de escolha para diagnóstico e avaliação da doença é a tomografia computadorizada. Os aspectos radiológicos apresentados são de lesões líticas e expansivas tipo "vidro fosco" em ossos longos e hiperostose em base de crânio.

Não existe um consenso na literatura sobre o melhor tratamento. Cada caso deve ser avaliado de forma individual. A observação clínica é indicada em pacientes que não apresentam risco de fratura e de grandes deformidades, ou para locais de difícil acesso. Existem estudos mostrando evidência no uso de bifosfonato intravenoso. A abordagem cirúrgica pode ser radical ou conservadora.

**Relato de caso:** Paciente masculino, 15 anos, negro, veio à consulta com queixa de obstrução nasal crônica e com piora progressiva nos últimos anos. Associado a otalgia e hipoacusia em ouvido direito. Nega epistaxe. Nega hiposmia, rinorreia, espirros. No exame físico apresentou rinoscopia anterior normal e opacidade da membrana timpânica em orelha direita. Realizada endoscopia nasal que mostrou secreção mucocatarral em assoalho de fossa nasal direita e cavum, terço médio e alto da parede lateral da fossa nasal direita com lesão expansiva recoberta com mucosa rosácea e desvio septal. Tomografia computadorizada evidenciou volumosa formação expansiva com densidade heterogênea, densa, acometendo a cortical do osso frontal, paredes superiores e medial da órbita direita e maxilar direito, além de osso esfenoidal direito e frontal bilateralmente, sugerindo lesão fibro-óssea. Audiometria demonstrou uma perda auditiva condutiva leve a moderada bilateralmente e curva timpanométrica tipo B em ambas as orelhas. Foi optado por abordagem cirúrgica para exérese parcial da lesão óssea que se expandia para fossa nasal direita, septoplastia e timpanotomia para colocação de tubo de ventilação. O paciente evoluiu com boa recuperação no pós-operatório, obteve melhora dos sintomas e ainda não apresentou recidiva da lesão. Segue em acompanhamento ambulatorial com endoscopias nasais de controle.

**Conclusão:** A displasia fibrosa representa um tumor de caráter benigno, crescimento lento e no qual o acometimento craniofacial é muito frequente. O tratamento deve ser sempre individualizado, visando a qualidade de vida do paciente. E devido aos altos índices de recidiva é de extrema importância um acompanhamento contínuo do paciente.

### Referências:

Alves A. L. et al. Displasia fibrosa: relato de três casos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, março/abril 2002, v. 68, 288-292.

Anitha N, Sankari SL, Malathi L, Karthick R. Fibrous dysplasia-recent concepts. J Pharm Bioallied Sci. 2015 Apr; 7(Suppl 1): S171-2. doi: 10. 4103/0975-7406. 155892. PMID: 26015701; PMCID: PMC4439661



[www.aborlccf.org.br](http://www.aborlccf.org.br)