

ABORL-CCF

ANAIS DO

**III Combined
ABORL-CCF Meeting**

25 a 27 de maio de 2018

São Paulo / SP

Otologia
Otoneurologia
Foniatria

**Fourth
+ Otology 2018**



Diretoria ABORL-CCF



Márcio Abrahão

Diretor Presidente
São Paulo/SP

Professor Livre-Docente da UNIFESP - E.P.M. Chefe do Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP

Geraldo Druck Sant'Anna

Diretor Segundo Vice-Presidente
Porto Alegre/RS

Professor da Disciplina de Otorrinolaringologia da UFCSPA (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre) Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Porto Alegre

Leonardo Haddad

Diretor Tesoureiro
São Paulo/SP

Otorrinolaringologista e Cirurgião de Cabeça e Pescoço

Renata Dutra de Moricz

Diretora Tesoureira Adjunta
São Paulo/SP

Médica colaboradora da Disciplina de ORL da Faculdade de Medicina do ABC e da disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina do ABC
Professora na graduação do Centro Universitário São Camilo

Rodolfo Alexander Scalia

Assessor
São Paulo/SP

Médico Segundo Assistente da Santa Casa de São Paulo
Supervisor de Residência Médica do Departamento de ORL da Santa Casa de São Paulo

Luiz Ubirajara Sennes

Diretor Primeiro Vice-Presidente
São Paulo/SP

Professor Associado da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da USP

Edson Ibrahim Mitre

Diretor Secretário
São Paulo/SP

Professor Assistente do Departamento de ORL da Santa Casa de São Paulo

Ronaldo Frizzarini

Diretor Secretário Adjunto
São Paulo/SP

Médico Assistente do Hospital das Clínicas da FMUSP
Diretor do Pronto Socorro de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da FMUSP

Fernando Veiga Angélico Junior

Assessor
São Paulo/SP

Professor Auxiliar e Coordenador da Residência Médica e do Internato da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC. Professor de Otorrinolaringologia do Curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo

Eduardo Baptistella

Assessor
Curitiba/PR

Presidente da Comissão Legislativa da ABORL-CCF e Membro da Diretoria Executiva

Comissão Científica



Rubens de Brito Neto
Sociedade Brasileira de Otologia



Berenice Dias Ramos
Departamento de Foniatría



Márcio Salmito
Departamento de Otoneurologia

Comissão de Trabalhos Científicos

Camila de Giacomo Carneiro
Christiano de Giacomo Carneiro
Eduardo Macoto Kosugi
Edwin Tamashiro
Marcos Luiz Antunes
Marcos Rabelo de Freitas

Michelle Lavinsky
Rebecca Christina Kathleen Maunsell
Reginaldo Raimundo Fujita
Rodolfo Alexander Scalia
Rodrigo de Paiva Tangerina
Ronaldo Nunes Toledo

Índice

FONIATRIA

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL EM PACIENTES EPILÉPTICOS COM TRANSTORNO DE APRENDIZAGEM (P-002)	9
REPERCUSSÕES CLÍNICAS NO PACIENTE COM SÍNDROME DO RESPIRADOR ORAL (P-001)	8

OTONEUROLOGIA

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO VESTIBULAR NA MIGRÂNEA VESTIBULAR (P-007)	13
ESTUDO CONTROLADO AVALIANDO A SENSÇÃO DE CULPA EM PACIENTES COM DOR E ZUMBIDO CRÔNICOS (P-005)	11
TESTE DO IMPULSO ENCEFÁLICO POR VÍDEO EM CRIANÇAS COM OTITE MÉDIA COM EFUSÃO: RESULTADOS PRELIMINARES (P-004)	10
USO DA LASERTERAPIA NA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA - RELATO DE CASO (P-006)	12

OTOLOGIA

ABORDAGEM CIRÚRGICA DE GLÔMUS JUGULOTIMPÂNICO RECIDIVANTE COM EXTENSÃO INTRACRANIANA PARA FOSSA MÉDIA - UM RELATO DE CASO (P-022)	29
ABSCESSE CEREBELAR EM PACIENTE COM OTITE MÉDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA (P-014)	21
ANOMALIAS VASCULARES EM ORELHA MÉDIA: RELATO DE 3 CASOS (P-015)	22
CARCINOMA ESPINOCELULAR DE ORELHA MÉDIA: RELATO DE CASO (P-016)	23
CAUSAS DE REINTERVENÇÃO CIRÚRGICA EM IMPLANTE COCLEAR (P-020)	27
COMPLICAÇÕES PRECOSES DE OTITE MÉDIA AGUDA NÃO SUPURATIVA (P-021)	28
DEFICIÊNCIA AUDITIVA SÚBITA IDIOPÁTICA: SÉRIE DE CASOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO DE SÃO PAULO (P-009)	15
DIFERENTES APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO SCHWANNOMA INTRALABIRÍNTICO - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA (P-013)	20
DISPLASIA FIBROSA EM OSSO TEMPORAL, RELATO DE CASO (P-019)	26
FUNÇÃO DE RECUPERAÇÃO NEURAL DO NERVO AUDITIVO NA CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR: COMPARAÇÃO ENTRE PACIENTES PRÉ-LINGUAIS E PÓS-LINGUAIS (P-010)	16
MANIFESTAÇÕES COCLEOVESTIBULARES DA DOENÇA DE WEGENER (P-025)	31
MENINGITE E IMPLANTE COCLEAR: INCIDÊNCIA E ASPECTOS TÉCNICOS (P-008)	14
NEUROFIBROMATOSE TIPO II: RELATO DE CASO (P-018)	25
PREVALÊNCIA DE SINTOMAS VESTIBULARES EM PACIENTES COM OTITE MÉDIA CRÔNICA (P-012)	18
RELAÇÃO DAS MÉDIAS ARITMÉTICAS, DOS LIMIARES AUDITIVOS TONAIIS DAS FREQUÊNCIAS 3, 4 E 6 KHZ, EM DECIBÉIS, COM A SINTOMATOLOGIA DE TRABALHADORES COM PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO (P-011) ...	17
SÍFILIS COM ACOMETIMENTO OTOLÓGICO: RELATO DE CASO (P-017)	24
ZUMBIDO CAUSADO POR FÍSTULA DURAL - RELATO DE CASO (P-023)	30

Índice dos autores

A

ADRIANA PEREZ NETO	20
AGRÍCIO NUBIATO CRESPO	17
AIDA REGINA MONTEIRO DA ASSUNÇÃO	12
ALANA ASCIUTTI VICTORINO	25
ALEXANDRE CAIXETA GUIMARÃES.....	17
ALEXANDRE SCALLI MATHIAS DUARTE.....	17
ANA CLARA MIOTELLO FERRÃO	26
ANA LUIZA PAPI KASEMODEL	18
ANA PAULA ASSUNÇÃO CECÍLIO.....	31
ANA TEREZA SILVEIRA ZICA.....	20
ANDREY OLIVEIRA DA CRUZ.....	28
ANDREZA TOMAZ.....	18
ANGELICA CRISTINA PEZZIN PALHETA.....	8

B

BÁRBARA CAROLINA MIGUEL JORGE	25
BÁRBARA PAVIN.....	23
BÁRBARA RIBEIRO DE BELMONT FONSECA.....	14
BEATRIZ HELENA FERNANDES FAGUNDES.....	8
BEATRIZ VILANO KRENTZ.....	21, 22, 31
BETTINA CARVALHO	16
BRUNO PEREIRA FARIA	23

C

CAMILA RAMOS CAUMO	12
CARLOS ALBERTO EMÍLIO LEOPOLDO LAZAR	28
CARLOS EDUARDO BORGES REZENDE.....	21, 22, 23, 24, 25, 31
CAROLINE MENSOR FOLCHINI	11

D

DANIEL MARCUS SAN DA SILVA	14
DANIELA MORETTI	24
DEBORA JOI	27
DÉBORA PEREIRA RODRIGUES.....	26

E

EDUARDA NILO DE MAGALDI.....	29
ELAINE S N GOTO	22
ELCIO JULIATO PIOCESAV.....	11
ÉRICA GONÇALVES JEREMIAS.....	25
EVERARDO ANDRADE DA COSTA.....	17

F

FABIANE CUNHA DA SILVA.....	23
FELIPE SANCHES BRITO	8
FERNANDO DE ANDRADE BALSALOBRE.....	29
FERNANDO FREITAS GANANÇA	10
FERNANDO KAORU YONAMINE.....	14, 27
FONCIELI FONTANA.....	10, 27

G

GABRIEL MATTOS.....	22, 24
GABRIELLE ELLERT DE ALMEIDA.....	24
GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY.....	9
GISELE RONACHER PASSOS SILVA	15
GISLAINE RICHTER MINHOTO WIEMES.....	16
GUILHERME BONADIA BUENO DE MORAES..	21, 24, 25

H

HENRIQUE BARLETTA	22
HENRIQUE DUARTE CECIM DE SOUZA.....	9

I

ISABELA NACIONE PEDRUZZI	24
--------------------------------	----

J

JENE GREYCE SOUZA DE OLIVEIRA	28
JÉSSICA LUPPI BETIO	23
JESSICA PATRICIA GONÇALVES NUNES	8
JOÃO PEDRO RESENDE CANTARINI DE OLIVEIRA	26
JOSÉ GUILHERME DE OLIVEIRA	28

JOSÉ SERGIO DO AMARAL MELLO NETO	13
JULIANA ANTONIOLLI DUARTE	10
JULIANA FALEIROS PAOLUCCI BIGARELLI	9

K

KATIA REGINA MOURA VIEIRA	11
---------------------------------	----

L

LAÍZA MOHANA PINHEIRO DUARTE	17
LARA ESTUPINA BRAGHIERI	31
LARISSA BERGAMO SCLAVI	31
LEILA BIANCA OLIVEIRA DE FREITAS	30
LETÍCIA BOARI	13
LÍVIA BACHA RIBEIRO	22
LOUISE SILVA E SILVA VILAS BOAS	8
LUCAS QUAGLIA TIMBÓ	21
LUIZ CESAR NAKAO IHA	14, 27
LUIZ PATRIAL NETTO	16

M

MANOELA PAIVA DE OLIVEIRA	27
MARCELO DAUDT VON DER HEYDE	11
MARCELO MENDES TEPEDINO JUNIOR	26
MARCOS LUIZ ANTUNES	20
MARIA REGINA JUSTA FEIJÃO	14
MARIA VITÓRIA MARESCHI BARBOSA	21
MARINA RAMOS JARDIM	21, 25
MELISSA FERREIRA VIANNA	15
MICHAEL MAURO PAPARELLA	18
MONICA ANDREA ABEN-ATHAR OLIVEIRA	13

N

NATALIA BARAKY VASCONCELOS DE FARIA	12
NORMA DE OLIVEIRA PENIDO	18, 20

O

OSWALDO LAÉRCIO MENDONÇA CRUZ	14, 27
-------------------------------------	--------

P

PAMELLA FONSECA BARBOSA	9
PAULA JESUS MORENO	12
PAULA MORENO	30
PAULA SANTOS SILVA FONSÊCA	13
PAULO ROBERTO LAZARINI	15
PEDRO ANDRÉ KOWACS	11
PEDRO MORENO FRAIHA	30

R

RAFAEL DA COSTA MONSANTO	18, 20
RAIMUNDA HELENA FERREIRA FEIO	9
RAPHAEL DE SANTANA SPIRANDELLI	31
RENATA FURTADO MEDRADO	15
RICARDO FERREIRA BENTO	29
RITA DE CÁSSIA CASSOU GUIMARÃES	11
RODRIGO CASECA DOS SANTOS	12, 26
ROGERIO HAMERSCHMIDT	16
RUBENS VUONO DE BRITO NETO	29
RUTHNEYA ESTRELA BRITO	9

S

STEFANY DE MELO PRATA	29
SUSANA ALVES ARAÚJO	10

T

THAÍS GOMES ABRAHÃO ELIAS	18, 20
THAIS MONTEIRO SILVA	12, 26
THAISA M. MANSUR	16
THALES EUGENI	17
THAMIRES DE CASTRO NAVEGANTES	8
THAYS FERNANDA AVELINO DOS SANTOS	13

E-Pôster com Apresentação

III Combined
ABORL-CCF **Meeting**

25 a 27 de maio de 2018

São Paulo / SP



+ **Four**
Otology 2018

P-001

REPERCUSSÕES CLÍNICAS NO PACIENTE COM SÍNDROME DO RESPIRADOR ORAL

AUTORES: ANGELICA CRISTINA PEZZIN PALHETA, JESSICA PATRICIA GONÇALVES NUNES, FELIPE SANCHES BRITO, LOUISE SILVA E SILVA VILAS BOAS, BEATRIZ HELENA FERNANDES FAGUNDES, THAMIRES DE CASTRO NAVEGANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

Introdução: Dificuldade respiratória devido à respiração bucal e alterações auditivas associadas são queixas comuns no consultório de otorrinolaringologia. Os processos hiperplásicos adenoideanos são eventos muito prevalentes na faixa pediátrica, sendo os principais fatores desencadeadores da respiração oral. A maioria das alterações otológicas é devido à obstrução mecânica, que leva ao mau funcionamento da tuba auditiva e, assim, às alterações no nível pressórico na orelha média, sendo determinante para o desenvolvimento de otite média serosa (OMS), o que pode corroborar com problemas no desenvolvimento cognitivo.

Material e Método: Estudo prospectivo transversal e observacional na Unidade de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, no período de janeiro a agosto de 2015, composto por pacientes em idade pediátrica com diagnóstico da síndrome do respirador oral (SRO), com o objetivo de determinar a presença de otite média com efusão (OME) nesses pacientes.

Resultados: Na análise do tipo de curva obtido por timpanometria em pacientes com SRO, observou-se na amostra total (100 pacientes) prevalência da curva A (45%), seguido de 25% com curva B e 28% com curva C. Na presença de sinais inflamatórios ocorreu prevaletimento de curvas B (9) e C (7). Correlacionando os exames complementares timpanometria e audiometria, obteve-se que a perda auditiva do tipo condutiva esteve presente em 1 paciente com curva A, 7 com curva B e 8 com curva C. Na ausência de reflexo estapediano houve predomínio de curvas B (20) e curvas C (15). Já na presença de reflexo estapediano houve predomínio de curvas A (36) e ausência de curvas B.

Discussão: No estudo foi definido como OME a presença de curva B e C na timpanometria. Estas analisadas conjuntamente indicam que a maioria dos pacientes com SRO possuíam otite média com efusão. Sinais inflamatórios como hiperemia, líquido retrotimpânico, opacidade e retração levam ao surgimento de curvas timpanométricas alteradas. Notou-se que a presença ou ausência de reflexos estapedianos estava em completa oposição à presença ou ausência de curva B.

Conclusão: A presença de OME mostrou grande prevalência na população respiradora oral. O reflexo estapediano mostrou alta sensibilidade, porém inespecificidade ao diagnóstico de OME, requerendo sua complementação com a timpanometria, sugerindo que a imitanciometria seja utilizada como método complementar obrigatório para o diagnóstico de OME e a audiometria seja suplementar a esta para a avaliação de perdas auditivas associadas.

P-002

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL EM PACIENTES EPILÉPTICOS COM TRANSTORNO DE APRENDIZAGEM

AUTORES: PAMELLA FONSECA BARBOSA, HENRIQUE DUARTE CECIM DE SOUZA, GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY, RUTHNEYA ESTRELA BRITO, JULIANA FALEIROS PAOLUCCI BIGARELLI, RAIMUNDA HELENA FERREIRA FEIO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

Introdução: A epilepsia pode estar associada a disfunções cerebrais que se manifestam como Transtornos de Aprendizagem. A integridade do Sistema Auditivo e das funções cognitivas é um fator importante para o desenvolvimento da linguagem, da fala, da leitura e da escrita. Este estudo visa verificar a presença de transtornos do Processamento Auditivo Central (PAC) e do desenvolvimento neuropsicológico em crianças com epilepsia e Transtornos de Aprendizagem.

Material e Método: Estudo longitudinal, descritivo e observacional que avaliou 13 crianças com diagnóstico de epilepsia e de transtornos de aprendizagem. Foram realizadas avaliações neuropediátrica e foniátrica, testes neuropsicológicos, audiometria tonal e vocal e avaliação do PAC. Foram excluídos pacientes com importantes distúrbios psicológicos e visuais, com perda auditiva, outras patologias neurológicas e epilepsias estruturais ou metabólicas graves.

Resultados: O primeiro episódio epiléptico ocorreu com idade média de $4,85 \pm 3,03$ anos. As principais queixas clínicas foram alterações na linguagem oral (92,3%) e escrita (92,3%), comportamentais (84,61%) e de memória (53,84%). No desempenho escolar, 61,54% possuíam histórico de repetência, apresentando maior dificuldade no português (84,61%). Todos os pacientes apresentaram alterações nos testes neuropsicológicos, com falhas importantes no processamento inferencial, na consciência fonológica e na memória semântica. Ocorreram alterações no PAC no Teste de Fala com ruído branco (15,38%), no Teste Dicótico não verbal de atenção direcionada tanto à direita quanto à esquerda (90,90%) e no Teste de Identificação de Sentenças Sintéticas com Mensagem Competitiva Ipsilateral Pediátrico (PSI) (53,84%). Dos 10 pacientes que conseguiram realizar o Teste Dicótico de Dígitos, 100% apresentaram alterações na orelha esquerda e 70% na orelha direita. O Random GAP Detection Test (RGDT) conseguiu ser realizado por 10 pacientes com alteração em 90%. O Teste Dicótico de Dissílabos Alternados (SSW) foi feito por 9 crianças, estando alterado em todas em grau severo, com predomínio do efeito de ordem (77,77%).

Discussão: A epilepsia com início precoce pode interferir no neurodesenvolvimento. As convulsões estão associadas ao pior desempenho da função cognitiva, trazendo déficits na memória, no comportamento, linguagem e, conseqüentemente, no aprendizado, corroborando as queixas clínicas apresentadas e as alterações na avaliação neuropsicológica. No PAC observou-se preservação da habilidade de fechamento para a maioria dos pacientes. As habilidades de figura-fundo para sons verbais e não verbais e a resolução temporal demonstraram alterações significativas. Houve pior desempenho na orelha esquerda em relação à direita no Teste Dicótico de Dígitos, assim como melhor desempenho nos testes monóticos em relação aos dicóticos, sugerindo um atraso no desenvolvimento do corpo caloso e da integração inter-hemisférica.

Conclusão: Crianças com epilepsia e Transtornos de Aprendizagem apresentaram alterações significativas nos testes neuropsicológicos e de PAC, principalmente relacionadas às habilidades de figura-fundo e de resolução temporal. A epilepsia deve provocar alterações estruturais e/ou bioquímicas nos diversos sítios da via auditiva, que podem interferir na interpretação central da informação sonora. É importante realizar a avaliação neuropsicológica e do PAC neste grupo, pois os processos cognitivos podem interferir na compreensão auditiva central. Este conhecimento é importante para nortear a reabilitação destes indivíduos.

P-004

TESTE DO IMPULSO ENCEFÁLICO POR VÍDEO EM CRIANÇAS COM OTITE MÉDIA COM EFUSÃO: RESULTADOS PRELIMINARES

AUTORES: JULIANA ANTONIOLLI DUARTE, SUSANA ALVES ARAÚJO, FONCIELI FONTANA, FERNANDO FREITAS GANANÇA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)

Introdução: As doenças da orelha média são descritas como possíveis causadoras de disfunções vestibulares em crianças. Há dificuldades na avaliação da função vestibular na infância. O teste do impulso encefálico por vídeo é um exame rápido e de fácil execução e parece ser um promissor teste vestibular para crianças. **Objetivo:** Avaliar a função vestibular de crianças com otite média com efusão (OME) por meio do teste de impulso encefálico por vídeo.

Material e Método: Serão analisados os resultados obtidos no Video Head Impulse Test (vHIT) em crianças de 3 a 12 anos de idade com otite média com efusão bilateral (Grupo 1) e comparar os achados com crianças com audição normal (Grupo 2). Serão avaliados ganhos dos canais semicirculares laterais direito e esquerdo e o índice de assimetria.

Resultados: Avaliaram-se 5 crianças com OME bilateral e 3 crianças com audição normal, a maioria meninos, com média de idade para o Grupo 1 de 4,5 anos e para o Grupo 2 de 5,5 anos. Não houve queixa de sintomas vestibulares, mas encontrou-se queixa de quedas frequentes em 4 crianças do Grupo 1. Não houve alteração aos achados do vHIT bilateralmente para os dois grupos. A média do limiar de reconhecimento de fala (SRT) à audiometria foi de 36 em orelha direita (OD) e 32 em orelha esquerda (OE) para o Grupo 1 e 13,3 em OD e 10 em OE para o Grupo 2. A média do ganho para canais laterais ao vHIT para OD foi de 1,02 e para OE 0,89 para o Grupo 1 e de 1,09 para OD e 1,01 para OE para o Grupo 2.

Discussão: A avaliação da função vestibular na infância é um desafio, sendo realizada em crianças menores por meio de provas rotatórias e em crianças acima dos 5 anos por meio da prova calórica, que é desconfortável e difícil de se contar com a colaboração da criança. O vHIT é um teste para avaliar a função vestibular de rápida execução e não causa desconforto; alguns autores já o utilizam na infância e acreditam ser uma ferramenta promissora. Muitos autores relacionam as doenças da orelha média como sendo a principal causa de sintomas vestibulares na infância, contudo, na prática clínica observa-se os equivalentes migranosos muito mais frequentemente associados a esses sintomas, como a vertigem benigna da infância e a migrânea vestibular. Os achados do presente estudo corroboram essa hipótese, pois não foram encontradas alterações na função vestibular nas crianças com OME; contudo, observou-se queixa frequente de quedas por partes de pais e professores. Uma hipótese seria que a perda auditiva temporária que ocorre na OME poderia alterar a percepção de orientação espacial, mas sem causar danos ao sistema vestibular. Um real dano ao sistema vestibular poderia ocorrer se caso houvesse um continuum deste quadro de OME para uma otite média e possível acometimento de orelha interna e, daí sim, poderia haver as sequelas vestibulares.

Conclusão: A função vestibular medida por meio do vHIT para canais laterais em crianças com OME não apresentou alterações.

P-005

ESTUDO CONTROLADO AVALIANDO A SENSÇÃO DE CULPA EM PACIENTES COM DOR E ZUMBIDO CRÔNICOS

AUTORES: RITA DE CÁSSIA CASSOU GUIMARÃES, CAROLINE MENSOR FOLCHINI, KATIA REGINA MOURA VIEIRA, MARCELO DAUDT VON DER HEYDE, ELCIO JULIATO PIOCESAV, PEDRO ANDRÉ KOWACS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)

Introdução: Dentro do significado da palavra dor existe um componente intrínseco de punição, castigo, sanção, sofrimento e tormento. Na prática clínica entendemos pouco a relação entre a dor e culpa. O objetivo é avaliar presença do sentimento de culpa em pacientes portadores de dor crônica (DC) comparando-os com zumbido crônico (ZC) e um grupo de voluntários sadios (VS).

Material e Método: Por meio de um estudo transversal, foram avaliados nestes três grupos os graus de ansiedade, depressão, sentimento de culpa, atitude religiosa e qualidade de vida (QV).

Resultados: Os níveis de ansiedade e depressão entre os grupos DC versus ZC foram semelhantes ($p=0,790$) ($p=0,938$), respectivamente, e diferentes entre os grupos DC versus VS ($p<0,001$) ($p<0,001$) e ZC versus VS ($p<0,001$) ($p<0,001$). O sentimento de culpa demonstrou ser semelhante entre o grupo DC versus ZC ($p=0,155$) e DC versus VS ($p=0,065$), entretanto, superior no grupo ZC versus VS ($p=0,004$). Ao comparar a QV entre grupos DC versus VS e ZC versus VS, observa-se diferença significativa ($p<0,001$). Referente à atitude religiosa, não se observou diferença significativa entre os grupos.

Discussão: A literatura sugere que a culpa pode ser um fator de risco para maus resultados no tratamento, e nosso estudo reforça ser a ansiedade, a depressão e o sentimento de culpa alvos promissores de tratamento de pacientes crônicos. Portanto, nossos resultados apoiam o argumento de que abordagens focadas no enfrentamento da culpa relacionada à dor crônica, no que diz respeito à perda de tempo quanto às atividades diárias; e daquela relacionada ao zumbido crônico - expressa por remorso, autocondenação e punição - devam ser considerados no tratamento de ambas as condições, respectivamente.

Conclusão: Pacientes com DC possuem um sentimento de culpa semelhante aos controles sadios. Pacientes com ZC possuem um sentimento de culpa superior aos controles sadios.

P-006

USO DA LASERTERAPIA NA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA - RELATO DE CASO

AUTORES: THAIS MONTEIRO SILVA, NATALIA BARAKY VASCONCELOS DE FARIA, PAULA JESUS MORENO, AIDA REGINA MONTEIRO DA ASSUNÇÃO, RODRIGO CASECA DOS SANTOS, CAMILA RAMOS CAUMO

SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DA POLICLÍNICA DE BOTAFOGO - PRO-OTORRINO.

Introdução: Paralisia facial periférica é o acometimento do sétimo par do nervo craniano (nervo facial) de forma aguda. Pode ser precedida por dor na região mastoídea, resultando em paralisia completa ou parcial da mímica facial dependendo do grau comprometimento das fibras nervosas. Depois da Paralisia de Bell (idiopática), a síndrome de Ramsay Hunt (SRH) é a segunda maior causa de paralisia facial atraumática. Caracteriza-se por dor grave no dermatomo, com irradiação para o pavilhão auricular, associada a epífora, obstrução nasal, podendo cursar com sintomas auditivos e vertigem, dependendo da porção do nervo facial que foi acometida. Além da Paralisia de Bell, esta afecção faz diagnóstico diferencial com otite externa e nevralgia do trigêmeo. As complicações incluem: nevralgia pós-herpética, meningite, encefalite, mielite, paralisia de nervos cranianos e nervos periféricos.

Apresentação de Caso: D.M.S., feminino, 75 anos, procurou o Serviço de Otorrinolaringologia da Policlínica de Botafogo (Pró-Otorrino) com quadro de desequilíbrio, hipoacusia, otalgia e paralisia facial periférica. Apresentava história prévia, segundo relato da mesma, de internação em outro serviço com vesículas em pavilhão auricular direito e os sintomas já descritos. Exame otorrinolaringológico sem alterações. Romberg com instabilidade. Marcha somente com apoio. Diadococinesia com alterações. Index-dedo com dificuldade para acertar o alvo. Ausência de nistagmos espontâneos e semiespontâneos. Audiometria com perda auditiva sensorioneural de grau severo a profundo à direita. Paralisia facial periférica à direita grau V segundo escala de House-Brackmann (HB). RNM crânio: sinal de T2 ocupando a metade distal do conduto auditivo (CA) interno direito e envolvendo os nervos coclear e facial, com aderências dos mesmos à parede posterior do CA e impregnação. Paciente apresentou melhora da tontura com uso de Dicloridrato de Betaistina 48mg/dia e da paralisia fácil com uso de laserterapia (atualmente grau III HB).

Discussão: A SRH possui 3 subgrupos clínicos, sendo o terceiro subtipo descrito nesse relato: Herpes auricularis com paralisia facial e distúrbios do acústico. Neste subgrupo o quadro se associa a uma alteração parcial ou total do VIII par, a qual pode coincidir com a erupção cutânea ou vir após 3 ou 4 dias. Aparece uma hipoacusia de percepção, apresentando geralmente sinais de lesão coclear (diplacusia, recrutamento). As tonturas podem ser rotatórias, acompanhadas ou não de náuseas e vômitos, e o nistagmo espontâneo bate para o lado saudável. Enquanto a hipoacusia pode ser permanente, os distúrbios vestibulares geralmente evoluem para a compensação. A partir do caso relatado e da literatura, vemos a importância diagnóstico precoce e da associação da vertigem como primeiro sintoma da paralisia facial periférica ou da própria SRH, sintoma comum no atendimento ambulatorial de otorrinolaringologia.

Comentários Finais: A laserterapia de baixa potência também tem sido apresentada como uma modalidade de tratamento, na maioria das vezes de forma coadjuvante, da terapia convencional e tem demonstrado bons resultados acelerando e otimizando o processo de recuperação do paciente com paralisia facial, entre outras afecções, por meio da biomodulação, que diminui os sintomas e acelera a recuperação do paciente.

P-007

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO VESTIBULAR NA MIGRÂNEA VESTIBULAR

AUTORES: PAULA SANTOS SILVA FONSÊCA, LETÍCIA BOARI, THAYS FERNANDA AVELINO DOS SANTOS, JOSÉ SERGIO DO AMARAL MELLO NETO, MONICA ANDREA ABEN-ATHAR OLIVEIRA

HOSPITAL DO SERVIDOR ESTADUAL DE SÃO PAULO (HSPE-IAMSP).

Introdução: A migrânea vestibular (MV) atualmente é considerada uma entidade diagnóstica distinta pela Barany Society e pela Sociedade Internacional de Cefaleia. A MV é uma das principais causas de vertigem episódica, entretanto, o diagnóstico é dificultado pela grande variabilidade de apresentações clínicas e pela sobreposição de sintomas de outras desordens vestibulares. Este estudo tem como objetivo principal avaliar a função do sistema vestibular de pacientes com MV definida. Como objetivo secundário, relacionar o tempo de evolução da doença com os achados da prova calórica (PC).

Material e Método: Estudo observacional, transversal, realizado em pacientes atendidos no ambulatório de Otoneurologia do HSPE, no período de junho/16 a julho/17. Realizada coleta de dados por meio de protocolo padrão, realizado exame físico completo e exame de vectoeletronistagmografia computadorizada. Critérios de inclusão: diagnóstico de MV definida segundo os critérios da Barany Society (2012), idade entre 18 e 60 anos. Critérios de exclusão: outras vestibulopatias diagnosticadas, história de cirurgia otológica, uso de drogas ototóxicas. Aprovado pelo Comitê de Ética da instituição. Em todas as análises, foram aceitos intervalo de confiança de 95% e $p < 0,05\%$.

Resultados: A amostra final foi de 37 pacientes, todas do sexo feminino. Idade média de 48,5 anos. A maioria dos pacientes (48,6%) referiram início dos sintomas vestibulares entre 1 a 5 anos. O surgimento dos sintomas vertiginosos foi mais tardio quando comparados à cefaleia. 45,9% relataram frequência semanal das crises vertiginosas. 59,5% relataram tontura com sintomas de moderada intensidade. 43,2% referiram tontura com duração de menos de 20 minutos, e 29,7% com duração de segundos. 56,8% dos pacientes apresentavam comorbidades associadas. 47,2% apresentavam sintomas de ansiedade. Não foram observadas alterações nas provas oculomotoras realizadas. 59,5% apresentaram prova calórica alterada, com maior prevalência de hipofunção (37,2%).

Discussão: Observou-se alta prevalência de comorbidades associadas, contudo, não houve relação estatisticamente significativa ($p=0,093$) entre a presença de comorbidades e alterações na PC. As doenças psiquiátricas foram bastante prevalentes, mas não houve relação estatisticamente significativa ($p=0,445$) com sintomatologia mais severa. Ainda não existe uma alteração vestibular patognomônica da MV, mas vários achados têm sido relatados. Neste estudo, observou 59,5% das PC alteradas, e exames oculomotores normais, indicando alteração periférica. Não houve relação estatisticamente significativa entre resultados da PC e o tempo de início dos sintomas vestibulares, nem entre alterações na prova calórica e a intensidade dos sintomas. Contudo, houve maior incidência de alteração na PC em pacientes com queixas de sintomas vertiginosos diários, com valores estatisticamente significantes, demonstrando que, quanto mais frequentes as crises, maior o risco de apresentar alterações no exame. Contudo, essa relação de proporcionalidade não se repete quando comparada a sintomas semanais, mensais e esporádicos.

Conclusão: A MV é predominante no gênero feminino, entre 5ª e 6ª década de vida, e possui características de duração das crises, intensidade e forma de apresentação muito variáveis. A MV está muito associada à presença de outras comorbidades, sendo a doença psiquiátrica uma disfunção importante. Neste estudo, não houve nenhum achado de síndrome vestibular central. Os achados não se correlacionaram com o tempo de doença.

P-008

MENINGITE E IMPLANTE COCLEAR: INCIDÊNCIA E ASPECTOS TÉCNICOS

AUTORES: BÁRBARA RIBEIRO DE BELMONT FONSECA, MARIA REGINA JUSTA FEIJÃO, DANIEL MARCUS SAN DA SILVA, FERNANDO KAORU YONAMINE, LUIZ CESAR NAKAO IHA, OSWALDO LAÉRCIO MENDONÇA CRUZ

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA (UNIFESP/EPM)

Introdução: A meningite bacteriana é a causa mais comum, em nosso meio, de perda auditiva neurosensorial adquirida e labirintite ossificante. Os pacientes acometidos por meningite bacteriana evoluem com perda auditiva profunda bilateral em 4% dos casos. Tal condição demanda, comumente, o implante coclear como método de reabilitação auditiva.

Material e Método: Estudo descritivo, observacional, retrospectivo, baseado na análise de prontuários em um centro de referência para deficientes auditivos no Brasil, com inclusão de todos os pacientes com diagnóstico de perda auditiva decorrente de meningite e que foram submetidos a implante coclear.

Resultado: 12,1% dos 182 pacientes que foram submetidos a implante coclear neste serviço entre 2005 e 2017 apresentaram meningite como causa de perda auditiva neurosensorial severa a profunda bilateral, com predomínio do sexo masculino (54,5%). 54,5% dos casos de meningite foram diagnosticados entre 0 e 10 anos. A média de idade do diagnóstico de meningite foi 19,8 anos e a média de idade de indicação de implante coclear foi de 26,2 anos, de modo que 81,8% dos sujeitos foram submetidos à intervenção cirúrgica no mesmo ano em que foi indicada sua realização. A média do tempo de privação sonora foi de 3,9 anos. No que se refere à via de inserção, optou-se pela introdução de eletrodos por meio da janela redonda em 61,5% dos casos. Verificou-se que foi possível efetuar a inserção completa dos eletrodos em 64% dos casos. 45,5% dos pacientes possuíam alterações nos exames radiológicos, sendo a mais comum a ossificação parcial de ambas as cócleas.

Discussão: Entre os 182 pacientes cujos prontuários foram analisados, 22 apresentaram perda auditiva ocasionada por meningite. Considerando as crianças diagnosticadas com meningite entre 0 e 12 anos, elas totalizaram 54,5% da amostra, compondo um percentual inferior ao encontrado por Philippon et al. (67,5%). Teissier et al., por sua vez, analisaram, entre agosto de 1990 e março de 2009, 283 crianças que receberam implantes durante esse período. Destas, 16 crianças (6%) foram submetidas a implante coclear após meningite bacteriana. Em nosso estudo 54,5% dos sujeitos eram do sexo masculino. Em sua análise, Philippon et al. avaliaram 40 indivíduos implantados por surdez pós-meningite, dos quais 57,5% eram homens. A idade média de indicação do implante foi de 26,2 anos, com intervalo médio de 8,1 meses entre a indicação e a realização do implante coclear e com 81,8% dos pacientes implantados no mesmo ano da indicação cirúrgica. Alguns estudos apontaram um tempo médio entre a meningite e a cirurgia de 25 a 27 meses para faixa etária pediátrica e de 28 anos para população adulta, com 67% das crianças implantadas dentro de um ano. Acredita-se que o atraso no diagnóstico da perda auditiva, a facilidade ou não de acesso a serviços especializados e questões socioeconômicas podem interferir no processo de reabilitação auditiva.

Conclusão: A meningite apresentou-se como etiologia da perda auditiva em pacientes cujo manejo envolveu implante coclear em 12,1% dos casos. A inserção de eletrodos através da janela oval foi factível na maioria dos casos, com predomínio de inserção total de eletrodos.

P-009

DEFICIÊNCIA AUDITIVA SÚBITA IDIOPÁTICA: SÉRIE DE CASOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO DE SÃO PAULO

AUTORES: RENATA FURTADO MEDRADO, MELISSA FERREIRA VIANNA, GISELLE RONACHER PASSOS SILVA, PAULO ROBERTO LAZARINI

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

Introdução: A perda auditiva súbita idiopática (SS) é por definição uma percepção subjetiva de deficiência auditiva em um ou ambos os ouvidos, de aparecimento em até 72 horas e sem fator etiológico definido. As modalidades terapêuticas são controversas, tendo como padrão ouro o uso de corticosteroides sistêmicos. A SS é uma doença que pode ser silenciosa, pois possui uma porcentagem alta de melhora espontânea. A incidência da doença é de quatro mil novos casos por ano nos Estados Unidos. No departamento de otorrinolaringologia de um hospital terciário, foi constatada a presença de uma alta incidência de pacientes com pouca melhora. Com objetivo de melhor caracterizar a epidemiologia da SS, foi realizada a análise dos casos da instituição.

Material e Método: Foram avaliados 41 com queixa de SS. Foram realizadas audiometria tonal vocal e impedanciometria; avaliada presença de zumbido e tontura; realizadas sorologias; e ressonância magnética. Os pacientes foram tratados com prednisolona em dosagem regressiva por 15 dias. O seguimento foi realizado com audiometrias semanais até 1 mês, ou melhora completa e até 6 meses após o tratamento. Foi considerado critério de melhora a recuperação de pelo menos 10dB na média tritonal das frequências de 500, 1000 e 2000hz, sendo que os pacientes foram subdivididos em melhora completa e parcial.

Resultados: Foram analisados 41 pacientes, destes, 9 foram excluídos, 18 do sexo feminino e 14 masculino. A idade variou de 19 a 67 anos, média 44,76 anos. Três pacientes foram classificados como perda auditiva de grau leve (32%), 13 grau moderado (40%), 7 grau severo (21,8%) e 9 grau profundo (28%). Dos pacientes com perda leve, 2 não apresentaram melhora e 1 melhora completa. Dos pacientes com perda moderada, 69% apresentaram melhora parcial e o restante nenhuma melhora dos limiares audiométricos. Dos pacientes com perda severa, 71% apresentaram melhora parcial e o restante também sem melhora. Os pacientes que deram entrada com perda profunda não apresentaram nenhuma melhora com tratamento. O zumbido foi mais frequente nos pacientes com perda severa e profunda, 71 e 55%, respectivamente. A tontura também foi mais frequente nesses grupos, relatadas por 42% dos pacientes com perda severa e 55% dos com perda profunda.

Discussão: SS é considerada uma urgência médica que deve ser prontamente diagnosticada e tratada. Devido à incidência alta de pacientes acometidos que não obtiveram melhora, o estudo teve como objetivo caracterizar tais pacientes para posterior análise epidemiológica do serviço. O número de pacientes com SS leve foi pequeno, talvez pelo fato de que esta afecção quando leve tem grande taxa de melhora, mesmo sem tratamento, o que pode levar o paciente a não procurar atendimento médico ou não chegar ao hospital terciário para avaliação. As SS de graus moderado e severo tiveram melhora incompleta, o que está de acordo com a literatura, assim como as perdas profundas que apresentaram ainda piores índices de melhora.

Conclusão: O estudo mostra que a SS continua sendo uma afecção com baixo índice de melhora, quando avaliados os graus de moderado a profundo, mesmo com o tratamento adequado.

P-010

FUNÇÃO DE RECUPERAÇÃO NEURAL DO NERVO AUDITIVO NA CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR: COMPARAÇÃO ENTRE PACIENTES PRÉ-LINGUAIS E PÓS-LINGUAIS

AUTORES: BETTINA CARVALHO, LUIZ PATRIAL NETTO, ROGERIO HAMERSCHMIDT, GISLAINE RICHTER MINHOTO WIEMES, THAISA M. MANSUR

HOSPITAL PARANAENSE DE OTORRINOLARINGOLOGIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)

Introdução: A Função de Recuperação do Nervo Auditivo (REC) consiste em medições objetivas e não invasivas da função do nervo coclear e são extraídas do potencial de ação das fibras neurais ECAP (Electrically Evoked Compound Action Potential). O ECAP pode ser influenciado pela estimulação recebida pelo nervo. Os limiares do ECAP e a REC podem ser úteis para prever os níveis mínimos e máximos que deverão ser utilizados no mapeamento dos eletrodos para a programação do processador de fala nos pacientes pré e pós-linguais. O objetivo deste estudo foi verificar se há correlação da REC entre pacientes pré-linguais e pós-linguais.

Material e Método: Estudo transversal, descritivo e prospectivo. Fizeram parte do estudo 46 indivíduos submetidos à cirurgia de Implante Coclear (IC), divididos em dois grupos: pós-lingual e pré-lingual. Foram avaliadas a NRT e a REC por meio dos parâmetros T0, TAU e A.

Resultados: A análise dos dados não mostrou correlação estatisticamente significativa entre as três medidas da REC, T0, A, TAU na comparação entre os dois grupos. Entretanto, foi possível observar diferença para a Telemetria de Resposta Neural NRT (Neural Response Telemetry) na região basal da cóclea.

Discussão: Acreditamos que as diferenças encontradas possam ser provenientes do número de pacientes nos grupos, bem como de outras variáveis como etiologia, tempo de privação auditiva ou outros fatores limitantes. Sugerimos que os próximos estudos abordem essas variáveis com número maior de pacientes e que este tema seja objeto de estudo de outras marcas de IC. O fato de que não houve correlação estatística entre os dados pré-operatórios e a função de recuperação nos leva a indagar se o registro da função de recuperação com a metodologia proposta atualmente é sensível e específico. Finalmente, o valor das medidas do ECAP e da REC pode não estar relacionado ao paciente apresentar ou não linguagem oralizada, mas talvez na compreensão da resposta do nervo auditivo ao estímulo elétrico de cada eletrodo.

Conclusão: Não houve diferença estatisticamente significativa da função de recuperação do nervo auditivo em pacientes pré e pós-linguais.

P-011

RELAÇÃO DAS MÉDIAS ARITMÉTICAS, DOS LIMIARES AUDITIVOS TONAIIS DAS FREQUÊNCIAS 3, 4 E 6 KHZ, EM DECIBÉIS, COM A SINTOMATOLOGIA DE TRABALHADORES COM PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO

AUTORES: ALEXANDRE SCALLI MATHIAS DUARTE, LAÍZA MOHANA PINHEIRO DUARTE, ALEXANDRE CAIXETA GUIMARÃES, THALES EUGENI, EVERARDO ANDRADE DA COSTA, AGRÍCIO NUBIATO CRESPO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

Introdução: O desenvolvimento industrial e a necessidade de produção constante, veloz e eficiente levantam uma atenção especial para a saúde do trabalhador. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 10% da população mundial está exposta a níveis elevados de pressão sonora potencialmente lesivos e isso é considerado um problema de saúde pública. A exposição ao ruído, ocupacional ou não, está aumentando e acarretando alterações auditivas (hipoacusia, zumbido, dificuldade de compreensão da fala e incômodo com som intenso) e não auditivas (irritação, distúrbios do sono e doenças cardiovasculares). O mecanismo de lesão ocorre na espira basal da cóclea, motivo pelo qual se optou pela avaliação das médias audiométricas dos limiares tonais das frequências 3, 4 e 6 kHz.

Material e Método: Foram triados 3550 audiogramas de trabalhadores expostos a ruído ocupacional e selecionados 441 trabalhadores do sexo masculino. O tempo de exposição foi mínimo de 5 anos. Todos apresentavam exame otológico normal e audiometria completa. Foram incluídos trabalhadores com alterações audiométricas sugestivas de PAIR e um grupo controle com exposição ao ruído maior ou igual 5 anos e audiometria normal. Foram registrados idade, tempo de exposição ao ruído, função, queixas principais (perda auditiva, dificuldade de entendimento de fala, incômodo com sons intensos e zumbido), queixas secundárias (tontura, insônia, cervicalgia e cefaleia), os resultados audiométricos e calculadas as médias aritméticas das frequências (0,5, 1, 2 kHz e 3, 4 e 6 kHz). Os trabalhadores foram divididos em três grupos: audiogramas normais (n=36), alterações audiométricas sugestivas de PAIR e tempo de exposição de 5 a 15 anos (n=92) e alterações audiométricas sugestivas de PAIR e tempo de exposição maior que 15 anos (n=313).

Resultados: O tempo médio de exposição ao ruído ocupacional 16,9 anos. As médias aritméticas das frequências (0,5, 1, 2 kHz) e (3, 4, 6 kHz): grupo controle - média 0,5, 1, 2 kHz OD=9,1 OE=9,1; média 3, 4, 6 kHz OD=13,1 OE=14,4; grupo PAIR 5 a 15 anos de exposição - média 0,5, 1, 2 kHz OD=9,6 e OE=10; média 3, 4, 6 kHz OD=32,4 OE=33,3; grupo PAIR mais 15 anos de exposição - 0,5, 1, 2 kHz OD=11,4 e OE=11,7; média 3,4,6 KHz OD=34,9 OE=36,3. Queixas auditivas mais prevalentes em ordem decrescente: incômodo com som intenso, dificuldade de entendimento de fala em ambientes com ruído competidor e zumbido. Em relação às queixas secundárias, as duas mais prevalentes foram cefaleia e cervicalgia.

Discussão: Apesar de ser passível de prevenção, a PAIR é uma afecção muito comum e acarreta alterações audiométricas características e irreversíveis, levando a um prejuízo da qualidade de vida dos trabalhadores acometidos. Nos países em desenvolvimento a situação é mais grave, pois são comuns as exposições a níveis intensos de ruído, sem uso de medidas de proteção coletivas e individuais. As queixas principais dos pacientes acometidos são incômodo com sons intensos, dificuldade de entendimento de fala e zumbido. As queixas auditivas podem aumentar o nível de estresse, prejudicando a qualidade de vida de trabalhadores acometidos pela PAIR.

Conclusão: Este estudo demonstrou que os pacientes com PAIR apresentam queixas auditivas relacionadas com as alterações audiométricas, as quais tendem a piorar conforme o aumento do tempo de exposição ao ruído. Apresentam queixas secundárias em menor proporção.

P-012

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS VESTIBULARES EM PACIENTES COM OTITE MÉDIA CRÔNICA

AUTORES: RAFAEL DA COSTA MONSANTO, ANA LUIZA PAPI KASEMODEL, ANDREZA TOMAZ, TAIS GOMES ABRAHÃO ELIAS, MICHAEL MAURO PAPARELLA, NORMA DE OLIVEIRA PENIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA (UNIFESP/EPM), SÃO PAULO, SP, BRASIL; UNIVERSITY OF MINNESOTA, PAPARELLA EAR, HEAD & NECK INSTITUTE, MINNEAPOLIS, MN, EUA

Introdução: Análises histopatológicas de ossos temporais e estudos clínicos demonstraram possibilidade de alterações vestibulares periféricas secundárias à otite média crônica (OMC), porém dados epidemiológicos sobre esta complicação ainda são escassos. Portanto, o objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência de sintomas vestibulares em pacientes com OMC.

Material e Método: De nosso ambulatório de otologia, selecionamos pacientes com OMC. Estes pacientes foram categorizados em 3 grupos, de acordo com sintomas clínicos e otoscopia: (1) OMC simples; (2) OMC supurativa; e (3) OMC colesteatomatosa. Excluímos pacientes com outras possíveis causas para sintomas vestibulares, incluindo diabetes mellitus, doenças metabólicas não controladas, uso prévio de drogas ototóxicas, migrânea, doença de Ménière, otosclerose, hipertensão arterial não controlada, doenças neurodegenerativas ou neurológicas, cirurgias otológicas, neoplasias hematológicas, tumores de cabeça e pescoço, história de quimioterapia ou radioterapia.

Resultados: Selecionamos 82 pacientes com OMC (idade média, 42,23 anos), sendo 51,2% OMC simples, 20,7% OMC supurativa, e 28,1% OMC colesteatomatosa; 28 tinham doença bilateral e 54 unilateral. Quarenta e três (52,4%) pacientes com OMC reportaram sintomas vestibulares, com prevalência estimada em 43% no grupo OMC simples, 65% em OMC supurativa, e 61% no grupo colesteatoma. A tontura foi caracterizada como instabilidade postural (72%), posicional (11,6%), flutuação (9,3%) e lateropulsão (2,3%); 9,3% dos pacientes tinham vertigem. Em relação aos fatores desencadeantes ou de piora, 44,18% dos pacientes com tontura associavam os sintomas com início ou piora de otorreia. Em relação à lateralidade, 51,8% dos pacientes com doença unilateral e 53,57% de casos bilaterais tinham sintomas vestibulares.

Discussão: Diversos estudos demonstraram a presença de perda auditiva neurosensorial em pacientes com OMC, sugerindo que a passagem de mediadores inflamatórios e toxinas bacterianas da orelha média para orelha interna pode ocasionar degeneração das estruturas sensoriais e neurais da cóclea. Porém, estudos sobre a presença de alterações em estruturas sensoriais do labirinto posterior ainda são escassos. Os estudos epidemiológicos atualmente publicados sobre a presença de alterações posturais secundárias à OMC, além de raros, possuem diversas falhas metodológicas, como, por exemplo, a ausência de exclusão de outras causas e doenças que poderiam levar a sintomas vestibulares. Nossos resultados demonstram prevalência considerável de pacientes com OMC com sintomas vestibulares, sugerindo que inflamação persistente da orelha média pode levar a alterações patológicas do sistema vestibular.

Conclusão: Os resultados sugerem que sintomas vestibulares são frequentes em pacientes com OMC. Episódios agudos de infecção otológica se associaram com início ou piora das queixas posturais.

E-Pôster Exposição

III Combined Meeting
ABORL-CCF
25 a 27 de maio de 2018
São Paulo / SP

Four Otology 2018



P-013

DIFERENTES APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO SCHWANNOMA INTRALABIRÍNTICO - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

AUTORES: THAÍS GOMES ABRAHÃO ELIAS, ADRIANA PEREZ NETO, ANA TEREZA SILVEIRA ZICA, RAFAEL DA COSTA MONSANTO, MARCOS LUIZ ANTUNES, NORMA DE OLIVEIRA PENIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)

Introdução: Schwannoma intralabiríntico é um tumor benigno, raro, que afeta as porções mais terminais dos nervos vestibular e coclear. Este tumor pode ser classificado, de acordo com sua localização na orelha interna, em 10 subtipos. Por isso, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão abrangente das manifestações auditivas mais frequentes secundárias ao schwannoma intralabiríntico, descrevendo os possíveis mecanismos fisiopatológicos subjacentes.

Material e Método: Revisão sistemática da literatura até outubro de 2017 utilizando-se PubMed, Web of Science e Scopus. O critério de inclusão foi manifestações clínicas do schwannoma intralabiríntico. Três pesquisadores avaliaram de forma independente os artigos e extraíram informações relevantes. Exemplificamos com a descrição de um caso de schwannoma intralabiríntico subtipo intravestibular com múltiplas formas de apresentações clínicas.

Resultados: Vinte sete estudos contemplaram nossos critérios de inclusão. O subtipo do schwannoma intralabiríntico mais comum encontrado foi o intracoclear, seguido pelo intravestibular. Todos os casos apresentaram alteração auditiva, sendo normalmente perda auditiva progressiva.

Discussão: Estima-se que 15 a 32% dos pacientes apresentem perda auditiva súbita como manifestação inicial do quadro, sendo raros os casos com perda auditiva flutuante. A segunda queixa mais frequente é vertigem, que pode ocorrer secundariamente a todos os subtipos de schwannoma intravestibular. Apesar de ainda não haver consenso sobre a fisiopatologia da perda auditiva nestes casos, acredita-se que, no schwannoma intracoclear, a perda seja consequência da compressão ou destruição direta do nervo coclear. Nos tumores localizados no interior do vestibulo, a perda auditiva pode ser explicada pela hidropsia hidrolinfática, que provocaria compressão das estruturas adjacentes.

Conclusão: O diagnóstico de schwannomas intralabirínticos baseia-se em exames de ressonância magnética de alta resolução e deve ser incluído no diagnóstico diferencial de pacientes com queixas vestibulococleares. Apesar de termos aproximadamente 600 casos na literatura, ainda nos falta descrição detalhada da evolução clínica dos pacientes correlacionando com achados na ressonância magnética de ossos temporais e o subtipo tumoral.

P-014

ABSCESSO CEREBELAR EM PACIENTE COM OTITE MÉDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA

AUTORES: CARLOS EDUARDO BORGES REZENDE, BEATRIZ VILANO KRENTZ, GUILHERME BONADIA BUENO DE MORAES, MARINA RAMOS JARDIM, LUCAS QUAGLIA TIMBÓ, MARIA VITÓRIA MARESCHI BARBOSA

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Introdução: Abscesso cerebelar pode ocorrer devido a foco supurativo contíguo ao SNC, como otite e mastoidite; disseminação hematogênica de foco infeccioso; deiscência da dura-máter; imunossupressão; fonte desconhecida. O quadro clínico é caracterizado por mal-estar, febre, fotofobia, rigidez de nuca, colapso circulatório, síndrome de hipertensão intracraniana, com cefaleia, náuseas e vômitos, papiledema e síndrome neurológica focal, com sintomas de acordo com a área de localização do abscesso. O diagnóstico é baseado na história, exame clínico, exame neurológico e exames de neuroimagem. O tratamento ainda é controverso, e achar o melhor método é um desafio. Antibióticos apropriados e cirurgia permanecem como fundamentais.

Apresentação de Caso: Paciente masculino, 57 anos, com otite média crônica colestomatosa em orelha esquerda havia 10 anos, com quadro de tontura tipo desequilíbrio havia 5 dias. Ao exame físico, BEG, presença de secreção purulenta em MAE, abaulamento de parede superior de MAE, impedindo a visualização da membrana timpânica. Avaliação otoneurológica normal. Em RM de crânio foi evidenciado abscesso cerebelar. Iniciado acompanhamento conjunto com neurocirurgia, que optou por tratamento clínico com ceftriaxone, vancomicina e metronidazol, por se tratar de região de muito difícil acesso, com o risco e a morbidade subsequente superando o benefício. No entanto, por se tratar do foco primário da infecção, optou-se por realização de mastoidectomia radical à esquerda, com exérese de massa sugestiva de colesteatoma (confirmado por exame anatomopatológico) e visualizada grande exposição de dura-máter, pequena fístula de canal semicircular lateral. O nervo facial se encontrava preservado. Paciente evoluiu com melhora do quadro, recebendo alta após 52 dias de antibioticoterapia endovenosa e cuidados auriculares com curativo diário com antibiótico e corticoide.

Discussão: De todos os abscessos intracranianos, 11% tem origem otológica, em sua maior parte por otite média crônica colestomatosa, sendo mais frequente nas primeiras três décadas de vida, e em homens com menor renda. Muitos têm sintomas localizatórios, como tontura e distúrbio de marcha ou distúrbio visual, apresentados de acordo com a localização do abscesso. Cefaleia contínua e severa é o sintoma mais comum. Tomografia computadorizada é a melhor ferramenta diagnóstica e de acompanhamento do tratamento do abscesso. A ressonância magnética pode auxiliar no diagnóstico, porém não é essencial. O manejo dos casos pode ser fundamentado em três pontos: tratamento clínico com antibióticos, tratamento neurocirúrgico do abscesso por método adequado e apropriado ao caso, e tratamento do foco primário da infecção. O tratamento com antibióticos de largo espectro, com boa penetração no SNC e que alcance aeróbios e anaeróbios deve ser imediatamente iniciado e geralmente mantido durante seis a oito semanas com TC seriada. Se o abscesso não estiver melhorando, indica-se o tratamento neurocirúrgico. A mastoidectomia é mandatória em todos os casos associados à OMC. Tradicionalmente, realiza-se após melhora clínica e drenagem neurocirúrgica, porém, tem-se operado no mesmo momento da drenagem do abscesso.

Comentários Finais: Abscessos cerebelares são complicações possíveis e graves das OMCs e devem ser tratadas com antibioticoterapia de amplo espectro e mastoidectomia, com ou sem drenagem neurocirúrgica.

P-015

ANOMALIAS VASCULARES EM ORELHA MÉDIA: RELATO DE 3 CASOS**AUTORES:** CARLOS EDUARDO BORGES REZENDE, BEATRIZ VILANO KRENTZ, ELAINE S N GOTO, GABRIEL MATTOS, HENRIQUE BARLETTA, LÍVIA BACHA RIBEIRO

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Introdução: Malformações vasculares em orelha média apresentam difícil diagnóstico diferencial visto que seus sintomas (zumbido pulsátil, hipoacusia, plenitude auricular, flutuação auditiva, otalgia) e seus sinais clínicos (massa vascular avermelhada na região retrotimpânica) são semelhantes. Os diagnósticos diferenciais entre as malformações vasculares de orelha média podem ser: paraganglioma, hemangioma, veia jugular aberrante e artéria carótida aberrante.

Apresentação de Caso: Primeiro relato: Paciente do sexo feminino com 63 anos idade e histórico de hipoacusia bilateral progressiva havia 10 anos, com início havia 2 anos de tinnitus tipo pulsátil em OD e pior à noite. Paciente é hipertensa. Presença de massa avermelhada retrotimpânica em quadrante posteroinferior de orelha direita; perda auditiva sensorineural moderada em agudos à direita. Ressonância magnética apresentava lesão heterogênea de aspecto hipervascularizado, ocupando o hipotímpano à direita em íntimo contato com o bulbo da jugular. Estabelecida hipótese de Bulbo de jugular aberrante com erosão de caixa timpânica e invasão de orelha média. Segundo relato: Paciente do sexo feminino 52 anos com queixa de hipoacusia unilateral à esquerda havia 15 anos. Sem zumbido, otalgia, otorreia ou comorbidades. Membrana timpânica esquerda íntegra, com leve abaulamento avermelhado posterior, não pulsátil e orelha direita sem alterações; perda auditiva mista moderada à esquerda com SRT 60dB, IRF 100%. Em angiotomografia, presença de lesão radiotransparente em continuidade com carótida esquerda que se projetava para orelha média. Terceiro Relato: Paciente do sexo masculino com 64 anos e queixa de hipoacusia unilateral à esquerda havia 6 anos, com piora progressiva e tinnitus ipsilateral pulsátil. Sem comorbidades. Membrana timpânica esquerda íntegra, translúcida, com massa avermelhada retrotimpânica pulsátil; perda auditiva mista moderada à esquerda, SRT: 50dB IRF: 100%; ressonância magnética com imagem hiperintensa em T2, em contiguidade com artéria carótida interna esquerda. Hipótese de carótida aberrante em orelha esquerda.

Discussão: Anomalias vasculares em orelha média apresentam difícil diagnóstico diferencial visto que seus sintomas e seus sinais clínicos são semelhantes. Pode-se observar zumbido pulsátil com frequência sincrônica à cardíaca, hipoacusia, plenitude auricular, flutuação auditiva, otalgia e, até mesmo, ausência de sintomas. Quanto aos sinais clínicos, é possível visualizar a presença de conteúdo vascular de coloração avermelhada retrotimpânica e, nos exames audiológicos, perda auditiva condutiva, com curva B à imitanciometria. Tomografia computadorizada (TC) de osso temporal, angiografia e ressonância nuclear magnética (RNM) com angiorressonância colaboram no diagnóstico. A ausência de diagnóstico fidedigno anterior a cirurgias otológicas pode favorecer graves repercussões como hemorragias, acidente vascular cerebral e óbito. Os diagnósticos diferenciais podem ser: paraganglioma, hemangioma, veia jugular aberrante e artéria carótida aberrante.

Comentários Finais: Anomalias de orelha média são afecções raras, mas potencialmente perigosas devido ao risco de iatrogenias se não diagnosticadas corretamente. Diante de alterações otoscópicas com lesão ou massa retrotimpânica, mesmo que não pulsáteis, o otorrinolaringologista deve solicitar exames de imagem cabíveis para diagnóstico diferencial dessas lesões e tratamento adequado. A conduta expectante com adaptação de próteses auditivas, quando com indicação e acompanhamento radiológico seriado, pode se mostrar como a melhor opção, visto o risco inerente ao procedimento.

P-016

CARCINOMA ESPINOCELULAR DE ORELHA MÉDIA: RELATO DE CASO

AUTORES: CARLOS EDUARDO BORGES REZENDE, BÁRBARA PAVIN, BRUNO PEREIRA FARIA, JÉSSICA LUPPI BETIO, FABIANE CUNHA DA SILVA

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Introdução: Carcinoma espinocelular (CEC) de orelha média é uma rara e de difícil diagnóstico precoce, porém é o tipo de neoplasia maligna mais comum na orelha média. Os sintomas iniciais se assemelham à otite média crônica supurativa. O diagnóstico pode ser feito por ressonância magnética, tomografia e análise histológica. O tratamento é cirúrgico, podendo ou não ter adjuvância com radioterapia e a sobrevida global em 5 anos é de 32%.

Apresentação de Caso: Paciente de 62 anos do sexo feminino, com plenitude aural à esquerda havia 2 meses acompanhada de paralisia facial ipsilateral havia 10 dias. Nega antecedente de otorreia ou perda auditiva; paralisia facial periférica House-Brackman 3-4, com estenose de meato acústico externo (MAE) à esquerda, impossibilitando visualização da MT. Audiometria com perda auditiva mista moderada em orelha esquerda. Tomografia de ossos temporais evidenciando área nodular temporal esquerda medindo cerca de 1,8cm de diâmetro, associada a destruição óssea com velamento das células da mastoide esquerda, com cadeia ossicular esquerda e esporão de aspecto conservado, e ressonância magnética com formação expansiva heterogênea, de limites imprecisos comprometendo a pirâmide petrosa esquerda, estendendo-se para o interior do conduto auditivo externo, determinando obliteração do mesmo, medindo cerca de 2,8x2,5cm. Indicada mastoidectomia aberta à esquerda com resultado de AP de carcinoma espinocelular bem diferenciado (grau 1 histológico), invasivo.

Discussão: As doenças malignas do osso temporal são raras, representando menos de 0,2% dos tumores de cabeça e pescoço, com incidência anual 6:1.000.000 de pessoas. Os fatores etiológicos para o carcinoma primário da orelha média são desconhecidos. Entre 75-85% dos carcinomas primários de orelha média são secundários à otite média crônica supurativa. Outros fatores de risco como radioterapia e exposição à radiação ultravioleta têm sido documentados. Os sintomas são inespecíficos, incluindo perda auditiva, otalgia, otite externa, otorreia ou sangramento, necrose ou ulceração na área, e raramente a paralisia do nervo facial. Não há sistema de estadiamento aceito para os tumores de osso temporal. O grupo de Pittsburgh propôs um para os CECs da região, que vem sendo utilizado na maioria dos serviços. São necessários avaliação clínica e exames de imagem, sendo a tomografia importante para avaliação do envolvimento ósseo e a ressonância magnética para tumores extrameáticos para avaliar sua extensão. Para o caso o estadiamento, é T4N0M0. A cirurgia seguida de radioterapia é a principal abordagem de tratamento para câncer de orelha média. De acordo com o sistema de estadiamento de Pittsburgh modificado, o tratamento ocorre da seguinte forma: ressecção lateral do osso temporal ou radioterapia para tumores T1, ressecção lateral do osso temporal e radioterapia pós-operatória para tumores T2 e ressecção total ou subtotal o osso temporal seguida de radioterapia para tumores T3 e T4.

Comentários Finais: O carcinoma espinocelular de orelha média possui grande importância por ser uma afecção invasiva e de difícil diagnóstico. Devemos estar sempre atentos quanto à sua possibilidade como diagnóstico diferencial em pacientes com supuração otológica crônica e que tenham doenças rapidamente progressivas e preparados para cirurgias mais radicais.

P-017

SÍFILIS COM ACOMETIMENTO OTOLÓGICO: RELATO DE CASO

AUTORES: CARLOS EDUARDO BORGES REZENDE, DANIELA MORETTI, GABRIEL MATTOS, GABRIELLE ELLERT DE ALMEIDA, ISABELA NACIONE PEDRUZZI, GUILHERME BONADIA BUENO DE MORAES

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Introdução: A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema palidum*, cuja transmissão ocorre por via sexual ou transplacentária. Após a infecção inicial pelo microrganismo, podemos encontrar quatro estágios de doença: primário, secundário, latente ou terciário, sendo que, durante qualquer uma das fases de infecção, o treponema pode invadir o sistema nervoso central, podendo ou não apresentar sintomatologia específica, inclusive cocleovestibular.

Apresentação de Caso: Paciente feminino, 51 anos, com hipoacusia lentamente progressiva à esquerda havia 3 anos, associada a tinnitus e plenitude aural ipsilaterais, cefaleia inespecífica com episódios sincopais e perda de memória relatada pela paciente. Paciente não apresentava comorbidades ou uso contínuo de medicamentos. Otoscopia sem alterações bilateralmente; exame otoneurológico normal. Audiometria com perda auditiva sensorioneural moderada a severa em orelha esquerda (SRT 65db/IRF 68% para monossílabos). Potencial Evocado do Tronco Auditivo e ressonância magnética de encéfalo não evidenciaram alterações. Realizado tratamento empírico para doença imunomediada da orelha média, com prednisona com esquema de retirada, e solicitadas sorologias e provas reumatológicas, assim como nova audiometria após término de corticoterapia. A paciente retornou após tratamento com prednisona, sem melhora das queixas auditivas. VDRL de titulação 1/128, e FTABs reagente, com demais sorologias negativas, assim como ausência de alterações nas provas reumatológicas. Com a hipótese de perda auditiva decorrente de sífilis terciária, foi instituído tratamento com penicilina benzatina 7,2 milhões de unidades. Punção lombar confirmou o diagnóstico de neurosífilis (sífilis tardia, terciária), apresentando queda do VDRL em líquido cefalorraquidiano, negatizando em alguns meses. Foi indicado aparelho de amplificação sonora individual (AASI) por permanência da queixa de hipoacusia. Paciente ainda em acompanhamento e tratamento ambulatorial por queixa de tinnitus.

Discussão: Na forma inicial da neurosífilis há acometimento precoce por reação inflamatória da bainha de mielina. Há invasão dos vasos sanguíneos, meninges e do líquido, comumente evoluindo com inflamação do SNC, afetando os pares cranianos, entre eles, o VIII nervo. As alterações auditivas na neurosífilis, em especial em sua forma inicial, incluem perda auditiva, vertigem, tontura e tinnitus. Na literatura existem relatos de casos de perdas auditivas secundárias à sífilis com diferentes padrões, podendo ser uni ou bilaterais, simétricas ou assimétricas, insidiosas ou rapidamente progressivas. Também há registros de alterações auditivas por lesão lítica do osso temporal, que levam ao processo de degeneração da cóclea e labirinto, denominado otossífilis (ou osteíte pelo treponema). As alterações auditivas neurosensoriais e a reversibilidade dessas manifestações após o tratamento dependem do estágio da doença. No caso de nossa paciente, embora ela não referisse antecedente de sífilis, a investigação sorológica resultou positiva e, apesar do tratamento não ter possibilitado a normalização da perda auditiva, resultou em negatização do VDRL e controle da evolução do quadro.

Comentários Finais: Frente a perdas auditivas sem explicação evidente ou provável, é necessário realizar exames laboratoriais, sendo as sorologias, inclusive de sífilis, parte imprescindível da investigação. Tal investigação pode e deve ser complementada com a realização de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética.

P-018

NEUROFIBROMATOSE TIPO II: RELATO DE CASO

AUTORES: CARLOS EDUARDO BORGES REZENDE, ÉRICA GONÇALVES JEREMIAS,
BÁRBARA CAROLINA MIGUEL JORGE, MARINA RAMOS JARDIM,
GUILHERME BONADIA BUENO DE MORAES, ALANA ASCIUTTI VICTORINO

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Introdução: Schwannomas vestibulares (SV) são os tumores benignos mais comuns do ângulo pontocerebelar (APC). Possuem crescimento lento e podem se apresentar com perda auditiva sensorioneural e tinnitus, tontura e eventualmente surdez súbita unilateral. O diagnóstico é feito por anamnese, exame clínico e audiológico e ressonância magnética contrastada de ossos temporais. A neurofibromatose tipo 1 (NF1) se relaciona com SV em menos de 5% dos casos, sendo todos os casos unilaterais. Já a neurofibromatose tipo 2 (NF2), possui íntima relação com SV, ocorrendo tumores bilaterais em 96% dos casos, associados a outras alterações, oculares, cutâneas, outros tumores e lesões do sistema nervoso central. Embora a grande maioria dos casos de SV seja unilateral, diante da existência de SV bilaterais deve-se atentar para a possibilidade de NF2.

Apresentação de Caso: S.Z., 37 anos, feminino, com plenitude auricular à direita havia 3 anos, acompanhada de tinnitus ipsilateral, vertigem objetiva intermitente e enxaqueca de difícil controle medicamentoso. Solicitada ressonância magnética (RM) de crânio para avaliação complementar da cefaleia, na qual foi vista uma lesão expansiva sólida lobulada na cisterna do ângulo pontocerebelar direito com extensão intracanalicular, sugestiva de SV. As audiometrias tonal e vocal estavam normais, o que não era esperado, mediante a queixa da paciente e a localização e tamanho do tumor. O BERA apresentou aumento da latência de ondas 1 e 2, não sendo possível identificar a onda 5, e aumento dos intervalos interpico 1-3, em orelha direita. Proposta e realizada a exérese do schwannoma vestibular à direita por acesso retrossigmoídeo, ocorrendo perda auditiva sensorioneural profunda em orelha direita. Seis meses após a cirurgia, realizou RM de ossos temporais com ausência de doença do lado direito, porém com presença de pequena lesão nodular sugestiva de SV em meato acústico interno esquerdo. Devido à bilateralidade da lesão, foi sugerido o diagnóstico de NF2.

Discussão: A NF2 é uma doença autossômica dominante rara, caracterizada pelo aparecimento de múltiplas neoplasias benignas no sistema nervoso central e periférico. Apesar de seu diagnóstico poder ser feito em todas as idades, ela geralmente é diagnosticada na 2ª ou 3ª década de vida. Existem duas formas de apresentação clínica da doença: o tipo Wishart caracteriza-se pelo aparecimento mais precoce da doença, geralmente antes dos 25 anos, e apresenta evolução rápida com múltiplos tumores associados a SV, sendo essa a forma mais severa da doença; já a forma menos severa, tipo Gardner, geralmente ocorre mais tardiamente e apresenta evolução lenta. Essa forma raramente desenvolve outros tumores além do SV. Não foram encontradas outras alterações de imagem no neuroeixo e a paciente não apresentou queixas oftalmológicas ou dermatológicas. Acredita-se que a paciente apresenta a forma tipo Gardner da doença. Devido à anacusia à direita e também ao diminuto tamanho do tumor à esquerda, optou-se por acompanhamento com exames de imagem e audiológicos semestrais.

Comentários Finais: Todos os pacientes com o diagnóstico de schwannoma do VIII nervo, submetidos ou não a cirurgia, devem realizar ressonâncias magnéticas seriadas para avaliar possível diagnóstico de neurofibromatose.

P-019

DISPLASIA FIBROSA EM OSSO TEMPORAL, RELATO DE CASO

AUTORES: JOÃO PEDRO RESENDE CANTARINI DE OLIVEIRA, DÉBORA PEREIRA RODRIGUES, ANA CLARA MIOTELLO FERRÃO, RODRIGO CASECA DOS SANTOS, THAIS MONTEIRO SILVA, MARCELO MENDES TEPEDINO JUNIOR

SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DA POLICLÍNICA DE BOTAFOGO - PRO-OTORRINO

Introdução: A displasia fibrosa é um distúrbio ósseo incomum sem origem completamente elucidada, em que o osso normal é substituído por um tecido fibrótico devido a uma desordem na diferenciação e maturação osteoblástica. Tal doença possui duas subvariedades: forma monostótica e poliestótica. Em pacientes com a forma monostótica, é encontrado o envolvimento de apenas um osso. É a forma mais frequente (algo em torno de 70% dos casos). Na forma poliestótica existe o envolvimento de múltiplos ossos. A síndrome de McCune-Albright é uma forma de apresentação rara da forma poliestótica, seus portadores apresentam, além do acometimento ósseo, lesões em pele e endocrinopatias. Esta doença pode acometer o osso temporal e é mais frequente no sexo masculino (2:1), sendo de interesse direto do otorrinolaringologista devido a possíveis queixas de hipoacusia (sintoma mais frequente), otalgia, zumbido e dismorfismo de região temporal.

Apresentação de Caso: R.C., paciente do sexo masculino, 34 anos, procurou nosso serviço devido a queixa de "diminuição da audição de orelha esquerda" havia mais de 10 anos, já tendo realizado duas tentativas cirúrgicas prévias para correção de estenose de conduto auditivo externo. Negava comorbidades e antecedentes familiares. Ao exame de otoscopia e otoendoscopia, apresentava estreitamento significativo de conduto auditivo externo de orelha esquerda. Foi solicitada audiometria, que revelou perfil audiométrico dentro dos padrões de normalidade em orelha direita e perda auditiva mista moderada a severa em orelha esquerda. Em tomografia computadorizada de mastoide foram evidenciadas extensas lesões nos ossos temporal e esfenóide, sendo compatíveis com displasia fibrosa, além de obliteração do conduto auditivo externo, desmineralização da cadeia ossicular, massa ocupando orelha média e parte da mastoide sendo compatível com colesteatoma. A ressonância magnética das mastoides corroborou o achado de lesão de osso temporal e esfenóide e apresentou difusão restrita de massa ocupante de orelha média e mastoide, apontando para colesteatoma.

Discussão: A displasia fibrosa é uma rara osteodistrofia em que ocorre aumento descontrolado da celularidade e do turnover ósseo. Sua etiologia permanece desconhecida, mas aparentemente possui componente genético autossômico, possivelmente relacionada com mutação pós-zigótica do gene GNAS 1. Possui suas formas monostótica e poliestótica. O acometimento extraesquelético é incomum e denomina-se síndrome de McCune-Albright, responsável por aproximadamente 3% dos casos, associa-se alterações na pigmentação mucosa e cutânea do tipo café com leite, além de anormalidades endócrinas (puberdade precoce, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, doença de Cushing, acromegalia e diabetes mellitus). O envolvimento do osso temporal é raro, sendo mais comum na forma monostótica. O aumento do volume ósseo pode ocasionar perda auditiva, principalmente pelo bloqueio do conduto auditivo externo. O tratamento cirúrgico é preconizado quando existem sintomas clínicos e/ou alteração estética significativa.

Comentários Finais: Apesar de não ser uma doença muito frequente, a displasia fibrosa é um importante diagnóstico diferencial que deve ser lembrado pelo otorrinolaringologista principalmente em pacientes com queixa de hipoacusia apresentando estenose de conduto auditivo externo.

P-020

CAUSAS DE REINTERVENÇÃO CIRÚRGICA EM IMPLANTE COCLEAR

AUTORES: MANOELA PAIVA DE OLIVEIRA, FERNANDO KAORU YONAMINE,
LUIZ CESAR NAKAO IHA, OSWALDO LAÉRCIO MENDONÇA CRUZ, DEBORA JOI,
FONCIELI FONTANA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)

Introdução: Com o aumento do número de pacientes implantados e o tempo de uso dos dispositivos, é esperado também um maior número de falhas. A cirurgia revisional de implante coclear (IC) é pouco frequente, mas não incomum. Existem várias causas que podem levar à reintervenção, como falha no dispositivo e complicações médicas. O objetivo deste estudo é revisar casos de IC que precisaram ser reabordados, com ênfase nas causas que levaram à nova cirurgia.

Material e Método: Estudo retrospectivo desenvolvido no Centro do Deficiente Auditivo da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) com dados de pacientes com implante coclear que necessitaram ser submetidos a reintervenção cirúrgica.

Resultados: No total de 168 pacientes submetidos à IC de 2006 a 2017, 5,9% (10) necessitaram de reabordagem, sendo seis crianças e quatro adultos. Setenta por cento deles foram reimplantados e as causas foram: hardware failure (2), soft failure (1), extrusão de IC (3) e falso trajeto de eletrodos (1). O reimplante ocorreu em 7 pacientes e foi possível no mesmo ouvido em 42% (3) e contralateral em 4 (57%). As complicações pós-operatórias após o segundo IC foram leves e presentes em apenas dois casos. O tempo entre o primeiro IC e o reimplante variou de 3,5 meses a 7 anos. Dois pacientes foram submetidos somente à explantação, e em outro foi realizado o reposicionamento dos eletrodos.

Discussão: Do total de pacientes analisados, 10 (5,9%) necessitaram de reintervenção cirúrgica, o que assemelha com a literatura, como Trotter et al., 2009 (5,3%), Brown et al., 2009 (5,5%), Côté et al., 2007 (6,7%) e Lassig et al., 2005 (5,1%). Observa-se que, do total de pacientes reabordados, seis são crianças e quatro são adultos, demonstrando uma ocorrência maior de reintervenções em crianças implantadas do que em adultos, como também foi evidenciado em estudos prévios. Uma das hipóteses da maioria dos casos ocorrer na população pediátrica é a maior taxa de traumas cefálicos documentados nesses pacientes, o que não foi encontrado em nossa análise. Setenta por cento dos pacientes reoperados (4,1% da população avaliada) foram submetidos a reimplante. Dos pacientes reoperados por extrusão, um caso estava associado a colesteatoma iatrogênico e outro caso com infecção de ferida operatória. Dentre os casos classificados como falha do dispositivo, dois foram considerados como hardware failure e o outro enquadrou-se em soft failure. Após a reoperação, apenas 2 dos 10 pacientes apresentaram complicação leve (seroma), resolvido com tratamento clínico, e nenhum apresentou intercorrência grave, corroborando com a afirmação de Lassig et al., em 2005. Dos pacientes reimplantados, em 42% deles optou-se por manter o IC na mesma orelha. O tempo entre implante e reimplante variou de 3,5 meses a 7 anos, com média de 31 meses, tempo menor que apresentado por Lassig et al., 2005, que obtiveram média de 77 e 47 meses para adultos e crianças, respectivamente.

Conclusão: As principais causas de cirurgia revisional em pacientes com IC em nossa amostra foram: extrusão da unidade interna, hardware failure, soft failure e deslocamento do eletrodo.

P-021

COMPLICAÇÕES PRECOSES DE OTITE MÉDIA AGUDA NÃO SUPURATIVA

AUTORES: ANDREY OLIVEIRA DA CRUZ, JOSÉ GUILHERME DE OLIVEIRA,
CARLOS ALBERTO EMÍLIO LEOPOLDO LAZAR, JENE GREYCE SOUZA DE OLIVEIRA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC-SP); UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE

Introdução: A otite média aguda (OMA) de natureza infecciosa apresenta relevância para a saúde global por ser a terceira maior causa de hipoacusia. É uma afecção dinâmica, contempla desde condições benignas autolimitadas até formas prolongadas com complicações. O diagnóstico é essencialmente clínico, com análise otoscópica. Em relação às complicações da OMA, estas chegam a 12,5% dos casos e podem se disseminar do ouvido médio por perflebite ou tromboflebite, erosão óssea ou extensão direta por vias preexistentes, e via hematogênica. Consideram-se complicações intracranianas: meningite, abscesso cerebral, trombose de seio lateral, abscesso extradural, hidrocefalia otítica e encefalite. As complicações extracranianas mais comuns são: paralisia facial, abscesso subperiosteal, mastoidite e labirintite.

Apresentação de Caso: Paciente do sexo feminino, 42 anos, branca, sem doenças de base, compareceu ao Pronto-Socorro referindo otalgia e cefaleia havia três dias, foi medicada com sintomáticos e liberada. Retornou no dia seguinte apresentando quadro de dor cervical e torácica, vômitos intensos, piora da cefaleia, febre e hipoacusia bilateral acentuada à direita. Apresentava-se em regular estado geral, corada, desidratada, acianótica, anictérica, afebril, normocárdica, taquipneica, confusa; sem outras alterações cardiovasculares, respiratórias ou abdominais. À otoscopia, membrana timpânica íntegra bilateralmente, opaca à direita, sem alterações em orelha externa ou nariz e garganta. Ao exame do pescoço, rigidez nuchal com sinais de Kernig e Brudzinski. Realizou-se punção líquórica: aspecto incolor, ligeiramente turvo, com proteinorraquia, leucocitose, hiperlactatorraquia, com crescimento de *S. pneumoniae* na cultura, além de hemograma com leucocitose e aumento de segmentados. Esses achados laboratoriais confirmaram o diagnóstico de meningite bacteriana, sendo tratada inicialmente com ceftriaxone. Ao 10º dia de internação, apresentou piora clínica e laboratorial. Realizou tomografia de crânio e mastoides, apresentando lesões compatíveis com vasculite na região occipital e temporal esquerda e velamento de mastoide direita, com sinais de mastoidite. Foi alterada a antibioticoterapia para cloranfenicol, usado por 14 dias, apresentando melhora clínica e laboratorial, com líquido sem alterações e nova tomografia com melhora do velamento e vasculite. Durante internação, apresentou paralisia facial periférica (PFP) e perda progressiva da audição, recebendo alta com melhora da PFP, mas com hipoacusia bilateral.

Discussão: A paciente apresentou sinais clássicos de meningite bacteriana, afastando-se inicialmente os diagnósticos diferenciais da doença: meningoencefalite viral herpética, meningite tuberculosa, riquetsioses, febre maculosa, infecções supurativas focais do SNC, tumor cerebral, entre outros. A taxa de complicações intracranianas relacionadas a doenças da orelha média é cerca de 0,5 a 4%, e, apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos, a mortalidade nos casos de complicações da OMA permanece entre 5 a 15%. A paralisia facial periférica associada à OMA apresenta prevalência de 1% e se relaciona ao comprometimento do segmento labiríntico do nervo facial, local mais vulnerável a processos inflamatórios e susceptível a processos isquêmicos pela falta de anastomoses arteriais, no presente caso agravado pela vasculite.

Comentários Finais: Eventuais complicações relacionadas à OMA devem ser diagnosticadas o mais precocemente e tratadas oportunamente, evitando-se eventuais sequelas e até mesmo a morte. Recomenda-se avaliação multidisciplinar para identificar as causas e definir a terapêutica mais adequada para pacientes com sinais de complicação por OMA.

P-022

ABORDAGEM CIRÚRGICA DE GLÔMUS JUGULOTIMPÂNICO RECIDIVANTE COM EXTENSÃO INTRACRANIANA PARA FOSSA MÉDIA - UM RELATO DE CASO

AUTORES: EDUARDA NILO DE MAGALDI, STEFANY DE MELO PRATA, FERNANDO DE ANDRADE BALSALOBRE, RUBENS VUONO DE BRITO NETO, RICARDO FERREIRA BENTO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP) - SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Introdução: Tumores glômicos, ou paragangliomas, são tumores benignos raros, originados de estruturas vasculares em associação com nervos. Acometem, mais comumente, o corpo carotídeo, plexo timpânico, bulbo jugular e nervo vago. O glomus jugulotimpânico é a neoplasia benigna mais comum da orelha média, incidente em 1 a cada 1,3 milhões de pessoas. São designados glômus timpânicos, quando confinados ou originados da orelha média, ou jugulotimpânicos, quando envolvem a fossa jugular. Podem manter-se estáveis e assintomáticos por muitos anos. No entanto, seu crescimento e expansão intracraniana podem acarretar sintomas incapacitantes ao paciente. A ressecção cirúrgica é o único tratamento curativo.

Apresentação de Caso: Paciente J.B.O.A., 53 anos, masculino, com quadro de zumbido, hipoacusia e otorreia à esquerda, de caráter progressivo. Não possuía outras comorbidades ou antecedentes familiares de paragangliomas. Diagnosticado em outro serviço com glômus timpânico Fisch A e submetido à ressecção cirúrgica em 1996. Em 2008, no HC-USP, iniciada investigação por reaparecimento dos sintomas, confirmando lesão sólida infiltrativa acometendo a caixa timpânica e mastoide esquerda, com extensão para forame jugular e fossa cerebral média, e infiltração do nervo facial esquerdo. Submetido à mastoidectomia radical esquerda para exérese de glômus Fisch D, via translabiríntica, em 2009. Durante seguimento, evoluiu com recidiva tumoral, sendo indicada reabordagem cirúrgica curativa. Em internação hospitalar, no dia 29 de outubro de 2017, o paciente encontrava-se em bom estado geral, com paralisia facial periférica House Brackman V e anacusia, à esquerda, esta confirmada por audiometria. À otoscopia, apresentava abaulamento hiperemiado em conduto auditivo externo não pulsátil. Na véspera da cirurgia, foi submetido à embolização de glômus pela equipe de radiointervenção do HC-USP com desvascularização subtotal da lesão. Em 31 de outubro de 2017 foi submetido à revisão de mastoidectomia e ressecção de componente tumoral extracraniano por acesso transmastóideo com obliteração parcial da cavidade mastoideal pela otorrinolaringologia. Após, realizado tempo neurocirúrgico. O procedimento durou 10 horas, sem intercorrências. Optou-se por seguimento da lesão com radioterapia adjuvante.

Discussão: Tumores glômicos da cabeça e pescoço representam 3% de todos os paragangliomas. Os achados mais comuns são zumbido pulsátil (80%), seguido de hipoacusia (60%) e achado semiológico de massa retrotimpânica pulsátil avermelhada. A perda auditiva unilateral é um dos primeiros achados do glômus timpânico. O tratamento dos paragangliomas pode ser curativo, com cirurgia - sendo a técnica dependente da localização e extensão tumoral; ou paliativo, com radioterapia e acompanhamento. O planejamento terapêutico deve ser individualizado, conforme a extensão e localização tumoral, comorbidades e expectativa de vida do paciente. Apesar de não haver consenso, a embolização pré-operatória é amplamente sugerida, por facilitar a ressecção ao reduzir tamanho tumoral e sangramento intraoperatório. O risco de complicações graves relacionadas à embolização é pequeno, variando entre 0% a 13%.

Comentários Finais: Tumores glômicos são as neoplasias primárias mais comuns da orelha média e devem ser um diagnóstico diferencial amplamente conhecido. Tratando-se de lesões extensas, não há consenso na literatura acerca de qual a melhor técnica e via cirúrgica para exérese tumoral. Assim, faz-se necessário compartilhar este caso peculiar conduzido em nosso serviço, além de produzir mais estudos acerca do tema.

P-023

ZUMBIDO CAUSADO POR FÍSTULA DURAL - RELATO DE CASO

AUTORES: PEDRO MORENO FRAIHA, LEILA BIANCA OLIVEIRA DE FREITAS, PAULA MORENO

SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DA POLICLÍNICA DE BOTAFOGO - PRO-OTORRINO

Introdução: O zumbido é uma sensação de som percebido pelo indivíduo na ausência de estímulo sonoro externo. Pode estar relacionado com diversos fatores e/ou doenças. Manifesta-se de forma contínua ou intermite, podendo ser mono ou politonal, de baixa ou de alta frequência. É denominado de subjetivo, quando percebido apenas pelo paciente, ou objetivo, quando percebido também pelo examinador. É considerado um dos problemas otológicos mais frequente e perturbador. Este caso relatado tem como causa dos sintomas uma fístula dural arteriovenosa.

Apresentação de Caso: Paciente S.M.L., 62 anos, sexo feminino, branca, moradora do estado do Rio de Janeiro, apresentando zumbido pulsátil unilateral à esquerda. Portadora de síndrome de Ménière comprovada à eletrococleografia e sendo medicada para esta afecção. Como não apresentava melhora dos sintomas e surgiram tonteiras associadas, foi iniciada investigação diagnóstica por meio de exames audiométricos que evidenciaram disacusia sensorineural bilateralmente. O PEATE encontrava-se dentro da normalidade. Solicitada ressonância magnética de crânio para elucidação do caso, completada com angioressonância pós-suspeita de fístula arteriovenosa. O diagnóstico deste exame foi a presença de fístula dural em orelha esquerda, com embolização subsequente ao diagnóstico e melhora significativa dos sintomas.

Discussão: Existem diversas etiologias para o zumbido pulsátil, sendo elas: mioclonia do palato mole e dos músculos da orelha média, malformações arteriais e arteriovenosas, fístulas arteriovenosas durais e intracranianas, alterações anatômicas do sistema vertebrobasilar e aterosclerose do sistema carotídeo, dentre outras. As fístulas arteriovenosas (FAV) durais intracranianas são lesões incomuns, constituindo 15% de todas as malformações cerebrovasculares. Geralmente, situam-se na transição de entre o seio transversal e o seio sigmoide. O diagnóstico é realizado por angioressonância e/ou por angiografia. O tratamento preconizado é a tromboembolização.

Comentários Finais: A investigação etiológica de pacientes com zumbido deve ser minuciosa para que casos infrequentes como o de fístula dural possam ser diagnosticados e devidamente tratados, com melhora dos sintomas.

P-025

MANIFESTAÇÕES COCLEOVESTIBULARES DA DOENÇA DE WEGENER**AUTORES:** CARLOS EDUARDO BORGES REZENDE, BEATRIZ VILANO KRENTZ, ANA PAULA ASSUNÇÃO CECÍLIO, LARA ESTUPINA BRAGHIERI, RAPHAEL DE SANTANA SPIRANDELLI, LARISSA BERGAMO SCLAVI

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Introdução: A disacusia sensorineural imunomediada é caracterizada por perda auditiva decorrente de reação imunológica direcionada contra antígenos próprios da orelha interna, sendo potencialmente reversível com tratamento imunossupressor. A idade dos pacientes acometidos encontra-se geralmente entre a quarta e quinta décadas, sendo mais comum em mulheres. Pode evoluir rapidamente para perda bilateral severa, assimétrica, acompanhada ou não por tinnitus e plenitude auricular. Evolução arrastada não afasta a etiologia autoimune. As desordens cocleovestibulares podem ser complicações e até as primeiras manifestações de doenças como lúpus eritematoso sistêmico, esclerose sistêmica e granulomatose de Wegener. Atualmente, o diagnóstico é baseado no quadro clínico, imunologia e resposta a imunossupressores. O prognóstico é influenciado pela idade do paciente, intensidade e tipo da perda auditiva, intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o tratamento, além da presença de vertigem associada.

Apresentação de Caso: E.R., feminina, 56 anos, com hipoacusia à direita tratada com prednisolona, com melhora após duas semanas, evoluiu com nova perda auditiva bilateral. Houve melhora novamente com prednisolona, porém retorno do quadro após cessação desta. Após 3 meses, apresentou paralisia facial periférica à esquerda, com recuperação após uso de deflazacort. Pouco tempo depois, iniciou tontura contínua, com melhora após novo uso de prednisolona. Paciente chegou ao nosso serviço mantendo hipoacusia bilateral, pior à esquerda, e tontura, em uso de prednisolona 40mg/dia por conta; MT retraída com conteúdo retrotimpânico à esquerda e normal à direita. Optou-se por internação devido a descontrole glicêmico e pressórico pela corticoterapia e para colocação de tubo de ventilação à esquerda. Sugerida hipótese diagnóstica de granulomatose de Wegener pela reumatologia. Realizada biópsia de pele para investigação de vasculite, negativa; pesquisa de ANCA negativa, muito provavelmente por interferência da corticoterapia. Iniciado teste terapêutico com ciclofosfamida, com melhora de todas as queixas.

Discussão: Importante hipótese diagnóstica para o caso é síndrome cocleovestibular imunomediada seguida de descompensação clínica por corticoterapia de uso crônico. A pesquisa de anticorpo anti-hsp70 68 kD é o único exame laboratorial específico para seu diagnóstico. A granulomatose de Wegener, condição clínica rara com vasculite sistêmica que acomete vasos de pequeno e médio calibres, seria o principal diagnóstico diferencial. As manifestações clássicas ocorrem no trato respiratório superior, inferior e rins, mas outros órgãos podem estar envolvidos como o sistema auditivo. As perdas auditivas ocorrem de formas variadas. No caso da perda neurosensorial, o mecanismo é o acometimento da orelha interna, menos frequente, porém compatível com o diagnóstico. Há descrição na literatura de perda auditiva sensorineural em portadores de Wegener com ANCA c negativo. A prednisona e ciclofosfamida são as drogas mais usadas, geralmente com boa resposta.

Comentários Finais: Pacientes com perda auditiva devem ter a possibilidade de doenças reumáticas consideradas, dentre elas, Wegener. O diagnóstico precoce e tratamento imediato favorecem o prognóstico dos pacientes.



www.aborlccf.org.br