

ABORL-CCF

Anais do IV Combined Meeting

IV Combined Meeting
ABORL-CCF

23 a 25 de maio de 2019

São Paulo / SP

Plástica da Face
Rinologia
Alergia
Estomatologia





DIRETORIA - 2019

Dr. Luiz Ubirajara Sennes

Diretor Presidente

São Paulo/SP

Dr. Geraldo Druck Sant'Anna

Diretor Primeiro Vice-Presidente

Porto Alegre/RS

Dr. Eduardo Baptistella

Diretor Segundo Vice-Presidente

Curitiba/PR

Dr. Ronaldo Frizzarini

Diretor Secretário

São Paulo/SP

Dra. Renata Dutra de Moricz

Diretora Tesoureira

São Paulo/SP

Dr. Eduardo Macoto Kosugi

Diretor Secretário Adjunto

São Paulo/SP

Dr. Joel Lavinsky

Diretor Tesoureiro Adjunto

Porto Alegre/RS

COMISSÃO CIENTÍFICA

ACADEMIA BRASILEIRA DE RINOLOGIA

Márcio Nakanishi
Presidente

DEPARTAMENTO DE ALERGIA

João Ferreira de Mello Jr.
Coordenador

ACADEMIA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA FACE

Washington Luiz de Cerqueira Almeida
Presidente

DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA

Ali Mahmoud
Coordenador

COMISSÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

Camila de Giacomo Carneiro

Michelle Lavinsky

Christiano de Giacomo Carneiro

Rebecca Christina Kathleen Maunsell

Eduardo Macoto Kosugi

Reginaldo Raimundo Fujita

Edwin Tamashiro

Rodolfo Alexander Scalia

Marcos Luiz Antunes

Rodrigo de Paiva Tangerina

Marcos Rabelo de Freitas

Ronaldo Nunes Toledo

Índice

ESTOMATOLOGIA

Leishmaniose com manifestações em cavidade oral: Relato de caso	14
Leucoplasia oral decorrente de refluxo gastroesofágico - Relato de caso	20
Manifestação laríngea da doença de Crohn - Relato de caso	18
Manifestação oral do pênfigo vulgar: Relato de caso e revisão de literatura	19
Manifestação oral em paciente com histoplasmose disseminada: Relato de caso	17
Manifestações em cavidade oral como primeira manifestação de Sjögren: Relato de caso	16
Multicalcificações em glândulas parótidas no paciente com síndrome de Sjögren: Um relato de caso.....	15
Penfigoide bolhoso em cavidade bucal precipitado por captopril	13
Relato de caso de diagnóstico precoce de carcinoma epidermoide em jovem.....	12

PLÁSTICA DA FACE

Rinosseptoplastia funcional secundária associada a fechamento de perfuração septal com cross-over flaps.....	21
--	----

RINOLOGIA

Abscesso de rinofaringe como diagnóstico diferencial de otalgia persistente: Relato de caso.....	24
Análise tomográfica da distância entre o fundo de saco lacrimal com a inserção da concha média.....	8
Atresia de coana bilateral corrigida em paciente de 10 anos de idade: Relato de caso	28
Atresia de coana bilateral em paciente de 41 anos: Abordagem no adulto	31
Carcinoma pouco diferenciado de padrão epidermoide nasossinusal	29
Cirurgia endoscópica transnasal da atresia coanal sem o uso de stent e com retalhos superior e inferior: Relato de caso e revisão de literatura	26
Corticoterapia nasal em crianças com rinite alérgica e seu efeito no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal no crescimento.....	9
Epistaxe como manifestação de hemangioma capilar lobular de septo nasal.....	27
Fibrolipoma do cavum.....	22
Mucocele de seio frontal com fistulização palpebral	25
Mucocele de seio frontal como diagnóstico diferencial em manifestações oculares	30
Mucocele extensa de seios da face	23
Padrão imuno-histoquímico da mucosa nasal de portadores de rinossinusite crônica com e sem exposição a fibras do algodão e controle	10
Pólipo nasal benigno com comportamento maligno - Relato de caso	33
Sinusite fúngica por intrusão de Gutta-Percha em seio maxilar	32
Sinusite odontogênica recorrente - Relato de caso	34

Índice dos autores

A

Adriana de Andrade Batista Murashima	10
Aline Fayad Sanches	8
Aline Guedes Cozendey	9
Alonço Viana Júnior	15
Ana Clara Miotello Ferrão.....	24, 33
Anaís Maria da Silva.....	12, 13, 22, 23, 29
Andre Neri de Barros Ferreira.....	18
Antonio Carlos Cedin.....	17, 31
Augusto Cesar Bernardes Miguel	30

B

Breno Altoé Lopes	12, 13, 22, 23, 29
-------------------------	--------------------

C

Camila Cardoso Barbosa	18
Camila Freire de Vasconcellos	24, 33
Camila Ramos Caumo	9
Carlos Eduardo Monteiro Zappellini.....	10
Caroline Émilie Cerqueira da Silva Caetano	15, 27
Cassia Paloma da Cunha Onofre	32
Cassiana Domingues de Lima.....	12, 13, 22, 23, 29

D

Daniel Naves Araujo Teixeira	30
Daniel Vargas Ribeiro.....	19
Daniella Leitão Mendes	27
Danielle Pedreira.....	9
Débora Bressan Pazinato	30
Diogo Lacerda Pereira de Medeiros.....	15

E

Eduardo Vieira Couto	30
Eliana Rodrigues Biamino	17

F

Fabiana Cardoso Pereira Valera.....	10
Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa	26

Filipe Augusto Nascimento Lemos	9
Flavio Ramos Baptista da Silva	18

G

Gabriella Spinola Jahic.....	32
Gean Lucas Martins Torres.....	12, 13
Guilherme Rocha Netto.....	25

H

Heloisa dos Santos Sobreira Nunes	32
Hercília Helena de Oliveira Pimenta.....	18

I

Ian Selonke.....	8
Isabela Vieira Toledo	15
Isabele Araújo Tavares.....	14, 16, 28
Ivan de Picoli Dantas.....	10

J

João Boaretto Guimarães	8
José Antonio Pinto.....	32
José Eli Baptistella	30
Judson Bruno Morais de Oliveira	26
Julia Maria Amaral Ambrósio.....	17, 31
Juliana Mendes dos Reis Ramos.....	15

K

Karina Louise de Abreu Nava.....	12, 13, 22, 23, 29
Katianne Wanderley Rocha.....	20
Kelly Elia Abdo	32

L

Laís Alves da Silva	20, 34
Laura Gonçalves Almeida Neiva	18
Laura Rodrigues Sefair	19
Leila Bianca Oliveira de Freitas	9, 33
Leonardo Silva Nóbrega.....	26
Leticia Andrade De Angelo.....	17, 31

Índice dos autores

Livia Marge de Aquino Guedes.....	27, 15
Lorena Mascarenhas Veneza.....	14, 16
Lorena Mascarenhas Veneza.....	28
Luane Cristine Tenório Correia.....	20, 34
Luiz Carlos Oliveira dos Santos	20
Luiz Eduardo Florio Junior.....	25
Luiz Sérgio Raposo	29

M

Maísa Mendes Pedrosa.....	19
Manuela Pedroza Limongi	17
Marcio Campos.....	16
Marcos Antonio de Melo Costa.....	34
Marcos Correia Lima.....	19
Marcos Rossiter de Melo Costa.....	34
Matheus Vilela de Figueiredo.....	30
Maycon Sabino Souza e Silva	19
Miguel Soares Tepedino.....	24, 33
Mila Almeida	16
Mirella Kalyne Cavalcante Magalhães.....	20, 34

N

Natalia Baraky Vasconcelos de Faria.....	9
Natalia Baraky Vasconcelos de Faria.....	33
Natalia Maria Couto Bem Mendonça	28
Nathalia Tenório Fazani.....	25
Nayadja Ferreira Souza	27
Nayara Marques Faissal.....	22

P

Paloma Feitosa Pinho Gomes.....	18
Patrícia Góes Prado.....	14, 16, 28
Paula Mie Murakami Hirotani	17, 31
Pedro Augusto Matavelly Oliveira	8
Pedro Moreno Fraiha.....	24
Pedro Paulo Vivacqua da Cunha Cintra	32

R

Rafaela Mabile Ferreira dos Santos Sobreiro.....	8
Raissa de Figueiredo Neves	9
Ramon Bottega	8
Raquel Câmara de Oliveira	26
Ravena Barreto da Silva Cavalcante	20, 34
Renato Fortes Bittar	21
Ricardo Alexandre Basso.....	31
Rodrigo Bellumat.....	31
Rodrigo Betelli Alves	28
Rodrigo Caseca dos Santos.....	24
Rodrigo Marques Borburema.....	8

S

Sarah Maciel Augusta Morato	19
Simone Rennó Rosa.....	21
Stênio Marques de Camargo	23
Suélen Martins Torres	12, 13, 22, 23, 29

T

Thais Monteiro Silva	9, 33
Thaissa Rodolfo Almeida de Carvalho.....	26

V

Vinicius de Souza Siebert.....	25
Vinicius Ribas Fonseca	8

W

Washington Luiz Almeida	16, 14, 28
Willian da Silva Lopes	26
Wilma Terezinha Anselmo-Lima.....	10

E-Pôster com Apresentação

IVCombined
ABORL-CCF **Meeting**

23 a 25 de maio de 2019

São Paulo / SP

Plástica da Face
Rinologia
Alergia
Estomatologia

Análise tomográfica da distância entre o fundo de saco lacrimal com a inserção da concha média

AUTORES: PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA¹, RAFAELA MABILE FERREIRA DOS SANTOS SOBREIRO², VINICIUS RIBAS FONSECA², IAN SELONKE², JOÃO BOARETTO GUIMARÃES², RAMON BOTTEGA², RODRIGO MARQUES BORBUREMA², ALINE FAYAD SANCHES²

1 - FACULDADE EVANGÉLICA MACKENZIE E CENTRO DE ESTUDOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS LAURO GREIN FILHO

2 - HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA - PARANÁ E CENTRO DE ESTUDOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS LAURO GREIN FILHO

Objetivo: Avaliar a distância entre a axila da concha média (ACM) e o fundo de saco lacrimal (FSL) por meio de mensurações tomográficas, a fim de obter melhor detalhamento anatômico da parede nasal lateral, permitindo maior precisão e acurácia na demarcação para abordagem ao saco lacrimal (SL).

Métodos: Análise retrospectiva de 193 tomografias computadorizadas (386 vias lacrimais) realizadas entre janeiro/2013 e dezembro/2017.

Resultados: A maior extensão que o FSL atingiu foi entre 9 - 9,99mm (1 via lacrimal) acima da axila da concha média e a menor distância foi entre 1 - 1,99mm (2 vias lacrimais). Em 65% dos casos (251 vias lacrimais), o FSL estendeu-se entre 2,6mm e 5mm acima da axila da concha média. Em nosso estudo, nenhum saco lacrimal estendeu-se ao mesmo nível da ACM.

Discussão: A dacriocistorinostomia endoscópica (DCR-en) é um procedimento relativamente recente se comparado à cirurgia por via externa. Ela facilitou a visualização de estruturas anatômicas e a abordagem via nasal do saco lacrimal, evitando incisão na face e a dissecação do músculo orbicular da órbita e do periósteo orbital. No entanto, a variabilidade da área lacrimal na parede lateral do nariz e a falta de consenso no manuseio das estruturas anatômicas trazem dificuldade para padronizar a DCR-en. Vários estudos relatam falha nas dacriocistorinostomias devido à inadequada exposição do saco lacrimal e a pobre remoção óssea ao seu redor. Acreditamos que uma dificuldade encontrada pelos cirurgiões endonasais e também os que realizam a dacriocistorinostomia externa está relacionada com a extensão superior que o SL possa assumir. Estudos de Wormald avaliaram o limite superior do FSL com uso da dacriocistograma por tomografia computadorizada e obtiveram uma extensão média do FSL de 8-10mm acima da ACM. Já no nosso estudo por imagens tomográficas apenas uma à direita (0,52%) e três à esquerda (1,56%) o FSL se estendeu ≥ 8 mm em relação à ACM, sendo que a maioria das avaliações (32,64% à direita e 35,23% à esquerda) mostraram uma extensão entre 4 - 4,99mm. Para auxiliar na aplicabilidade intraoperatória no momento da confecção do retalho mucoso e acesso ao SL, utilizamos em nosso estudo as dimensões da extremidade cortante do descolador de Cottle Red (modelo cabeça de cobra), que possui 2,5mm, colocando-o imediatamente acima do plano transversal em relação à ACM e comprovou-se que mais de 60% das vias lacrimais estão entre 2,6mm e 5mm acima da ACM.

Conclusão: Apesar da grande variabilidade nas medidas do SL entre as publicações na literatura, os autores estão de acordo com a possibilidade que o SL se estenda acima da axila da concha média; tais variações entre os estudos podem estar relacionadas aos diferentes métodos utilizados para mensuração. Outro fator que pode ter influenciado é a não distinção de raça, gênero e idade entre as avaliações. Acreditamos que o conhecimento epidemiológico do posicionamento do saco lacrimal de uma determinada população possa ajudar na demarcação e orientação durante a dacriocistorinostomia.

Corticoterapia nasal em crianças com rinite alérgica e seu efeito no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal no crescimento

AUTORES: THAIS MONTEIRO SILVA, NATALIA BARAKY VASCONCELOS DE FARIA, DANIELLE PEDREIRA, LEILA BIANCA OLIVEIRA DE FREITAS, CAMILA RAMOS CAUMO, ALINE GUEDES COZENDEY, RAÍSSA DE FIGUEIREDO NEVES, FILIPE AUGUSTO NASCIMENTO LEMOS

PRÓ OTORRINO - POLICLÍNICA DE BOTAFOGO

Objetivo: Revisão da literatura referente à segurança da corticoterapia nasal no tratamento da rinite alérgica em crianças, enfatizando o risco de supressão do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e de atraso de crescimento.

Métodos: Pesquisa de artigos científicos publicados entre 2010 e 2018, excluindo-se os referentes à corticoterapia nasal no tratamento de qualquer outra afecção que não a rinite alérgica.

Resultados: Os corticoides nasais de segunda geração (fluticasona e mometasona) associam-se a um menor risco de efeitos adversos sistêmicos, pela menor biodisponibilidade que apresentam. Nenhum corticoide nasal se associou à supressão do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal em doses recomendadas; três estudos implicaram beclometasona e budesonida num atraso de crescimento estatisticamente significativo, embora não seja conhecido o efeito na estatura final.

Discussão: A rinite alérgica é a doença crônica mais frequente na população pediátrica, afetando mais de 40% das crianças. Na maior parte dos casos é necessária uma intervenção precoce para minimizar o impacto negativo na qualidade de vida e o risco de desenvolvimento de outras afecções associadas (sinusite, otite média crônica e asma). Medidas de controle ambiental geralmente não são suficientes, sendo necessária uma terapêutica regular para o controle dos sintomas. Os corticoides nasais são apontados como a opção farmacológica mais efetiva no tratamento da rinite alérgica, sobretudo nos casos de doença persistente, moderada a grave, em que os anti-histamínicos locais ou orais não obtêm um alívio sintomático. Apesar dos estudos considerarem segura a utilização destes fármacos na população pediátrica, a corticoterapia nasal prolongada em crianças continua a revestir-se de alguma preocupação pelo risco de efeitos sistêmicos adversos.

Conclusão: Os corticoides nasais não parecem afetar de forma significativa o crescimento, pelo que devem ser incluídos na terapêutica da rinite alérgica em crianças, não descreditando a importância da monitorização periódica do crescimento.

Padrão imuno-histoquímico da mucosa nasal de portadores de rinosinusite crônica com e sem exposição a fibras do algodão e controle

AUTORES: CARLOS EDUARDO MONTEIRO ZAPPELINI, IVAN DE PICOLI DANTAS, ADRIANA DE ANDRADE BATISTA MURASHIMA, FABIANA CARDOSO PEREIRA VALERA, WILMA TEREZINHA ANSELMO-LIMA

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP)

Objetivo: Caracterizar a exposição ao algodão como indutora de rinosinusite crônica (RSC) e determinar o padrão de resposta inflamatória imuno-histoquímica da mucosa nasal de indivíduos expostos ou não ao algodão e que desenvolveram RSC.

Métodos: Por meio de questionário baseado no EPOS e SNOT-22 foi realizado diagnóstico clínico de RSC em indivíduos expostos ao algodão no ambiente de trabalho. Após a confirmação diagnóstica com tomografia computadorizada e nasofibrosopia flexível, foi realizada biópsia na mucosa de concha média de pacientes com diagnóstico clínico de RSC para análise da expressão de IL-4, IL-5, IL-10, IL-17 e IL-33. A análise foi realizada também em grupo com RSC sem exposição ao algodão e controle sem RSC.

Resultados: Todos os indivíduos expostos ao algodão com sintomatologia sugestiva de RSC apresentaram padrão histológico com aumento da expressão de IL-4, IL-5, IL-10, IL-17 e IL-33.

Discussão: A RSC é uma doença inflamatória da mucosa nasal, e pouco tem sido relacionada à exposição no ambiente de trabalho, em especial ao algodão. Atualmente, uma série de citocinas e quimiocinas têm sido estudadas para elucidação das características imunológicas que levam ao desenvolvimento da doença. Apenas poucos estudos se concentraram na ocorrência de sintomas sinusais em relação ao trabalho. Zuskin et al. realizaram várias pesquisas em setores de trabalho específicos, como recicladores de papel, trabalhadores têxteis e farmacêuticos, e encontraram uma relação clara entre sintomas de sinusite e exposições relacionadas ao trabalho (Zuskin, 1998; Zuskin, 2004). No entanto, o questionário não cobria totalmente a definição atual de rinosinusite (Fokkens, 2012). Segundo Arrais, dada a exposição ao pó de algodão e outras matérias-primas amplamente utilizadas na indústria têxtil, os sintomas descritos podem ser atribuídos aos trabalhadores por causa da ação desses aeroalérgenos (Arrais, 1999).

Conclusão: Este estudo confirmou a estreita relação entre a exposição ao pó de algodão no local de trabalho e a ocorrência de expressão aumentada de IL-4, IL-5, IL-10, IL-17 e IL-33 sugerindo ser o algodão um indutor de RSC. A implementação de terapias/medicamentos com capacidade de inibir a expressão dessas citocinas e de serem utilizados durante o período de exposição ocupacional poderia ajudar a reduzir o processo inflamatório nesses indivíduos e inibir o desenvolvimento de rinite e RSC.

E-Pôster Exposição

IVCombined
ABORL-CCF **Meeting**

23 a 25 de maio de 2019

São Paulo / SP

A larger version of the IV Combined Meeting logo, featuring the text 'IVCombined Meeting' in a bold, sans-serif font. Below it, in a smaller font, are the details: 'ABORL-CCF', '23 a 25 de maio de 2019', and 'São Paulo / SP'. To the right of the text is a circular graphic element containing the list of topics: 'Plástica da Face', 'Rinologia', 'Alergia', and 'Estomatologia'.

Plástica da Face
Rinologia
Alergia
Estomatologia

Relato de caso de diagnóstico precoce de carcinoma epidermoide em jovem

AUTORES: CASSIARA DOMINGUES DE LIMA¹, BRENO ALTOÉ LOPES¹, ANAISA MARIA DA SILVA¹, KARINA LOUISE DE ABREU NAVA¹, SUÉLEN MARTINS TORRES¹, GEAN LUCAS MARTINS TORRES²

1 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2 - UNIVERSIDADE DO NORTE PAULISTA (UNORP)

Apresentação do Caso: Paciente S.R.S.B., 35 anos, masculino, branco, procedente do Rio Grande do Sul, residente de São José do Rio Preto, SP, tabagista (1 maço/dia) há 20 anos (trabalho), procurou o ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço referindo lesão em lábio inferior havia 2 meses, circunscrita, indolor, com progressiva piora do aspecto. Ao exame físico, apresentava lesão circunvalada em terço médio de lábio inferior, ulcerada, com bordos endurecidos e base de aspecto granular, ausência de secreções. O exame radiográfico panorâmico revelou área radiolúcida de formato ovalado e limites indefinidos no local da lesão, medindo 8mm. Ausência de linfonodos clinicamente suspeitos. Como diagnósticos diferenciais, solicitados exames sorológicos para descartar doenças sexualmente transmissíveis e tomografia de mandíbula e pescoço. A tomografia apresentou lesão em lábio inferior locorregional, sem infiltração para mandíbula ou cavidade oral, comprometendo menos de um terço do lábio, em porção mediana. Realizada biópsia intraoperatória por congelação que evidenciou carcinoma epidermoide pouco diferenciado, não infiltrativo. Optou-se então por realizar demarcação com margem de segurança de 10mm, delimitando uma cunha lateral à comissura labial não comprometida, com fechamento primário da incisão: mucosa, músculos e pele. Realizada adequada cobertura de vermelhão e pele adjacente com reconstituição da competência esfinteriana oral, com o mínimo de alterações estético-funcionais possíveis ao caso. Paciente seguiu internado com progressão da dieta por 7 dias em canudo, sem intercorrências, com bordas de ferida operatória coaptadas em bom aspecto clínico. Seguiu de alta, e encontra-se em acompanhamento ambulatorial há 3 meses, assintomático, sem queixas de natureza estética ou funcional.

Discussão: Os pacientes portadores da neoplasia de boca possuem geralmente idade média de 60 anos, entretanto, o paciente do caso é adulto jovem de 35 anos, o que contraria a idade média esperada. Quanto ao gênero, o sexo masculino corrobora com a literatura, que afirma serem os homens mais propensos a este tipo de câncer. O paciente é fumante, sendo o tabaco um dos fatores de risco mais fortemente associado aos tumores de boca e faringe. As localizações anatômicas predominantes em lábio, língua e assoalho de boca se assemelham à localização do paciente, em lábio inferior. Há, também, concordância quanto ao tipo histológico de carcinomas epidermoides. Entretanto, existe uma deficiência importante no diagnóstico precoce destes tipos de cânceres, e um dos fatores que contribuem para isto é a falta de conhecimento dos principais sinais e sintomas da doença para detecção do câncer de boca e faringe, por parte dos pacientes, e de alguns médicos e dentistas. No entanto, o paciente em relato foi diagnosticado precocemente e encaminhado imediatamente para tratamento, sendo fundamental para redução da morbimortalidade.

Comentários Finais: É primordial conhecer os fatores de risco para uma prevenção efetiva da doença, assim como saber reconhecer seus sinais e sintomas, podendo realizar o diagnóstico e tratamento precocemente, o que auxilia na sobrevida do paciente portador de câncer de boca.

Penfigoide bolhoso em cavidade bucal precipitado por captopril

AUTORES: SUÉLEN MARTINS TORRES¹, CASSIARA DOMINGUES DE LIMA¹, BRENO ALTOÉ LOPES¹, KARINA LOUISE DE ABREU NAVA¹, ANAÍSA MARIA DA SILVA¹, GEAN LUCAS MARTINS TORRES²

1 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2 - UNIVERSIDADE DO NORTE PAULISTA (UNORP)

Apresentação de Caso: Paciente M.R.S., masculino, 53 anos, branco, procedente de Ipiranga, SP, hipertenso em uso de captopril há 6 meses, sem outras comorbidades. Procurou o serviço de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto queixando-se de glossodínea, odinofagia e rouquidão intermitente há 3 meses. À oroscopia: lesões vesicobolhosas em toda cavidade oral, língua edemaciada e fissurada. Sinal de Nikolsky e Asboe-Hansen negativos. Nasofibroscoopia: lesões bolhosas difusas, alcançando epiglote, interaritenóide, seio piriforme e pregas vocais. Realizada substituição de captopril por hidroclorotiazida e prescrito corticoide em baixa dose, sem resposta satisfatória. Paciente retorna após 7 dias com perda ponderal e odinofagia progressiva. Foi internado para analgesia, corticoterapia sistêmica e compensação do quadro clínico, procedendo-se à biópsia incisional de lesão gengival e encaminhado para anatomopatológico, cujo laudo foi de formação de bolha subepidérmica, compatível com diagnóstico de penfigoide bolhoso. À imunofluorescência: depósitos de IgG e C3. Seguiu de alta com lesões ulceradas planas e superficiais em cicatrização e uso de tetraciclina e nicotinamida, prednisona, omeprazol, sendo encaminhado ao dermatologista e ao oftalmologista. Os mesmos não encontraram lesões. Paciente evolui com melhora da odinofagia, porém mantém lesões ativas em menor quantidade. Introduzida azatioprina na dose de 2mg/kg associada a 1mg/kg de prednisona. Paciente segue em acompanhamento dermatológico, oftalmológico e otorrinolaringológico, com realização de exames laboratoriais periódicos, em remissão há 1 ano, assintomático.

Discussão: O penfigoide bolhoso (PB) é um distúrbio autoimune, autolimitado em que autoanticorpos atacam a placa hemidesmossômica e proteínas da membrana basal, levando ao recrutamento de células inflamatórias e formação da bolha subepidérmica. As variantes clínicas descritas são: clássica, localizada, nodular, vegetante, eritrodérmica, erosiva, juvenil e induzida por medicamentos (furosemida, losartana, amiodarona, ibuprofeno, ampicilina, cefalexina, captopril e enalapril). No quadro clínico de PB procedem à formação de bolhas: placas urticariformes e/ou prurido. Observam-se bolhas tensas sobre base eritematosa ou pele normal, de conteúdo seroso ou hemático, difusas ou localizadas, nos membros e tronco. As mucosas são atingidas em cerca de 30% dos casos. Os sinais de Nikolsky e Asboe-Hansen são negativos, as bolhas não se estendem como acontece no pênfigo vulgar. Posteriormente, formam-se áreas erosivas semelhantes a lesões aftosas. É raro o acometimento mucoso isolado. Bolhas subepidérmicas são apontadas na biópsia, já a imunofluorescência direta revela deposição de C3 e IgG, sendo positiva em 80% dos casos. Os corticosteroides sistêmicos são a base do tratamento (prednisona 1 a 2mg/kg/dia). Sulfapiridina, dapsona e azatioprina podem ser usados como poupadores de corticoide. O transtorno regride dentro de 1 ano, tendo excelente prognóstico.

Comentários Finais: Pela raridade da doença e por ter se manifestado com uma clínica incomum, com acometimento de mucosa oral isolada associado ao uso de captopril como gatilho, faz-se importante a publicação desse caso. Também para lembrar da importância de se levantar os diagnósticos diferenciais, no dia-a-dia ambulatorial, remover possíveis fatores precipitantes, visando alterar os tratamentos em pacientes não responsivos aos primeiros instituídos, de forma a melhorar a qualidade de vida do paciente.

Leishmaniose com manifestações em cavidade oral: Relato de caso**AUTORES:** PATRÍCIA GÓES PRADO, LORENA MASCARENHAS VENEZA, ISABELE ARAÚJO TAVARES, WASHINGTON LUIZ ALMEIDA

HOSPITAL OTORRINOS DE FEIRA DE SANTANA-BA

Apresentação de Caso: Paciente sexo masculino, 59 anos, tabagista e etilista, negro, natural e procedente de Cachoeira-BA, foi atendido no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Otorrinos de Feira de Santana-BA, com relato de lesão em palato mole havia cerca de 1 ano, com crescimento progressivo e que evoluiu com disfagia, odinofagia e perda ponderal de aproximadamente 6Kg nesse período. Nos últimos 5 meses, cursou com obstrução nasal em fossa nasal direita e episódios de epistaxe autolimitada. Negava lesões ou passado de lesões em pele. À oroscopia, foi observada lesão vegetante, de aspecto granulomatoso, acometendo palato mole, úvula e amígdalas bilateralmente. À videoendoscopia nasal, foram visualizadas crostas em toda mucosa nasal, perfuração septal em 1/3 médio e anterior, com preservação da columela e lesão vegetante em palato mole. Foi submetido à biópsia da lesão em palato mole, cujo resultado histopatológico revelou-se tratar de processo inflamatório crônico granulomatoso, sugestivo de Leishmaniose. O paciente foi encaminhado à infectologia, que iniciou tratamento com antimoniato de N-metil-glucamina, evoluindo com melhora importante da lesão. Segue em tratamento e acompanhamento em virtude da possibilidade de doença residual.

Discussão: A Leishmaniose é uma doença infecciosa, causada pelo protozoário do gênero *Leishmania*. É uma protozoose de notificação compulsória. No Brasil, no ano de 2017, foram notificados 17.993 casos confirmados da doença. Possui evolução crônica, podendo apresentar-se clinicamente das seguintes formas: visceral, cutânea, mucocutânea, mucosa e raramente difusa. O diagnóstico da Leishmaniose compreende a associação entre dados clínicos, laboratoriais e provas imunológicas (IDRM e sorologia) e epidemiológicos. A confirmação parasitológica com biópsia pode ser difícil devido à escassez parasitária, sendo inconclusivo na maioria dos casos. O medicamento de escolha para o tratamento da Leishmaniose é o antimoniato de N-metil-glucamina.

Comentários Finais: A Leishmaniose constitui um problema de saúde pública, envolvendo o homem, que, após a picada de insetos dos gêneros *Lutzomyia*, torna-se infectado pelo parasita da espécie *Leishmania*. Diante de quadros clínicos com suspeição de doenças granulomatosas, é fundamental seguir protocolo de avaliação laboratorial associado a estudo histológico da lesão, para conseguir uma definição etiológica precisa sem prolongar o tempo de diagnóstico. O diagnóstico tardio da Leishmaniose mucosa parece estar associado a fatores educacionais, sociais, econômicos e geográficos.

Multicalcificações em glândulas parótidas no paciente com síndrome de Sjögren: Um relato de caso

AUTORES: LÍVIA MARGE DE AQUINO GUEDES, JULIANA MENDES DOS REIS RAMOS, ISABELA VIEIRA TOLEDO, CAROLINE ÉMILIE CERQUEIRA DA SILVA, DIOGO LACERDA PEREIRA DE MEDEIROS, ALONÇO VIANA JÚNIOR

HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Apresentação de Caso: J.M.M., 27 anos, feminina, referindo assimetria de face com abaulamento progressivo em topografia de parótidas havia cerca de dois anos. Referiu ainda boca seca, prurido ocular, recorrência de hordéolos e blefarite, já em acompanhamento com oftalmologista. Ao exame clínico, apresentava aumento em topografia de glândulas parótidas com ausência de sinais flogísticos e teste de Schirmer positivo. Ultrassonografia de região cervical e glândulas parótidas evidenciou dimensões normais e ecotextura difusamente heterogênea à custa de calcificações puntiformes difusas do parênquima das parótidas, sem sinais de dilatação canalicular. Em tomografia computadorizada (TC) de pescoço, glândulas parótidas apresentaram forma e dimensões normais, com pontos cálcicos de permeio ao parênquima, bilateralmente. Exames laboratoriais demonstraram pesquisa de FAN reativo com padrão nuclear pontilhado fino, pesquisa de anticorpos anti-Ro (SS-A), anti-La (SS-B) e FR reativos. Biópsia de mucosa jugal apresentou fragmentos das glândulas salivares menores com infiltrado linfoplasmocitário ("focus"). A paciente foi encaminhada para acompanhamento com reumatologia e optou-se pelo tratamento clínico.

Discussão: A síndrome de Sjögren (SS) é um distúrbio autoimune multissistêmico que acomete principalmente as glândulas salivares e lacrimais. Os sintomas clínicos são caracterizados por boca seca progressiva e olhos secos. Nos últimos anos, pequenas e múltiplas calcificações bilaterais no parênquima da parótida têm sido relatadas como uma nova característica da síndrome. Considerava-se que pequenas calcificações ocorriam somente no parênquima gravemente destruído pela SS e que seriam extremamente raras na população geral portadora da síndrome. No entanto, em estudos recentes realizados por Sun et al. e Izumi et al., nos quais foram realizadas tomografias para todos os pacientes com SS, foram relatadas incidências de calcificações bilaterais que variam de 29,4% a 35,2% no primeiro estudo, e cerca de 23%, no segundo estudo. Isso sugere que as calcificações sejam uma manifestação frequente na SS e pouco diagnosticadas devido à não realização de TC, em detrimento de outros exames, como cintilografia ou sialografia para estes pacientes, que são inferiores para detecção de pequenas calcificações.

Comentários Finais: A TC parece ser um exame relevante na identificação da existência de calcificações no parênquima da glândula parótida no paciente com SS. Tais calcificações poderiam ser consideradas como um dos critérios diagnósticos desta síndrome. Além disso, é importante que o paciente com tal suspeita seja avaliado por uma equipe multidisciplinar composta de oftalmologista, reumatologista e otorrinolaringologista, dentre outros.

P 008

Pôster - Relato de Caso

Manifestações em cavidade oral como primeira manifestação de Sjögren: Relato de caso

AUTORES: ISABELE ARAÚJO TAVARES, PATRICIA GOES PRADO, LORENA MASCARENHAS VENEZA, WASHINGTON LUIZ ALMEIDA, MARCIO CAMPOS, MILA ALMEIDA

HOSPITAL OTORRINOS DE FEIRA DE SANTANA

Apresentação de Caso: Paciente, sexo feminino, 36 anos, branca, natural e procedente de Feira de Santana - BA. Atendida no Hospital Otorrinos de Feira de Santana com queixa principal de dor nos lábios e língua. Apresentava lesão bolhosa bem dolorida na junção mucocutânea em lábio inferior e leve odinofagia, com evolução de 4 dias nesta primeira consulta. Optou-se por tratamento com aciclovir 2g/dia e prednisolona 40mg/dia, pensando-se na suspeita de herpes labial. Evoluiu, após 2 dias, com piora do quadro, apresentando piora da queixa álgica, lesões crostosas em lábios e lesões ulceradas em gengiva, mucosa jugal e língua, além de queixas sistêmicas como astenia. Optou-se por realizar biópsia de lesão em transição de lábio e mucosa jugal e aumentar a dose do corticoide para 80mg/dia. Após 4 dias do aumento da dose do corticoide, paciente retorna com melhora das lesões e sem queixa álgica, trazendo resultado de anatomopatológico de pênfigo.

Discussão: A síndrome de Sjögren é uma condição autoimune crônica caracterizada por ataque do sistema imunológico às glândulas salivares e lacrimais. Ocorre um acúmulo de linfócitos nas glândulas, causando uma diminuição nas excreções. Pode acometer, além da cavidade oral, fígado, pulmão, rins, pele, nariz, cérebro e órgão genital. As manifestações orais mais comuns são xerostomia, língua fissurada, atrofia papilar, mucosa oral vermelha e queiloide angular. Manifestações com lesões ulceradas, evoluindo com crostas são raras, podendo estar relacionadas com a queixa de xerostomia.

Comentários Finais: Paciente com suspeita inicial de pênfigo sendo tratada com corticoide e antibioticoterapia para infecção secundária das lesões. Evoluiu com melhora após o tratamento e, posteriormente, apresentou manifestação de xerostomia e demais sintomas do quadro de síndrome de Sjögren.

Manifestação oral em paciente com histoplasmose disseminada: Relato de caso

AUTORES: JULIA MARIA AMARAL AMBRÓSIO¹, PAULA MIE MURAKAMI HIROTANI¹, LETICIA ANDRADE DE ANGELO¹, ANTONIO CARLOS CEDIN¹, ELIANA RODRIGUES BIAMINO¹, MANUELA PEDROZA LIMONGI²

1 - HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

2 - INSTITUTO FELIPPU DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Apresentação de Caso: E.V.S., sexo masculino, 89 anos, antecedente de doença pulmonar obstrutiva crônica (tabagismo por 20 anos), plaquetose crônica e cardiopatia. Em tratamento empírico para tuberculose ganglionar com esquema RIPE desde outubro de 2017, devido a imagem sugestiva em tomografia de pescoço sem confirmação diagnóstica (pesquisa BAAR e cultura de linfonodo negativas). Internado no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo para investigação de odinofagia crônica e presença de lesões em cavidade oral de aspecto ulcerado, hiperemiado e edema em toda a região palatal e pilares amigdalianos, estendendo-se até a úvula. Realizada biópsia das lesões orais evidenciando processo inflamatório crônico e focos de necrose. Pesquisa de fungos negativa. As sorologias para sífilis, citomegalovírus, HIV e paracoccidiodomicose foram não reagentes, enquanto para histoplasmose, reagente. Iniciado tratamento com itraconazol em ambiente hospitalar e, posteriormente, acompanhamento ambulatorial. Mantido esquema rifampicina-isoniazida. Paciente evoluiu com melhora da odinofagia, regressão das lesões e boas condições clínicas.

Discussão: A histoplasmose é uma infecção fúngica oportunista, endêmica na América Latina, causada pelo *Histoplasma capsulatum*. O homem a adquire através da inalação dos conídios na natureza, em solos com fezes de aves e morcegos. Geralmente, apresenta-se com queixa leve ou subclínica e pode ser diagnosticada por prova cutânea. O acometimento da cavidade oral é muito raro, estando associado apenas à sua forma disseminada, geralmente encontrada em pacientes pediátricos e imunossuprimidos, resultantes da recrudescência de infecções latentes e de reexposições ao microrganismo em áreas hiperendêmicas. Cerca de 40-75% dos adultos e 18% das crianças com histoplasmose disseminada progressiva têm envolvimento orofaríngeo. A forma disseminada é menos comum que a forma pulmonar aguda e crônica e se caracteriza pela disseminação progressiva da infecção para sítios extrapulmonares provavelmente por reativação da infecção e é uma condição grave, podendo resultar em morte em 80 a 90% dos casos não tratados. As localizações orais são mais frequentes em língua e palato, e se apresentam como úlceras dolorosas de superfície irregular e margens firmes. A infecção por *Mycobacterium tuberculosis* é frequente. Pacientes com histoplasmose recebem tratamento empírico para tuberculose antes do diagnóstico de certeza de histoplasmose. As principais drogas indicadas para tratamento são anfotericina B e itraconazol. Nos pacientes imunocompetentes, com as formas disseminadas crônicas da micose, sem envolvimento meníngeo, o itraconazol é a droga de escolha. Nestes doentes, a terapia deve ser mantida de seis meses a um ano. Terapêutica de manutenção a longo prazo é necessária para manter a remissão clínica.

Comentários Finais: A incidência de histoplasmose tem aumentado como resultado de alterações do sistema imune associado à quimioterapia, transplantes de órgãos, e não somente em pacientes portadores de SIDA. Desta forma, é importante a alta suspeita clínica nestes casos e a disponibilidade de métodos rápidos e sensíveis para o seu diagnóstico, como a sorologia positiva para o histoplasma e sua abordagem efetiva, como mostrado neste relato.

Manifestação laríngea da doença de Crohn - Relato de caso

AUTORES: LAURA GONÇALVES ALMEIDA NEIVA, FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA, ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA, HERCÍLIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA, PALOMA FEITOSA PINHO GOMES, CAMILA CARDOSO BARBOSA

INSTITUTO SANTA MARTA DE ENSINO E PESQUISA

Apresentação de Caso: Paciente A.L.D.S.L., sexo masculino, 41 anos, em uso regular de adalimumabe e azatioprina, para controle clínico da doença de Crohn (DC) diagnosticada há 15 anos, é acompanhado no ambulatório de Otorrinolaringologia devido queixa de odinofagia recorrente e uso frequente de antibióticos orais para tratamento de amigdalites agudas, em torno de 3 a 5 infecções nos últimos 5 anos. Soma-se à história da doença atual o relato de perda inespecífica de peso nos últimos meses e rouquidão intermitente. Devido ao processo infeccioso recorrente, indicou-se a cirurgia de amigdalectomia. Em abril de 2018, foi realizada a amigdalectomia a laser por entender que esta técnica seria mais apropriada à idade do paciente, além do relato de perda de peso inespecífica associada aos quadros de infecção recorrente. Após o décimo primeiro dia de pós-operatório, o paciente ainda apresentava um quadro de anorexia e perda considerável de peso, em torno de 10Kg, devido à odinofagia intensa persistente, o que chamou atenção por não ser um quadro habitual. Optou-se por realizar exame de videolaringoscopia com ótica rígida para melhor visualização e foram observadas lesões ulceradas com padrão salteado e edema de mucosa em ambos os seios piriformes e laringe. Foi então realizada uma biópsia e o material enviado para análise histopatológica, com o seguinte resultado: MICROSCOPIA - Mucosa com ulceração do epitélio de revestimento. No córion observam-se intenso infiltrado inflamatório mono e polimorfonucleares, e presença de estruturas granulomatosas. CONCLUSÃO - Processo inflamatório crônico granulomatoso ulcerado em laringe. Diante do quadro, o paciente foi encaminhado para seguimento clínico da DC devido a provável reatividade da doença.

Discussão: A doença de Crohn (DC) é conhecida como uma doença inflamatória granulomatosa crônica específica do trato gastrointestinal de origem indeterminada. Afeta predominantemente a parte inferior do intestino delgado (íleo) e o intestino grosso (cólon), porém pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, incluindo raramente a cavidade oral. Pode haver ainda manifestações extraintestinais (MEI), que geram sintomas referentes ao acometimento de outros órgãos, tais como a pele, as articulações e menos comumente a mucosa respiratória (fossas nasais, hipofaringe e laringe). O diagnóstico é feito pela biópsia das lesões por colonoscopia, cujo resultado esperado é um granuloma inflamatório. O achado mais comum na laringe acometida é o edema de laringe, sendo menos citados as ulcerações ou os processos granulomatosos nesta região. Na DC, quanto maior a extensão da doença no cólon, maior a incidência de MEI.

Comentários Finais: A importância deste relato se dá devido ao fato de que as doenças inflamatórias intestinais (DII) têm chamado a atenção pela complexidade e multiplicidade de manifestações tanto no trato digestivo como pela sua incidência em ascensão. As MEI nas doenças inflamatórias possuem um impacto negativo importante na mobilidade e até mesmo na mortalidade de uma porcentagem significativa de pacientes acometidos. A prevalência das MEI nas DII pode variar, de acordo com diversos estudos, de 21% a 36%, dependendo da área geográfica estudada, da população acometida, da duração e da extensão da doença.

Manifestação oral do pênfigo vulgar: Relato de caso e revisão de literatura

AUTORES: LAURA RODRIGUES SEFAIR, DANIEL VARGAS RIBEIRO, MÁISA MENDES PEDROSA, MARCOS CORREIA LIMA, SARAH MACIEL AUGUSTA MORATO, MAYCON SABINO SOUZA E SILVA

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

Apresentação de Caso: B.T.R.P., 32 anos, sexo masculino, previamente hígido, atendido no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Felício Rocho, hospital geral em Belo Horizonte (MG), com queixa de dor orofaríngea e lesões orais havia cerca de um mês, refratária ao tratamento prévio com diversos antibióticos (excluindo-se derivados de penicilina devido à alergia). Em uso, no momento, de clindamicina há 7 dias. Apresentou perda de peso importante desde o início dos sintomas. Ao exame, apresentava placas brancacentas em mucosa jugal e gengivas, friáveis e sangrantes à manipulação, com halo hiperemiado, além de lesão semelhante em hipofaringe, posterior à epiglote. Não havia lesões cutâneas ou outras alterações ao exame físico. Foi iniciado tratamento para candidíase com nistatina solução oral e fluconazol, e solicitados hemograma e sorologia infecciosa para mononucleose, citomegalovírus, herpes simples e HIV. Reavaliado após 15 dias, apresentando exames sem alterações e piora das lesões orais, com extensão das placas esbranquiçadas para lábio inferior, língua e assoalho de boca, e aparecimento de úlceras em ponta de língua e de hiperemia difusa. Foram, então, aventadas as hipóteses de pênfigo vulgar e penfigoide cicatricial, e foi feito encaminhamento para a dermatologia. A biópsia das lesões e imunofluorescência confirmaram a hipótese de pênfigo vulgar. Houve remissão do quadro após corticoterapia e imunoterapia.

Discussão: O pênfigo vulgar é a variante mais comum do grupo pênfigo, que inclui doenças autoimunes vesiculares caracterizadas por acantólise histológica (perda de adesão célula-célula) e bolhas mucosas e/ou cutâneas. Sua incidência varia entre 0,1 e 0,5 por 100.000 pessoas. Quase todos os pacientes com pênfigo vulgar desenvolvem acometimento de mucosa, sendo a mucosa oral o local mais envolvido. Pelo menos 70% dos pacientes com pênfigo vulgar apresentam lesões no trato aerodigestivo superior como primeira manifestação, que geralmente ocorre a partir da quinta década de vida. Os sinais clínicos iniciais são erosões e ulcerações dolorosas predominantemente em orofaringe, palato mole, mucosa bucal e mucosa labial. As bolhas nas mucosas se rompem rapidamente e, por isso, nem sempre são encontradas. A dor oral associada pode ser grave, podendo resultar em má alimentação, perda de peso e desnutrição. A maioria dos pacientes também desenvolve envolvimento cutâneo, que muitas vezes acontece meses a anos após a manifestação oral. O penfigoide cicatricial deve ser considerado com diagnóstico diferencial, assim como lúpus eritematoso, eritema multiforme e líquen plano. O diagnóstico baseia-se em achados clínicos, imunofluorescência direta e histologia. Exames laboratoriais são importantes para distinguir pênfigos de outras etiologias de lesões bolhosas e erosivas. O tratamento é baseado na imunossupressão sistêmica com prednisona e agentes não esteroidais.

Comentários Finais: Apesar da frequência relativamente baixa do pênfigo, o otorrinolaringologista deve estar atento a esse diagnóstico, uma vez que a maioria dos pacientes desenvolverão lesões orais como primeira manifestação da doença. Logo, o otorrinolaringologista pode ser o primeiro médico assistente do paciente com pênfigo em seu consultório, devendo estar apto a realizar o diagnóstico correto. Deve-se atentar para o curso crônico da doença, geralmente com resposta ruim ou lenta a tratamentos convencionais, além da possibilidade de repercussão sistêmica, como perda de peso.

Leucoplasia oral decorrente de refluxo gastroesofágico - Relato de caso

AUTORES: LAÍS ALVES DA SILVA¹, MIRELLA KALYNE CAVALCANTE MAGALHÃES¹, KATIANNE WANDERLEY ROCHA¹, LUIZ CARLOS OLIVEIRA DOS SANTOS², LUANE CRISTINE TENÓRIO CORREIA¹, RAVENA BARRETO DA SILVA CAVALCANTE¹

1 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ

2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Apresentação de Caso: Paciente D.M.S., 33 anos, comerciante, etilista e tabagista crônico, sem outras comorbidades. Refere queimação em cavidade oral e disfagia intensas após episódio de êmese volumosa há cinco dias. À oroscopia, lesões leucoplásicas disseminadas em palato mole, mucosa jugal, orofaringe e face ventral da língua. Orientado sobre hábitos alimentares e comportamentais, iniciada analgesia e inibidor de bomba de prótons (pantoprazol), encaminhado para biópsia e solicitadas sorologias para pesquisa de imunodeficiência. Ao retornar em uma semana para realização de biópsia, paciente referiu uso de Neopiridin (benzocaína e cetilpiridínio) e Oncilon oro-base A sem orientação médica. À oroscopia, melhora circunstancial das lesões em orofaringe sem necessidade de realização de biópsia. Mantido pantoprazol, reforço da orientação alimentar e da cessação do etilismo e tabagismo, solicitada endoscopia digestiva alta (EDA). Após dois meses, paciente ainda aguardando a realização de EDA, porém nega retorno dos sintomas e refere cessação do etilismo e do tabagismo. Sorologias normais e mantém uso de pantoprazol.

Discussão: Leucoplasia é definida como placas esbranquiçadas geralmente decorrentes de queratinização do tecido. É classificada em homogênea e não homogênea, sendo que esta última apresenta maior risco de desenvolver lesões malignas. Pode ser encontrada em vários níveis do trato aerodigestivo superior devido à falha anatômica e/ou funcional dos mecanismos para manter o conteúdo ácido no estômago. Quando esse material gástrico ultrapassa o esôfago, lesões e manifestações clínicas são encontradas no campo fonoaudiológico, caracterizando o refluxo laringofaríngeo (DRLF). As queixas de DRLF são variadas e decorrem com a gravidade do caso. Podem ir de leve hiperemia e edema de laringe, irregularidades na mucosa das pregas vocais, hiperplasia de tonsilas linguais até situações mais dramáticas como leucoplasias e carcinoma. Fatores como etilismo e tabagismo são considerados agravantes das lesões desencadeadas pelo refluxo. O exame considerado padrão-ouro para diagnóstico de DRLF é a pHmetria de 24 horas, porém outros exames podem subsidiar o diagnóstico, como endoscopia digestiva alta. O diagnóstico da leucoplasia é dado por biópsia, que determina também o grau de atipia da lesão. O tratamento consiste mudanças comportamentais como cessação do etilismo e tabagismo, orientações dietéticas e terapia medicamentosa com inibidores de bomba de prótons.

Comentários Finais: O refluxo gastroesofágico pode provocar uma variedade de queixas otorrinolaringológicas e estas podem ser agravadas pelo etilismo e tabagismo devido à agressão direta desses fatores à mucosa. A leucoplasia é decorrente da ação do conteúdo gástrico nas mucosas orais, faríngeas e laringeas. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para reduzir o risco de evolução para lesões malignas como carcinoma. Além da terapia medicamentosa, a mudança nos hábitos comportamentais também é essencial para uma boa resposta terapêutica.

P 013

Pôster - Relato de Caso

Rinosseptoplastia funcional secundária associada a fechamento de perfuração septal com cross-over flaps

AUTORES: SIMONE RENNÓ ROSA, RENATO FORTES BITTAR

HOSPITAL SAMARITANO HIGIENÓPOLIS

Apresentação de Caso: Paciente F.E.S.F., 27 anos, com queixa de obstrução nasal, pior à direita, associado a crostas de odor fétido, além de insatisfação com laterorrínia para direita e giba em dorso. História de septoplastia 6 anos antes, foi submetido à rinosseptoplastia com correção da perfuração pela técnica de cross-over flaps.

Discussão: A perfuração septal é achado ocasional da rinoscopia, sendo a maioria dos pacientes assintomática. Os sintomáticos costumam se queixar de sibilos e formação de crostas. Existem várias etiologias possíveis como tamponamento nasal, cauterização química, fratura nasal, uso de cocaína, doenças inflamatórias, iatrogenias, entre outras. Neste caso, a perfuração ocorreu devido a cirurgia nasal prévia. A história de septoplastia e a perfuração reduzem a chance de obtenção de cartilagem do septo suficiente para enxertos usados na rinoplastia, tornando muitas vezes necessária a captação de enxerto de cartilagem de orelha ou arco costal. No paciente descrito foi possível realizar a correção estética sem abordagem de outros locais fora do nariz juntamente com a correção da perfuração septal, com a técnica de cross-over flaps.

Comentários Finais: Sem grande aumento do tempo cirúrgico, foi possível obter o fechamento completo da perfuração septal e o alcance da satisfação pessoal do paciente através da mudança estética, que resultou em um nariz mais harmônico e discreto na face.

Fibrolipoma do cavum

AUTORES: BRENO ALTOÉ LOPES¹, CASSIARA DOMINGUES DE LIMA¹, KARINA LOUISE DE ABREU NAVA¹, ANAÍSA MARIA DA SILVA¹, SUÉLEN MARTINS TORRES¹, NAYARA MARQUES FAISSAL²

1 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2 - FACULDADES BWS

Apresentação de Caso: G.M.F.A., 7 anos, trazida ao Serviço de Otorrinolaringologia da Santa Casa de São José do Rio Preto pela mãe, história de roncos noturnos, respiração oral e obstrução nasal frequentes e piorados. Paciente relatava "sensação de bola" ao deglutir e ardência orofaríngea. Ausência de quaisquer outras alterações associadas. Oroscoopia amígdalas grau 1, massa de formato polipoide e coloração semelhante a mucosa, com diminutas reentrâncias em sua superfície, aparecendo em região posterior ao palato mole, à direita, advinda da rinofaringe. Nasofibroscoopia evidenciando tecido com característica de partes moles, coloração semelhante à mucosa, obstruindo totalmente a coana, advinda do cavum, sem sinais de abaulamentos, compressões e/ou deformidades estruturais. Optou-se por prosseguir a propedêutica indicando-se adenoamigdalectomia com envio do material para biópsia. Paciente evoluiu com melhora total do quadro já no pós-operatório imediato. Histopatológico da lesão evidenciou à macroscopia formação alongada de tecido de coloração parda, medindo 6,5x2,2x2cm os maiores eixos e mostra, aos cortes, superfície brancacenta e translúcida, tendo como diagnóstico fibrolipoma com áreas de aspecto mixoide e componente inflamatório, retirados com margem, sem atipias.

Discussão: Lipomas são os tumores benignos mais comuns de origem mesenquimal. Apenas 13% deles localizados na região da cabeça e pescoço. É muito raro que eles se estabeleçam na nasofaringe. Existem várias variantes histológicas de lipoma, e fibrolipoma é uma variante incomum. O fibrolipoma nasofaríngeo é extremamente raro, com apenas quatro relatos de casos na literatura. Na sua localização nasofaríngea, pode produzir vários sintomas como obstrução nasal, apneia do sono, sinusite crônica, disfagia, compressão de estruturas vizinhas, ronco, rinolalia fechada, cefaleia, provavelmente relacionada à SAHOS, anosmia, halitose, rinorreia, otalgia e epistaxe. Sintomas podem ser secundários a um déficit de nervos cranianos, uma meningite, ou uma obstrução da trompa de Eustáquio, causando otite média serosa e perda auditiva. Dor, trismo ou alteração neurológica sugere malignidade. A TC é útil no diagnóstico, mas a RM é preferível. No caso descrito, optou-se pela abordagem cirúrgica com biópsia excisional da lesão, ponderando o risco-benefício na demora de exames de imagem em detrimento do diagnóstico definitivo da paciente. A via de ressecção para tumores de cabeça e pescoço depende da localização, tamanho, vascularização e potencial maligno do tumor: transcervical, submaxilar, transmandibular, transparotídea, transoral ou infratemporal. No caso do nosso paciente, a via de escolha foi a transoral. O conjunto de características clínicas foi mandatário no tipo de tratamento, bem como no prognóstico da lesão. É consagrado pela literatura que o tratamento do lipoma é exclusivamente cirúrgico. O diagnóstico de confirmação será obtido com o estudo patológico da lesão. Nele, veremos células adiposas maduras separadas por septos fibrosos, circunscrito por uma fina cápsula de tecido conjuntivo. Pode conter áreas fibrosas, mixomatosas ou angiomas.

Comentários Finais: O fibrolipoma é uma variante rara do lipoma. Como toda massa da região da nasofaringe deve ser investigada e dada sua devida importância. Caso haja qualquer dúvida sobre a benignidade da lesão, exames de imagem devem ser solicitados para melhor esclarecimentos, porém sempre pensando no bem-estar do paciente, e nas consequências que a demora do diagnóstico pode acarretar.

Mucocele extensa de seios da face

AUTORES: ANAISA MARIA DA SILVA, BRENO ALTOÉ LOPES, CASSIARA DOMINGUES DE LIMA, KARINA LOUISE DE ABREU NAVA, SUÉLEN MARTINS TORRES, STÊNIO MARQUES DE CAMARGO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Apresentação de Caso: Paciente J.S.P., 50 anos, sexo masculino, pardo, auxiliar de cobrador. Iniciou quadro de cefaleia com piora gradual há seis meses e diplopia há um mês, quando então procurou o nosso serviço. Foi realizada ressonância magnética do crânio e das órbitas, que evidenciou formação expansiva etmoidal esquerda que determinou remodelamento das estruturas ósseas adjacentes, destacando-se abaulamento da parede medial da órbita esquerda e erosão da placa cribiforme/plano esfenoidal com pequena insinuação para fossa craniana anterior, complementado também com tomografia computadorizada de seios da face, na qual ficou descrita lesão hipodensa não captante do meio de contraste, medindo 3,8x3,6x4,9cm, ocupando o seio maxilar esquerdo, seio esfenoidal esquerdo, células etmoidais posteriores à esquerda e cavidade nasal posterior à esquerda, que determinou remodelamento ósseo adjacente, sem destruição óssea. Realizada intervenção cirúrgica por Fess (cirurgia funcional endoscópica dos seios) que evidenciou aspecto cístico, não polipoide, onde foi rompida a cápsula da mucocele e drenado conteúdo hialino, sem presença de secreção purulenta. Após 20 dias, nova tomografia computadorizada dos seios da face foi realizada evidenciando lesão hipodensa ocupando o seio maxilar esquerdo, seio esfenoidal esquerdo, seio frontal esquerdo, células etmoidais posteriores à direita e anteriores e posteriores à esquerda e cavidade nasal posterior à esquerda, que determina destruição da parede medial do seio maxilar esquerdo. No pós-operatório relatou melhora imediata da diplopia e da cefaleia, evoluindo bem e atualmente encontra-se em acompanhamento mensal no ambulatório de Otorrinolaringologia, sem outras queixas.

Discussão: As mucoceles são lesões benignas pseudocísticas, formadas por epitélio secretor de muco (epitélio pseudoestratificado ou respiratório) e, na maioria das vezes, preenchem toda a cavidade sinusal. As mais frequentes são as frontoetmoidais, seguidas pelas etmoidais, esfenoidais e maxilares. Geralmente, são secundárias a trauma, manipulação cirúrgica e inflamação crônica e muito raramente são primárias, originadas pelo crescimento lento de globet cells. Mucoceles extensas acometendo vários seios não são comuns e, quando ocorrem, na grande parte das vezes estão ligadas a trauma e manipulação prévia. O diagnóstico é sugerido por exames de imagem como ressonância magnética e tomografia computadorizada e confirmado no ato cirúrgico ou mais especificamente com exames anatomopatológicos. O tratamento de escolha é cirúrgico, sendo a Fess o mais indicado e já no pós-operatório imediato pode apresentar resultados importantes.

Comentários Finais: De acordo com o raro surgimento de mucocele extensa sem uma causa prévia aparente, apenas evidenciando sintomas inicialmente vagos como cefaleia periódica com intensidade progressiva e sinais e sintomas oftalmológicos, nota-se a necessidade de um exame de imagem imediato para a correta intervenção e rápida cessação do quadro.

Abscesso de rinofaringe como diagnóstico diferencial de otalgia persistente: Relato de caso

AUTORES: RODRIGO CASECA DOS SANTOS, MIGUEL SOARES TEPEDINO, ANA CLARA MIOTELLO FERRÃO, CAMILA FREIRE DE VASCONCELLOS, PEDRO MORENO FRAIHA

PRÓ OTORRINO - POLICLÍNICA DE BOTAFOGO

Apresentação de Caso: S.H.S., 67 anos, sexo feminino, procurou atendimento no Serviço de Otorrinolaringologia da Policlínica de Botafogo após avaliação prévia de outros profissionais, com quadro de cefaleia, hipoacusia e otalgia esquerda com 60 dias de evolução. Apresentou audiometria com perda auditiva condutiva em ouvido esquerdo e curva tipo B na timpanometria, recebendo o diagnóstico de otite média serosa esquerda e sendo realizada miringotomia 6 dias antes da consulta. No atendimento, o exame físico não apresentou alterações significativas, tampouco na palpação cervical, e a endoscopia nasal apresentava cavum livre. Já havia sido realizada tomografia computadorizada de mastoides com velamento de algumas células em mastoide esquerda. Solicitada ressonância nuclear magnética de seios paranasais com contraste evidenciando espessamento e heterogeneidade das partes moles da região posterior e lateral da nasofaringe à esquerda, e área de hiperssinal sem STIOR e captante de contraste, de aspecto infiltrativo e obstruindo a tuba auditiva deste lado. Optou-se pela abordagem endoscópica endonasal de região de rinofaringe esquerda para biópsia da lesão e miringotomia com colocação de tubo de ventilação de longa permanência no lado acometido. No intraoperatório notaram-se características inflamatórias da lesão e presença de secreção purulenta em planos profundos. Anatomopatológico revelou processo inflamatório crônico exibindo microabscessos e fibrose, ausência de malignidade. Após 5 meses de pós-operatório, a paciente encontra-se assintomática, sem alterações no exame físico.

Discussão: A rinofaringe compreende a porção mais superior das vias aéreas superiores, exclusivamente respiratória, com 2cm de diâmetro anteroposterior e cerca de 4cm de extensão craniocaudal. Seus limites laterais são formados pelas margens do músculo constritor superior da faringe e pela fâscia faringobasilar, recessos faríngeos, toro tubário e tuba auditiva. O limite inferior é um plano horizontal que passa do palato duro e pelo músculo palatofaríngeo. Anteriormente, comunica-se com a cavidade nasal via coana. As lesões da nasofaringe podem ser classificadas em benignas ou malignas, sendo as primeiras relativamente incomuns, e incluem o cisto de Thornwaldt, angiofibroma juvenil e teratoma. O carcinoma de células escamosas compreende aproximadamente 75% a 85% de todas as neoplasias malignas da nasofaringe, seguido de linfomas. A importância no diagnóstico diferencial de lesões em rinofaringe se dá pela semelhança da sintomatologia, que podem estar presentes tanto em lesões neoplásicas quanto inflamatórias, uma vez que os mesmos dependem da localização da lesão, do tamanho e de uma possível rota de disseminação. Em alguns casos, a ressonância nuclear magnética pode apresentar-se inconclusiva quanto à etiologia da lesão, ficando o diagnóstico definitivo reservado ao exame anatomopatológico.

Comentários Finais: A importância no diagnóstico diferencial de lesões em rinofaringe se dá pela semelhança da sintomatologia, que podem estar presentes tanto em lesões neoplásicas quanto inflamatórias, uma vez que os mesmos dependem da localização da lesão, do tamanho e de uma possível rota de disseminação.

Mucocele de seio frontal com fistulização palpebral

AUTORES: NATHALIA TENÓRIO FAZANI¹, LUIZ EDUARDO FLORIO JUNIOR², GUILHERME ROCHA NETTO³, VINICIUS DE SOUZA SIEBERT²

1 - PUC-SP

2 - UNIFESP

3 - IPO

Apresentação de Caso: A.G.G., 70 anos, queixa de cefaleia frontal associada à rinorreia posterior e saída de secreção purulenta em pálpebra direita há dois anos, sem outras queixas. Exame físico: motilidade ocular extrínseca dentro da normalidade, sem restrições nos dois olhos; rinoscopia: desvio septal área II em fossa nasal esquerda não impactado, CCNNII grau II. Endoscopia rígida: DS área II E não impactado, CCNNII grau II, processo uncinado hipertrófico D, visualização de secreção seropurulenta em pequena quantidade sendo drenada em recesso frontal D, saída de secreção mucopurulenta em óstio maxilar E. TCSPN: material de partes moles envolvendo região frontoetmoidal D com expansão supraorbitária, assim como espessamento mucoso em seio maxilar ipsilateral e velamento em seio maxilar esquerdo. Decidiu-se pela abordagem cirúrgica: septoplastia com turbinectomia parcial para melhores cuidados e seguimento pós-operatório e a realização de um Draf II B. Durante procedimento cirúrgico, realizamos toda abertura, esqueletização e drenagem das regiões comprometidas pela afecção guiados por ótica 0 e 45 graus com sucesso, sem a necessidade de acesso externo. Por fim, realizamos cauterização sutil em fístula palpebral superior D e 2 pontos simples com nylon 6.0. Colocado rayon com creme corticoide utilizado como tampão por 2 dias.

Discussão: A mucocele é uma lesão cística benigna de revestimento epitelial do tipo respiratório, crescimento lento e caráter expansivo, que acomete os seios paranasais. Resultante do acúmulo e retenção de muco espesso em seu interior, ocorrendo quando a drenagem do óstio do seio é obstruída, devido a processos crônicos de rinossinusite, polipose nasossinusal, trauma craniofacial, cirurgia prévia, tumores benignos ou malignos. São lesões raras dos seios paranasais, porém, constituem a sua afecção expansiva mais comum, primariamente nos seios frontais (60% a 65%). Apesar de benigna, a mucocele tem propensão a expandir, remodelar e reabsorver as paredes ósseas do seio paranasal acometido, alterando sua integridade e eventualmente comprometendo as estruturas circunvizinhas como a órbita e a cavidade intracraniana, como no caso apresentado, em que a paciente apresentou fistulização palpebral durante dois anos até o tratamento, sendo de grande importância o diagnóstico precoce. Sua incidência é maior entre a terceira e quarta décadas de vida. Sem predominância entre os sexos. O quadro clínico varia conforme a região envolvida, podendo causar dor facial, cefaleia, obstrução nasal, diplopia, deslocamento do globo ocular, edema facial, abscesso cerebral e meningite. O exame de eleição para o diagnóstico é a tomografia computadorizada, avaliando a extensão e auxiliando no planejamento cirúrgico. O tratamento é cirúrgico, e as vias de acesso podem ser externa e endonasal. A tendência atual é realizar uma abordagem funcional e pouco invasiva, através da cirurgia endoscópica nasossinusal, com marsupialização e drenagem abrangentes da lesão, preservando o epitélio de revestimento.

Comentários Finais: As mucoceles são lesões benignas de caráter expansivo que podem evoluir com complicações intracranianas e orbitárias, como no caso apresentado, em que é importante salientar que a paciente, apesar da duração de dois anos da queixa de fistula na pálpebra, não apresentou alteração na acuidade visual e motricidade ocular. Por isso, devem ser diagnosticadas e tratadas precocemente. Os pacientes submetidos à marsupialização com drenagem da lesão via nasossinusal têm apresentado resultados eficientes e boa evolução.

Cirurgia endoscópica transnasal da atresia coanal sem o uso de stent e com retalhos superior e inferior: Relato de caso e revisão de literatura

AUTORES: WILLIAN DA SILVA LOPES, FABRICIO LEOCADIO RODRIGUES DE SOUSA, LEONARDO SILVA NÓBREGA, JUDSON BRUNO MORAIS DE OLIVEIRA, RAQUEL CÂMARA DE OLIVEIRA, THAISSA RODOLFO ALMEIDA DE CARVALHO

UFMA

Apresentação de Caso: R.N.R.C., sexo feminino, 24 anos, referia obstrução nasal contínua à esquerda desde a infância, associada a espirros, prurido e coriza frequente. Referia ainda dor em raiz nasal intermitente e, eventualmente, dor facial, além de hiposmia e cacosmia. A nasofibrosopia evidenciou atresia de coana esquerda e secreção mucoide em estase. Tomografia confirmou placa atrésica mista. Submetida a correção cirúrgica endoscópica transnasal. Foi feita incisão em H na mucosa da placa atrésica, perfurando-a centralmente e confeccionando-se retalho superior e inferior. Realizado descolamento mucoso septal posterior bilateral com retalho superior à direita e inferior à esquerda, seguido de exérese de septo posterior, reposicionando os retalhos sobre as áreas cruentas superior e inferior tanto do septo quanto da coana e sem uso de cola fibrina. Posicionado Surgicell® em retalhos inferiores septal e coanal, mas não foi colocado stent. Pós-operatório consistiu em lavagem nasal com soro fisiológico, 40 ml seis vezes ao dia e retornos semanais para limpeza. Após 3 meses, observou-se boa perviedade de coana esquerda e a paciente não apresentou mais queixas nasais.

Discussão: A atresia de coana congênita resulta da falha no estabelecimento de uma comunicação entre a cavidade nasal posterior e a nasofaringe, na maioria dos casos unilateralmente. Recém-nascidos são respiradores nasais obrigatórios e, portanto, anormalidades na cavidade nasal tendem a resultar em estresse respiratório, que geralmente se manifesta durante as primeiras tentativas de alimentação oral ou mesmo nos primeiros minutos de vida, quando bilaterais. Relatos de obstrução nasal persistente e desconforto respiratório são encontrados no retardo do diagnóstico e correção da atresia. O diagnóstico pode ser feito clinicamente, utilizando uma sonda nasogástrica, mas estudo radiológico com tomografia computadorizada de seios paranasais é feito para confirmar a suspeita e identificar outras anomalias que poderiam dificultar a correção cirúrgica. A cirurgia ideal deve proporcionar adequada permeabilidade coanal, baixa taxa de reestenose, evitar danos a qualquer estrutura de desenvolvimento, possibilitar menor tempo de cirurgia e internação e minimizar a morbimortalidade. As principais técnicas cirúrgicas utilizam abordagens transnasal (endoscópica e microscópica), transpalatais e transeptais, com alguns estudos indicando a cirurgia endoscópica como um pouco melhor que a abordagem transpalatina. A escolha do uso ou não de stents no período pós-operatório ainda permanece controversa. O caso relatado descreve cirurgia endoscópica transnasal sem uso de stent com bom resultado cirúrgico.

Comentários Finais: Dados relacionados à cirurgia endoscópica transnasal para correção de atresia de coana são relativamente escassos na literatura, mas uma certa preferência por essa técnica é notada, com variações na sua realização. Contudo, a confecção de retalhos para proteger as áreas cruas sem o uso de stents oferece vantagens como boa visualização, técnica fácil para formar retalhos, menos complicações ortodônticas e neurológicas, menos trauma, menos sangramento, sem limitação de idade, recuperação rápida, menos tempo de hospitalização e bons resultados.

Epistaxe como manifestação de hemangioma capilar lobular de septo nasal

AUTORES: CAROLINE ÉMILIE CERQUEIRA DA SILVA CAETANO, NAYADJA FERREIRA SOUZA, LIVIA MARGE DE AQUINO GUEDES, DANIELLA LEITÃO MENDES

HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Apresentação de Caso: E.N.O., sexo feminino, parda, 64 anos, hipertensa, atendida na emergência do Hospital Naval Marcílio Dias em maio de 2018 e encaminhada à Otorrinolaringologia para avaliação. Em duas semanas apresentou epistaxe por fossa nasal esquerda, inicialmente autolimitada de pequena monta associada a obstrução nasal. Posteriormente, apresentou sangramento persistente, sendo necessário tamponamento nasal anterior com gaze, controlando o sangramento. Nega associação ao esforço físico, manipulação local ou pico hipertensivo. À endoscopia nasal, foi visualizada lesão pedunculada, de consistência mole, bem delimitada e vascularizada em área II de Cottle de septo nasal esquerdo. Sem presença de sangramento ativo. Fossa nasal direita sem alterações. Na oroscopia, parede posterior encontrava-se livre. A tomografia computadorizada com contraste revelou uma massa de tecido mole, bem circunscrita e hipercaptante de contraste em cavidade nasal esquerda. O epicentro da lesão era visto na cavidade nasal e estava intimamente ligado ao septo nasal, sem erosão ou remodelação dos ossos subjacentes. Realizada ressecção da lesão em centro cirúrgico sob anestesia geral através de uma incisão elíptica na mucosa nasal septal. Realizado exame perioperatório por congelamento, evidenciando aspecto benigno. Análise anatomopatológica evidenciou hemangioma capilar lobular nasal medindo 1,5 x 0,8 x 0,8cm. No período pós-operatório verificou-se boa cicatrização no local da incisão, sem sinais de recidiva.

Discussão: O hemangioma capilar lobular (HCL), também conhecido como granuloma piogênico, apresenta-se usualmente como uma lesão benigna, de crescimento rápido, que ocorre isoladamente na pele e mucosas. Consiste numa proliferação vascular de etiologia desconhecida, com uma arquitetura lobular característica ao exame microscópico. A nível nasal, estas lesões ocorrem com maior frequência em ordem decrescente no septo (plexo de Kiesselbach), parede nasal lateral e véstíbulo. Tem uma incidência mais elevada na terceira década de vida, com predomínio no sexo feminino, contudo, após os 40 anos de idade a proporção de homens e mulheres afetados parece ser semelhante. A sua ocorrência tem sido associada com a estimulação hormonal durante a gravidez ou devido a uso de contraceptivos orais. Este tumor é frequentemente diagnosticado erroneamente como angiofibroma, que contém celularidade acentuada quando comparado com o hemangioma capilar lobular nasal. Na imuno-histoquímica, as células endoteliais CD 31 positivas e células musculares lisas de actina são predominantes. Deve-se suspeitar do diagnóstico, na ocorrência de epistaxe intermitente, que pode estar associada a obstrução nasal, deformidade facial ou dor local. A suspeita de hemangioma nasal aumenta quando à rinoscopia anterior ou à endoscopia nasal se constata a presença de tumoração avermelhada, lisa e geralmente arredondada inserida no septo nasal ou nos cornetos. Arteriografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética podem ser usadas para a confirmação do diagnóstico e análise da extensão da lesão.

Comentários Finais: Embora seja uma lesão rara, o HCL deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesões vasculares nasais associadas com epistaxe unilateral e obstrução nasal, como pólipos nasais ou antrocoanales, sarcoideose, granulomatose com poliangeíte, papiloma, sarcoma de Kaposi, hemangiosarcoma, carcinoma espinocelular ou melanoma maligno da mucosa.

Atresia de coana bilateral corrigida em paciente de 10 anos de idade: Relato de caso

AUTORES: LORENA MASCARENHAS VENEZA, ISABELE ARAÚJO TAVARES, PATRÍCIA GÓES PRADO, NATALIA MARIA COUTO BEM MENDONÇA, RODRIGO BETELLI ALVES, WASHINGTON LUIZ ALMEIDA

HOSPITAL OTORRINOS DE FEIRA DE SANTANA - BA

Apresentação de Caso: Paciente do sexo feminino, 10 anos de idade, admitida no Hospital Otorrinolaringológico, em Feira de Santana, Bahia, com queixa de obstrução nasal bilateral, respiração oral exclusiva, anosmia e rinorreia mucopurulenta bilateral recorrente desde o nascimento. Genitor refere que criança apresentou dificuldade para a mamada durante a infância, mas nega cuidados especiais após o parto. À ectoscopia, apresentava face alongada, baixa estatura e baixo peso para a idade, sem outros achados sugestivos de malformações congênitas. Ao exame otorrinolaringológico, foram observadas rinorreia hialina bilateral à rinoscopia, protusão dentária e palato ogival à oroscopia e ausência de alterações à otoscopia. Realizadas videoendoscopia nasal e tomografia de face, confirmando diagnóstico de atresia coanal óssea bilateral. A paciente foi submetida à correção cirúrgica com acesso transnasal via endoscópica e confecção de retalho mucoperiosteal cobrindo as áreas cruentas da neocono. Encontra-se em acompanhamento no serviço, no primeiro ano pós-operatório, com melhora das queixas clínicas. À videoendoscopia nasal, apresenta redução concêntrica em topografia coanal, porém mantendo-se patente.

Discussão: A atresia de coana congênita caracteriza-se pela obstrução unilateral ou bilateral da abertura posterior da cavidade nasal. Trata-se de uma anomalia rara, de ocorrência estimada em 1:5.000 a 1:8.000 nascidos vivos, sendo duas vezes mais prevalente no sexo feminino. Quanto à constituição, pode ser óssea, membranosa ou mista. Apresenta-se como malformação isolada ou, em 20% a 50% dos casos, faz parte de um grupo de malformações congênitas, como: coloboma, malformações cardíacas e craniofaciais, retardo do crescimento, anomalias genitais e auriculares ou surdez. Quando unilateral, há apenas leves sintomas de obstrução nasal e rinorreia persistente do lado atrésico, podendo passar despercebida durante a infância. Quando bilateral, trata-se de uma emergência médica, visto que recém-nascidos são, habitualmente, respiradores nasais obrigatórios nas primeiras três semanas de vida. Na abordagem inicial, deve-se manter a permeabilidade da via respiratória através da cânula de Guedel, Chupeta de McGovern ou até mesmo a intubação orotraqueal. O diagnóstico é confirmado pela tomografia computadorizada e videoendoscopia nasal. O tratamento definitivo é cirúrgico. A técnica transnasal endoscópica tem oferecido bons resultados, pois, além de proporcionar boa visualização, também promove menor traumas às estruturas em desenvolvimento, com menor sangramento e tempo cirúrgico reduzido. A principal complicação cirúrgica é a estenose coanal pós-operatória.

Comentários Finais: A atresia de coana bilateral tem seu diagnóstico realizado mais precocemente devido à sintomatologia mais exuberante e alto grau de suspeita por parte dos pediatras neonatologistas. Entretanto, ela pode ser encontrada durante a investigação de crianças maiores e adultos, com queixas de obstrução nasal e rinorreia bilaterais, indicando que alguns raros neonatos podem respirar pela boca, como no caso relatado.

Carcinoma pouco diferenciado de padrão epidermoide nasossinusal

AUTORES: KARINA LOUISE DE ABREU NAVA, ANAISA MARIA DA SILVA, BRENO ALTOÉ LOPES, CASSIARA DOMINGUES DE LIMA, SUÉLEN MARTINS TORRES, LUIZ SÉRGIO RAPOSO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Apresentação de Caso: J.T.B., 20 anos, masculino, branco, atendido pela Otorrinolaringologia da Santa Casa de São José do Rio Preto devido linfonodomegalia cervical, otalgia à direita (D) e cefaleia hemcraniana à D, de início há 8 meses e piora recente. Passou por consulta há 2 meses na cirurgia de cabeça e pescoço devido a nódulo cervical, quando fora solicitada punção aspirativa com agulha fina, no entanto, ainda sem laudo. Ao exame físico: nódulo cervical em área II à D, fixo, endurecido, indolor, com 2,5x1,5cm. Otoscopia: hiperemia de conduto à D. Nasofibroscoopia: massa em cavum à D, ocluindo tuba auditiva, de aspecto linfoide. Paciente internado para investigação e realizada tomografia computadorizada (TC): material com densidade de partes moles e captante do meio de contraste, ocupando o seio maxilar, esfenoidal, e células etmoidais à D, cavidades nasais posteriores bilateral notadamente à D, a hipofaringe, a fosse pterigopalatina e o espaço mastigatório todos à D com 6,7cm, determinando erosão óssea da parede posterior do seio maxilar, e da asa maior do esenoide à D e da porção posterior da concha média à D. Linfonodos com até 2,6cm, nos níveis I, II, III bilateral, sugerindo metástase. Foram aventadas diversas hipóteses como nasoangiofibroma juvenil devido ao sexo e à idade do paciente e pela lesão ser captante de contraste. Além de linfoma devido ao seu aspecto linfoide ao exame físico. Por isso, foi realizada angiotomografia para estudar o fluxo vascular em lesão, que estava normal, e ressonância, que mostrou imagem sólida invasiva com homogêneo realce pelo contraste, homogêneo sinal em T1 e T2, com epicentro na nasofaringe superolateral D/ fossa pterigopalatina. O paciente foi submetido à biópsia da lesão por meio da técnica Caldwell-Luc e à biópsia excisional de linfonodo, cujo resultado, confirmado por imuno-histoquímica, foi carcinoma pouco diferenciado de padrão epidermoide. O caso foi definido como tumor irressecável, encaminhado para tratamento multimodal, uma associação entre radio (RT) e quimioterapia (QT), sendo esta de indução, como adjuvante à RT e com melhora clínica até o momento.

Discussão: Os cânceres nasossinusais são raros e diagnosticados habitualmente em estádios avançados. O carcinoma epidermoide é o tipo mais frequente. A gravidade da doença se deve ao estágio avançado no momento do diagnóstico e às dificuldades em se propor tratamento cirúrgico adequado devido à complexidade da anatomia da região. Os sintomas costumam decorrer da invasão da doença para fora da cavidade nasossinusal (órbita, fossa pterigopalatina, espaço mastigatório) ou disseminação perineural. No estágio inicial, os achados na TC podem ser indistinguíveis da doença inflamatória. A RM é a mais apropriada para diferenciar por conta do menor sinal do tecido tumoral em T2. Já nos estádios avançados, erosão e destruição óssea ficam aparentes. A extensão do tumor envolvendo a parede posterior do seio esfenoidal geralmente indica doença sem possibilidades de ressecção, como no caso relatado. A metástase linfonodal é outro indicador de mau prognóstico e ocorre em 25% dos cânceres nasossinusais. Neste relato, o diagnóstico foi tardio, já com invasão tumoral para fossa pterigopalatina e para espaço mastigatório, além de erosão óssea e acometimento linfonodal. A primeira opção terapêutica nesses tumores é a ressecção cirúrgica. Quando há lesões irressecáveis, recorrência local e metástases cervicais, a terapia multimodal é a escolha. A QT pode ser de indução, concomitante ou como adjuvância ao tratamento radioterápico. O tumor do caso foi tido como irressecável e tratado com terapia multimodal.

Comentários Finais: O tumor nasossinusal é raro, sendo o CEC o mais comum, principalmente na meia idade. O caso relata um jovem, sem exposição ocupacional, mas com um tumor com diagnóstico estágio avançado e tardio. Portanto, é fundamental atenção clínica sempre.

Mucocele de seio frontal como diagnóstico diferencial em manifestações oculares

AUTORES: DANIEL NAVES ARAUJO TEIXEIRA, MATHEUS VILELA DE FIGUEIREDO, AUGUSTO CESAR BERNARDES MIGUEL, EDUARDO VIEIRA COUTO, DÉBORA BRESSAN PAZINATTO, JOSÉ ELI BAPTISTELLA

COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI/REDE MARIO GATTI - CAMPINAS-SP

Apresentação de Caso: Paciente, sexo masculino, 69 anos, há 2 anos iniciou quadro de proptose ocular, associado à diplopia, ptose de pálpebra superior e edema periorbitário à esquerda, com agravamento progressivo. Negava cefaleia, dor ocular ou na região frontal, rinorreia, hiposmia, obstrução nasal, história prévia de cirurgia nasal ou trauma craniano. Ao exame físico, foi observada proptose de olho esquerdo com deslocamento significativo em direção inferior do mesmo, associado à ptose palpebral e edema periorbitário à esquerda. Motilidade ocular restrita para cima e horizontal, apresentando diplopia. Ressonância magnética da órbita mostrou lesão expansiva de contornos regulares em seio frontal à esquerda, com extensão inferior através do teto da órbita para a cavidade orbitária, comprimindo o globo ocular superiormente. Submetido à cirurgia endoscópica esquerda, associada concomitantemente a uma abordagem externa com incisão supraciliar até o osso, seguida de dissecação do mesmo e trepanação da parede anterior do seio frontal. Prosseguiu-se com descolamento completo da cápsula do mucocele, incluída a porção adjacente à periórbita. No pós-operatório imediato, houve melhora da ptose palpebral. Nas reavaliações posteriores houve melhora da proptose, motricidade ocular e diplopia. Ausência de recidiva após 12 meses.

Discussão: Em uma proptose ocular unilateral, incluem-se no seu diagnóstico diferencial o tumor orbitário retrobulbar, pseudotumor inflamatório, tumor nasossinusal, lesões metastáticas e mucoceles dos seios perinasais. Dessa forma, uma proptose indolor progressiva deve sempre levantar a suspeita de um mucocele de seio paranasal, sendo o frontal e o etmoide as localizações mais frequentes. A mucocele acomete os seios paranasais como uma lesão cística contendo muco, possuindo crescimento lento, caráter expansivo e etiologia variada. Ela pode expandir, remodelar e reabsorver as paredes ósseas do seio paranasal acometido, alterando sua integridade e eventualmente comprometendo as estruturas vizinhas como a órbita e a cavidade intracraniana. O quadro clínico é variado, podendo causar dor facial, cefaleia, obstrução nasal, diplopia, diminuição da acuidade visual, deslocamento do globo ocular, edema facial, abscesso cerebral, pneumoencefalocele e meningite. Exames de imagem auxiliam no diagnóstico. A tomografia computadorizada evidencia o envolvimento ósseo, avaliando a extensão intracraniana e orbitária e auxilia no planejamento cirúrgico. A ressonância magnética é solicitada na dúvida diagnóstica, todavia, não avalia bem a anatomia óssea. O tratamento definitivo da mucocele frontal é cirúrgico. O objetivo da abordagem cirúrgica é restabelecer uma drenagem adequada do seio, sem produzir uma deformidade cosmética ou funcional. A via externa combinada com uma via endonasal constitui uma alternativa particularmente útil nas formas muito lateralizadas ou nos casos de um recesso frontal estreito. O objetivo é obter uma drenagem suficiente e evitar uma estenose pós-operatória do orifício criado. O prognóstico geral é bom, com cura e baixa recorrência.

Comentários Finais: As mucoceles são lesões benignas, expansivas que acometem principalmente o seio frontal. Pode trazer alterações oculares e intracranianas, devendo sempre ser lembrada como diagnóstico diferencial. O tratamento baseia-se na cirurgia via endonasal, externa ou combinada, podendo também ser realizada a marsupialização. A taxa de cura é alta, com regressão dos sintomas na maioria dos casos.

Atresia de coana bilateral em paciente de 41 anos: Abordagem no adulto

AUTORES: JULIA MARIA AMARAL AMBRÓSIO, PAULA MIE MURAKAMI HIROTANI, LETICIA ANDRADE DE ANGELO, RODRIGO BELLUMAT, ANTONIO CARLOS CEDIN, RICARDO ALEXANDRE BASSO

HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

Apresentação de Caso: T.M.C., 41 anos, sexo feminino, atendida ambulatorialmente devido à obstrução nasal crônica. Sem comorbidades atuais, refere internação durante o período pós-natal, com necessidade de ventilação mecânica e intubação orotraqueal. Tomografia de seios da face evidenciando atresia de coana bilateralmente, preenchido por tecido mole e ósseo. Realizada a correção da atresia por técnica transnasal, com pronto estabelecimento de via aérea nasal e boa recuperação da paciente.

Discussão: A atresia de coana congênita é uma malformação incomum, de apresentação bilateral em 60% dos casos. Trata-se de uma emergência em neonatos, pois são respiradores nasais obrigatórios até quatro meses de idade, devido à alta localização cervical da laringe nesta idade. A atresia de coana bilateral é caracterizada clinicamente por angústia respiratória e cianose associada, cujo diagnóstico no recém-nascido costuma ser feito com cateter de Nelaton na nasofaringe, ainda na sala de parto. Por ser tão evidente logo no início da vida, o aparecimento de casos na fase adulta torna-se muito raro. A tomografia de seios da face é, atualmente, o método padrão-ouro no diagnóstico da atresia de coana. Por meio deste exame, é possível avaliar a composição da atresia (óssea ou membranosa), sua extensão e lateralidade, além de servir como exame comparativo no pós-operatório. Atualmente, tem-se utilizado cada vez mais técnicas transnasais, pois proporcionam uma melhor visualização e taxas de complicações mais baixas. A cirurgia, quando realizada por profissional experiente, consiste no pronto reestabelecimento da via aérea nasal, com remoção de partes moles e óssea, e confecção de flaps, possibilitando resolução imediata do quadro, com poucas chances de recorrência.

Comentários Finais: A atresia de coana bilateral em adultos é um caso raro e pouco relatado até os dias atuais. Deve-se atentar à abordagem e captação correta do paciente no ambulatório, frente às queixas de obstrução nasal crônica. Com o avanço tecnológico, o diagnóstico torna-se muito mais claro por meio de exames de imagem e as diversas técnicas de correção possibilitam melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Sinusite fúngica por intrusão de Gutta-Percha em seio maxilar

AUTORES: GABRIELLA SPINOLA JAHIC, KELLY ELIA ABDO, HELOISA DOS SANTOS SOBREIRA NUNES, PEDRO PAULO VIVACQUA DA CUNHA CINTRA, CASSIA PALOMA DA CUNHA ONOFRE, JOSÉ ANTONIO PINTO

NÚCLEO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E MEDICINA DO SONO DE SÃO PAULO

Apresentação de Caso: Paciente do sexo feminino, 56 anos, caucasiana, apresentou-se em consulta ambulatorial com queixa de dor em face à esquerda e obstrução nasal há 12 meses sem melhoras com tratamento clínico com amoxicilina 875mg e clavulanato 125mg por 14 dias, dois ciclos de claritromicina 500mg por 21 dias e cefuroxima 500mg por 21 dias, sem melhora dos sintomas. Antecedentes pessoais, relata procedimento dentário há 1 ano - tratamento de revisão de canais radiculares com endodontista, sendo primeiro procedimento há 38 anos - sem intercorrências. Ao exame físico, apresentava hiperemia da mucosa nasal, obstrução de fossa nasal esquerda por lesão com características de pólipos nasal, com rinorreia esverdeada. Paciente não apresentou febre, abaulamentos em face, alterações neurológicas ou demais alterações. A tomografia computadorizada evidenciou velamento de seio maxilar esquerdo com extensão para seios frontal, etmoide e esenoide, lesão hipodensa com realce periférico, do tipo expansiva em maxilar com alargamento de meato médio e extensão para etmoide e septo nasal, acompanhada por esclerose de seio maxilar e lesão radiopaca entremeada na área acometida de aproximadamente 2cm. A ressonância nuclear magnética evidenciou em T2 imagem com formação tecidual heterogênea de aspecto neoplásico, morfologia polipoide com realce predominantemente periférica localizada no interior do seio maxilar esquerdo, insinuando-se através do infundíbulo etmoidal, que se encontra alargado para o interior da fossa nasal esquerda, determinando erosão da concha média ipsilateral, assim como desvio septal para a direita com obliteração dos espaços aéreos locais, com extensão à rinofaringe. Submetida à cirurgia endoscópica nasossinusal, na qual apresentou intensa reação inflamatória da mucosa com presença de degeneração mucosa de aspecto polipoide, saída de conteúdo purulento e presença de bola fúngica em seio maxilar. Ao realizar aspiração de massa, encontrado corpo estranho no interior do seio maxilar - cone Gutta-Percha. Paciente evoluiu com melhora da dor local e obstrução nasal.

Discussão: O seio maxilar é o mais comumente acometido quando se trata de processos inflamatórios-infecciosos devido sua relação anatômica com a cavidade nasal e oral. Dentre as causas conhecidas, Maloney e Doku (1968) atribuem aproximadamente 10 a 12% dos casos de sinusite maxilar à causa odontogênica. Dentre as etiologias possíveis para a sinusite maxilar odontogênica, a iatrogenia é a mais comum (56%) - seja em tratamento endodôntico não cirúrgico, cirurgia endodôntica, comunicações oroantrais, implantes dentários, elevação do seio maxilar, cirurgia pré-protética ou cirurgia ortognática. A presença do material obturador - Gutta-Percha, composto por 66% de óxido de zinco (filete) - aparenta ser a principal causa de infecção antral por *Aspergillus spp.*, por incluir óxido de zinco e formaldeído em sua composição. É conhecido que o óxido de zinco acelera o crescimento do fungo, podendo acarretar uma destruição extensiva do tecido e ostiomielite local.

Comentários Finais: As infecções odontogênicas são causadoras frequentes de sinusite maxilar. Tanto o odontologista quanto o otorrinolaringologista devem estar alertas para o diagnóstico e abordagem precoce desses casos. Uma abordagem multidisciplinar é recomendada para que se evitem complicações como a sinusite fúngica acima descrita.

Pólipo nasal benigno com comportamento maligno - Relato de caso

AUTORES: THAIS MONTEIRO SILVA, MIGUEL SOARES TEPEDINO, CAMILA FREIRE DE VASCONCELOS, ANA CLARA MIOTELLO FERRÃO, NATALIA BARAKY VASCONCELOS DE FARIA, LEILA BIANCA OLIVEIRA DE FREITAS

PRÓ OTORRINO - POLICLÍNICA DE BOTAFOGO

Apresentação de Caso: G.A.S., 40 anos, sexo masculino, natural do Rio de Janeiro, com história de insuficiência renal crônica e plaquetopenia, procurou o serviço com quadro de epistaxe de grande volume em fossa nasal esquerda de difícil controle ambulatorial. À endoscopia nasal, apresentava sangramento ativo em fossa nasal esquerda e lesão expansiva em fossa nasal direita. Tomografia computadorizada evidenciou lesão expansiva com densidade de partes moles, com epicentro no seio maxilar direito com remodelação e lise óssea das paredes superior, medial e inferior deste seio. A lesão estende-se às células etmoidais, cavidade nasal e rinofaringe à direita. Lesão com focos de cálcicos no interior da lesão. Seios esfenoidal e frontal à direita, assim como células etmoidais posteriores à esquerda, também preenchidos de material com densidade de partes moles. Ressonância magnética evidenciou a possibilidade de pólipo antrocoanal associado à presença de material fúngico ou lesão neoplásica maligna. Realizada exérese de tumor de fossa nasal direita e maxilar direito com maxilectomia medial endoscópica. Estudo anatomopatológico concluiu quadro morfológico correspondente a pólipo coanal com proeminente componente de vasos dilatados (pólipo angiectásico) associado à trombose e infarto com ausência de malignidade.

Discussão: O pólipo antrocoanal é uma lesão polipoide solitária benigna que aumenta de volume muito rapidamente e origina-se de uma hipertrofia da mucosa do antro do seio maxilar próximo ao óstio, que pode se estender para a cavidade nasal e em direção à coana e parte posterior da nasofaringe e até à orofaringe. Raramente tem origem em outra região, como nos seios esfenoidal ou etmoidal. A epistaxe pode ser um sinal não clássico. Os tumores malignos nasossinusais são raros, compreendendo 0,2% a 0,8% de todos os tumores malignos do corpo humano, sendo os principais sintomas iniciais obstrução nasal, coriza nasal e epistaxe. A maioria das neoplasias nasais apresenta comportamento agressivo, estendendo-se para seios esfenoidal e etmoidal com destruição óssea, podendo em casos mais avançados ocasionar erosão de palato, invasão da órbita ou intracraniana. Angiectasias são as principais mal formações vasculares estruturais, gerando dilatação de vasos e, conseqüentemente, hemorragia.

Comentários Finais: O caso relatado apresentava características de tumoração maligna como destruição óssea e invasão para os múltiplos seios paranasais com rápida evolução, porém ao anatomopatológico identificou-se um pólipo angiectásico coanal, lesão benigna com grande potencial hemorrágico.

Sinusite odontogênica recorrente - Relato de caso

AUTORES: LAÍS ALVES DA SILVA, MARCOS ROSSITER DE MELO COSTA, MIRELLA KALYNE CAVALCANTE MAGALHÃES, LUANE CRISTINE TENÓRIO CORREIA, RAVENA BARRETO DA SILVA CAVALCANTE, MARCOS ANTONIO DE MELO COSTA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ

Apresentação de Caso: Paciente I.C.F.J., 38 anos, sexo masculino, médico, sem comorbidades, com queixa de dor, rinorreia purulenta e edema em hemiface esquerda que evoluiu após tratamento dentário. Foi internado na UTI devido à celulite em face e sinusite crônica agudizada com fístula buccossinusal e iniciado tratamento com ciprofloxacino e clindamicina. Foi submetido a quatro intervenções cirúrgicas no intervalo de cinco meses para tratamento de sinusite odontogênica com sinusectomias, ampliação de óstio de drenagem e antrostomia Caldwell-Luc. Paciente se mantém em acompanhamento clínico com realização de videonasolaringoscopias seriadas para identificação precoce de sinéquias.

Discussão: A sinusite odontogênica tem sua flora representada por microrganismos presentes na cavidade oral sugerindo propagação contígua, porém o diagnóstico pode ser difícil de estabelecer. Pacientes com história de cirurgia dentoalveolar, infecção dentária ou sinusite maxilar recorrente ou refratária ao tratamento clínico devem ser suspeitados para a sinusite odontogênica. Representa 10 a 12% das sinusites maxilares e pode ser classificada em aguda ou crônica. A tomografia computadorizada pode auxiliar no diagnóstico ao evidenciar fístula oroantral ou abscesso periapical. O tratamento consiste em antibioticoterapia contra anaeróbios, microrganismos mais comumente encontrados na cultura da secreção. Cirurgias nasais com sinusectomias podem ser necessárias em casos refratários.

Comentários Finais: Mesmo com o reconhecimento da sinusite odontogênica decorrente de cirurgias dentoalveolares e periodontais, estes procedimentos continuam sendo realizados sem uma análise criteriosa das relações anatômicas. A proximidade da raiz dentária ou mesmo sua saliência no seio maxilar podem facilitar a ascensão de microrganismos anaeróbios para este seio e provocar sinusite odontogênica após procedimento cirúrgico.



www.aborlccf.org.br