

ABORL-CCF

Anais

V Combined Meeting
ABORL-CCF
01 DE AGOSTO DE 2020
DAS 8H30 - 13H

Otologia
ORL Pediátrica
Laringologia



**FOUR
OT@LOGY
2020**



DIRETORIA - 2020



Dr. Geraldo Druck Sant'Anna
Diretor Presidente
Porto Alegre/RS



Dr. Eduardo Baptistella
Diretor 1º Vice-Presidente
Curitiba/PR



Dr. Renato Roithmann
Diretor 2º Vice-Presidente
Porto Alegre/RS



Dr. Eduardo Macoto Kosugi
Diretor Secretário
São Paulo/SP



Dr. Bruno Rossini
Diretor Secretário Adjunto
São Paulo/SP



Dr. Joel Lavinsky
Diretor Tesoureiro
Porto Alegre/RS



Dr. Fabrizio Ricci Romano
Diretor Tesoureiro Adjunto
São Paulo/SP



Dr. Eduardo Dolci
Assessor
São Paulo/SP



Dra. Rebecca Maunsell
Assessora
Campinas/SP



Dra. Thais Knoll Ribeiro
Assessora
São Paulo/SP

Comissão Científica



Edson Ibrahim Mitre
Presidente



Rebecca Christina Kathleen Maunsell
Presidente



Rui Imamura
Presidente

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

LARINGOLOGIA

Amiloidose laríngea: Série de casos	17
Disfagia alta por compressão esofágica secundária a prolongamento posterior dos lobos tireoidianos - Um relato de caso e uma breve revisão da literatura	13
Estridor laríngeo infeccioso na infância e seu tratamento: Uma revisão de literatura.....	12
Paralisia unilateral de prega vocal esquerda decorrente de aneurisma de arco aórtico	14
Policondrite recidivante como causa de estenose laringotraqueal isolada.....	18
Quebra de agulha durante tonsilectomia: Prevenção e manejo	16
Relação entre doença do refluxo gastroesofágico e bronquiectasia: Uma revisão da literatura.....	11
Relato de caso: Manifestação de pênfigo vulgar em cavidade oral e laringe.....	15

OTOLOGIA

Colesteatoma de meato acústico externo em paciente com síndrome de Proteus: Relato de caso.....	25
Complicações graves múltiplas em otite média crônica colesteatomatosa infectada	24
<i>Gusher</i> perilinfático: complicação atípica na cirurgia do estribo - Relato de caso.....	21
Otite externa difusa aguda: Um estudo prospectivo no verão do Rio de Janeiro	8
Otite média aguda associada à síndrome de Gradenigo e trombose do seio sigmoide: Relato de caso.....	19
Otomastoidite aguda recorrente - Relato de caso.....	20
Paralisia facial periférica - Relato de caso e variação anatômica do nervo facial.....	22
Siringocistadenoma papilífero de meato acústico externo: Relato de caso.....	23

OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

Atresia coanal congênita bilateral em recém-nascido pré-termo: Relato de caso	30
Diagnóstico de faringotonsilite aguda em crianças: Uma revisão de literatura.....	26
Faringotonsilite aguda com presença de petéquias na região submandibular: Relato de caso	28
Frequência de complicações intra e pós-operatórias na reconstrução de fissuras de lábio e palato em crianças de um hospital universitário	9
Necrose de cabeça de corneto inferior após corpo estranho em fossa nasal de criança	29
Otorrinolaringologia e imunodeficiência primária na infância: Relato de caso de diagnóstico precoce e sucesso terapêutico.....	27

Índice dos autores

A

Alexandre Yakushijin Kumagai.....	17
Aline Guedes Cosendey.....	8, 29
Ana Luiza Nunes França.....	19
Anderson Patricio Melo.....	15
Andre Neri de Barros Ferreira.....	30
André Zanette Dutra.....	25
Andreia Natalia Azevedo Ferreira de Vasconcelos... ..	18, 24
Andy de Oliveira Vicente.....	21
Anna Luiza Gonzaga Silva de Castro.....	11
Arthur Gutemberg dos Santos e Silva Lima.....	12, 26, 28
Artur Belo Azevedo.....	12, 26, 28

B

Bárbara Alencar Soares Fonseca.....	15, 16
Bárbara Cecília Borges Moreira.....	19
Beatriz Gregio Soares.....	23
Brisa Jorge Silveira.....	15, 16
Bruno Hollanda Santos.....	19

C

Caio Orlandini Alonso.....	18, 24
Camila Alves Costa Silva.....	8, 29
Camila Chulu Lorentz.....	17
Camila Ramos Caumo.....	8, 29
Carlos Eduardo Borges Rezende.....	23
Cassia Paloma da Cunha Onofre.....	18, 24
Clarissa da Costa Jardim.....	17

D

Danilo Carvalho Guimarães.....	21
Dayane Resende da Mata.....	19

E

Edson Ibrahim Mitre.....	22
Eduardo do Carmo Silva.....	25
Eduardo Gonçalves Pelanda.....	27
Emidio Oliveira Teixeira.....	16

Evandro Messias Neves da Silva.....	30
-------------------------------------	----

F

Fabio Pimenta de Melo.....	27
Felipe Caldeira Campioni.....	14
Felipe Hideo Ikeda.....	14
Felipe Vieira Spalenza.....	12, 26, 28
Fernando Sales Guedes.....	20
Fernão Bevilacqua Alves da Costa.....	25
Flavio Ramos Baptista da Silva.....	30

G

Gabriella Spinola Jahic.....	18, 24
Giovana Scachetti.....	23
Godofredo Campos Borges.....	14
Guilherme Irie Nakazora.....	25
Guilherme Zacarias Queiroz de Barros Braga.....	27
Gustavo José Martiniano Porfirio.....	9
Gusthavo de Oliveira Marques.....	16

H

Heloisa dos Santos Sobreira Nunes.....	18
Henrique Pastro Creimer.....	21

J

Jeniffer Cristina Kozechen Rickli.....	22
João Paulo Fernandes de Almeida Santos.....	21
José Antonio Pinto.....	18, 24
José Guilherme de Oliveira Passos Sobrinho.....	12, 26, 28
Jose Jarjura Jorge Junior.....	14
Juliana Pascutti Sant'Ana.....	22

K

Karina Mezalira.....	25
----------------------	----

L

Laís Carvalho de Abreu.....	17
Lara Estupina Braghieri.....	23

E-Pôster com Apresentação

Otite externa difusa aguda: Um estudo prospectivo no verão do Rio de Janeiro

Autor Principal: NATALIA BARAKY

Coautores: THAIS MONTEIRO SILVA, LEILA BIANCA OLIVEIRA DE FREITAS, CAMILA ALVES COSTA SILVA, CAMILA RAMOS CAUMO, ALINE GUEDES COSENDEY, RAÍSSA DE FIGUEIREDO NEVES, MARCELO MENDES TEPEDINO JUNIOR

Instituição: POLICLÍNICA DE BOTAFOGO

Objetivos: Avaliar, por meio de um estudo prospectivo no maior hospital de Emergências do Rio de Janeiro, a incidência e as características da otite externa no período do verão.

Métodos: 400 pacientes (resultado preliminar) com otite externa atendidos no Serviço de Otorrinolaringologia da Policlínica de Botafogo foram avaliados em uma série de parâmetros clínicos e de tratamento, incluindo análise de possíveis fatores predisponentes.

Resultados: Preliminares - Os principais sintomas referidos foram otalgia, otorreia discreta e plenitude auricular. Os principais fatores predisponentes foram banho de mar e piscina e uso de cotonetes. O tratamento mais utilizado foi a prescrição de gotas otológicas associadas ou não a anti-inflamatórios e/ou analgésicos, além da orientação da barreira contra água.

Discussão: Em nosso hospital, e também observado na literatura, a otite externa é a doença otorrinolaringológica mais frequente no verão, quando pode representar cerca de 70% do atendimento no serviço de Otorrinolaringologia. Vale acrescentar que, durante os meses de verão, o atendimento no serviço de Otorrinolaringologia pode aumentar em até 50% em número de pacientes, o que reforça ainda mais a importância desta afecção no período de verão. Nossa incidência de fatores predisponentes coincide com a literatura em geral, com predominância dos banhos de mar/piscina e uso de objetos traumáticos, como os cotonetes. Nossos dados correspondem à literatura em relação à distribuição por sexo, sem predominância acentuada (no nosso estudo, 50,6% no sexo masculino). Em relação à distribuição por idade, a literatura em geral não mostra tendência à predileção por nenhuma faixa etária, mas no nosso estudo observase maior incidência na faixa etária de 20-40 anos (35%), com menor incidência em idosos. Não encontramos dados na literatura referentes ao tempo entre início de sintomas e atendimento especializado. Em nosso estudo, 83% dos pacientes foram atendidos nas primeiras 96 horas. Esperaríamos, por ser uma afecção bastante dolorosa, um maior percentual de atendimentos nas primeiras 48 horas (que foi de 68%), o que podemos explicar pela deficiência de atendimento em otorrinolaringologia mesmo na rede privada do Rio de Janeiro, aliado à procura por tratamentos "naturais", conselhos de vizinhos, medicações otológicas orientadas por balconistas de farmácia, e muitos outros possíveis fatores. A maioria dos pacientes referiu otalgia moderada (65%). Os sintomas habitualmente referidos na literatura foram a otalgia (sempre presente em nossos dados), a otorreia discreta, de aspecto mucopurulento (20% dos nossos pacientes), prurido otológico (71%) e plenitude (63%). Febre não é um sintoma comum, no que nossos dados concordam com a literatura (16%).

Conclusão: A otite externa é, efetivamente, uma doença bastante comum em países tropicais, tendo como principais fatores predisponentes os banhos de mar e piscina, uso de cotonetes e outros objetos contundentes para manipulação da orelha. A contaminação da água, apesar de descartada por muitos como fator predisponente, pode desempenhar um papel na sua patogênese, ficando a confirmação desta hipótese vinculada a futuros estudos bacteriológicos. Os diferentes aspectos clínico-otoscópicos representam, provavelmente, diferentes fases de evolução da doença, que responde bem ao tratamento clínico, principalmente sob a forma de AINHS, sintomáticos e gotas otológicas, na grande maioria dos casos.

P 0019 PÔSTER**Frequência de complicações intra e pós-operatórias na reconstrução de fissuras de lábio e palato em crianças de um hospital universitário****Autor Principal:** THEREZITA PEIXOTO PATURY GALVÃO CASTRO**Coautores:** WANDERLIZA LARANJEIRA COUTINHO, RENAN VIEIRA, GUSTAVO JOSÉ MARTINIANO PORFÍRIO

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (UFAL)

Objetivos: Quantificar a frequência de complicações intra e pós-operatórias na reconstrução de fissuras de lábio e palato em crianças de um hospital universitário. A hipótese foi de que a frequência de complicações era de 10%.

Métodos: Estudo descritivo quantitativo observacional transversal retrospectivo. Realizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA). Foram incluídos os prontuários das crianças que se submeteram à cirurgia reconstrutora de 2012 a 2018. Excluídos os de cirurgias anteriores em outros serviços e idade acima dos 10 anos. A variável primária foi a frequência de complicações intra e pós-operatórias. As secundárias: qual complicação, idade da correção, técnica cirúrgica e procedimento anestésico, uso de medicação contínua, outras malformações e comorbidades presentes, classificação da fenda, recorrência familiar de fissura. Dados complementares: gênero, etnia, procedência, dados antropométricos e escolaridade do responsável. A análise estatística feita com o uso do Teste Exato de Fisher, cálculo de intervalo de confiança de 95% e $p < 0,05$.

Resultados: Dos 53 prontuários selecionados, foram divididos em 2 grupos, Grupo 1 (G1), com 33 indivíduos e tempo cirúrgico único, e Grupo 2 (G2), com 20 indivíduos e 2 tempos cirúrgicos em épocas distintas (T1 e T2). Em ambos os grupos não houve complicações intraoperatórias, a frequência de complicações pós-operatórias no G1 foi de 33,3% (11/33), no G2 em T1 foi de 10% (2/20) e em T2 foi de 20% (4/20). Eram do interior 84,9% das crianças, eram analfabetos 43,3% dos responsáveis, a idade média de correção no G1 foi 23 meses, e no G2 em T1 foi 11 meses e em T2 foi 27 meses, em ambos prevaleceu o gênero masculino, 57% no G1 e 55% no G2.

Discussão: Nos grupos estudados houve uma frequência de complicações como deiscência parcial e infecção de ferida operatória, que talvez possa ter ocorrido por alguma infecção não diagnosticada no pré-operatório, indicando falha nos exames, ou ainda uma dificuldade em virtude da maioria dos pacientes terem responsáveis com baixo nível escolar e residirem em cidades do interior, com possibilidade mais restrita de atendimento de saúde e/ou cuidados pós-operatórios. A prevalência masculina no estudo corrobora estudos similares. As cirurgias reparadoras primárias de lábio e palato devem preferencialmente se iniciar no primeiro ano de vida, segundo o protocolo do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), referência no Brasil para o tratamento de fissurados. Pelo protocolo ideal, lábio deve ser operado a partir dos 3 meses de idade, enquanto 12 meses é o tempo da palatoplastia, diferentemente do encontrado nesse estudo, em que a idade média de correção para tempo único em G1 foi de 23,9 meses, já no G2 foi 11,8 e 27,9 meses em T1 e T2, considerada tardia, o que sugere uma dificuldade de acesso e/ou maior possibilidade de complicações.

Conclusão: A frequência das complicações pós-operatórias nos pacientes submetidos à cirurgia de reconstrução de fissura de lábio e palato no HUPAA foi de 33% em tempo cirúrgico único, e de 20% em T1 e 10% T2 quando dividida em 2 tempos cirúrgicos.

Número da aprovação do comitê de ética em pesquisa (CEP): CAAE nº 83925417.4.0000.5013.

E-Pôster Exposição

Relação entre doença do refluxo gastroesofágico e bronquiectasia: Uma revisão da literatura

Autor Principal: ANNA LUIZA GONZAGA SILVA DE CASTRO

Coautores: LIVIA DE VASCONCELLOS GONZAGA, MARCELLO DA SILVEIRA PASCHOALINI

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA

Objetivos: Essa revisão objetiva esclarecer como a etiologia das duas doenças se relaciona e discutir o manejo terapêutico do paciente bronquiectático portador da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).

Métodos: Foram utilizadas como fonte de referencial teórico as bases de dados SciELO, LILACS, BVS e PubMed com um recorte temporal compreendido entre 2000 e 2020. Optou-se por artigos que abordassem a relação das bronquiectasias com a DRGE, manejo de cada afecção, incidência, prevalência da associação e indicadores de melhora da qualidade de vida.

Resultados: Não há um consenso acerca do aumento da severidade das bronquiectasias quando associadas com a DRGE, mas a principal hipótese baseia-se no mecanismo de microaspiração de conteúdo gástrico. Questiona-se a fisioterapia respiratória como uma atividade que estimula o aparecimento da sintomatologia da DRGE no paciente portador de bronquiectasia, todavia, estudos mostram que essa correlação é equivocada.

Discussão: A presença de conteúdo estomacal de pH ácido nas vias aéreas gera uma série de sintomas que, além da tosse, podem culminar no aparecimento de lesões pulmonares que evoluem como bronquiectasia. O acometimento pulmonar se dá pela ação de uma cascata inflamatória desregulada que culmina na destruição da parede pulmonar e fibrose. Com a redução dos movimentos ciliares das vias aéreas inferiores, o acúmulo de muco associado à colonização bacteriana definem o quadro obstrutivo da bronquiectasia. As técnicas de fisioterapia respiratória não aumentam a frequência ou a ocorrência desses episódios sintomáticos de refluxo, sugerindo que apenas os indivíduos susceptíveis à afecção desenvolvem os sintomas durante o procedimento.

Conclusão: A ocorrência do DRGE não está totalmente relacionada com as repercussões da bronquiectasia, nem com os exercícios de fisioterapia respiratória aos quais o paciente é submetido. Pacientes com DRGE podem manifestar o quadro extraesofágico da doença com o acometimento pulmonar ou o paciente já portador da bronquiectasia pode evoluir com piora do quadro, se crises de refluxo recorrentes. O manejo do paciente bronquiectático portador de DRGE é similar ao tratamento do indivíduo não bronquiectático e aconselha-se o uso de agentes procinéticos antes da intervenção fisioterapêutica. Outrossim, atenta-se à importância de avaliar a possibilidade de DRGE naqueles pacientes com bronquiectasia de etiologia não esclarecida.

Estridor laríngeo infeccioso na infância e seu tratamento: Uma revisão de literatura

Autor Principal: THEREZITA PEIXOTO PATURY GALVÃO CASTRO

Coautores: FELIPE VIEIRA SPALENZA, WANDERLIZA LARANJEIRA COUTINHO, ARTHUR GUTEMBERG DOS SANTOS E SILVA LIMA, JOSÉ GUILHERME DE OLIVEIRA PASSOS SOBRINHO, ARTUR BELO AZEVEDO, MARIA THEREZA PATURY GALVÃO CASTRO

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (UFAL)

Objetivos: Determinar as características e avanços terapêuticos no tratamento do estridor laríngeo na infância de causas infecciosas.

Métodos: Revisão sistemática da literatura, pelo sistema Medline, Lilacs, SciELO, PubMed e busca direta, no período de 2010 a 2020. Foram selecionados 10 artigos, publicados em periódicos nacionais e internacionais considerados relevantes para o presente objetivo.

Resultados: O estridor laríngeo na infância é um dos sinais clínicos mais importantes na infecção de vias aéreas superiores. Predominaram nos estudos como causas: crupe viral, crupe bacteriano, abscesso retrofaríngeo, supraglótite e laringite estridulosa. Como principais tratamentos encontrados pode-se citar sintomáticos e antibioticoterapia, e apenas em casos específicos métodos invasivos e terapia intensiva.

Discussão: Dentro das opções sintomáticas foi citada a nebulização com solução fisiológica para hidratação das vias aéreas e redução dos sintomas, que para alguns autores não têm comprovação de eficácia. A oxigenoterapia e hidratação venosa são suportes que buscam evitar envolvimento sistêmico e diminuir sintomas, enquanto outras medidas são utilizadas para solucionar o quadro. Os corticosteroides tiveram impacto no tratamento, apresentando evidências de redução no tempo de permanência em emergências e a necessidade de internação. A dexametasona foi o fármaco mais utilizado, sendo amplamente estudada e por ser utilizada via oral ou parenteral, além de ter um longo período de ação. A epinefrina inalatória, também citada, tem efeito vasoconstritor e reduz o edema na região subglótica. A antibioticoterapia endovenosa para os principais agentes, com cefalosporina de segunda ou terceira geração, também foi citada. A intubação foi utilizada nos casos de obstrução progressiva e hipóxia, em que a dexametasona e epinefrina não tiveram os efeitos desejados.

Conclusão: Os estudos incluídos confirmam que o estridor pode evoluir para problemas graves, como fechamento das vias aéreas e obstrução da passagem de ar, ocasionando emergências médicas que podem levar ao óbito. Saber tratar e utilizar métodos eficazes pode impedir problemas mais complexos, identificar esse achado é importante para um diagnóstico precoce e instituição de um tratamento resolutivo.

Disfagia alta por compressão esofágica secundária a prolongamento posterior dos lobos tireoidianos - Um relato de caso e uma breve revisão da literatura

Autor Principal: LAURA CAROLINA BARRAGAN BARCENAS

Coautores: NATALY CAROLINE DE ALMEIDA ALBORNOZ, PATRICIA PAULA SANTORO

Instituição: HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP)

Apresentação do Caso: Mulher, 59 anos, com queixa de disfagia alta há aproximadamente 5 anos, com piora progressiva no último ano. Relata que a disfagia é pior para sólidos, havendo necessidade de coluna de líquido para deglutir. Ao exame físico, percebe-se glândula tireoide discretamente aumentada. Como exame complementar, foi realizada uma videoendoscopia da deglutição que mostrou atraso para iniciar deglutição, tosse seca, engasgos, pigarro, sensação de alimento parado para consistência sólida durante fase faríngea, apesar da ausência de resíduos. Realizado também um videodeglutograma, que mostrou discinesia oral para sólidos e, durante fase esofágica, desvio de esôfago cervical para a esquerda com compressão sobre a parede direita, notando-se parada com estase transitória esofágica alta. Com estes resultados, prosseguiu-se investigação com uma tomografia de pescoço, que evidenciou compressão esofágica por prolongamento posterior dos lobos tireoidianos. Paciente foi encaminhada para avaliação pela Cirurgia de Cabeça e Pescoço para programação de abordagem cirúrgica da tireoide.

Discussão: A avaliação clínica da disfagia pode ter um amplo espectro de sintomas, desde pacientes completamente assintomáticos até importantes sintomas compressivos. Na disfagia alta, existem vários diagnósticos diferenciais. Cabe ao médico pensar nas possíveis etiologias do quadro clínico do paciente. Vários são os protocolos dos exames complementares para a investigação e o acompanhamento do quadro clínico, sendo eles: dosagem de hormônios tireoidianos, tomografia computadorizada de pescoço e tórax, videodeglutograma e videoendoscopia da deglutição, entre outros. Finalmente, a ressecção cirúrgica continua sendo recomendada como opção terapêutica, com bons resultados pós-operatórios.

Comentários Finais: A avaliação de um paciente com queixa de disfagia requer, primeiramente, uma anamnese detalhada em relação às queixas do paciente e antecedentes médicos, atentando-se sempre a queixas respiratórias que possam ser secundárias a um quadro de aspiração. Na investigação da disfagia, contamos com exames que irão nos ajudar a compreender a anatomia e a mecânica da deglutição do paciente, sendo eles a videoendoscopia da deglutição e o videodeglutograma. No caso relatado, apesar da sensação do alimento parado descrito pela paciente, não foram evidenciados resíduos após a deglutição no exame de videoendoscopia da deglutição, sendo assim necessária a complementação com o videodeglutograma para avaliar a fase esofágica. Com a combinação de ambos os exames, conseguimos avaliar anatômico-funcionalmente a deglutição da paciente e prosseguir a investigação até concluir que o diagnóstico era uma compressão extrínseca da tireoide sobre o esôfago.

PR 0004 PÔSTER - RELATOS DE CASO**Paralisia unilateral de prega vocal esquerda decorrente de aneurisma de arco aórtico****Autor Principal:** RENATA LACERDA NOGUEIRA PEREIRA**Coautores:** SUELLEN FERNANDA BAGATIM, FELIPE CALDEIRA CAMPIONI, FELIPE HIDEO IKEDA, JOSE JARJURA JORGE JUNIOR, GODOFREDO CAMPOS BORGES

Instituição: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC-SP)

Apresentação do Caso: J.D.M., 74 anos, sexo masculino, procedente de Sorocaba-SP. Veio em consulta médica com quadro de disфония constante ao longo do dia, de início há cerca de 1 ano e meio, com episódios de afonia associados e piora progressiva do quadro. Não tem piora ao abuso vocal. Nega dispneia, disfagia, perda de peso ou sinais sistêmicos. Nega vícios, etilismo ou tabagismo. Nega cirurgias cervicais prévias. Não tem histórico de abuso vocal. Ao exame físico otorrinolaringológico - Cabeça e pescoço: Sem linfonodomegalias ou alterações; Pesquisa de pares cranianos: Sem alterações; Oroscofia: Amígdalas G1; Rinoscopia: Septo centrado, cornetos eutróficos; Otoscopia: Membranas timpânicas íntegras e translúcidas bilateralmente. Exames complementares - Laringoscopia: Hipocontratilidade unilateral de prega vocal esquerda em posição paramediana, sem lesões associadas, com contrações mínimas da cartilagem aritenóidea ipsilateral. Sem outras alterações da morfologia laríngea. Devido ao achado de paralisia unilateral de prega vocal esquerda ao exame laringoscópico, foram solicitados exames de imagem a fim de diagnosticar a possível etiologia do quadro do paciente. Tomografia computadorizada (TC) de tórax: Aneurisma em aorta ascendente, arco aórtico proximal e aneurisma sacular em aorta descendente medindo cerca de 6,8cm. TC de pescoço: Alterações sugestivas de paralisia de prega vocal esquerda.

Discussão: A paralisia de prega vocal pode ser causada por qualquer lesão desde o sistema nervoso central (Acidente Vascular Cerebral - AVC, doença de Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA, entre outros) até todo o curso subsequente do nervo vago e seu ramo laríngeo recorrente, como compressão do nervo por aneurisma de arco aórtico, como visto no caso descrito acima. Com o diagnóstico da causa base em mãos, o paciente foi encaminhado para seguimento com cirurgião torácico. Como tratamento da disфония, inicialmente foi indicada fonoterapia e mantivemos o acompanhamento ambulatorial.

Comentários Finais: Diante de um paciente com uma queixa relativamente simples como disфония pode estar mascarada uma afecção grave. Ao ser diagnosticada a paralisia de pregas vocais, é importante nos atentarmos para a investigação da causa base e do diagnóstico definitivo, que pode estar mascarado por este sinal visto ao exame laringoscópico.

PR 0010 PÔSTER - RELATOS DE CASO

Relato de caso: Manifestação de pênfigo vulgar em cavidade oral e laringe

Autor Principal: SOFIA HELENA DIAS BORGES PINTO

Coautores: BRISA JORGE SILVEIRA, MARCUS VINÍCIUS CAIXETA FERREIRA, MARGARETH ANTUNES GUIMARAES, BÁRBARA ALENCAR SOARES FONSECA, ANDERSON PATRICIO MELO

Instituição: HOSPITAL OTORRINO CENTER

Apresentação do Caso: Homem, 51 anos, com lesões ulceradas na cavidade oral há 5 meses, recorrentes, pouco dolorosas, sem melhora após antifúngico e anti-inflamatório. Evoluiu como aparecimento de lesões em couro cabeludo e em membro superior direito. À oroscopia, lesão ulcerada em palato mole, com bordas elevadas e contorno irregular e lesões diminutas esbranquiçadas e circundadas por mucosa hiperemiada em amígdalas, pilares, língua e mucosa jugal. À laringoscopia, edema, hiperemia e aspecto infiltrado na face laríngea da epiglote, pregas ariepiglóticas, aritenoides e em região interaritenóidea. Pregas vocais com lesões ulceradas, cobertas por fibrina, circundadas por hiperemia. Exame histopatológico das lesões do palato e língua evidenciaram clivagem epitelial suprabasal com células acantolíticas e áreas de ulceração. Definiu-se o diagnóstico de pênfigo vulgar, com melhora total das lesões após uso de prednisona.

Discussão: O pênfigo vulgar é uma doença vesicobolhosa rara, afeta igualmente ambos os sexos e mais comum entre a quarta e sexta décadas de vida. Acomete pele e mucosas, com autoanticorpos circulantes IgG que agem contra proteínas desmossômicas nas junções epiteliais. Similarmente ao paciente do estudo, as lesões orais costumam ser o primeiro sinal da doença, envolvendo com maior frequência mucosa jugal, palato e gengiva, e podendo afetar ainda a mucosa laríngea. A histopatologia mostra bolhas intraepidérmicas, acantolíticas, acima da camada basal da epiderme, e a imunofluorescência direta complementa o diagnóstico. É recomendado o uso de prednisona na dose de 1-2mg/kg/dia. Se refratariedade, deve ser associada medicação imunossupressora.

Comentários Finais: Objetiva-se, portanto, alertar sobre a afecção, uma vez que os primeiros sinais surgem na cavidade oral, devendo ocorrer diagnóstico oportuno e tratamento precoce para melhora do prognóstico.

PR 0020 PÔSTER - RELATOS DE CASO**Quebra de agulha durante tonsilectomia: Prevenção e manejo****Autor Principal:** SOFIA HELENA DIAS BORGES PINTO**Coautores:** BRISA JORGE SILVEIRA, LEANDRO RENATO GUSMÃO DUARTE, EMÍDIO OLIVEIRA TEIXEIRA, MARCUS VINÍCIUS CAIXETA FERREIRA, BÁRBARA ALENCAR SOARES FONSECA, THATTYANNE CKRYSTTYANN AGUIAR SOUZA, GUSTHAVO DE OLIVEIRA MARQUES

Instituição: HOSPITAL OTORRINO CENTER

Apresentação do Caso: Existem poucos relatos na literatura sobre quebra acidental da agulha durante fechamento de loja amigdaliana durante tonsilectomia, tratando-se de caso de ocorrência rara. Contudo, ocorre com mais frequência do que o relatado, provavelmente devido à relutância dos cirurgiões para transmitir erros. Esse trabalho tem por objetivo relatar um caso de quebra de agulha cirúrgica durante fechamento de loja amigdaliana, discutindo as formas de manejo e prevenção para evitar esse tipo de acidente. Trata-se de paciente de 8 anos submetida à tonsilectomia, em que ocorreu a quebra acidental da agulha cirúrgica no interior da loja amigdaliana, em polo inferior, durante seu fechamento. A agulha foi identificada e removida no mesmo ato, utilizando-se intensificador de imagem radiográfico para localização e retirada do corpo estranho. Foram utilizados dois jelhos nº 22 para direcionamento e pinça hemostática Kelly para dissecação do músculo constritor superior da faringe. A paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, sem intercorrências.

Discussão: Complicações ocorrem em 12% dos casos conhecidos de quebra de agulhas, possíveis no pós-operatório precoce, como edema, dor, formação de abscesso e fistula, bem como no pós-operatório tardio, sendo fibrose, parestesias, sangramento, pseudo-tumor, fistula crônica, dor crônica, disfagia e comprometimento neurovascular. A agulha pode ainda sofrer migração para espaço parafaríngeo, tecidos profundos do pescoço, faringe, laringe e esôfago. Sempre que possível, a agulha deve ser retirada imediatamente com uso de intensificador de imagem, cujas imagens podem ser capturadas rapidamente, em ângulos variados, a iluminação ambiente da sala de cirurgia, para ajudar na localização do fragmento. É fundamental salientar as medidas para evitar esse tipo de acidente, adotando-se correta técnica de sutura, o uso de agulha de tamanho adequado, bem posicionada, utilizada com porta-agulha colocado a um terço do seu orifício, e presa no terço médio do porta-agulha, aplicando-se movimento e força adequados. A agulha deve passar pelo tecido a 90° da superfície e ter um comprimento suficiente para passar através da pele e ser captada pelo porta-agulha sem danificar a ponta. Se a agulha começa a dobrar durante a sutura e precisa ser dobrada de volta à forma, existe o risco de que ela se quebre. Quanto aos aspectos legais, o rompimento de uma agulha durante a amigdalectomia pode ser considerado um acidente fora do controle do cirurgião. No entanto, não contar ao paciente ou a seu responsável o fato aumenta o risco de uma ação por negligência. É relevante a conduta e o grau de cuidado que o cirurgião exerceu após o acidente no sucesso de sua defesa.

Comentários Finais: A quebra da agulha acidentalmente na área tonsilar representa um desafio para o otorrinolaringologista e cabe a ele adotar medidas preventivas a fim de evitar esse acidente operatório. Entretanto, diante da ocorrência do imprevisto é recomendada a remoção do segmento de agulha no mesmo ato cirúrgico, evitando-se as complicações possíveis da permanência do corpo estranho na área tonsilar.

PR 0023 PÔSTER - RELATOS DE CASO

Amiloidose laríngea: Série de casos

Autor Principal: ALEXANDRE YAKUSHIJIN KUMAGAI

Coautores: CAMILA CHULU LORENTZ, LEONARDO PAMPONET DA CUNHA MOURA, RAMON MELO TERRA PAULA, LUCAS VAZ PADIAL, LAÍS CARVALHO DE ABREU, CLARISSA DA COSTA JARDIM, LUCIANA COSTA FERNANDES

Instituição: HOSPITAL PAULISTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Apresentação do Caso: Apresentar casos de amiloidose laríngea, discutindo a abordagem diagnóstica e tratamento, comparando com dados da literatura, alertando para a existência desta afecção rara, com manifestações clínicas variáveis e da necessidade de exclusão do envolvimento sistêmico da doença.

Discussão: A amiloidose pode acometer qualquer parte do corpo, porém raramente está localizada no trato respiratório superior, sendo a laringe o órgão mais frequente afetado neste local. Apresenta comportamento benigno quando localizada, mas pode apresentar mau prognóstico nos casos sistêmicos. A amiloidose laríngea localizada possui evolução lenta e raramente inicia ou está associada com um quadro sistêmico.

Comentários Finais: Sendo assim, temos como objetivo descrever casos de amiloidose laríngea, discutindo a abordagem diagnóstica e tratamento, comparando com dados da literatura, alertando para a existência desta afecção rara, com manifestações clínicas variáveis e da necessidade de exclusão do envolvimento sistêmico da doença.

PR 0025 PÔSTER - RELATOS DE CASO

Policondrite recidivante como causa de estenose laringotraqueal isolada

Autor Principal: JOSÉ ANTONIO PINTO

Coautores: HELOISA DOS SANTOS SOBREIRA NUNES, GABRIELLA SPINOLA JAHIC, ANDREIA NATALIA AZEVEDO FERREIRA DE VASCONCELOS, MARINA CANÇADO PASSARELLI SCOTT, CASSIA PALOMA DA CUNHA ONOFRE, CAIO ORLANDINI ALONSO

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

Apresentação do Caso: E.C.R., 59 anos, feminino, apresenta dispneia intermitente com piora progressiva há 10 anos. No início apresentava melhora com corticoides via oral, inicialmente diagnosticada com asma brônquica e tratada com broncodilatadores e inalação com corticosteroides, sem melhora. Espirometrias dentro dos padrões de normalidade, afastando o diagnóstico inicial. Devido à ausência de melhora, foi solicitada broncoscopia por pneumologista apresentando estenose laringotraqueal (ELT). Em avaliação otorrinolaringológica, por meio de nasofibrolaringoscopia, foi observada ELT grau III de Cotton-Meyer, com obstrução de 80% da luz da subglote, e extensão até o primeiro anel traqueal. Na ausência de histórico de fatores etiológicos foi realizada biópsia de subglote, com diagnóstico histológico de edema e infiltrado linfoplasmocitário inespecífico do córion, sem sinais de malignidade. Levantadas hipóteses diagnósticas de leishmaniose, granulomatose de Wegener e policondrite recidivante, com Teste de Montenegro negativo e P-Anca positivo, estabelecendo o diagnóstico de policondrite recidivante. Realizado metotrexate e corticoide oral por 6 anos, com estabilização da doença, porém manutenção da dispneia aos pequenos esforços. Indicada correção de ELT, realizada em outubro de 2019.

Discussão: A policondrite recidivante, inicialmente descrita por Jaksch Wartenhorst em 1923, é uma doença rara do tecido conectivo que apresenta quadro clínico variável, caracterizando-se por condrite auricular, poliartrite inflamatória, condrite nasal, inflamação de estruturas oculares, condrite do trato respiratório, distúrbio auditivo, infecções pulmonares recorrentes, acometimento das valvas cardíacas, vasculite de grandes e médios vasos e alterações renais. Manifesta-se como inflamação recorrente e destruição dos tecidos cartilagosos, decorrente de lesão inflamatória da cartilagem, com formação de tecido de granulação e fibrose, com potencial de destruição permanente dessas estruturas, até com desfecho fatal. Acomete a população entre 20 e 60 anos, sem predomínio de sexo/raça e forte associação com HLA-DR4. Os mecanismos da doença ainda são desconhecidos, porém entende-se a fisiopatologia como autoimune. Os sintomas respiratórios são incomuns e podem ser potencialmente letais, devido ao colapso da via aérea por dissolução dos anéis cartilagosos da traqueia e dos brônquios. O diagnóstico da doença é basicamente clínico, sendo a biópsia recomendada apenas em casos em que o quadro clínico é atípico. Os achados histopatológicos não são patognomônicos. A conduta terapêutica baseia-se no uso de AINEs, corticosteroides e imunossuppressores. Devido à obstrução das vias aéreas, há ainda indicação cirúrgica para correção de estenoses ou uso de "stents" para manutenção da permeabilidade da árvore traqueobrônquica. A principal etiologia de ELT em adultos continua a ser a lesão pós intubação traqueal. Contudo, há outras causas descritas na literatura como trauma cervical, lesões por inalação, traqueostomia ou cricoidostomia altas, granulomatose de Wegener, além de causas idiopáticas. A nível da traqueia, a estenose ocorre em função de lesões provocadas pelo Cuff de tubos de ventilação ou decorrente de sequelas de traqueostomia, entre elas deformação triangular no local do estoma traqueal, injúria causada pela ponta da cânula e colapso e/ou granuloma supraestomal.

Comentários Finais: O envolvimento da laringe acompanhando por dispneia e disfonia como manifestações iniciais da PCR é raro e atípico, e em geral ocorre após envolvimento de cartilagens auriculares e nasais.

PR 0001 PÔSTER - RELATOS DE CASO

Otite média aguda associada à síndrome de Gradenigo e trombose do seio sigmoide: Relato de caso

Autor Principal: RIBANA DE LACERDA MERLIN

Coautores: BÁRBARA CECÍLIA BORGES MOREIRA, DAYANE RESENDE DA MATA, ANA LUIZA NUNES FRANÇA, BRUNO HOLLANDA SANTOS, MIRIAN CABRAL MOREIRA DE CASTRO

Instituição: HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE

Apresentação do Caso: Paciente M.M.L., 4 anos, sexo feminino, branca, procedente de Pedro Leopoldo – MG, procurou a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) da cidade de origem, com quadro de febre e otalgia à esquerda, sendo prescrito antibiótico tópico otológico (hidrocortisona, neomicina e polimixina B). Após dois dias de uso, iniciou com placas exsudativas periamigdalíneas e novos picos febris. Avaliada novamente na UPA, interrompido uso de antibiótico tópico e iniciada cefuroxima via oral. Evoluiu afebril, com melhora das placas exsudativas, porém com piora progressiva do estado geral, cefaleia e otorreia purulenta bilateral. Transferida ao Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, iniciado uso endovenoso de amoxicilina + clavulanato. Revisão laboratorial sem alterações, urocultura e hemocultura sem crescimento bacteriano. Manteve-se afebril, porém com prostração e otorreia purulenta bilateral persistente. No terceiro dia de internação hospitalar, apresentou quadro de estrabismo convergente à direita. Realizada tomografia de crânio e órbitas com sinais radiológicos sugestivos de mastoidite e trombose de seios venosos sigmoides bilateralmente, confirmado por angioressonância venosa. Ressonância magnética e angioressonância arterial de encéfalo sem alterações. Realizada rotina de líquido, negativa para meningite. Interrompido uso de amoxicilina + clavulanato, iniciada ceftriaxona, com resolução do quadro de otorreia após 10 dias de uso. Iniciada anticoagulação com enoxaparina e varfarina com melhora completa do quadro de estrabismo convergente à direita. Paciente recebeu alta hospitalar, em uso de varfarina, com proposta de 3 meses de uso. Em retorno ambulatorial, realizou novos exames radiológicos sem sinais de trombose de seios sigmoides. Ao exame físico, paciente sem sinais de paralisia facial, com movimentação ocular preservada, sem estrabismo, sem déficit visual, ausência de sinais meníngeos. À otoscopia, condutos auditivos externos secos, membranas timpânicas íntegras e translúcidas.

Discussão: A síndrome de Gradenigo está associada à infecção do ouvido médio que se estende até o ápice petroso, levando à otorreia, dor no local de inervação dos ramos oftálmico e maxilar do nervo trigêmeo e ao desenvolvimento de paralisia do nervo abducente. A trombose do seio venoso cerebral é uma complicação neurológica grave da otite média e ocorre secundária à disseminação da infecção para o osso subjacente. Sua abordagem clássica consistia em uma intervenção cirúrgica agressiva. Entretanto, novos relatos, como o descrito acima, vêm descrevendo bons resultados com tratamento conservador, reservando a cirurgia para casos crônicos e refratários à terapia clínica. Antibióticos intravenosos empíricos de amplo espectro devem ser eficazes contra micro-organismos comuns que causam mastoidites, que incluem *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa* e anaeróbios.

Comentários Finais: A síndrome de Gradenigo, apesar da ocorrência rara após o surgimento dos antibióticos, deve ser sempre considerada quando houver dor facial e paralisia de nervo abducente em um quadro de otite média. A dificuldade diagnóstica pode levar à manipulação inicial inadequada, atrasando a instituição terapêutica. Esta condição enfatiza a importância de incorporar o conhecimento anatômico na prática clínica e na intervenção oportuna, o que evitará a necessidade de cirurgia, conforme demonstrado neste relato de caso.

PR0003 PÔSTER - RELATOS DE CASO**Otomastoidite aguda recorrente - Relato de caso****Autor Principal:** TAYSLARA MARTINS BELARMINO**Coautor:** FERNANDO SALES GUEDES

Instituição: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Apresentação do Caso: E.G.E., masculino, 1 ano, branco, procedente de São José do Rio Preto – SP, procurou o serviço de Otorrinolaringologia com sintomas de irritabilidade, otalgia e otorreia à esquerda há 4 dias, associada a hiperemia retroauricular. Otoscopia: secreção esverdeada em conduto auditivo externo esquerdo, não visualizada membrana timpânica e leve hiperemia retroauricular, sem abaulamento. Realizada aspiração de secreção purulenta e prescrita amoxicilina por 7 dias. Retorna em 1 semana com resolução do quadro clínico. Após 20 dias, apresenta otalgia e otorreia à esquerda novamente e febre há 3 dias, prescrito amoxicilina+clavulanato, com retorno em 48 horas. Retorna com persistência da febre, abaulamento e hiperemia retroauricular esquerda. Realizada internação hospitalar, iniciada ceftriaxona e clindamicina endovenosa. Solicitada tomografia de ossos temporais (TCOT): material com densidade de partes moles preenchendo as células e os antros das mastoideas e ouvidos médios bilaterais, com áreas de reabsorção óssea, sugerindo otomastoidite. Exames laboratoriais: leucócitos 17.700mg/dL, neutrófilos 7611mg/dL, bastonetes 708mg/dL, PCR 20,5. Paciente submetido à miringotomia com inserção de tubo de ventilação (TV) bilateral e adenoidectomia. Mantido antibiótico por sete dias, após alta hospitalar com amoxicilina+clavulanato por sete dias. Paciente mantém acompanhamento mensal há 8 meses, assintomático com TV normoposicionado.

Discussão: A mastoidite aguda (MA) é a complicação intratemporal mais comum e grave da otite média aguda (OMA). A possibilidade de ocorrer uma complicação da OMA depende da interação bactéria/hospedeiro, da situação imunológica e relação entre o agente e outros microrganismo da orofaringe. Estudos recentes demonstraram um aumento da sua incidência, mais frequente em crianças menores de 2 anos, devido aumento da resistência aos antibióticos por uso indiscriminado. O uso indiscriminado de antibióticos não previne as complicações da otite, pode modificar a sintomatologia, atrasar o diagnóstico e contribuir para aumento da incidência de MA. O quadro clínico da MA depende da idade da criança pelas características anatômicas dos diferentes grupos etários e estágio da doença. Em crianças menores de 2 anos de idade a protusão do pavilhão auricular acontece para baixo e para fora, sendo frequentes febre e otalgia, que se manifestam por irritabilidade. Em indivíduos mais velhos, o desvio do pavilhão auricular faz-se para cima e para fora. Não existem sinais patognomônicos, com o diagnóstico podendo ser difícil, especialmente na primeira infância. Leucograma com presença de leucocitose com neutrofilia e elevação de PCR são úteis. Assim, como a TCOT, que oferece imagem detalhada das células mastoideas. Sua indicação permanece controversa, alguns autores indicam sua realização em todos os casos de MA, outros indicam na ausência de melhora com terapêutica adequada, dúvida diagnóstica e suspeita de complicações. O tratamento consiste em antibioticoterapia endovenosa dupla com cefalosporina de segunda/terceira geração associada a clindamicina ou metronidazol ou amoxicilina+clavulanato e miringotomia, mastoidectomia está reservada para casos complicados.

Comentários Finais: A MA é uma afecção a ser considerada devido ao risco de complicações graves e potencialmente fatais. O prognóstico é favorável se não existirem complicações adicionais. A idade menor que 2 anos, sexo masculino, antibiótico prévio e ausência de otalgia parecem constituir fatores preditivos para complicações. A utilização de antibiótico criteriosa e miringotomia devem ser incentivadas.

PR 0014 PÔSTER - RELATOS DE CASO

**Gusher perilinfático: complicação atípica na cirurgia do estribo -
Relato de caso****Autor Principal:** JOÃO PAULO FERNANDES DE ALMEIDA SANTOS**Coautores:** DANILO CARVALHO GUIMARÃES, HENRIQUE PASTRO CREIMER, LIZ LACERDA COSTA, RODRIGO OREFICE NOGUEIRA, SUZANA MANUELA PEREIRA, THAYNÁ FERREIRA FURTADO PEREIRA, ANDY DE OLIVEIRA VICENTE

Instituição: HOSPITAL CEMA

Apresentação do Caso: Paciente, 34 anos, sexo feminino, com queixa de hipoacusia bilateral progressiva, de início há 4 anos. Nega zumbido ou tontura associados. À otoscopia, apresentava-se normal em ambos ouvidos. A audiometria demonstrou perda auditiva mista bilateral (esquerda – limiar de via aérea de 70dB e GAP aero-ósseo de 55dB; direita – limiar de via aérea de 65dB e GAP aero-ósseo de 40dB) e impedanciometria revelou timpanograma do tipo A e ausência de reflexos estapédicos. A tomografia computadorizada apresentava foco anterior em janela oval (FAJO) e retrofenestral bilateral, sem alterações morfológicas da cápsula ótica. Foi indicado tratamento cirúrgico de estapedectomia em ouvido esquerdo. Após a realização da platinotomia, com broca de 6mm, verificou-se um fluxo intenso de líquido. A oclusão da janela oval e orelha média foi realizada com pericôndrio e tecido adiposo, além de colocação de prótese. No pós-operatório imediato, a paciente evoluiu sem queixas ou otorreia, prosseguindo internação hospitalar por cinco dias para realização de antibioticoterapia, corticoidoterapia, elevação da cabeceira a 30 graus e repouso absoluto no leito. No 10º dia pós-operatório, em acompanhamento ambulatorial, paciente queixou-se de tontura em flutuação ao deambular e zumbido pulsátil em ouvido esquerdo. O audiograma, realizado no 54º dia pós-operatório, registrou perda auditiva neurossensorial profunda à esquerda.

Discussão: A etiologia do *gusher* perilinfático (GP) pode ser encontrada na malformação congênita entre os espaços subaracnóideo e perilinfático. Não é possível prever esta complicação em pacientes com ausência de malformação. No entanto, existem alterações como dilatação do canal auditivo interno, dilatação do vestíbulo, alargamento de aqueduto vestibular, alargamento do aqueduto coclear e displasia coclear, que são predisponentes à ocorrência de GP. O manejo consiste em revestir a janela oval e/ou preencher a cavidade timpânica de material absorvível, enxertos autólogos e se possível colocação de prótese. Em todos os casos, é necessário realizar tratamento antibiótico de amplo espectro e vacinação contra pneumococos. O resultado pós-operatório varia desde zumbido, tontura, perda auditiva neurossensorial severa ou profunda, melhora nos testes auditivos, até funções auditivas inalteradas em relação aos exames pré-operatórios.

Comentários Finais: Mesmo sem dados na história clínica, exame físico e exames de imagem, devemos estar atentos para possíveis malformações, em cirurgias do estribo para reabilitação auditiva de otosclerose, pois os prognósticos nesses casos são incertos e por vezes insatisfatórios.

PR 0016 PÔSTER - RELATOS DE CASO

Paralisia facial periférica - Relato de caso e variação anatômica do nervo facial

Autor Principal: JULIANA PASCUTTI SANT'ANA

Coautores: JENIFFER CRISTINA KOZECHEN RICKLI, EDSON IBRAHIM MITRE, MELISSA FERREIRA VIANNA, PAULO ROBERTO LAZARINI

Instituição: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

Apresentação do Caso: Apresenta-se um caso de uma variação anatômica incomum do nervo facial encontrada durante cirurgia de descompressão para tratamento de paralisia facial periférica. Paciente do sexo feminino, 39 anos, natural do Senegal, com queixa de paralisia facial periférica à direita havia um dia. Negava otalgia, zumbido, tontura, lesões em pavilhão auricular ou demais queixas associadas. No exame físico evidenciavam-se sinais de paralisia facial à direita classificada como House Brackmann V, não havia alterações à otoscopia. Na tomografia computadorizada de mastoide e na ressonância nuclear magnética não se constataram alterações sugestivas de lesões tumorais ou infecciosas que pudessem justificar o quadro. Optou-se pelo tratamento clínico com prednisona via oral nas dosagens 60mg/dia por 5 dias, após 40mg/dia por 5 dias, após 20mg/dia por 5 dias, totalizando 15 dias de corticoterapia e aciclovir 2000mg/dia por 7 dias. Sem sucesso, indicou-se abordagem cirúrgica para descompressão no nervo facial. Durante o procedimento, o nervo facial se mostrou deiscente na porção intratimpânica e bifurcado no terço distal de sua porção mastóidea, cujo ramo ascendente seguia na parede posterior do meato acústico externo direito.

Discussão: As variações anatômicas do nervo facial na porção intratimpânica são amplamente relatadas na literatura e comumente relacionadas à atresia da janela oval e/ou a outras mal formações da orelha média. Acredita-se que possam se tratar de resquícios de mesoderma durante a formação embriológica. Porém, variações na porção mastóidea são extremamente incomuns, constam cerca de 25 casos documentados na literatura, número ainda menor quando não associado a demais malformações como no caso em questão.

Comentários Finais: É preciso estar atento às possíveis variações anatômicas no nervo facial. Discutimos nesse relato uma malformação extremamente rara na literatura. Acreditamos que, apesar da eletroestimulação intraoperatória ser um recurso, ter em mente as possibilidades do trajeto anatômico é o maior dos recursos para o otologista.

PR 0021 PÔSTER - RELATOS DE CASO

Siringocistadenoma papilífero de meato acústico externo: Relato de caso**Autor Principal:** GIOVANA SCACHETTI**Coautores:** CARLOS EDUARDO BORGES REZENDE, MARIANA ZAVANELLI CARVALHO, RAFAEL PESSOA PORPINO DIAS DITCHFIELD, BEATRIZ GREGIO SOARES, LIVIA BACHA RIBEIRO, LARA ESTUPINA BRAGHERI, PRISCILA BOGAR**Instituição:** FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Apresentação do Caso: Paciente feminina, 47 anos, com otorreia eventual em orelha esquerda, com lesão endurecida e arredondada em meato acústico externo (MAE), bem delimitada, com conteúdo de partes moles à tomografia computadorizada e erosão óssea. Sugerida hipótese de colesteatoma de MAE e indicada exérese de lesão com canaloplastia. Avaliação anatomopatológica evidenciou siringocistadenoma papilífero (SCAP) com margens finais livres de lesão.

Discussão: O SCAP é um tumor benigno incomum de glândulas ceruminosas, que são glândulas sudoríparas modificadas, indistinguível na clínica e pouco reportado na literatura. Quanto às formas malignas, estão inclusos o adenocarcinoma, carcinoma adenoide cístico e carcinoma mucoepidermoide. As lesões têm apresentação variável, sendo a maioria solitárias, como a do caso em questão, mas podem também se manifestar como múltiplas e estarem associadas com nevo sebáceo, além da possibilidade da coexistência com outras neoplasias benignas. É mais comum na infância e adolescência, sendo a localização mais acometida a região da face e pescoço, principalmente o couro cabeludo, e ainda pouco relatadas em outros locais, a citar na região perianal e coxa. O quadro clínico inicial é inespecífico, como no caso em questão, em que havia apenas otorreia e a presença da lesão. Outros sinais e sintomas podem ser perda auditiva leve e discreto sangramento e dor de leve a moderada, que estão relacionados com o volume da lesão e grau de obstrução do canal. A hipótese diagnóstica inicial com base na tomografia foi de colesteatoma de MAE, pela faixa etária, manifestação clínica e erosão óssea à tomografia. Foi encontrado durante o procedimento fragmento de cor acastanhada, típico do SCAP, que normalmente pode variar até marrom escuro, com menos de 4cm de diâmetro, superfície lisa ou ulcerada. Além disso, a lesão foi caracterizada como irregular e de consistência firme. O diagnóstico final foi concluído com base na avaliação anatomopatológica. As características histológicas típicas são a presença de invaginações císticas da epiderme com projeções papilares em forma de vilosidades revestidas por duas camadas de células epiteliais. O tratamento de primeira linha para o SCAP é a exérese cirúrgica e o laser de CO₂ é a alternativa, principalmente em tumores com difícil acesso cirúrgico ou de menores dimensões. O seguimento clínico é aconselhado para acompanhar recidivas.

Comentários Finais: O siringocistadenoma papilífero é raro, de difícil diagnóstico e com sintomas pouco pronunciados. A ocorrência na faixa etária da paciente é atípica e a localização apresentada, incomum. Ressalta-se a realização fundamental do exame histopatológico para a confirmação do diagnóstico, o que deve orientar a terapêutica e o seguimento.

PR 0026 PÔSTER - RELATOS DE CASO**Complicações graves múltiplas em otite média crônica colesteatomatosa infectada****Autor Principal:** PEDRO PAULO VIVACQUA DA CUNHA CINTRA**Coautores:** CASSIA PALOMA DA CUNHA ONOFRE, JOSÉ ANTONIO PINTO, MARINA CANÇADO PASSARELLI SCOTT, GABRIELLA SPINOLA JAHIC, CAIO ORLANDINI ALONSO, ANDREIA NATALIA AZEVEDO FERREIRA DE VASCONCELOS, LYNA SORAYA PENTEADO DOS SANTOS PERES ALVES DE LIMA

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

Apresentação do Caso: Paciente R.A.A., 33 anos, masculino, com história prévia de timpanomastoidectomia radical à esquerda por colesteatoma realizada 10 anos antes, apresentou-se ao Serviço com queixa de otorreia persistente, paralisia facial, acometimento mandibular edematoso à esquerda e perda ponderal de 15kg havia 4 meses. Ao exame físico, evidenciada otorreia esverdeada de odor fétido, granuloma e linfadenite pré e retroauricular, paralisia facial ipsilateral, sendo medicado com morfloxacino via oral, garasone otológico e programada revisão de timpanomastoidectomia. Durante procedimento cirúrgico, visualizada coleção purulenta em mastoide com degeneração de parede da dura-máter. Iniciado tratamento com clindamicina e ceftriaxona no pós-operatório, substituídos no mesmo dia por levofloxacino pelo infectologista. Paciente referia diplopia em primeiro pós-operatório, sendo interrogada síndrome de Gradenigo. Tomografia computadorizada (TC) de mastoide evidenciou conteúdo gasoso que se estendia da cavidade timpânica ao espaço extra-axial intracraniano temporal, sendo introduzido meropenem associado à vancomicina. Ressonância magnética de crânio após 48h com sinais sugestivos encefalite e trombose dos seios sigmoide e transversos esquerdos, além de coleções organizadas em espaços submandibular, retrofaríngeo e parafaríngeo homolaterais. Iniciada anticoagulação e realizada substituição de antibióticos por cefepime, guiado por cultura com *Pseudomonas aeruginosa* sensível a este antibiótico. Equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço realiza drenagem de abscesso mastóideo com extensão para região cervical, com dificuldade de intubação orotraqueal (IOT) durante procedimento em decorrência de trismo. Paciente com piora neurológica após cirurgia. Nos dias que se seguiram, paciente em mau estado geral, sob IOT e ventilação mecânica, submetido a TC de crânio, que revelou hidrocefalia, sendo indicada derivação ventricular externa. No dia 06/02/20 paciente teve morte cerebral.

Discussão: A otite média crônica (OMC) é uma doença comum, sua incidência pode chegar a cerca de 30% em qualquer comunidade, estimando-se que cerca de 20 milhões de indivíduos no mundo sofram dessa afecção. Estima-se, ainda, que 25% destes apresentem colesteatoma, em especial a população caucasiana, seguida da negra e depois asiática. Suas complicações em geral sucedem dois eventos principais: infecção e/ou compressão devido à progressão da doença, o que é particularmente comum em conjunto com colesteatoma. Portanto, em virtude de suas complicações, a OMC torna-se uma doença potencialmente grave. As complicações extracranianas mais comuns são paralisia facial, abscesso subperiosteal, mastoidite e labirintite, enquanto as complicações intracranianas (CIC) incluem meningite, abscesso cerebral, trombose do seio lateral, abscesso extradural, hidrocefalia e encefalite. Com o desenvolvimento de novas medicações antibióticas e avanço de métodos de imagem como TC e ressonância nuclear magnética, houve redução significativa na taxa de morbidade e mortalidade das complicações de OMC. Entretanto, a taxa de mortalidade de CIC, em especial de abscesso cerebral, permanece alta em aproximadamente 36% dos casos.

Comentários Finais: A otite média crônica colesteatomatosa complicada com infecção tem alto potencial de produzir desfecho fatal ao paciente a depender das complicações produzidas. Mesmo em paciente previamente hígido, sem fatores de risco habituais, as complicações intra e extracranianas da doença crônica do ouvido podem se suceder rapidamente, e o pronto diagnóstico associado à abordagem multidisciplinar do tratamento se tornam indispensáveis para garantir maior sobrevida ao paciente.

PR 0027 PÔSTER - RELATOS DE CASO**Colesteatoma de meato acústico externo em paciente com síndrome de Proteus: Relato de caso****Autor Principal:** GUILHERME IRIE NAKAZORA**Coautores:** ANDRÉ ZANETTE DUTRA, EDUARDO DO CARMO SILVA, LUANA TORRINI ALVES COSTA, RENATA BARBOSA PINHEIRO, MATHEUS TELES FARIA DE ARAÚJO, KARINA MEZALIRA, FERNÃO BEVILACQUA ALVES DA COSTA

Instituição: HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA

Apresentação do Caso: S.P.B., sexo feminino, 8 anos, portadora da síndrome de Proteus, com queixa de otites externas à direita de repetição e hipoacusia referida pela mãe. Ao exame físico, encontrava-se à otoscopia direita: estenose importante de meato acústico externo (MAE), além de otorreia purulenta em grande quantidade. Otoscopia esquerda sem alterações. Audiometria tonal evidenciava em orelha direita perda auditiva severa do tipo condutiva, com GAP aéreo-ósseo de 40dB. A tomografia computadorizada de ossos temporais demonstrou em orelha direita: alterações morfológicas do osso temporal, estenose de MAE, que se apresentava obliterado por material com densidade de partes moles, presente também em diversas células da mastoide e orelha média, com pequena erosão da cadeia ossicular e osteoma obliterando o meato acústico externo ipsilateral. A ressonância magnética das orelhas apresentava lesão compatível com colesteatoma de MAE direito, com extensão para região mastóidea adjacente. Optou-se por conduta cirúrgica, sendo realizada mastoidectomia radical com remoção do osteoma e do colesteatoma, além de ampla meatoplastia. A análise anatomopatológica do material confirmou colesteatoma de MAE com comprometimento da mastoide e presença de fungos com padrão aspergillus às colorações de Grocott e PAS.

Discussão: A síndrome de Proteus é uma síndrome congênita hamartomatosa extremamente rara, com menos de 100 casos relatados na literatura, que cursa com crescimento excessivo assimétrico e desproporcional de membros, tecido conjuntivo, nervoso, adiposo e vascular. Na maioria dos casos, manifesta-se entre 6-18 meses de vida com fenótipos variados e caráter progressivo. Por tal, é frequentemente confundida com outras anomalias congênitas de crescimento exagerado. O diagnóstico se baseia em critérios clínicos, sendo obrigatórios: as características gerais de distribuição das lesões em mosaico, o curso progressivo da doença e a incidência esporádica, independentemente de manifestações específicas. Ademais, a identificação de uma variante heterozigótica AKT1 por genética molecular pode ajudar caso o diagnóstico clínico seja inconclusivo. O tratamento deve ser direcionado às manifestações clínicas do paciente. O colesteatoma refere-se a uma proliferação epitelial queratinizada que acomete a orelha média, mastoide e, mais raramente, o MAE. Pode ocorrer secundário a uma perfuração da membrana timpânica, como também por lesão primária ou congênita. A abordagem cirúrgica faz-se necessária, uma vez que possui tendência ao crescimento, podendo gerar complicações como paralisia facial, surdez neurossensorial, acometimento intracraniano, entre outras manifestações.

Comentários Finais: A presença de osteoma causando estenose de MAE contribuiu para a ocorrência de otites externas recorrentes que, por sua vez, geraram um processo inflamatório crônico, predispondo ao surgimento do colesteatoma de MAE. Não foram encontrados outros casos semelhantes relatados na literatura. A paciente evoluiu com estenose da meatoplastia no pós-operatório tardio.

P 0013 PÔSTER

Diagnóstico de faringotonsilite aguda em crianças: Uma revisão de literatura

Autor Principal: THEREZITA PEIXOTO PATURY GALVÃO CASTRO

Coautores: ARTHUR GUTEMBERG DOS SANTOS E SILVA LIMA, JOSÉ GUILHERME DE OLIVEIRA PASSOS SOBRINHO, FELIPE VIEIRA SPALENZA, WANDERLIZA LARANJEIRA COUTINHO, MARIA THERESA PATURY GALVÃO CASTRO, ARTUR BELO AZEVEDO

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (UFAL)

Objetivos: Conceitos atuais do diagnóstico de faringotonsilite aguda em crianças.

Métodos: Revisão sistemática de literatura das bases de dados PubMed, SciELO e LILACS, por meio dos descritores "pharyngotonsillitis", "child" e "diagnosis". Foram selecionados trabalhos publicados no período de 2014 a 2020.

Resultados: No atendimento de 49.620 urgências pediátricas, um total de 3947 (7,95%) foram diagnosticadas com faringotonsilite. Foram mais meninos, num total de 2020 (51,1%). 60,9% (n=2407) eram maiores ou iguais a 3 anos, sendo a idade limite 14 anos, e 39,1% (n=1540) menores que 3 anos. O teste diagnóstico rápido (TDR) foi realizado em 17% (n=690). Obteve-se resultado negativo em 55,6% (n=384) e positivo em 44,3% (n=306). Dos 690 casos, 76% correspondem às crianças maiores ou iguais a 3 anos (n=525) e 24% (n=165) às crianças menores de 3 anos. O cultivo de *swab* da cavidade faríngea foi solicitada em apenas 1% (n=40), sendo positivo para *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A (SBHGA) em 12 pacientes. Em outro estudo foi comparada a eficácia da cultura em relação a testes moleculares; de 145 amostras, 49 (34%) foram positivas no teste molecular e 24 (17%) na cultura para SBHGA. Das 25 amostras positivas nos testes moleculares e negativas na cultura, 19 deram-se por faringotonsilite ou febre reumática, com resultados positivos da sorologia estreptocócica. A sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos para o teste molecular *versus* cultura foram 100,0%, 79,3%, 48,8% e 100,0%, respectivamente.

Discussão: A maioria dos estudos determina que a faringotonsilite é um dos motivos de consulta mais frequentes em crianças. Sinais e sintomas clínicos isoladamente não podem ser usados para descartar ou diagnosticar faringotonsilite bacteriana, pois há diminuição da confiabilidade do diagnóstico com base na escala Centor/McIsaac em crianças, atribuível à alta incidência de infecções virais, compartilhando os mesmos sintomas de febre, dor de garganta e aumento dos linfonodos. Os valores dos indicadores preditivos do TDR mostram uma baixa acurácia diagnóstica de atender a pelo menos três critérios clínicos na população estudada e não distinguem entre um verdadeiro positivo/negativo e um falso positivo/negativo, o que leva a questionar a capacidade de diagnóstico da escala McIsaac. A história e o exame físico são importantes para o diagnóstico de faringotonsilite bacteriana, mas não são suficientes, uma vez que o diagnóstico clínico sem exames complementares tem uma taxa de erro de até 25-50%. A cultura ainda é o padrão-ouro, embora demore 2 a 3 dias o crescimento do microrganismo. Nesses casos, os testes moleculares rápidos podem informar a melhor terapêutica em um ambiente de alta complexidade, e, dessa forma, evita-se aumento nas taxas de resistência microbiana pelo uso superestimado de antibióticos.

Conclusão: Devido à alta taxa de erro usando apenas as manifestações clínicas no processo de tomada de decisão para indicar antibioticoterapia na faringotonsilite aguda, um teste rápido de diagnóstico, cultura faríngea e/ou testes moleculares são recomendados em todos os pacientes com suspeita de faringotonsilite bacteriana.

PR 0009 PÔSTER - RELATOS DE CASO

Otorrinolaringologia e imunodeficiência primária na infância: Relato de caso de diagnóstico precoce e sucesso terapêutico

Autor Principal: WILLIAN DA SILVA LOPES

Coautores: RAPHAEL COELHO FIGUEREDO, SILMAR CUSTÓDIO GONÇALVES, EDUARDO GONÇALVES PELANDA, GUILHERME ZACARIAS QUEIROZ DE BARROS BRAGA, FABIO PIMENTA DE MELO

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Apresentação do Caso: G.S.D., 6 meses de idade, chega ao ambulatório trazido pela mãe com queixa de otorreia recorrente, bilateral, desde o nascimento, não precedido por sintomas nasais, já contabilizando mais de 6 episódios. Nega febre em qualquer dos episódios e fazia uso de gotas otológicas em cada episódio. Nega prematuridade ou intercorrências na gestação ou no parto. Nega internações prévias. Ao exame físico, evidenciava-se conduto externo pèrvio bilateralmente com membrana timpânica íntegra e anatômica; identificava-se rinorreia hialina bilateral com gotejamento pós-nasal. Nesse momento foi instruído uso de lavagem nasal e solicitadas otoemissões acústicas e imitanciometria, orientando-se retorno quando tivesse com otorreia. Após 15 dias, paciente retorna com otorreia abundante bilateral. Feitos Otocirax® e amoxicilina, encaminhado ao imunologista para avaliação e solicitado retorno com 10 dias. No retorno, apresentou otoscopia normal à direita e microperfuração à esquerda, sem mais otorreia. Exames iniciais realizados evidenciaram linfopenia (1943), mas demais normais (CH50, IgA, IgG 1 a 4). Novos exames evidenciaram IgE, IgM e CD8 normais, CD4 diminuído (974), CD3 diminuído (1751) e diminuição de células NK (91); radiografia de tórax normal, HIV negativo. Iniciados Leucogen®, Becan®, Broncho Vaxon® e antibioticoprofilaxia com azitromicina, sendo encaminhado para vacinação. Após 3 meses, houve aumento de leucócitos e linfócitos, com normalização de células NK, sem mais episódios de otorreias. Último CD4 apresenta-se com 1121.

Discussão: Imunodeficiências primárias (IP) são desordens que ocorrem devido a mutações genéticas que alteram a maturação ou a função das células do sistema imunológico, provocando um largo espectro de manifestações clínicas, variando de pacientes assintomáticos a emergências médicas. Na infância, as manifestações clínicas das IP são raras. No entanto, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos a sinais que possam indicar algum distúrbio na imunidade, como repetidas e graves infecções bacterianas. Tipicamente, as desordens celulares, sobretudo que afetam os linfócitos T, são as imunodeficiências que apresentam sinais mais precocemente, com o surgimento de infecções ainda no primeiro mês de vida. Baseando-se nas características gerais das manifestações, foram descritos pelo *Brazilian Group for Immunodeficiency* dez sinais de alerta para IP na infância, que são: no último ano duas ou mais pneumonias; quatro ou mais otites; estomatites de repetição ou monilíase por mais de dois meses; abscessos de repetição ou ectima; um episódio de infecção sistêmica grave; infecções intestinais de repetição e diarreia crônica; asma grave, doença do colágeno ou doença autoimune; efeito adverso ao BCG e/ou infecção por micobactéria; fenótipo sugestivo de síndrome associada a imunodeficiência; história familiar de imunodeficiência. Um dos sinais é apresentar quatro ou mais otites no último ano, único sinal apresentado pelo paciente relatado e, após identificado, imediatamente investigado. A IP desse caso é definida como combinada, parcial e transitória devido redução parcial de células T CD4 e NK e excelente resposta com tratamento clínico.

Comentários Finais: A suspeita precoce de IP permite tratamento, evitando complicações da doença, muitas vezes fatais. Alguns sinais de alerta chegam ao otorrinolaringologista, que deve atentar-se para identificar e fazer encaminhamento preciso. O trabalho multidisciplinar nesses casos é crucial para um desfecho favorável.

PR 0015 PÔSTER - RELATOS DE CASO

Faringotonsilite aguda com presença de petéquias na região submandibular: Relato de caso

Autor Principal: THEREZITA PEIXOTO PATURY GALVÃO CASTRO

Coautores: ARTUR BELO AZEVEDO, MARIA THEREZA PATURY GALVÃO CASTRO, FELIPE VIEIRA SPALENZA, ARTHUR GUTEMBERG DOS SANTOS E SILVA LIMA, JOSÉ GUILHERME DE OLIVEIRA PASSOS SOBRINHO

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (UFAL)

Apresentação do Caso: Paciente do sexo feminino, 17 anos, apresentou manifestações clínicas de febre moderada, astenia, dor de garganta e petéquias na região submandibular há mais ou menos 4 dias. Nega sintomas nasais, otológicos e outras queixas. Ao exame de orofaringe, foi observada hiperemia da mucosa e de tonsilas palatinas, com presença de exsudato sobre elas, além de gânglios palpáveis em região cervical e petéquias em região submandibular. Na ocasião, foi medicada com analgésico e gargarejo com bicarbonato de sódio. Foram solicitados também o hemograma e a cultura da secreção da orofaringe. Com a piora do quadro, a elevação da febre e o aumento das petéquias e a odinofagia, introduziu-se o uso de antibiótico, amoxicilina com clavulanato, por 10 dias. Os resultados dos exames mostraram leucocitose de 14.080k/ul e a cultura foi positiva para *Streptococcus pyogenes*. Após 24h do uso do antibiótico, a febre cedeu e após 6 dias as petéquias desapareceram.

Discussão: As faringotonsilites são queixas frequentes nos consultórios e pronto-atendimentos pediátricos. A etiologia pode ser viral, bacteriana ou não infecciosa, como as causadas por agentes químicos e alérgenos ambientais. O desafio maior é o diagnóstico diferencial, para iniciar a antibioticoterapia quando necessária, evitando complicações, como a febre reumática e a glomeronefrite. O diagnóstico clínico se dá pela história clínica e o exame físico otorrinolaringológico. Quando apresenta febre baixa e os sintomas de rinite e a hiperemia da mucosa de orofaringe, sugere infecção viral. A ocorrência de febre alta, adenopatia cervical, com hiperemia e exsudato sobre as tonsilas palatinas e petéquias no palato, sugere infecção bacteriana por *Streptococcus pyogenes*. No caso clínico apresentado, as petéquias ocorreram na região submandibular, o que é atípico. O exame padrão ouro para o diagnóstico é a cultura da secreção de orofaringe, que foi positiva no caso acima. O uso do antibiótico mostrou ser adequado no tratamento, resultando na recuperação clínica da paciente.

Comentários Finais: Diante das diferentes etiologias, o exame clínico bem feito e o conhecimento dos diagnósticos diferenciais possíveis devem ser valorizados na tomada de decisão em relação à melhor opção de tratamento e nos casos atípicos deve-se solicitar exames complementares, para elucidação diagnóstica visando o tratamento correto.

PR 0017 PÔSTER - RELATOS DE CASO**Necrose de cabeça de corneto inferior após corpo estranho em fossa nasal de criança****Autor Principal:** THAIS MONTEIRO SILVA**Coautores:** RAÍSSA DE FIGUEIREDO NEVES, NATALIA BARAKY, CAMILA ALVES COSTA SILVA, ALINE GUEDES COSENDEY, LEILA BIANCA OLIVEIRA DE FREITAS, CAMILA RAMOS CAUMO, SUSAN BALACIANO TABASNIK

Instituição: POLICLÍNICA DE BOTAFOGO

Apresentação do Caso: E.G.C., masculino, 2 anos e 4 meses, com história de corpo estranho em fossa nasal esquerda há 16 horas. Ao exame, rinorreia purulenta fétida em fossa nasal esquerda. Realizada remoção de bateria Lithium Cell Cr2032 no pronto-atendimento de Otorrinolaringologia com auxílio de sonda de Itard. Nasofibrosopia flexível evidenciando necrose de cabeça de corneto inferior esquerdo, sem outras alterações. Iniciado tratamento com antibioticoterapia de amoxicilina com clavulanato por 14 dias associado a corticoide sistêmico e lavagem nasal com soro fisiológico 0,9%, sem melhoras. Menor retorna ao serviço ainda com odor fétido intenso, porém sem rinorreia. Iniciada lavagem nasal abundante com soro fisiológico 0,9% e uso de solução nasal com xilitol (4 vezes ao dia). Apresentou melhora parcial do odor em fossa nasal esquerda e da área de necrose confirmado por nasofibrosopia flexível. O menor permaneceu com uso de solução nasal de xilitol durante 4 semanas, com resolução completa do quadro.

Discussão: Os corpos estranhos de fossas nasais são frequentes na urgência otorrinolaringológica, principalmente em crianças. As pilhas apresentam substâncias tóxicas que podem causar danos na mucosa, necessitando de remoção urgente. A história clínica é determinante em um caso de corpo estranho (CE) associada a rinoscopia anterior e, quando não for suficiente, poderá ser necessária a realização de exames complementares. Confirmando o diagnóstico, o otorrinolaringologista deverá atuar de imediato e, se possível, realizar a remoção do CE. Os corpos estranhos de fossas nasais são de sintomatologia mais rica. Com poucos dias de permanência, pode ocorrer rinorreia purulenta, principalmente unilateral, odor fétido, obstrução nasal e epistaxe. No caso das pilhas, os sintomas podem aparecer horas após a introdução. Estudos relatam que, a partir das 3 horas de evolução, já se registra uma grande incidência de perfurações septais e necrose.

Comentários Finais: Corpos estranhos de fossas nasais são acidentes mais observados em crianças. Apesar de serem de resolução relativamente simples, complicações podem ocorrer. É importante ressaltar que o treinamento do residente de Otorrinolaringologia em serviços de Emergência é fundamental, pois o sucesso da remoção de um corpo estranho depende tanto da cooperação do paciente quanto da habilidade do médico em visualizar e identificar o tipo de corpo estranho, o local onde ele se encontra e as possíveis complicações da manipulação prévia. Quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento, menor a chance de complicações futuras.

PR 0024 PÔSTER - RELATOS DE CASO**Atresia coanal congênita bilateral em recém-nascido pré-termo:
Relato de caso****Autor Principal:** PALOMA FEITOSA PINHO GOMES**Coautores:** EVANDRO MESSIAS NEVES DA SILVA, LAURA GONÇALVES ALMEIDA NEIVA, FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA, ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA

Instituição: HOSPITAL SANTA MARTA

Apresentação do Caso: Recém-nascido pré-termo (33 semanas e 3 dias), feminino, nascido de parto cesárea em 24/11/19 no Hospital Santa Marta, Taguanguá-DF, peso: 1.600kg, estatura: 43cm, Apgar 1º minuto: 9 e 5º minuto: 10, evoluiu com desconforto respiratório precoce e cianose generalizada. Realizada intubação orotraqueal, não sendo necessária reanimação cardiopulmonar. Durante atendimento inicial, ao tentar passar sonda em ambas as narinas para aspiração de secreções, não foi possível sua progressão. Em UTI, tentou-se novamente a passagem de sonda nasal, sem sucesso. Solicitada tomografia dos seios da face, a qual mostrou achados compatíveis com atresia coanal ósseo-membranosa bilateral. O caso foi comunicado à Otorrinolaringologia, que realizou a cirurgia imediatamente pela técnica transnasal por videoendoscopia, com remoção do septo posterior e alargamento das coanas. Ao final da cirurgia, foi posicionada uma cânula nº 08 em ambas as narinas, mantida por 21 dias para evitar a estenose das coanas. Neonato foi extubado 48 horas após cirurgia, mantendo-se eupneico, sem esforço respiratório e boa saturação sob O₂ circulante a 2L/min. Realizada investigação para outras malformações, não sendo diagnosticada nenhuma outra alteração congênita. Após 3 semanas do procedimento, procedeu-se a remoção da cânula nasal. O recém-nascido manteve-se eupneico, com desenvolvimento e crescimento adequado.

Discussão: A atresia coanal é uma malformação congênita, caracterizada pela obstrução uni ou bilateral da abertura posterior da cavidade nasal, impedindo a comunicação entre a cavidade nasal e a nasofaringe. É uma anomalia rara (1:5000 a 8000 nascidos vivos), com maior incidência no sexo feminino (2:1). A placa atrésica pode ser óssea, membranosa ou mista (70% dos casos). Quando bilateral, apresenta-se com desconforto respiratório ao nascimento, cianose e baixa saturação de oxigênio, podendo evoluir para insuficiência respiratória grave e óbito, caso não sejam tomadas medidas de urgência necessárias, devido aos neonatos serem respiradores nasais obrigatórios até 2-3 semanas de vida. Quando unilateral, a dificuldade respiratória é menos acentuada, podendo cursar sem sintomas, sendo diagnosticado tardiamente. Também é considerado um sinal de alerta para outras malformações congênitas, principalmente craniofacial, cardíaca e síndrome de CHARGE. O diagnóstico é suspeitado pela impossibilidade na progressão do cateter nasal até a orofaringe, podendo ser confirmado pela endoscopia nasal e/ou tomografia computadorizada, sendo este o exame de escolha, pois possibilita o correto diagnóstico e determina a constituição da placa atrésica, o que facilita o planejamento cirúrgico. O tratamento é cirúrgico, nos casos de atresia bilateral a intervenção deve ser imediata. Atualmente, a técnica endoscópica transnasal tem sido escolhida por proporcionar boa visualização, mínimos traumas e redução do tempo operatório.

Comentários Finais: O presente caso tem a intenção de alertar sobre a importância do diagnóstico precoce da atresia coanal congênita bilateral, bem como a realização urgente de medidas de suporte ventilatório e tratamento cirúrgico o mais precocemente possível. Também visou fomentar discussões sobre a melhor técnica cirúrgica para neonatos, que é dificultada pela sua menor estrutura anatômica.



www.aborlccf.org.br