

# ABORL-CCF

## ANAIS DO





## **DIRETORIA EXECUTIVA ABORL-CCF - 2017**

**Wilma Terezinha Anselmo Lima**  
Presidente

**Marcio Abrahao**  
1º Vice-Presidente

**Luiz Ubirajara Sennes**  
2º Vice-Presidente

**Eulália Sakano**  
Diretora Tesoureira Geral

**Edwin Tamashiro**  
Diretor Secretário Geral

**Leonardo Haddad**  
Diretor Tesoureiro Adjunto

**Edson Ibrahim Mitre**  
Diretor Secretário Adjunto

**Eduardo Landini Lutaif Dolci**  
Assessor

**Marcio Silva Fortini**  
Assessor

**Geraldo Druck Sant´anna**  
Assessor



## COMISSÕES

### PRESIDENTE DO CONGRESSO

Wilma Terezinha Anselmo Lima

### PRESIDENTE DE HONRA DO CONGRESSO

Fabio Duro Zanini

### COMITÊ DE EVENTOS

Thaís Knoll Ribeiro  
Presidente

André Alencar Araripe Nunes  
Secretário

Luciano Rodrigues Neves  
Membro

Arthur Menino Castilho  
Membro

Camila de Giacomo Barros  
Membro

Vitor Guo Chen  
Membro

Rafael Pontes Ribeiro  
Membro

### COMISSÃO LOCAL

Ana Amelia Soares Torres  
Berenice Zottis  
Claudia Rocha Coppoli  
Delmer Jonas Polimeni Perfeito  
Eulógio Emílio Martinez Neto  
Gabriela Robaskewicz Pascoto  
Gildo Tochetto Gomes  
Guilherme Webster  
Hormy Biavatti Soares  
Jonas Willian Spies  
Jose Tavares de Melo Junior  
Juliano Colonetti  
Person Antunes de Souza  
Rafael Pinz  
Ricardo Tavares

## **GRADE CIENTÍFICA ELABORADA POR**

### **ACADEMIAS**

**Academia Brasileira de Laringologia e Voz**

Luciano Rodrigues Neves

**Academia Brasileira de Rinologia**

Olavo de Godoy Mion

**Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica**

Melissa Ameloti Gomes Avelino

**Academia de Cirurgia Plástica da Face**

Antonio Carlos Cedin

**Sociedade Brasileira de Otologia**

José Ricardo Gurgel Testa

### **COMITÊS, COMISSÕES E DEPARTAMENTOS**

**Comitê de Defesa Profissional**

Bruno Almeida Antunes Rossini

**Comissão de ORL Geriátrica**

Herton Coifman

**Departamento de Bucofaringologia**

Ivo Bussoloti

**Departamento de Cabeça e Pescoço**

Carlos Takahiro Chone

**Departamento de Cirurgia Crânio Maxilo facial**

Lucas Gomes Patrocínio

**Departamento de Doenças Relacionadas ao Trabalho**

Mara Edwirges Rocha Gandara

**Departamento de Medicina do Sono**

Edilson Zancanella

**Departamento de Eletroneurofisiologia**

Roberto Miquelino de Oliveira Beck

**Departamento de Otoneurologia**

Francisco Carlos Zuma e Maia

**Departamento de Foniatria**

Mariana Lopes Fávero

### **COMITÊ DE AVALIAÇÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS**

Camila de Giacomo Barros

Christiano de Giacomo Carneiro

Eduardo Macoto Kosugi

Marcos Luiz Antunes

Marcos Rabelo de Freitas

Reginaldo Raimundo Fujita

Rodrigo de Paiva Tangerina

Ronaldo Nunes Toledo

# Índice

<b>Temas Livres .....</b>	<b>7</b>
Bucofaringologia e Medicina do Sono (TL 001 - TL 006).....	8
Ciências Básicas e Estudos Translacionais (TL 007 - TL 010) .....	14
Cirurgia de Cabeça e Pescoço (TL 011 - TL 016).....	18
Estética Facial (TL 017 - TL 022) .....	23
Foniatría (TL 023 - TL 028) .....	29
Laringologia e Voz (TL 029 - TL 034) .....	35
Otologia / Base de Crânio Médio e Posterior (TL 035 - TL 040) .....	41
Otoneurologia (TL 041 - TL 046) .....	47
Otorrinolaringologia Pediátrica (TL 047 - TL 052) .....	53
Outros: (exemplos: Responsabilidade Civil, Medicina do Trabalho, Medicina Comportamental, Gerenciamento, Treinamento e Ensino, etc) (TL 053 - TL 058) .....	59
Rinologia / Base de Crânio Anterior (TL 059 - TL 064) .....	64
<b>E-Pôsteres com Apresentação .....</b>	<b>70</b>
Laringologia e Voz (P 001 - P 012).....	71
Cirurgia de Cabeça e Pescoço (P 013) .....	83
Foniatría (P 014 - P 015) .....	84
Otologia / Base de Crânio Médio e Posterior (P 016 - P 028) .....	86
Otoneurologia (P 029) .....	96
Bucofaringologia e Medicina do Sono (P 031).....	97
Otorrinolaringologia Pediátrica (P 032 - P 057) .....	98
Rinologia / Base de Crânio Anterior (P 059 - P 083) .....	117
Estética Facial (P 084 - P 085) .....	141
Outros: (exemplos: Responsabilidade Civil, Medicina do Trabalho, Medicina Comportamental, Gerenciamento, Treinamento e Ensino, etc) (P 086 - P 093) .....	143

<b>E-Pôsteres: Exposição</b> .....	<b>150</b>
Bucofaringologia e Medicina do Sono (P 094 -P 139) .....	151
Cirurgia de Cabeça e Pescoço (P 141 - P 213) .....	194
Foniatría (P 214 - P 215) .....	265
Laringologia e Voz (P 216 - P 264).....	267
Otologia / Base de Crânio Médio e Posterior (P 265 - P 395) .....	314
Otoneurologia (P 396 - P 433) .....	440
Otorrinolaringologia Pediátrica (P 434 - P 474) .....	476
Outros: (exemplos: Responsabilidade Civil, Medicina do Trabalho, Medicina Comportamental, Gerenciamento, Treinamento e Ensino, etc) (P 476 - P 480) .....	516
Rinologia / Base de Crânio Anterior (P 481 - P 689) .....	521
Estética Facial (P 690 - P 700) .....	720

**Índice remissivo dos artigos ..... 731**

**Índice remissivo dos autores .....**

# Temas Livres



## TL 001 A FISIOPATOLOGIA E RELEVÂNCIA DO COMPONENTE ANTEROPOSTERIOR NA AVALIAÇÃO DIMENSIONAL DA ÁREA AXIAL MÍNIMA NA SAOS

Felipe Carneiro Krier, Diderot Rodrigues Parreira, Mariana de Oliveira Lobo, Luígia Peixoto Salvador, Gustavo Simão Souza, Rosalvo Streit Junior

*Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, DF, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar os componentes anteroposterior (AP) e latero-lateral (LL), através da derivação da área axial mínima (AAM) faríngea no pré-operatório e pós-operatório do avanço maxilo-mandibular (AMM), identificando suas possíveis repercussões fisiopatológicas e dimensionais.

**Método:** Estudo longitudinal no período de 2013 a 2016, em pacientes diagnosticados com síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), em que foram submetidos à mensuração dimensional digital antes e seis meses após a intervenção. Foram selecionados 29 pacientes, sendo 18 do sexo masculino e 11 do sexo feminino, com média de idade de 39 anos. A avaliação imaginológica por tomografia computadorizada das vias aéreas superiores ocorreu com o uso do *software* DolphinImaging®, com aquisição tridimensional (3D) do volume e bidimensional (2D) dos aspectos AP e LL da AAM.

**Resultados:** Medidas AP e LL apresentaram aumento estatisticamente significativo após a intervenção do AMM ( $p \leq 0,0001$ ), com um aumento médio de 134% em AP, em um intervalo de confiança de 95% (entre 89% e 180%), frente a 59% na variável LL, para o mesmo intervalo de confiança, (entre 41% e 77%).

**Discussão:** Pela comparação das dimensões, pretende-se determinar a maior relevância do seguimento AP em relação ao LL, tornando a proporção uma importante ferramenta adjuvante da AAM na avaliação e diagnóstico da síndrome, justificando conceitos fisiopatológicos e anatômicos já estabelecidos.

**Conclusão:** A menor diferença entre os eixos AP e LL foi de 77%. O preceito anatomo-observacional de que a faringe possui maior dimensão LL, em conjunto com fatores fisiopatológicos que geram estreitamento da faringe em AP (efeito de Bernoulli, forças adesivas da mucosa, flexão do pescoço e abertura e deslocamento da mandíbula), justifica a relevância da mensuração de AP. Desse modo, por propiciar, essencialmente e expressivamente, um aumento no componente AP, a AMM ratifica sua importância conquanto estratégia de alta resolubilidade por meio de resultados dimensionais e clínicos no tratamento da SAOS.

## TL 002 AVALIAÇÃO DA SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL ENTRE CAMINHONEIROS

Guilherme Silva Machado, Andre dos Santos Brandão, Mariane de Souza Zampieri, Jessica Ramos Tavares, Regiane Matos Batista, Claudio Tobias Acatauassu Nunes, Caroline Feliz Fonseca Sepeda da Silva

*Centro Universitário do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a possível correlação entre Epworth e índice de massa corporal (IMC) entre os motoristas de caminhão inscritos no programa “Comando de Saúde em Rodovias” desenvolvido pela Polícia Rodoviária Federal no ano de 2014.

**Método:** O estudo é natureza estatística analítica e descritiva, raciocínio quantitativo, seguindo uma abordagem transversal e retrospectiva, com base na base de dados da Polícia Rodoviária Federal. Foram incluídos todos os registros de questionários e medidas antropométricas aplicadas aos motoristas de caminhão no período de pesquisa.

**Resultados:** 400 motoristas de caminhão foram avaliados, a maioria do sexo masculino e apenas uma do sexo feminino. A idade variou entre 19 e 72 anos. Mais de metade dos motoristas de caminhão apresentaram valores elevados de IMC, 40% eram obesos e 40% tinham excesso de peso. 5,25% dos participantes tiveram a pontuação da Escala Epworth acima de 10. A Relação de Risco Relativo foi de 2,08 entre os caminhoneiros com sobrepeso ou obesidade em comparação com aqueles com IMC normal e  $p > 0,05$  (Teste binominal).

**Discussão:** A escala de Epworth é a principal ferramenta para determinar a sonolência excessiva. A obesidade está associada à diminuição do volume pulmonar, diminuição do diâmetro da via aérea faríngea e aumento da resistência das vias aéreas. Todos esses fatores contribuem para o aumento da gravidade dos eventos respiratórios noturnos, e há uma relação linear entre o peso corporal e a frequência de eventos respiratórios durante o sono. Martinez et al. (2011) observaram em seu estudo a grande correlação entre o IMC com os valores obtidos na escala de Epworth, demonstrando que pacientes com sobrepeso e obesos possuem pontuações mais elevadas nesta avaliação.

**Conclusão:** Concluiu-se que os caminhoneiros com excesso de peso ou obesos têm duas vezes mais sonolência diurna do que aqueles com IMC normal, havendo uma grande correlação entre essas variáveis.

## TL 003 AVALIAÇÃO DE FADIGA E DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES COM A SÍNDROME DA APNEIA HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Anita Silva Brunel Alves, Taise de Freitas Marcelino, Afonso Possamai Della Júnior, Lucca Policeno Paulin, Luiz Eduardo Nercolini

*Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** Síndrome da apneia hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) é o transtorno respiratório do sono mais comum. Está muitas vezes associada a transtornos neurocognitivos e de humor, como depressão e fadiga; no entanto, essa relação não é clara.

**Objetivo:** Avaliar a associação entre SAHOS com fadiga e com sintomas depressivos, assim como o grau da fadiga com o grau de sintomas depressivos.

**Método:** Estudo transversal com todos os pacientes submetidos à polissonografia em uma Clínica Privada de Tubarão, Santa Catarina, entre setembro de 2014 e abril de 2015, com total de 100 pacientes. Os pacientes responderam a um questionário composto por perguntas de identificação pessoal, pela Escala de Severidade de Fadiga (ESF) e pelo Inventário Beck de Depressão (IBD); e após foram submetidos à polissonografia.

**Resultados:** Os homens obtiveram maior prevalência de apneia (55%) e um índice de gravidade ( $p = 0,023$ ). No entanto, a média de fadiga entre as mulheres foi maior ( $p = 0,013$ ) e também a média de sintomas depressivos ( $p = 0,065$ ). Do total, 71% dos pacientes apresentaram fadiga e 54% sintomas depressivos. O grau da SAHOS pelo Índice de Apneia Hipopneia não mostrou correlação com a ESF ( $p = 0,982$ ) ou com o IBD ( $p = 0,520$ ). No entanto, a fadiga e a depressão mostraram uma correlação positiva ( $p < 0,001$ ). A saturação média da oxiemoglobina demonstrou associação com a fadiga ( $p = 0,032$ ) e com a depressão ( $p = 0,024$ ).

**Discussão:** Hipoperfusão da substância cinzenta cerebral, gerando uma perda neuronal ou mecanismos inflamatórios, é uma das causas que tentam explicar a relação entre apneia e fadiga e depressão. Por este estudo, não foi possível estabelecer uma clara associação.

**Conclusão:** Estes resultados demonstram a importância de compreender a relação entre distúrbios respiratórios do sono com depressão e fadiga, e é sugerido que estas sejam avaliadas na entrevista clínica dos pacientes com SAHOS.

## TL 004 COMPARAÇÃO DOS NÍVEIS SÉRICOS DE CITOCINAS EM CRIANÇAS COM TONSILITES RECORRENTES OU HIPERTROFIA TONSILAR

Claudiney Candido Costa, Hugo Valter Lisboa Ramos, José Neto Ribeiro, Valeriana de Castro Guimarães, Fernanda de Oliveira Feitosa de Castro, Camila Lemes de Souza, Simone Gonçalves da Fonseca

*Universidade Federal de Goiás e CRER, Goiânia, GO, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar possíveis diferenças nos níveis de TNF- $\alpha$ , IL-6 e IL-10 de pacientes submetidos à adenoamigdalectomia com quadros clínicos, isolados ou associados, de Hipertrofia Tonsilar e Tonsilite de Repetição.

**Método:** Estudo com 25 crianças separados em 3 grupos: Tonsilite Recorrente, com 7 pacientes; Tonsilite Recorrente com Hipertrofia, com 8 pacientes e Hipertrofia Tonsilar, com 10 pacientes. Também foram incluídas 10 crianças controles. Colheu-se sangue periférico para dosagem dos níveis das citocinas. Utilizou-se o Teste de Mann Whitney para análise estatística.

**Resultados:** Comparando-se com o grupo controle, os níveis plasmáticos de interleucina-6, foram maiores nos grupos de RT ( $p = 0,094$ ) e TH ( $p = 0,0009$ ). O grupo de TH também apresentou níveis mais elevados de IL-6 que o grupo RT ( $p = 0,039$ ). Não foi encontrada diferença estatística significativa nos níveis plasmáticos de Fator de TNF-a e de IL-10 nos grupos de estudo em relação ao DS.

**Discussão:** A maior concentração sérica de IL-6 nos grupos RT e TH coincide com achados de outros autores, que afirmaram que há aumento significativo dos níveis de citocinas inflamatórias em comparação com grupos controles. Estudos já demonstraram que o aumento da concentração de IL-6 é resultado de estimulação repetida de agentes patogênicos.

**Conclusão:** Pacientes com histórico de amigdalite crônica, principalmente os grupos RT e TH, apresentaram um maior nível sérico de IL-6 em relação ao grupo controle, evidenciando assim um perfil mais inflamatório desses pacientes.

## TL 005 FARINGOPLASTIA LATERO-EXPANSIVA: TÉCNICA COMBINADA PARA O TRATAMENTO DA SAOS

Jose Antonio Pinto, Davi Knoll Ribeiro, Luciana Godoy, Gabriel Freitas, Kelly Elia Abdo, Mariana B. Mazzotti, Caue Duarte

*Núcleo de Otorrinolaringologia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Descrever uma nova abordagem cirúrgica com o intuito de diminuir o colapso faríngeo combinando duas técnicas cirúrgicas: faringoplastia lateral e expansiva.

**Método:** Estudo do tipo transversal retrospectivo. Revisão de prontuários de pacientes com Apneia Obstrutiva do Sono (AOS), submetidos à uvulopalatofaringoplastia latero-expansiva no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016. Critérios de inclusão: idade entre 18 e 60 anos, Friedman I e II, exame com endoscópio flexível apresentando fechamento retropalatal e latero-lateral em orofaringe e/ou hipofaringe (Fujita I e II). Técnica cirúrgica: após amigdalectomia bilateral, identificado músculo constritor superior da faringe e realizada sua elevação e secção horizontal; identificação e elevação do músculo palatofaríngeo e posterior secção inferior do mesmo; fixação do músculo palatofaríngeo próximo ao hámulo do processo pterigoideo através de um túnel palatino e subsequente fechamento de mucosa.

**Resultados:** 38 pacientes, 31 do sexo masculino, perfazendo 81,6%, e 7 do sexo feminino, 18,4%; a idade variou de 30 a 58 anos, com média de 40,8 anos  $\pm$  9,4; índice de massa corporal (IMC): pré-operatório: 27,4  $\pm$  2,8, pós-operatório: 26,6  $\pm$  5,88. Houve uma redução significativa do índice de ronco e EPW ( $p < 0,001$ ), sucesso de 84% no índice IAH, e aumento significativo da menor saturação de oxigênio ( $p < 0,007$ ).

**Discussão:** Cahali relatou o efeito da separação do músculo constritor superior da faringe para diminuir o colapso latero-lateral. A faringoplastia expansiva descrita por Pang e Tucker e modificada posteriormente por Sorrenti mostrou os resultados positivos nas obstruções retropalatais. Para promover uma melhor expansão palatal em pacientes com colapso retropalatal e latero-lateral, foi proposta uma associação das duas técnicas cirúrgicas descritas.

**Conclusão:** Faringoplastia latero-expansiva representa uma nova estratégia cirúrgica para o tratamento da AOS para pacientes com colapso palatal combinando duas técnicas diferentes: faringoplastia lateral e expansiva. As duas técnicas realizadas em apenas um estágio produzem melhora objetiva e subjetiva do sono nos pacientes com AOS.

## TL 006 O APARELHO INTRAORAL É EFICAZ NO TRATAMENTO DO RONCO E DE EVENTOS DE LIMITAÇÃO AO FLUXO AÉREO EM PACIENTES COM SÍNDROME DA RESISTÊNCIA DE VIA AÉREA SUPERIOR

Luciana Balester Mello de Godoy, Luciana O. Palombini, Dalva Poyares, Cibele Dal Fabbro, Thaís Moura Guimarães, Priscila Calixto Klichouvicz, Sergio Tufik, Sonia Togeiro

*Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Niterói, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o efeito do aparelho intraoral a longo prazo nos sintomas e parâmetros respiratórios polissonográficos em pacientes com síndrome da Resistência de Via Aérea Superior (SRVAS) comparado com placebo.

**Método:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado, placebo-controlado. Trinta pacientes com SRVAS foram randomizados em dois grupos de tratamento: placebo e aparelho intraoral. Os critérios diagnósticos de SRVAS foram presença de sonolência excessiva diurna (Escala de Sonolência de Epworth  $\geq 10$ ) e/ou fadiga (Escala Modificada de Impacto da Fadiga  $\geq 38$ ) associados a índice de apneia/hipopneia (IAH)  $\leq 5$  eventos/hora e índice de distúrbio respiratório (IDR)  $> 5$  eventos/hora de sono e/ou mais de 30% do tempo total de sono com limitação de fluxo inspiratório. Todos os pacientes foram submetidos a exame físico otorrinolaringológico, responderam à escala visual analógica de ronco e foram submetidos à polissonografia de noite inteira e teste de latência múltipla do sono (TLMS). As avaliações foram realizadas antes e depois de 1,5 ano de tratamento.

**Resultados:** IDR, número de despertares relacionados a esforço respiratório (RERA), porcentagem de tempo total de sono com limitação de fluxo e índice de despertar diminuíram após 1,5 ano de tratamento. ( $p = 0,04$ ,  $p = 0,02$ ,  $p = 0,001$  e  $p = 0,04$ , respectivamente). A queixa de ronco segundo a escala visual analógica diminuiu após o tratamento com aparelho intraoral ( $p = 0,05$ ).

**Discussão:** A SRVAS pode causar má qualidade de vida quando não tratada adequadamente. O tratamento mais estudado é o CPAP, mas sua adesão tem se mostrado baixa nesse grupo de pacientes. Os aparelhos intraorais reposicionadores mandibulares são mais bem aceitos e tolerados, reduzindo os eventos respiratórios obstrutivos do sono e melhorando a queixa de ronco.

**Conclusão:** O aparelho intraoral foi efetivo para a redução dos eventos respiratórios em pacientes com SRVAS que o utilizaram por 1,5 ano. Seu uso também reduziu os roncos nesses pacientes.

## TL 007 AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DE EXTRATOS DERIVADOS DO CERRADO BRASILEIRO (*ANNONA CORIACEA* MART) SOBRE LINHAGENS DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEÇA E PESCOÇO

Rodolfo Elias Martins Ribeiro, Ana Gabriela Silva, Gilvânia Aparecida Rabelo Cordeiro, João Gabriel Moraes Junqueira, Vanessa Gisele Pasqualotto Severino, Rui Manuel Vieira Reis, Rosy Iara Maciel de Azambuja Ribeiro

*Universidade Federal de São João Del-Rey, São João Del Rey, MG, Brasil*

**Objetivos:** Verificar o efeito antineoplásico, *in vitro*, de sete extratos originados da *Annona coriacea* Mart em linhagens celulares de carcinoma de células escamosa de cabeça e pescoço (CCECP).

**Método:** Foram realizados ensaios de citotoxicidade (MTT), migração celular (*Wound healing*) e análise morfológica das linhagens HN13 e FaDu submetidas aos tratamentos com os extratos vegetais.

**Resultados:** Dos sete tratamentos com extratos de *A. coriacea*, seis foram citotóxicos em concentrações menores que 30 µg/mL. Destes, quatro extratos foram selecionados para o ensaio de migração e apresentaram efeito inibitório significativo ( $p < 0,05-0,0001$ ). Além disso, ocorreram alterações na morfologia celular, como condensação nuclear, formação de projeções e vacúolos citoplasmáticos.

**Discussão:** O câncer de cabeça e pescoço constitui um grupo de neoplasias do trato aerodigestivo superior no qual o tratamento agressivo pode comprometer a qualidade de vida do paciente. Além disso, a sobrevivência global em 5 anos é de 50-60%. Por isso, alternativas devem ser buscadas para auxiliar o tratamento desta doença. Os extratos derivados de *A. coriacea* mostraram efeito antitumoral para linhagens celulares HN13 e FaDu, observados em ensaios de viabilidade e migração celular, além de mostrar alterações morfológicas sugestivas de apoptose ou autofagia.

**Conclusão:** A atividade antiproliferativa do extrato de *A. coriacea* nas linhagens celulares de CCECP sugere a possibilidade de desenvolver um composto para atuar no auxílio da terapia antitumoral convencional.

## TL 008 EXEQUIBILIDADE E VALIDADE DO MÉTODO DE COLETA DE ESPÉCIMES DO FLUIDO NASAL E DO ESCARRO INDUZIDO PARA A MEDIDA DE INTERLEUCINAS POR UMA MATRIZ SINTÉTICA ABSORTIVA

José Tavares de Melo Jr., Emilio Pizzichini, Marcia M Menezes Pizzichini, Trevor Hansel, Rosemeri Maurici, Cristiane Cinara Rocha, Felipe Dall-Pizzol, Jessica Gonçalves

*Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil*

**Objetivos:** Investigar a exequibilidade do método de coleta do fluido nasal e escarro induzido por matriz sintética absorviva (MSA) para a medida de interleucinas (IL-1beta, IL-5, IL-8, IL-10, IL-13, IL-17, IFN-gama, Eotaxina-1, IP-10 e TNF-alfa), e avaliar a validade da técnica mediante correlações entre interleucinas do fluido nasal e escarro induzido, bem como entre interleucinas do fluido nasal e a celularidade do escarro induzido em asmáticos e não asmáticos.

**Método:** Foram avaliados 30 asmáticos sem uso de corticoide oral ou inalatório nos últimos 3 meses e 17 participantes normais. Obtidos espécimes do fluido nasal e escarro induzido. Resumidamente, duas tiras de MSA foram inseridas na cavidade nasal e mantidas sobre a superfície mucosa por 2 minutos e 2 tiras de MSA foram mantidas sobre o escarro induzido por 2 minutos. O material foi ultracentrifugado, aliquoteado, congelado e, após descongelamento, analisado em uma plataforma multiplex.

**Resultados:** Houve correlações positivas entre fluido nasal e escarro induzido em 5 interleucinas: IL-5, IL-10 ( $r = 0,5$ ;  $p$  valor  $< 0,001$ ), IFN-gama ( $r = 0,6$ ;  $p$  valor  $< 0,001$ ), IP-10 ( $r = 0,6$ ;  $p$  valor  $< 0,001$ ) e TNF- $\alpha$  ( $r = 0,44$ ;  $p$  valor  $0,002$ ), e correlação positiva entre a IL-5 do fluido nasal e a contagem de eosinófilos do escarro ( $r = 0,7$ ;  $p$  valor  $< 0,001$ ).

**Discussão:** O método de coleta por MSA para medida de interleucinas foi exequível em ambos os grupos e demonstrou correlações positivas entre interleucinas do fluido nasal e do escarro induzido e entre a celularidade eosinofílica do escarro induzido e a IL-5 nasal. A MSA demonstrou ser tolerável e permitiu a detecção dos biomarcadores moleculares sem provocação alérgica prévia.

**Conclusão:** O método foi exequível, tolerável e demonstrou correlações positivas entre interleucinas do fluido nasal e do escarro induzido e entre a celularidade eosinofílica do escarro induzido e a IL-5 nasal.

## TL 009 LESÃO ORAL COMO MARCADOR DE INFECÇÃO AGUDA PELO VÍRUS CHIKUNGUNYA

Viviane Sampaio Boaventura de Oliveira, Emílio Salviano Neto, Paula Milena Melo Casais, Alice Karoline de Oliveira, Mariana Matos de Almeida, Mariana Mascarenhas Assis, Nilvano Alves de Andrade, Victor Nóbrega Rigaud de Oliveira

*Hospital Santa Izabel - Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Salvador, BA, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a frequência e característica das lesões orais na fase aguda da infecção por Chikungunya (CHIKV).

**Método:** Trata-se de um estudo de corte transversal, no qual foram obtidas amostras de urina, sangue e saliva de casos suspeitos de infecção aguda por arbovírus nos municípios de Campo Formoso, Itabuna, Senhor do Bonfim, Vitória da Conquista (Bahia), Maranguape (Ceará) e Teresina (Piauí). Dados demográficos e clínicos foram coletados pela aplicação de questionário e exame físico, em que avaliou-se ainda a presença, localização, sinais e sintomas das lesões.

**Resultados:** Foram avaliados 168 pacientes com suspeita de arbovirose na fase aguda. O PCR para CHIKV foi positivo para 43 dos 109 pacientes da Bahia, 28 das 57 amostras no Ceará e nas duas amostras do Piauí. Entre os indivíduos com infecção confirmada para CHIKV, a presença de lesão oral foi observada em 48,8% dos casos na Bahia, em 10,7% dos pacientes no Ceará e nos dois casos do Piauí. As lesões orais ocorreram principalmente na gengiva (23,5%), lábios (23,5%) e mucosa jugal (20,6%), associada a dor (20,6%) e dificuldade de alimentação (25,9%). Úlceras orais foram detectadas em cerca de um quinto dos casos.

**Discussão:** Lesão oral pode ser um evento relativamente comum na fase aguda da febre Chikungunya, diferindo do que foi descrito anteriormente. Em consequência, as lesões podem contribuir para aumento da morbidade da doença e devem ser futuramente investigadas como um marcador de diagnóstico diferencial entre as diversas arboviroses.

**Conclusão:** Os achados de lesões orais podem contribuir no diagnóstico diferencial das arboviroses, ainda em sua fase aguda, pois está presente em cerca de metade dos pacientes com CHIKV.

## TL 010 SUPERIMPOSITION OF MULTISLICE AND CONE BEAM TOMOGRAPHIES: TECHNIQUE DESCRIPTION AND VIRTUAL MODELS EVALUATION

Alessandro Fernandes Guimarães, Mariana Maciel Tinano, Joana Godinho de Almeida Neves da Silva, Bernardo Quiroga Souki, Lúcia Cervidanes, Antonio Carlos de Oliveira Ruellas, Letícia Paiva Franco, Helena Maria Gonçalves Becker

*Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brazil*

**Objective:** The objective of this study was to describe a construction technique and evaluation of virtual tridimensional models through superimposition of multislice and cone beam tomography images, obtained in different time periods in an mouth breathing child submitted to adenotonsillectomy.

**Methods:** The images obtained through a multislice computed tomography immediately before adenotonsillectomy surgery (T0) and the ones obtained by a cone beam computed tomography 19 months after surgery (T1) were superimposed. Tridimensional imaging analysis and superimposition were divided in five steps: construction of superficial tridimensional models; orienting models in a Cartesian coordinate system; manual approach and volumetric automatic registration of tomographies; landmarks identification; quantitative and visual evaluation using measurements and tridimensional model analysis.

**Results:** Volumetric tomographies superimposition between different types of tomographies, multislice and cone beam, was possible and effective. Growth of the mouth breathing child used for demonstration purposes, as expected for this age, presented small differences after adenotonsillectomy.

**Discussion:** Tridimensional images obtained with computed tomography have been used in medicine and dentistry for diagnosis, treatment planning, treatment evaluation and craniofacial growth study. Visual superimposition methods are independent of reference points or planes, permitting an evaluation of rotation and translation between structures, as well as measurements between points constructed in virtual models. Throughout sliced imaging in the axial, sagittal and coronal planes, the third dimension, volume, can be evaluated. Multiplanar reconstructions of the scanned images are also possible. Precision in observing upper airway structures have increased with computed tomography, allowing a more accurate mouth breathing children assessment.

**Conclusion:** Tridimensional imaging superimposition techniques are a simple and effective method for accurate analyzing changes in the upper airway. This can be done using different types of tomographies.

## TL 011 ALTERAÇÕES GUSTATÓRIAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS APÓS RADIOTERAPIA EM CABEÇA E PESCOÇO

Marco Aurélio Fornazieri, João Victor Massamitsu Katayama Miyazaki, José Lucas Barbosa da Silva, Fábio de Rezende Pinna, Richard Louis Voegels, Ricardo Borges

*Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil*

**Objetivos:** Verificar a prevalência das alterações qualitativas da gustação e mensurar quantitativamente a perda do paladar para os quatro sabores principais e o tempo de recuperação da função gustatória em pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos a tratamento radioterápico.

**Método:** Cinquenta e seis pacientes com câncer em cabeça e pescoço foram submetidos a um questionário específico e ao teste gustatório global, antes, imediatamente após, 3 meses e 6 meses após a radioterapia.

**Resultados:** A função gustatória diminuiu imediatamente após o término da radioterapia em todos os pacientes ( $p < 0,001$ ), com um número significativo de pacientes apresentando hipogeusia severa e ageusia. Distúrbios qualitativos do paladar foram relatados por 10,7% de todos os pacientes. O sabor amargo foi o mais afetado. Pacientes com radioterapia direta na cavidade oral mostraram recuperação total da função gustatória seis meses após o término do tratamento, enquanto naqueles pacientes, cujo campo de irradiação não incluiu a cavidade oral, a função gustatória não retornou aos níveis prévios mesmo seis meses após o término da radioterapia. A porcentagem de pacientes recebendo quimioterapia foi maior no último grupo, porém não significativa.

**Discussão:** Comprovamos junto com estudos prévios o efeito da radioterapia na gustação e verificamos que também a radiação por espalhamento prejudica a função gustatória. Pacientes irradiados diretamente na cavidade oral apresentam maior proporção de ageusia ao término do tratamento. Ocorreu maior incidência de alterações sensoriais da gustação em pacientes irradiados diretamente na cavidade oral.

**Conclusão:** Pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço sofrem uma perda severa da capacidade gustatória. O déficit é pior imediatamente após o fim da radioterapia, e a recuperação é melhor naqueles cujo campo de irradiação inclui a cavidade oral. Mesmo os pacientes que apresentaram ageusia imediatamente ao término do tratamento podem recuperar a função gustatória.

## TL 012 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E HISTOLÓGICOS DOS PACIENTE SUBMETIDOS À TIREOIDECTOMIA NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA

Jacqueline Oliveira de Matos, Barbara de Paula Cioni, Anita Silva Brunel Alves, Lucca Policeno Paulin, Cristiano Roberto Nakagawa, Mariana Krelling Salgado, Natalia Collodetto Soares, Gabriel Borges Veado de Assis

*Hospital Santa Casa de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** A tireoide é a glândula mais abordada cirurgicamente, sendo a tireoidectomia indicada para tratamento de doenças como bócio volumoso, neoplasias e controle de hipertireoidismo. Objetivamos avaliar com este estudo o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à tireoidectomia e a distribuição histopatológica de doenças tireoideanas.

**Método:** Estudo descritivo e observacional de 62 pacientes submetidos à tireoidectomia no nosso serviço de janeiro de 2014 a junho de 2017.

**Resultados:** Entre o período de janeiro de 2014 a junho de 2017 foram realizadas 62 tireoidectomias pelo serviço de Otorrinolaringologia no Hospital Santa Casa de Curitiba. Foram 57 tireoidectomias totais e cinco parciais; destas, três foram convertidas para total posteriormente. Os resultados dos exames anatomopatológicos dos pacientes revelaram: a) bócio colóide 27 (43,54%), b) carcinoma papilífero 19 (30,64%), c) associação de tireoidite linfocítica e bócio colóide 7 (11,29%), d) adenoma folicular 3 (4,83%), e) carcinoma folicular 3 (4,83%), f) bócio hiperplásico 2 (3,22%), g) tireoidite linfocítica 2 (3,22%). Quanto à idade, os pacientes se distribuíram nas seguintes faixas etárias: a) 10-20 anos 3 (4,83%), b) 21-30 anos 2 (3,22%), c) 31-40 anos 6 (9,67%), d) 41-50 anos 17 (27,41%), e) 51-60 anos 14 (22,58%), f) 61-70 anos 13 (20,96%), g) 71-80 anos 6 (9,67%), h) 81-90 anos 1 (1,61%). Destes pacientes, 54 eram do sexo feminino e oito do sexo masculino.

**Discussão:** A tireoidectomia total é a modalidade cirúrgica predominante. As doenças da tireoide são mais comumente encontradas no sexo feminino e o bócio colóide a doença tireoideana mais prevalente, dados que coincidem com outros estudos. O carcinoma papilífero apresentou uma prevalência maior em nosso serviço quando comparado a outros artigos.

**Conclusão:** As tireoideopatias são doenças prevalentes na população e a tireoidectomia o tratamento muitas vezes indicado e altamente resolutivo.

## TL 013 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ABSCESSOS CERVICAIS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE CURITIBA

Anita Silva Brunel Alves, Bárbara de Paula Cioni, Jacqueline Oliveira de Matos, Cristiano Roberto Nakagawa, Gabriel Tremel Murara

*Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** Abscessos cervicais são coleções alojadas em espaços delimitados por planos fasciais, de evolução potencialmente grave, que ainda apresentam uma morbidade elevada, podendo evoluir rapidamente para complicações graves. Tendo em vista a sua importância clínica, este trabalho teve como propósito avaliar o perfil epidemiológico de abscessos cervicais em pacientes atendidos em um hospital de Curitiba.

**Método:** Estudo descritivo e observacional de pacientes com abscesso cervical no Hospital Universitário Cajuru entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016.

**Resultados:** Um total de 47 casos de abscessos cervicais foram identificados, sendo a maioria homens (70,21%). A média de idade foi 37 anos, e a faixa etária mais acometida a 21 a 40 anos. Não houve diferença significativa de incidência entre os meses do ano. O tempo médio de internação foi de 6,63 dias, sendo o mínimo 4 e o máximo de 47 dias. O local mais acometido foi o submandibular (80,85%), sem diferença significativa entre os lados (esquerdo 36,17%, direito 38,29%). Dentre as causas, a mais comum foi foco dentário (42,55%). Comorbidades foram encontradas em 10% dos pacientes, principalmente o diabetes mellitus. Apenas 4 pacientes precisaram de reabordagem, um apresentou mediastinite, necessitando de traqueostomia, e um foi a óbito.

**Discussão:** Abscesso cervical pode ter como origem diversos focos na cabeça e pescoço, consistindo o foco dentário o mais comum atualmente. No presente estudo, 8% dos pacientes apresentavam comorbidades, predominando os casos de diabetes. Houve apenas 1 óbito entre a amostra estudada, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 2%, que se mostrou próximo ao encontrado em outros estudos.

**Conclusão:** Os abscessos cervicais são potencialmente fatais e acometem uma faixa etária jovem. Dessa forma, torna-se essencial ao otorrinolaringologista estar alerta para realizar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado destas infecções.

## TL 014 PUNÇÃO ASPIRATIVA DE TIREOIDE GUIADA POR ULTRASSOM REALIZADA POR CIRURGIÃO: AVALIAÇÃO DA CURVA DE APRENDIZAGEM

Aginaldo José Graciano, Carlos Augusto Fischer, Guilherme Vianna Coelho, Carlos Takahiro Chone, Jose Higino Steck, Eduardo V Couto, Agrício Nubiato Crespo

*Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Objetivos:** Atualmente, a maioria das US-PAF é realizada por radiologistas. Alguns estudos sugerem que este procedimento apresenta a mesma efetividade quando realizado por cirurgiões, sendo em geral executado mais precocemente. O objetivo deste estudo é avaliar a curva de aprendizagem de cirurgião recém-treinado em ultrassonografia de tireoide e a eficácia da US-PAF conforme a experiência acumulada.

**Método:** Estudo prospectivo incluindo pacientes adultos com nódulos de tireoide submetidos à US-PAF realizada por um único cirurgião após treinamento em ultrassonografia de tireoide. A eficácia do procedimento foi determinada pelas taxas de exames citológicos não-diagnósticos calculadas a cada período de 50 exames realizados.

**Resultados:** 350 US-PAF foram realizadas em 274 mulheres (91,3%) e 26 homens ao longo de 36 meses. As taxas de exames não diagnósticos caíram de 28% nos primeiros 50 procedimentos para 14% após 100 exames e abaixo de 10% após 150 exames.

**Discussão:** De acordo com o Sistema Bethesda, a porcentagem de exames citológicos de tireoide não diagnósticos seriam no máximo em 10-15% dos casos. Embora as taxas iniciais de exames não diagnósticos tenham sido de 28%, observamos que estas caíram para níveis menores que 15% entre 50 e 100 exames. De Fiori et al. avaliaram as taxas ND de 700 exames consecutivos realizadas por um único radiologista e também observaram 32% de exames ND nos primeiros 100 casos, diminuindo para 13% nos 200 casos seguintes.

**Conclusão:** Taxas de exames não diagnósticos dentro dos limites recomendados foram obtidas após 100 procedimentos. A realização de duas ou mais passagens de agulha por nódulo podem elevar a eficácia do exame.

## TL 016 TRAQUEOSTOMIA DE URGÊNCIA: EXPERIÊNCIA OTORRINOLARINGOLÓGICA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Thainá Soares Miranda Silva, Ana Paula Giusti de Campos, Atílio Maximino Fernandes

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil*

**Objetivos:** Descrever o perfil das traqueostomias de urgência em um hospital terciário e o índice de complicações.

**Método:** Análise retrospectiva descritiva das traqueostomias de urgência realizadas em centro cirúrgico por residentes de otorrinolaringologia no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017.

**Resultados:** Foram realizados 70 procedimentos, sendo 87% homens (61 casos), com média de 58,5 anos. As indicações foram: obstrução de via aérea por neoplasia (59 casos), obstrução de via aérea por lesão laríngea (1 caso), estenose traqueal (4 casos), traumática (1 caso), infecciosa (2 casos), mal formação craniofacial (1 caso) e iatrogênicas (2 casos). Em 35 casos, foi realizado o procedimento com anestesia local sem sedação, 23 casos com anestesia local e sedação e 12 casos com anestesia geral. De complicações, todos os 5 casos (7,14%) foram precoces (<7 dias após o procedimento), sendo por falso trajeto, cânula curta e fístula traqueoesofágica. Nenhum óbito ocorreu diretamente devido ao procedimento. Ocorreu óbito tardio (>7 dias após o procedimento) em 13 pacientes (18,5%) devido à doença de base (diagnóstico prévio de câncer de cabeça e pescoço), sendo que 46% já com indicação de cuidados paliativos no momento da cirurgia.

**Discussão:** Os pacientes em sua maioria foram homens, na quinta e sexta década de vida, com indicação de traqueostomia por câncer de cabeça e pescoço. A anestesia local também foi a mais comum utilizada por Manta (2016) ao realizar traqueostomia em pacientes predominantemente oncológicos (84,56%). Nossos resultados de complicações estão dentro dos padrões esperados para traqueostomias eletivas e de urgência. Em nosso trabalho, como a amostra possuía muitos pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço, a taxa de mortalidade durante o seguimento ambulatorial foi maior (18,5%), comparada com a literatura (1%).

**Conclusão:** As traqueostomias de urgência realizadas por residentes de Otorrinolaringologia em nosso serviço tiveram indicações precisas, técnica rigorosa e taxa de complicações baixas.

## TL 017 ASSOCIAÇÃO DAS TÉCNICAS TONGUE-IN-GROOVE E DIVISÃO VERTICAL DE DOMUS EM RINOPLASTIA: SÉRIE DE CASOS

Alessandra Locatelli Smith, Raphaella Migliavacca, Michelle Lavinsky Wolf, Andreza Azeredo, Manoela Astolfi Vivian, Natália Paseto Pilati, Vinicius Hofstatter Rodrigues

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Objetivos:** Descrever uma técnica de rinoplastia fechada associando *Tongue-in-groove* (TIG) e a técnica de Divisão Vertical Domus (VDD) modificada de Simon quando mudanças de rotação da ponta nasal e projeção estão indicadas.

**Método:** Três pacientes foram selecionadas do ambulatório de rinoplastia, as quais apresentavam superprojetado e ponta mergulhante. Elas foram submetidas ao nosso protocolo, que incluiu os questionários *Rhinoplasty Outcome Evaluation* (ROE) e *Nasal Obstruction Symptom Evaluation* (NOSE), exame físico, endoscopia nasal e fotografia. A técnica cirúrgica proposta foi realizada com anestesia geral. O TIG envolve o reposicionamento cefálico e fixação da cruras mediais no septo caudal, em um espaço criado cirurgicamente entre elas. Na técnica VDD, as cartilagens laterais inferiores são acessadas através de incisão marginal via *delivery*, o ponto domal mais alto é identificado e dividido em ambos os lados igualmente. A pele do vestíbulo e a mucosa são preservadas. Quando necessário, septoplastia foi realizada, assim como alinhamento do dorsal nasal e osteotomia.

**Resultados:** Três pacientes, mulheres, caucasianas, com idades 47, 50 e 57 anos, foram elegíveis para o estudo. Os escores ROE e NOSE mostraram melhora em relação aos escores pré-operatórios (ROE:  $8 \pm 6,5$ ,  $13 \pm 10,1$  e NOSE  $8 \pm 4$ ,  $4,6 \pm 4,1$ , *baseline* e seguimento de 6 meses, respectivamente), bem como satisfação com a aparência nasal ao longo de seis meses acompanhamento.

**Discussão:** O TIG associado à técnica VDD mostrou-se ser uma abordagem alternativa na rinoplastia via fechada em casos de ponta mergulhante. Está associado a melhora na qualidade de vida, na obstrução nasal e maior satisfação com a aparência nasal em um curto período de tempo de acompanhamento.

**Conclusão:** O TIG associado ao VDD parece ser uma alternativa quando mudanças significativas de rotação da ponta e projeção são indicadas. Um acompanhamento de mais longo prazo é necessário para uma conclusão e recomendação mais adequadas.

## TL 018 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES CANDIDATOS À RINOSSEPTOPLASTIA SEGUNDO WHOQOL-BREVE

Paula de Oliveira Oppermann, Luísi Rabaioli, Cassia Feijó Gomes, Natalia Paseto Pilati, Vinícius Hofstatter Rodrigues, Raphaella Migliavacca, Michelle Lavinsky Wolff

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Objetivos:** Definir o perfil dos pacientes candidatos à rinosseptoplastia utilizando instrumento da Organização Mundial da Saúde WHOQOL-breve (*World Health Organization Quality of Life*).

**Método:** Estudo transversal em candidatos à rinosseptoplastia do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, entre 2011 e 2017. Pacientes responderam aos questionários WHOQOL-breve, ROE e NOSE na avaliação pré-operatória. Os dados foram analisados usando gráficos e testes pelo SPSS, considerando significativo  $p < 0,05$ . Aprovado pelo CEP-HCPA.

**Resultados:** A amostra apresentou 303 pacientes, maioria mulheres (56,4%), com idade de 15 a 78 anos (média 34,7 anos), raça branca (89%) e realizando a cirurgia plástica nasal pela primeira vez (83,5%). A história de trauma nasal ocorreu em 35,1%. A queixa de obstrução nasal ocorreu em 88% dos casos e 12% apresentavam queixa estética isoladamente. O resultado do WHOQOL-breve foi: domínio saúde físico: 62,2 ( $\pm 16,9$ ); psicossocial: 65,2 ( $\pm 15$ ); relacionamento social: 70,8 ( $\pm 18,1$ ); desenvolvimento pessoal: 60,23 ( $\pm 13,1$ ). A média do questionário ROE foi 32,1 ( $\pm 16,5$ ) e a média do questionário NOSE, 67,8 ( $\pm 27$ ). A análise de correlação do questionário NOSE com qualidade de vida geral teve correlação negativa (Pearson -0,21).

**Discussão:** Rinosseptoplastia requer uma avaliação pré-operatória que considere o impacto multidimensional que o procedimento tem na vida do paciente. Foi estabelecido um prejuízo da qualidade de vida pré-operatória no domínio relacionamento social quando comparados a dados normativos de qualidade de vida da população geral de Porto Alegre ( $p < 0,05$ ). Também observamos uma alta prevalência da queixa de obstrução nasal associada à queixa estética (88%).

**Conclusão:** Resgatamos a importância da avaliação pré-operatória dos pacientes com indicação de rinosseptoplastia a fim de alinhar expectativas quanto ao impacto do procedimento na qualidade de vida. A presença de queixas funcionais reitera a relevância da avaliação otorrinolaringológica em todos os pacientes candidatos ao procedimento, ainda que a principal queixa seja estética.

## TL 019 CAPACIDADE OSTEOGÊNICA DE MEMBRANA POLIMÉRICA DE ELASTINA NO REPARO DE DEFEITO DO OSSO NASAL DE RATOS SUBMETIDOS À INGESTÃO CRÔNICA DE ÁLCOOL

Luisa Raña de Aragão, Fabrício Egidio Pandini, Fabricio Correa de França, Viviane Cristina Martori Pandini, Aryane Marcondes Rezende, Roseana Netto Pereira, Letícia Castruchi Kamei, Ana Carolina Moreno de Campos

*Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil*

**Objetivos:** Analisar o potencial osteorregenerativo, por meio da análise de densidade óssea por tomografia computadorizada, de polímero natural de elastina, aplicado em defeitos ósseos nasais em ratos submetidos e não submetidos ao alcoolismo experimental.

**Método:** Criou-se um defeito de 3 mm de diâmetro no osso nasal, seguido de enxertia com a elastina. Distribuídos em quatro grupos: não alcoolizados e sem preenchimento de enxerto no defeito ósseo (G1), não alcoolizados e preenchido com matriz polimérica de elastina derivada da cartilagem auricular bovina (G3), alcoolizado e sem preenchimento de enxerto (G5), alcoolizado e com preenchimento com matriz polimérica de elastina (G7), total de 20 ratos Wistar machos. Os crânios foram dissecados, removidos e submetidos à tomografia computadorizada.

**Resultados:** Nos exames tomográficos, tomou-se como parâmetro a comparação dos tons de cinza no local da falha, considerando os valores classificados de acordo com a escala de Hounsfield. As médias para os grupos foram: G1 (63uH), G3 (102uH), G5 (34uH) e G7 (88uH).

**Discussão:** Embora existam evidências das limitações nos tratamentos de lesões nasais e dos efeitos deletérios do consumo de álcool, o presente estudo confirmou a biocompatibilidade da elastina, pela ausência de sinais inflamatórios e ausência de necrose óssea adjacente à área cirúrgica. Foram constatadas importantes recuperações da lesão óssea nos grupos enxertados com matriz de elastina (G3 e G7). O grupo não exposto ao alcoolismo (G3) apresentou o maior volume ósseo neoformado. As menores densidades verificadas na tomografia para os ratos submetidos à ingestão crônica de álcool conferem com os achados literários.

**Conclusão:** Esse estudo confirma a biocompatibilidade e poder osteorregenerativo da elastina, mesmo em ratos submetidos ao alcoolismo.

## TL 020 CORRELAÇÃO DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL COM SATISFAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL NASAL

Luísi Rabaioli, Cássia Feijó Gomes, Paula de Oliveira Oppermann, Natália Paseto Pilati, Vinícius Hofstatter Rodrigues, Andreza Mariane de Azeredo, Raphaella Migliavacca, Michelle Lavinsky Wolff

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Objetivos:** Correlacionar triagem para Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) com escore de satisfação estética e funcional nasal.

**Método:** Estudo transversal em ambulatório de Cirurgia Plástica Facial do Departamento de Otorrinolaringologia, incluindo candidatos à rinosseptoplastia. Excluídos menores de 16 anos, com indicação de cirurgias concomitantes, déficit cognitivo ou diagnóstico prévio de TDC. Durante avaliação pré-operatória, coleta de dados sociodemográficos e preenchimento dos seguintes instrumentos: (1) BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*), questionário para triagem do TDC abordando aparência e autoimagem; pontuações acima de 66 são consideradas positivas; (2) ROE (*Rhinoplasty Outcome Evaluation*), escala de 0 a 100 para avaliar satisfação com aparência nasal; (3) NOSE (*Nasal Obstructive Symptoms Evaluation scale*), avalia dificuldade em respirar pelo nariz - escores de 0 a 100 e quanto mais altos, maior grau de obstrução e pior qualidade de vida. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

**Resultados:** 61 pacientes incluídos, 29 deles (47%) positivos para o TDC. Idade média foi 34 anos ( $\pm 13$ ), 38 mulheres (62%), média no BDDE 64,7 ( $\pm 33$ ), pontuação média ROE 33 ( $\pm 14$ ) e escore médio NOSE 64,2 ( $\pm 26,7$ ). Comparando-se o ROE entre os grupos, aquele com triagem positiva obteve 28,7 pontos ( $\pm 14$ ), enquanto o grupo com triagem negativa teve média de 36,7 ( $\pm 13$ ),  $p < 0,05$ . Coeficiente de Correlação de Pearson entre os escores do TDCxROE evidenciou associação fraca de caráter inverso ( $r = -0,344, p = ,007$ ), enquanto a correlação TDCxNOSE não foi estatisticamente significativa.

**Discussão:** O TDC caracteriza-se pela distorção da autoimagem, provocando insatisfação com defeito inexistente ou importância excessiva a mínima deformidade. Em nossa amostra, houve associação entre pontuação nos instrumentos para avaliação do TDC e qualidade de vida relacionada à aparência nasal.

**Conclusão:** A gravidade dos sintomas costuma ser bastante variável, podendo impactar nos aspectos pessoal, social e profissional, com comprometimento significativo da qualidade de vida.

## TL 021 NOVA ASSOCIAÇÃO DE TÉCNICAS PARA CORREÇÃO DE FLAT NOSE

Guilherme Horbilon de Castro, Luiz Carlos Barbosa Junior, Carlos Alberto Caropreso, José Luiz Teixeira Rodrigues

*Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Descrever uma nova padronização de técnica cirúrgica de correção de narizes com padrão *flat nose*.

**Método:** Após termo de consentimento assinado, sete pacientes com ponta e dorso hipoprojetados (com septo curto e baixa disponibilidade de cartilagem) e alargamento de base nasal foram submetidos a enxerto de dorso com *diced glue graft*, colocação de extensão septal, *tongue in groove* e estreitamento de base, no período de janeiro de 2016 a janeiro 2017. Foi usada cartilagem de septo para confecção da extensão septal e cartilagem de orelha em pedaços aderidos à cola de fibrina para confecção do *diced glue graft*.

**Resultados:** Os resultados serão expostos com fotografias de documentação seriadas realizadas durante o acompanhamento dos pacientes, demonstrando a projeção do dorso adquirida com o *diced glue graft*, projeção da ponta a partir da extensão septal e *tongue in groove* e estreitamento da base nasal.

**Discussão:** Alguns pacientes apresentam um padrão nasal característico com hipoprojeção de dorso e ponta, com baixa disponibilidade de cartilagem septal para enxertia, e alargamento de base nasal que denominamos "*flat nose*" e foram abordados com uso de inovadora abordagem padronizada com associação de técnicas. No dorso nasal, a necessidade de alcançar projeção com enxerto autólogo (que proporciona biocompatibilidade e baixo risco de infecção e rejeição), com bom acondicionamento para moldagem e sem deixar irregularidades nos fez lançar mão do *diced glue graft*. A projeção da ponta nasal, com estruturação que proporcione bom suporte em longo prazo, foi realizada utilizando a extensão septal com cartilagem oriunda do próprio septo. Associou-se o estreitamento da base buscando alcançar uma maior harmonia facial.

**Conclusão:** Descrição de técnicas de rinosseptoplastia associadas para projetar dorso e ponta e estreitar base nasal em pacientes com padrão *flat nose*, demonstrando resultados satisfatórios e sendo uma opção ao uso de cartilagem costal.

## TL 022 TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL E RINOSSEPTOPLASTIA: AVALIAÇÃO DE PREVALÊNCIA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Luísi Rabaioli, Andreza Mariane de Azeredo, Paula de Oliveira Oppermann, Cássia Feijó Gomes, Simone Martins de Azevedo, Manoela Astolfi Vivan, Raphaella Migliavacca, Michelle Lavinsky Wolff

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar prevalência do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) e identificar associação com características sociodemográficas em candidatos à rinosseptoplastia.

**Método:** Estudo transversal em ambulatório de Cirurgia Plástica Facial do Departamento de Otorrinolaringologia de hospital terciário e público, incluindo candidatos à rinosseptoplastia. Foram excluídos da amostra menores de 16 anos, com indicação de cirurgias concomitantes, déficit cognitivo ou com diagnóstico prévio de TDC. Durante a avaliação pré-operatória, realizada coleta de dados sociodemográficos e preenchimento dos seguintes instrumentos: (1) BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*), questionário para triagem do TDC validado para a língua portuguesa abordando questões relacionadas à aparência e autoimagem; pontuações acima de 66 são consideradas positivas; (2) ROE (*Rhinoplasty Outcome Evaluation*), escala com escore de 0 a 100 para avaliação da satisfação com a aparência nasal. Os pacientes avaliados foram divididos em dois grupos de acordo com o resultado do BDDE. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

**Resultados:** 61 pacientes incluídos no estudo, sendo 29 deles (47%) positivos para o TDC. Nesse grupo, a idade média foi 32,5 anos ( $\pm 12$ ), 76% sexo feminino, 76% cor branca, pontuação média no ROE 28,7 ( $\pm 14$ ). No grupo com triagem negativa, idade média 36 anos ( $\pm 13$ ), 50% mulheres, 97% brancos, média no ROE 36,7 ( $\pm 13$ ). A comparação entre os dois grupos com o uso do teste t- Student mostrou significância para cor e pontuação no ROE, ambos com  $p < 0,05$ .

**Discussão:** O TDC caracteriza-se pela distorção da imagem corporal, gerando extrema insatisfação decorrente de defeito inexistente ou importância excessiva a mínima deformidade. Estudos prévios descrevendo prevalência e correlacionando-a com o perfil sociodemográfico são escassos e pouco consistentes.

**Conclusão:** De acordo com nossos resultados, o TDC tem elevada prevalência entre candidatos a rinosseptoplastia. Assim, é importante que o cirurgião esteja apto a detectar características capazes de interferir na autopercepção corporal.

## TL 023 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA FALA EM CRIANÇAS SUBMETIDAS AO IMPLANTE COCLEAR

Jürgen Pauli de Castro, Aluhine Lopes Fatturi, Valéria F.H. Kutianski, Rogério Hamerschmidt

*Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** Descobrir as principais causas que influenciam o desenvolvimento da fala em crianças com implante coclear e analisar a percepção dos responsáveis legais em relação ao desenvolvimento do paciente.

**Método:** Foram analisados 12 pacientes, de 2 a 10 anos, submetidos ao implante coclear no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, que passaram pelo procedimento até 6 meses antes do início do estudo. É um estudo analítico transversal, desenvolvido a partir da análise de prontuários e questionário aplicado aos responsáveis legais pelos pacientes.

**Resultados:** Em relação à renda familiar, a maioria apresentava média de até R\$ 1865,00 (n=9). Comparando a avaliação feita pelos responsáveis legais com a da fonoaudiologia, o resultado foi estatisticamente significativo ( $p = 0,04$ ). Não foram estatisticamente significativos: renda familiar ( $p = 0,88$ ), tempo de uso do implante coclear ( $p = 0,94$ ), idade do diagnóstico da perda auditiva ( $p = 0,32$ ), tempo de surdez ( $p = 0,45$ ), estímulo familiar ( $p = 1$ ), forma e frequência dos estímulos ( $p = 1$  e  $p = 0,64$ , respectivamente).

**Discussão:** Pacientes com perda auditiva severa a profunda neurosensorial bilateral e com nervo coclear capaz de responder ao estímulo elétrico gerado são considerados candidatos ao implante coclear. São prováveis fatores que influenciam o desenvolvimento da fala após o implante coclear: duração da surdez, idade ao receber o implante e envolvimento da família na terapia.

**Conclusão:** Demonstrou-se uma convergência entre o trabalho realizado pela fonoaudiologia e as expectativas dos familiares. Não houve relação entre o desenvolvimento da fala e a renda familiar. É necessária a ampliação do estudo para melhor análise dos fatores que se mostraram irrelevantes.

## TL 024 AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO EM CRIANÇAS COM TRANSTORNOS DE APRENDIZADO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ

Jessica Ramos Tavares, Mariane de Souza Zampieri, André dos Santos Brandão, Felipe Xavier de Souza, Guilherme Silva Machado, Gisele Vieira Hennemann Koury, Caroline Feliz Fonseca Sepeda da Silva, Ana Larisse Gondim Barbosa

*Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Belém, PA, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar os principais resultados obtidos nos testes de Processamento Auditivo em crianças com queixas de transtornos do aprendizado atendidas no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS).

**Método:** Realizado um estudo transversal abrangendo 58 indivíduos, de 5 e 12 anos, com transtorno do aprendizado e submetidos ao Processamento Auditivo em 2016 e 2017. Foram excluídas crianças com perda auditiva, síndromes neurológicas, distúrbios globais de desenvolvimento e transtornos do espectro autista.

**Resultados:** A amostra consistiu de 16 meninas (27,59%) e 42 meninos (72,41%), com média de idade de 9,79 anos [DP = 1,94]. 67,86% e 61,82% da amostra apresentou normalidade nos teste de Fala com ruído branco e teste de Reconhecimento de Sentenças com Mensagem Competitiva Ipsilateral (PSI). 97,5% dos testes Dicótico de Dígitos apresentaram-se alterados, com predominância de alteração nos ouvidos esquerdos. O *Random GAP Detection Test (RGDT)* apresentou alteração em 87,5% dos casos e o teste Dicótico de Dissílabos alternados (SSW) em 97% e, desses, 80% em grau severo. Qualitativamente, predominou o efeito de ordem (69,44%) sobre o auditivo com padrão B/A (60%).

**Discussão:** Outras pesquisas ratificam a prevalência de meninos com distúrbios de aprendizagem e apresentação em idade escolar em virtude de maior demanda acadêmica. As habilidades de fechamento auditivo e figura-fundo não apresentaram alteração tão relevante quando comparadas com as de interação binaural e testes de resolução e ordenação temporal como o RGDT, Dicótico de Dígitos e SSW, que demandam também maior domínio das habilidades linguísticas. Isso pode decorrer de um atraso maturacional das estruturas inter-hemisféricas do córtex auditivo primário que interfere no desenvolvimento das habilidades auditivas.

**Conclusão:** Os transtornos do aprendizado predominaram no gênero masculino na idade escolar, nos quais as habilidades de figura-fundo, ordenação e resolução temporal, avaliados pelos testes Dicótico de Dígitos, RGDT e SSW, apresentaram grande número de alterações, sendo o processo de decodificação o principal prejudicado nesses indivíduos.

## TL 025 DISFAGIA EM DEFICIENTES MENTAIS INSTITUCIONALIZADOS - AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO

Marcela de Oliveira, Sulene Pirana, Fabiana Caldini Pissini

*Hospital Universitario São Francisco de Assis, Bragança Paulista, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a deglutição em pacientes com deficiência mental, institucionalizados, para determinar a incidência e a gravidade de disfagia.

**Método:** Analisados 189 pacientes, deficientes mentais, adultos, institucionalizados, utilizando nasofibrocópio flexível de 3,2 mm. Testadas as consistências dos alimentos: pastoso, líquido engrossado e líquido, 5 deglutições de cada consistência, início de 5 ml e aumentos progressivos para 10 e 15 ml.

**Resultados:** Dos 189 pacientes, 101 (53,4%) eram do sexo feminino; idade de 14 a 55 anos. A maioria 63,5% tinha deficiência mental profunda, 30,7% grave, 4,8% moderada e 1,1% leve. Apresentavam disfagia 89,4%: 32,8% grave, 21,7% severo, 24,3% moderada e 10,6% leve. Sexo e grau de deficiência mental não influenciaram significativamente o grau de disfagia. Faixa etária, grau de deficiência e interação entre faixa etária e grau de deficiência influenciaram significativamente o grau de disfagia. Pacientes mais jovens possuem maior chance de apresentar disfagia mais grave; há uma estabilização entre 31 e 40 anos e após esta idade os pacientes apresentam maior chance de ter disfagia menos grave. Com o aumento do grau de deficiência, o grau de disfagia se elevou, exceto entre 41 a 55 anos, em que o aumento no grau de deficiência diminui a probabilidade de disfagia mais grave.

**Discussão:** Na literatura encontramos que 39%-56% das crianças com problemas crônicos do desenvolvimento apresentam ou irão desenvolver um distúrbio da deglutição. Podemos inferir que os pacientes com disfagia mais grave não chegam às faixas etárias mais elevadas pelas complicações respiratórias; portanto, nesta faixa etária encontramos pacientes com disfagia mais leve.

**Conclusão:** A população se caracterizou por ser a maioria do sexo feminino, portador de deficiência mental profunda, idade média de 36,7 anos, apresentar disfagia em sua maior parte de grau severo. Na análise isolada de cada variável não houve relação entre sexo e grau de deficiência mental com relação ao grau de disfagia.

## TL 026 ESTUDO E ANÁLISE DE DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO ASSOCIADOS AO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO INFRATENTORIAL

Erideise Gurgel da Costa, David Plácido Lopes, Cristiana Machado da R. e S. Almeida, Ellen Caroline da Silva Girão, Marcos Rafael Porto Bioca, Hanna Catarina Alves de Oliveira, Thiago Emanuel Souza de Freitas

*Hospital Agamenon Magalhães e UNICAP, Recife, PE, Brasil*

**Objetivos:** Este estudo teve por objetivo avaliar as condições morfofuncionais da deglutição de sujeitos com AVE da região infratentorial.

**Método:** Foram avaliados 11 pacientes com idade média de 56,9 anos e diagnóstico confirmado de AVE infratentorial. A avaliação da disfagia foi realizada por meio de uma avaliação clínica (Protocolo de avaliação da disfagia) e pela videoendoscopia da deglutição.

**Resultados:** A avaliação clínica demonstrou que 27,3% dos indivíduos referiram engasgos espontâneos, 36,4% engasgos durante a alimentação, 54,5% tosse involuntária, 27,3% tosse após alimentação, 36,4% apresentavam escape oral e 9% refluxo nasal. A videoendoscopia da deglutição diagnosticou a disfagia em 91% dos pacientes, revelou também que 91% dos indivíduos apresentavam resíduos em recessos faríngeos, 9% penetração e 18,2% aspiração.

**Discussão:** Ao exame de videoendoscopia da deglutição, observou-se que 9% dos indivíduos avaliados apresentavam penetração e 18,2% aspiração. A penetração e a aspiração constituem evidências de danos na eficácia da fase faríngea da deglutição (Cabib et al., 2016).

**Conclusão:** Conclui-se, dessa forma, que lesões em regiões infratentoriais estiveram predominantemente relacionadas a resíduos em recessos faríngeos. Além disso, a incidência do reflexo da tosse, forte preditor de aspiração, ressaltou a necessidade de diagnóstico precoce da disfagia, por testes instrumentais, uma vez que a pneumonia aspirativa é uma de suas principais consequências.

## TL 027 PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM DISTÚRBO DE PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA - BELÉM/PA

Mariane de Souza Zampieri, Pamella Fonseca Barbosa, Gisele Vieira Hennemann Koury, Cássia Maria Oliveira de Oliveira, Caroline Feliz Fonseca Sepeda da Silva, Regiane Matos Batista, Jessica Ramos Tavares, Guilherme da Silva Machado

*Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Belém, PA, Brasil*

**Objetivos:** Caracterizar o perfil clínico dos pacientes com distúrbio de processamento auditivo central atendidos no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Belém-PA.

**Método:** Trata-se de um estudo descritivo observacional, no qual foram selecionadas 54 crianças entre 6 e 12 anos de idade atendidas no ambulatório de Foniatria do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, que apresentavam Distúrbio de Processamento Auditivo Central. Foi realizada a análise dos prontuários destes pacientes para traçar seu perfil clínico, utilizando os dados correspondentes às queixas principais, antecedentes pessoais e história familiar de distúrbios de linguagem.

**Resultados:** Dos 54 pacientes atendidos, 74% eram do sexo masculino e 26% do sexo feminino. As principais queixas eram: distúrbios de leitura em 63%, distúrbios de escrita em 68,5%, de fala em 59,3% e alterações de memória em 22,2%. 40,7% apresentavam alterações comportamentais (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Autismo). Em 16,7% existia história familiar de distúrbios no aprendizado e da linguagem.

**Discussão:** O processamento auditivo pode ser definido como o conjunto de habilidades específicas das quais o indivíduo depende para interpretar o que ouve. O distúrbio do processamento auditivo (DPA) é uma entidade clínica de difícil diagnóstico, pois pode estar associado a uma ampla gama de entidades neuropatológicas. O DPA está correlacionado com distúrbios de aprendizagem e déficits de atenção, com ressalva de que essas são entidades clínicas distintas, porém com possibilidades de coexistência.

**Conclusão:** Foi encontrada uma prevalência dos distúrbios de processamento auditivo no sexo masculino, sem diferença significativa entre associação com distúrbios de escrita, leitura e fala. Foi encontrada relação importante com alterações comportamentais e não houve influência significativa da história familiar. Diante desse cenário, faz-se necessária a detecção precoce do DPA em crianças em idade escolar com o objetivo de minimizar os efeitos nocivos da persistência do DPA e melhorar o desempenho escolar dessas crianças.

## TL 028 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO CEAC/DERDIC/PUCSP

Daniela de Oliveira Prust, Carolina Christofani Sian Kencis, Graziela de Souza Queiroz Martins, Marielle Albrechete, Renata Vigolvinio de Oliveira, Thaís Helena Gonçalves, Mariana Lopes Fávero

*DERDIC - Pontícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Descrever características epidemiológicas dos pacientes que passaram em primeira consulta no CEAC/DERDIC/PUCSP (Centro Audição na Criança – DERDIC).

**Método:** Realizamos estudo transversal, pela revisão de 49 prontuários de pacientes, entre agosto de 2016 e maio de 2017.

**Resultados:** Foram excluídos 12 pacientes que não concluíram diagnóstico auditivo, restando 37 pacientes. Os encaminhamentos foram por falha da triagem auditiva neonatal (TAN) (37,83%), fatores de risco para perda auditiva (35,13%) e atraso de linguagem (27,02%). Vinte e quatro pacientes (64,86%) apresentaram audição dentro da normalidade, 13 (35,14%) apresentaram perda auditiva, sendo que destes 7 (53,85%) apresentaram perda auditiva neurossensorial severa ou profunda bilateral, 2 (15,38%) perda condutiva em ouvido direito, um de grau leve e outro de grau moderado, 3 (23,07%) perda condutiva bilateral, dois de grau leve e um de grau moderado, 1 (7,6%) paciente apresentava perda mista. Dos pacientes encaminhados por atraso de linguagem, 90% apresentaram audição dentro da normalidade.

**Discussão:** O atraso na linguagem acarreta em impacto na vida social e escolar, merecendo identificação e intervenção precoces. A deficiência auditiva pré-lingual compromete gravemente a aquisição da linguagem oral, prejudicando a comunicação e o desenvolvimento adequado da criança, porém, não é o único fator etiológico para atrasos de linguagem.

**Conclusão:** Os dados apresentados enfatizam como é errônea a associação de atraso de linguagem apenas com deficiência auditiva. Além disso, apontam os benefícios da TAN no diagnóstico precoce da perda auditiva.

## TL 029 ALTERAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON

Regiane Matos Batista, Caroline Feliz Fonseca Sepeda da Silva, Mariane de Souza Zampieri, Guilherme Silva Machado, Jéssica Ramos Tavares, Cássia Maria Oliveira de Oliveira, Gisele Vieira Hennemann Koury, Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa

*Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil*

**Objetivos:** Realizar uma revisão da literatura sobre as principais alterações otorrinolaringológicas em pacientes com doença de Parkinson (DP).

**Método:** A busca na literatura foi realizada entre os meses de janeiro a junho de 2017, utilizando as seguintes bases de dados on-line: Lilacs, SciELO, PubMed e Portal de Periódicos CAPES, com o uso dos descritores: doença de Parkinson e Otolaringologia.

**Resultados:** A hiposmia é a alteração otorrinolaringológica com maior sensibilidade e valor preditivo para a DP, com prevalência de 90%. Disartria e disfagia são alterações laringológicas comuns, sendo a disartria usualmente mais precoce que a disfagia. Ambas costumam ser precedidas pelas alterações olfativas. Cerca de 90% das pessoas com DP desenvolverão disartria durante a vida, mesmo não notando ser portadoras da doença. Estes pacientes sofrem 62% mais quedas que pacientes com outras doenças neurológicas, sendo que essas quedas têm origem multifatorial, como postura e alteração cognitiva. Alteração na marcha e controle de postura costumam ser um dos primeiros sinais e sintomas da DP, quase sempre associados à redução da amplitude dos movimentos e dessincronização do movimento dos membros e tronco durante a marcha.

**Discussão:** A DP é uma desordem neurodegenerativa progressiva do sistema nervoso central caracterizada por afetar principalmente o sistema motor. Os sintomas e a evolução da doença são insidiosos. Nos estágios iniciais, os sinais mais evidentes são os tremores, rigidez, lentidão dos movimentos e dificuldade em caminhar. Nos estágios tardios, são frequentes sintomas não motores, como depressão, ansiedade e demência. Os sintomas otorrinolaringológicos são espaçados em sua evolução, com hipofonia e hiposmia rotineiramente mais iniciais que vertigem e disfagia.

**Conclusão:** Sendo uma doença crônica incurável, o conhecimento das alterações otorrinolaringológicas em paciente com DP é preponderante na manutenção da qualidade de vida.

## TL 030 ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS NO DIA MUNDIAL DA VOZ NOS ÚLTIMOS 8 ANOS

Flavia Ribas Demarco, Rafael Vicente Lucena, Evaldo Cesar Macau, Norton Tasso Jr, Graziela de Oliveira Semenzati, Agrício Nubiato Crespo

*Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no dia mundial da voz no Hospital de Clínicas da UNICAMP.

**Método:** Estudo transversal, retrospectivo, com análise de questionários de 608 pacientes atendidos na campanha da voz no período de 2010 a 2017. Todos os participantes procuraram o serviço por demanda espontânea respondendo a um questionário padrão e submetidos a laringoscopia indireta ou videonasolaringoscopia.

**Resultados:** Seiscentos e oito pacientes foram avaliados no período de oito anos, sendo 374 (61,51%) do sexo feminino, com idade variando entre 13 e 81 anos (média = 46,45 anos). A queixa clínica mais prevalente foi disfonia (34%), seguido por pigarro (12,3%). Os achados diagnósticos mais frequentes foram: refluxo faringo-laríngeo e fenda glótica em 23,8% e 6,7%, respectivamente. Os pacientes do sexo feminino apresentaram mais distúrbio da voz ( $p < 0.1007$ ) e relatos de abuso vocal e uso profissional da voz foram relacionados com distúrbios da voz ( $p < 0,0685$ ) e ( $p < 0,0597$ ), respectivamente. No resultado de comparação entre os diagnósticos e a idade, o edema de Reinke foi mais frequente em pacientes mais velhos quando comparado a nódulo vocal e alteração estrutural mínima ( $p < 0.05$ ). E a relação entre os diagnósticos e as queixas foi estatisticamente significativo ( $p < 0.0001$ ).

**Discussão:** Em torno de 30% na população adulta apresenta algum distúrbio de voz durante a vida. Embora a maioria dos distúrbios da voz sejam de curta duração, causados por processos agudos, estes problemas têm um impacto significativo na qualidade de vida. Mulheres são mais vulneráveis para distúrbios da voz devido às diferenças estruturais em sua anatomia laríngea.

**Conclusão:** O Dia Mundial da Voz, além de ser um momento para difundir a importância do cuidado a voz, também oferece a oportunidade para os indivíduos com distúrbios da voz buscar ajuda.

## TL 031 ASSOCIAÇÃO ENTRE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL E SINAIS/ SINTOMAS DE REFLUXO FARINGO-LARÍNGEO

Felippe Paraguassu Demes, Shiro Tomita, Flavia Rodrigues Ferreira, Roberto Campos Meirelles, Fernando Liess Krebs Rodrigues, Raquel Faria Vasconcellos, Livia Pereira de Souza, Thassiany Matos Carpanez

*Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a associação entre circunferência abdominal aumentada e a presença de sinais e /ou sintomas de refluxo faringo-laríngeo (RFL).

**Método:** Foi realizado um estudo observacional, entre janeiro de 2016 e junho de 2017, em que participaram 76 voluntários, com idade entre 20 e 70 anos, sendo 18 homens e 58 mulheres. Os valores da circunferência abdominal e do Índice de Sintomas de Refluxo (ISR) foram estabelecidos. Os participantes que apresentavam sintomas de RFL avaliados por meio do ISR foram submetidos a uma videolaringoscopia e tiveram sua circunferência abdominal aferida. A partir daí, foi feita a correlação entre os dados.

**Resultados:** Setenta e um por cento dos pacientes avaliados apresentaram circunferência abdominal aumentada, sendo 11,8% homens e 59,2% mulheres.

**Discussão:** Refluxo faringo-laríngeo (RFL) refere-se ao refluxo gastroesofágico que atinge um nível superior ao esfíncter esofágico superior e está associado a diversas comorbidades, dentre elas a obesidade. A associação entre o RFL e um achado comum na obesidade, que é o aumento da circunferência abdominal, tem sido sugerida, mas ainda não está claro se existe, de fato, relação entre eles. A obesidade tem grande influência na história natural do RFL. Ela eleva a pressão intraluminal trazendo implicações fisiopatológicas importantes nesta doença. A circunferência abdominal e a obesidade possuem uma relação significativa, sendo que grande parte dos pacientes com sobrepeso e obesos apresentam circunferência abdominal alterada. Sendo assim, justifica-se a associação entre este achado e o RFL.

**Conclusão:** Apesar das limitações deste estudo observacional, o percentual significativo de pacientes com circunferência abdominal aumentada sugere que este achado apresenta uma grande associação com o RFL.

## TL 032 CASUÍSTICA DAS CORDECTOMIAS REALIZADAS PARA TRATAMENTO DE TUMORES GLÓTICOS INICIAIS NO HOSPITAL SÃO PAULO

Welber Chaves Mororó, Catarina Helena dos Santos Farias, Cristine Naomi Kusano, José Eduardo de Sá Pedroso, Leonardo Haddad, Noemi Grigoletto De Biase

*Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Identificar o perfil epidemiológico e fatores associados à recidiva nos pacientes submetidos à cordectomia para tratamento de carcinoma espinocelular (CEC) glótico em estádios iniciais no setor de Laringologia e Voz da Escola Paulista de Medicina.

**Método:** Estudo transversal retrospectivo. Foram coletadas informações dos prontuários de pacientes em seguimento ambulatorial com diagnóstico de CEC. Os dados foram submetidos à análise estatística ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Foram identificados 41 pacientes, sendo 73% do sexo masculino, idade média de 61 anos; 61% fumantes. Quanto ao estadiamento clínico, 71% eram T1a, 24% T1b e 5% T2. A maioria (46%) foi submetida à cordectomia tipo I, 17% à cordectomia tipo II, 24% à cordectomia tipo III, e os demais (14%) IV a VI. A ocorrência de recidiva foi observada em 6 pacientes (14%). Os resgates para as recidivas foram: radioterapia (50%), laringectomia total (33%) ou parcial (17%). Carga tabágica, sexo, estadiamento inicial e análise de margens cirúrgicas não foram significativamente associados à presença de recidivas ( $p > 0,05$ ).

**Discussão:** O CEC de laringe é um frequente tumor de via aéreo-digestiva superior. Brady et al. (2016) retrataram uma idade média de 64,8 anos e maior acometimento do sexo masculino (7:1). A literatura é controversa quanto à associação de margens cirúrgicas comprometidas e ocorrência de recidiva; em nosso estudo, não houve tal associação. A ocorrência de recidiva foi observada em maior proporção nos pacientes submetidos à cordectomia tipo I (83%) ( $p = 0,079$ ), levando-nos a considerar procedimento mais invasivo mesmo em lesões macroscopicamente superficiais. O tabagismo é fator de risco para o CEC de laringe, e estágio inicial maior piora o prognóstico, entretanto, ambos não tiveram associação com recidiva em nossa amostra.

**Conclusão:** O perfil epidemiológico dos pacientes com CEC tratados por cordectomia não diferiu da literatura. Os pacientes submetidos à cordectomia tipo I apresentaram tendência estatística à ocorrência de recidiva, quando comparados aos submetidos aos outros tipos.

## TL 033 PADRONIZAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DE MARGENS NA CIRURGIA TRANSORAL DO CÂNCER DE LARINGE

Maria Cláudia Mota Pedroso, Amanda Bueno de Araújo, Norton Tasso Júnior, Agrício Nubiato Crespo

*Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Objetivos:** O objetivo do trabalho consiste na proposição de um modelo para identificação de margens em peças cirúrgicas, a ser utilizado nas ressecções do carcinoma laríngeo espinocelular, de forma a orientar o estudo anatomopatológico e facilitar a comunicação entre o cirurgião e o patologista.

**Método:** Trabalho descritivo, com detalhamento de técnicas para fixação e identificação de peças cirúrgicas previamente ao envio para estudo anatomopatológico. Nas cordectomias tipo I e II propõe-se a utilização de uma superfície de celulose rígida e porosa de 10 x 10 cm, sobre a qual é apoiado o espécimen cirúrgico automaticamente após a ressecção. O modelo gráfico de laringe é feito após a fixação do material, mantendo as proporções reais da estrutura. Delimita-se então as regiões anterior, posterior, lateral/superior e medial/inferior da peça, realizada com auxílio da tinta nanquim, durante ou após a exérese da lesão. Na cordectomia tipo III é utilizada uma superfície de celulose semelhante ao processo descrito anteriormente, com o adicional de fixar a peça cirúrgica à placa molde através de alfinetes distribuídos superior e inferiormente, em virtude da maior dimensão da mesma.

**Resultados:** A orientação espacial da peça cirúrgica, deixando evidenciadas suas margens, permite uma melhor comunicação com o serviço de patologia, com análise mais clara e precisa.

**Discussão:** Surpreendentemente, embora o status da margem cirúrgica seja um fator chave determinante para o resultado e o tratamento adjuvante nos tumores de laringe, não há nenhum consenso para estabelecer o melhor método intraoperatório de avaliação desses limites.

**Conclusão:** A falta de um paradigma para delimitação de margens em peças cirúrgicas dificulta a comunicação entre o cirurgião e o patologista, com reflexo direto sobre o prognóstico do paciente. A técnica proposta, além de inovadora, se mostra simples e acessível, permitindo um estudo anatomopatológico preciso e elucidativo.

## TL 034 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO DO REFLUX SYMPTOMS INDEX

Taciane Brinca Soares Saliture, Andressa Guimarães do Prado Almeida, André de Campos Duprat, Cláudia Alessandra Eckley

*Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Realizar a tradução e adaptação cultural para o português brasileiro do *Reflux Symptoms Index*.

**Método:** A tradução obedeceu diretrizes internacionais, gerando uma versão pré-final, que foi aplicada em indivíduos de diferentes níveis de escolaridade que, por meio de dúvidas e sugestões, colaboraram para a concepção da versão final.

**Resultado:** A tradução e adaptação cultural resultaram em uma versão de fácil aplicação e adequada compreensão.

**Discussão:** Traduzir um questionário para outra língua não é suficiente para garantir a sua validade. A adaptação cultural é um processo complexo, para garantir que a versão traduzida seja culturalmente sensível, visto que variações culturais podem interferir nas atitudes perante às doenças. A versão final do Índice de Sintomas de Refluxo se mostrou mais rápida e fácil de ser aplicada pelos examinadores, além de ter sido compreensível para a nossa população, podendo ter grande valia na área de pesquisa e na prática clínica.

**Conclusão:** O Índice de Sintomas de Refluxo apresenta semelhança conceitual, semântica e de conteúdo com *Reflux Symptom Index* e é compreensível para a população fluente em português brasileiro.

## TL 035 AVALIAÇÃO DE UM MODELO DE OSSO TEMPORAL ARTIFICIAL COMO FERRAMENTA DE TREINAMENTO EM CIRURGIAS OTOLÓGICAS

Eloá Lumi Miranda, Anne Rosso Evangelista, Mayra Soares Ferreira, Roberta Carvalho Ximendes, Iulo Sergio Barauna Filho, Raul Ernesto Samaniego Ruiz Diaz, Aldo Eden Cassol Stamm

*Hospital Professor Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar um modelo anatômico de osso temporal impresso tridimensionalmente (3D) como ferramenta de treinamento para cirurgias otológicas.

**Método:** Estudo transversal descritivo. Foram avaliados 16 ossos temporais, impressos 3D da marca Phacon®, por otorrinolaringologistas com diferentes experiências em cirurgias otológicas. O instrumento utilizado para esta avaliação foi um questionário semiestruturado e as respostas foram apresentadas em uma escala de cinco pontos.

**Resultados:** Todos os avaliadores responderam que o modelo apresentou uma anatomia de superfície comparável ao osso biológico. Sobre os principais pontos de referência anatômica observados e utilizados em cirurgias otológicas, os avaliadores responderam ser o modelo em estudo de qualidade aceitável (escore>3). Apesar da cadeia ossicular ter sido positivamente avaliada em relação a sua anatomia, o quesito mobilidade dos ossículos retornou um escore inferior. As impressões finais sobre a experiência de dissecação do modelo de osso artificial foram positivas, sendo os escores maiores que 3 em 80% dos questionários analisados.

**Discussão:** Existem vários modelos de ossos temporais artificiais disponíveis no mercado, mas muitos têm seu uso limitado devido à falta de representação adequada de estruturas e dos detalhes microanatômicos ou ainda pelo material que carece de semelhança à consistência do osso. Outros trabalhos que analisaram de forma semelhante este modelo impresso 3D já mostraram escores de avaliação semelhantes ao encontrados neste trabalho, sugerindo que este tem uma qualidade superior em relação aos primeiros produzidos comercialmente.

**Conclusão:** Apesar de não substituir na plenitude um osso temporal de cadáver, o modelo de osso temporal impresso 3D avaliado neste estudo apresenta realismo anatômico satisfatório e mostrou-se útil como ferramenta de treinamento cirúrgico.

## TL 036 AVALIAÇÃO ETIOLÓGICA DE PERDA AUDITIVA EM PACIENTES IMPLANTADOS NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Priscilla Durante Miotto, Eduardo Tanaka Massuda, Andreia Ardevino de Oliveira, Miguel Ângelo Hyppolito, Lorena Andrade Lamounier, Leonardo Sousa Alcântara, Myriam de Lima Isaac, Aline Emer Faim

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a etiologia bem como a prevalência de surdez genética não sindrômica (SGNS) em pacientes submetidos a implante coclear no serviço de Otologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

**Método:** Estudo retrospectivo com 356 pacientes implantados no período de abril de 2014 a março de 2016 quanto à etiologia da perda auditiva.

**Resultados:** Dos 356 pacientes pesquisados, 129 apresentavam surdez congênita, neonatal ou perinatal. Destes, 99 por fatores ambientais, sendo 47 com diagnóstico de infecção congênita, a maioria rubéola, e 52 em decorrência de fatores de risco ao nascimento - baixo peso, prematuridade, hiperbilirrubinemia, ventilação mecânica prolongada ou internação em CTI. Os outros 30 pacientes apresentavam causas não ambientais para perda auditiva, sendo 5 por malformações de orelha média ou interna, 7 por surdez genética sindrômica e 18 por surdez genética não sindrômica. Dentre estes, 11 tinham confirmação de mutação de GJB2, 1 de mutação de GJB6 e 6 de provável causa genética sem comprovação laboratorial. Dos demais pacientes, 88 apresentavam perda auditiva adquirida, a grande maioria por meningite, e 139 de causa idiopática ou não definida.

**Discussão:** A causa mais frequente de perda auditiva congênita é a causa genética, sendo que a não sindrômica é a mais prevalente. Até hoje, já foram descritos mais de 80 genes relacionados à perda auditiva, dentre estes, a mutação de GJB2 é apontada como a principal causa de SGNS. Em nosso serviço os exames genéticos realizados são: GJB2, GJB6 e alteração mitocondrial. Com um painel genético mais completo, é provável que as perdas auditivas idiopáticas possam ser definidas como de origem genética.

**Conclusão:** A realização de um painel genético mais completo para o diagnóstico de surdez genética não sindrômica é capaz de definir melhor esses diagnósticos ainda sem causa ou caracterizados como de origem idiopática.

## TL 037 COMPORTAMENTO DO P300 EM PACIENTES USUÁRIOS DE IMPLANTE COCLEAR COM ELETROESTIMULAÇÃO UNILATERAL - RESULTADOS PRELIMINARES

Maria Stella Arantes do Amaral, Victor Goiris Calderaro, Fernando Massa Correia, Francine Raquel dos Santos, Eduardo Tanaka Massuda, Ana Cláudia Mirândola Barbosa Reis, Miguel Angelo Hyppolito

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Objetivos:** O objetivo deste projeto é estudar o comportamento do potencial auditivo cortical (P300), em pacientes usuários de Implante Coclear (IC), com adaptação unilateral.

**Método:** Foram selecionados indivíduos adultos, de ambos os sexos, com surdez severa e/ou profunda bilateral, pós-linguais, candidatos à cirurgia de IC e submetidos à implantação da marca Neurelec®. Foram realizadas as medidas do P300 no pré-operatório da cirurgia do IC e no momento da ativação do IC.

**Resultados:** Foram avaliados 12 pacientes, cinco do sexo feminino e sete masculino. A idade média na época da cirurgia do IC foi 52,1 anos. Foram realizadas oito cirurgias na orelha direita e quatro na esquerda. A etiologia encontra-se em investigação em nove pacientes, em um dos casos foi devido à surdez súbita, um foi por meningite e em outro foi genética. A média de limiar auditivo, obtida pela audiometria tonal, foi de 110,7 dBNA na fase pré-IC. A média das latências do P300 na fase pré-IC foi de 349,82 ms e na fase da ativação do IC de 392,87  $\mu$ V. A média da amplitude do P300 na fase pré-IC foi de 3,52  $\mu$ V e na fase da ativação do IC de 3,25  $\mu$ V.

**Discussão:** Não observamos diferença das Latências e Amplitudes das ondas em CzA1 e CzA2 nas fases Pré-IC e Ativação do IC, mostrando que houve replicação da onda nas duas derivações. Observamos um aumento da média das latências dos sujeitos quando comparamos a fase pré-IC e ativação do IC ( $t = 2,29$ ;  $p = 0,48$  - teste t-pareado) e uma diminuição da amplitude ( $t = 0,81$ ;  $p = 0,44$ - teste t-pareado), entretanto, a variação da amplitude não apresentou evidência significativa.

**Conclusão:** O Potencial Cognitivo P300 apresenta aumento de latência no momento da ativação do IC quando comparamos o mesmo sujeito antes da cirurgia.

## TL 038 O IMPACTO SOCIOECONÔMICO DOS GASTOS COM A COMPRA DE BATERIAS EM PACIENTES PORTADORES DE IMPLANTE COCLEAR USUÁRIOS DO SUS

Mayara Tabai, Paola Piva de Freitas, Vagner Antonio Rodrigues da Silva, Alexandre Caixeta Guimarães, Arthur Menino Castilho, Agrício Nubiato Crespo

*Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Objetivos:** O objetivo deste estudo é de avaliar o impacto socioeconômico dos gastos com a compra de baterias ou pilhas para os implantes cocleares de pacientes que obtiveram esses aparelhos pelo SUS e que o utilizam como acesso à saúde

**Método:** Estudo transversal, em que durante seis meses os pacientes que frequentaram a instituição foram convidados a responder um questionário sobre os gastos envolvidos com a manutenção do implante coclear.

**Resultados:** O estudo contou com um total de 78 pacientes, sendo que 39 pacientes utilizavam o tipo Cochlear, 21 Med El e os 18 Neurelec. 42 utilizavam pilhas descartáveis em seus aparelhos, enquanto 36 faziam o uso de bateria recarregável. Dentre aqueles que fazem uso da pilha descartável, cerca de 74% (31 pacientes), responderam que o custo com as compras destes itens prejudica sua reabilitação, sendo esta diferença significativa. Não observamos diferença ao compararmos o custo da reabilitação entre os pacientes dos três grupos: Cochlear, Med El e Neurelec.

**Discussão:** O implante coclear é uma modalidade de reabilitação auditiva cujo custo-efetividade já foi documentado em vários países. Contudo, a comparação entre países é falha. Grande percentual dos pacientes considerou os custos com pilhas e baterias como não razoáveis e mais de metade declarou-se desestimulado a prosseguir o tratamento pelos custos. O implante coclear é uma terapia de longo prazo, dessa forma, os custos com manutenção devem ser levados em conta no momento da sua indicação, bem como ser discutidos com o pacientes e família.

**Conclusão:** Este é o primeiro estudo brasileiro a obter dados sobre o custo da manutenção de implantes cocleares de pacientes que obtiveram esses aparelhos pelo SUS. Os resultados demonstraram que os custos relacionados à aquisição de pilhas e baterias impactam negativamente no tratamento destes pacientes.

## TL 039 PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO OBJETIVA DA MOBILIDADE DO CONJUNTO TÍMPANO-OSSICULAR EM LABORATÓRIO DE OSSO TEMPORAL

Evandro Maccarini Manoel, Diego Patricio Calero, Lucas Costa Lobato, Cláudio Marcio Yudi Ikino, Oswaldo Laércio Mendonça Cruz, Stephan Paul, Júlio A. Cordioli

*Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Propor um protocolo de avaliação para o estudo da mobilidade do conjunto tímpano-ossicular.

**Método:** Estudo experimental realizado em laboratório de osso temporal entre agosto de 2016 e abril de 2017 com a dissecação de seis ossos temporais frescos, tendo sido avaliada a vibração da cadeia ossicular por um vibrômetro a laser pela medição da função resposta em frequência (FRF) da velocidade e da função coerência (FC) em diferentes situações: 1) com o uso de óxido de zinco e fitas refletivas nos pontos de medição da cadeia ossicular; 2) com o conduto auditivo externo intacto ou com sua remoção e utilização de um conduto artificial; 3) diferença de respostas com o osso fresco e o osso já formolizado.

**Resultados:** O uso da fita refletiva demonstrou melhor qualidade da medição da vibração em altas frequências quando comparado ao uso de óxido de zinco. A resposta em amplitude de vibração e a FC mostraram-se deterioradas com o processo de formolização. Houve piora da FC em certas frequências com o conduto artificial.

**Discussão:** As respostas obtidas são comparáveis com aquelas mencionadas na literatura para os ossos frescos. A vantagem encontrada no uso de fitas refletivas concorda com a preferência da maioria dos estudos da literatura pelo seu uso. Esse é o primeiro estudo que comparou a resposta entre ossos frescos e formolizados. A maioria dos estudos utiliza condutos auditivos artificiais, mas não há relato da comparação com o conduto auditivo “natural”.

**Conclusão:** Os resultados encontrados sugerem o benefício de utilizar ossos temporais frescos com fitas refletivas nos pontos de medição. Não foi possível concluir sobre a necessidade da utilização de um conduto auditivo externo artificial para esse fim, ainda que possa trazer algumas vantagens como a medição de pontos da membrana timpânica de modo mais direto.

## TL 040 ZUMBIDO E ALTERAÇÃO PERCEPTUAL AUDITIVA ASSOCIADOS À SINAPTOPATIA COCLEAR EM INDIVÍDUOS COM AUDIÇÃO NORMAL

Rodrigo Bastos, Alice Andrade Takeuti, Ligia Zanco Bueno Derrico, Gustavo Fernando Tognini Rodrigues, Mariana Tetilla, Maria do Carmo Bertero, Mônica de Castro Gudmon, Mariana Lopes Fávero

*DERDIC - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a sinaptopatia coclear em ouvintes utilizando questionários e testes eletrofisiológicos.

**Método:** Estudo transversal com 23 voluntários. Foram incluídos indivíduos com audiometria, timpanometria e EOAT normais e consentimento assinado. Excluiu-se: atraso de linguagem, doença otológica ou neurológica. O questionário interrogou sobre: exposição ao ruído; presença de zumbido; alteração na percepção sonora. As respostas foram agrupadas em Exposição e Sintomas. Os testes realizados foram o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) e o *Frequency Following Response* (FFR). As medidas de desfechos (amplitude da onda I PEATE, latências e amplitudes dos 3 primeiros ciclos FFR) foram comparadas em função da presença ou não de exposição e sintomas.

**Resultados:** Não houve associação significativa ( $p > 0.05$ ) entre: a variável sexo e os desfechos; a presença ou ausência à Exposição, e as variáveis idade, amplitude onda I PEATE, latência FFR e amplitude FFR; a presença ou ausência dos sintomas, e as variáveis idade e amplitude onda I. Houve diferença significativa entre a presença ou ausência destes para as latências FFR I OD ( $p = 0,022$ ), FFR II OD ( $p = 0,027$ ), FFR III OE ( $p = 0,033$ ) e amplitude FFR II OD ( $p = 0,012$ ).

**Discussão:** A sinaptopatia coclear pode ser responsável por alteração de percepção auditiva e de zumbido sem alteração dos exames psicoacústicos. No zumbido e em alterações perceptuais há alteração da amplitude da onda I PEATE. A variabilidade dos parâmetros dessa onda dificulta a definição do quadro de sinaptopatia coclear. Possivelmente isto e a baixa idade da amostra sejam causas para não obtermos diferenças estatísticas. Encontramos significância entre sintomas auditivos e latência e amplitude do FFR, indicando que há alteração condutiva nas low-SR. Shaheen et al. (2015) observaram que alterações de amplitude do FFR foram mais sensíveis para sinaptopatia do que a onda I PEATE.

**Conclusão:** Zumbido e alteração de percepção auditiva podem alterar o FFR, indicando sinaptopatia coclear.

## TL 041 CEFALeia E TONTURA: DOIS SINTOMAS INDEPENDENTES OU DIFERENTES ESPECTROS DA MESMA DOENÇA?

Carlos Eduardo Borges Rezende, Pedro Gregório Mekhitarian Filho, Filipe Augusto Padula Pagianotto, Gabriel Fernandez

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Estabelecer se pacientes com cefaleia e tontura apresentam uma única entidade causadora de seus sintomas ou se estes apenas coexistem coincidentemente.

**Método:** Revisão bibliográfica, exploratória, descritiva de método qualitativo, envolvendo os anos compreendidos entre 2000 e 2015 para avaliação de quais métodos poderão ser utilizados para distinguir migrânea vestibular de outras entidades causadoras de tontura ou vertigem. Foram encontrados 29 artigos, mas, destes, 15 preencheram os critérios para agregação ao trabalho.

**Resultados:** A inter-relação entre enxaqueca e vertigem é complexa, visto que elas podem coexistir no mesmo indivíduo ao acaso. Há várias síndromes em que vertigem e enxaqueca estão presentes, como vertigem posicional paroxística benigna, doença de Ménière, cinetose, perturbações cerebelares, doenças psiquiátricas e também a migrânea vestibular (MV). A utilização de exames como a ressonância magnética (RM) da orelha interna e potencial miogênico evocado pelo vestibulo por indução sonora (VEMPs) podem auxiliar a estabelecer uma classificação diagnóstica mais precisa. A videonistagmografia não se mostrou como um exame promissor para o diagnóstico.

**Discussão:** Enxaqueca e vertigens são comuns na população, não sendo raro estarem inter-relacionadas. Estima-se ocorrência comum dos sintomas em 3,2% da população mundial. MV foi considerada como entidade nosológica apenas em 2013 e define-se pela presença de episódios de cefaleia classificada como migrânea ao mesmo tempo que sintomas vertiginosos de intensidade moderada a severa com duração de 5 minutos a 72 horas. O atual critério diagnóstico de Neuhauser pode apontar um grande número de falsos-positivos pela sobreposição de outras comorbidades e por sua subjetividade.

**Conclusão:** Tontura e cefaleia podem fazer parte de uma mesma doença. A migrânea vestibular é uma entidade recente e frequente em pacientes com queixa de vertigem, porém tem difícil diagnóstico devido à falta de um modelo fisiopatológico concreto.

## TL 042 PERFIL AUDIOLÓGICO E EPIDEMIOLÓGICO DE RE-TESTES DA ORELHINHA REALIZADOS EM UMA CLÍNICA DE MANAUS

João Bosco Lopes Botelho, Mariana de Landa Moraes Teixeira Grossi, Thayana Pessoa Takemura, Diego Monteiro de Carvalho, Viviane Saldanha Oliveira, Súnia Ribeiro, Andreza Andreatta de Castro, Kristian Holanda Nogueira

*Fundação Adriano Jorge, Manaus, AM, Brasil*

**Objetivos:** O trabalho teve como objetivo avaliar os principais fatores de risco associados com alterações no re-teste da orelhinha em uma clínica de Manaus.

**Método:** Neste estudo de caso-controle, avaliamos os fatores pregressos clínicos e epidemiológicos entre pacientes com re-teste normal e aqueles com re-teste alterado buscando fatores de risco para alteração. Para isso, foram utilizados os prontuários eletrônicos de 87 pacientes de uma clínica conveniada com o SUS. Foram incluídos no estudo pacientes de até 1 ano com alteração no teste da orelhinha ou com outras indicações da maternidade.

**Resultados:** Os indicadores de risco mais prevalentes foram Histórico Familiar de Perda Auditiva (OR = 4,73), Internação em CTI (OR = 5,50), Prematuridade (OR = 3,29) e presença de Infecção ou Hipertensão Durante Gestação (OR = 1,91). Sendo estatisticamente significativo apenas Internação em CTI (OR = 5,50;  $p = 0,044$ ).

**Discussão:** O histórico familiar está relacionado a 60% das perdas auditivas congênitas. Passagem pela Unidade de Terapia Intensiva está relacionada com perda auditiva, principalmente quando esta permanência é superior a 5 dias. No presente estudo, não houve detalhamento do tempo na UTI, no entanto, fatores como ventilação mecânica, baixo peso ao nascer e hiperbilirrubinemia também são importantes no risco de perda auditiva em neonatos que são internados.

**Conclusão:** Internação em UTI é um importante fator de alteração de re-testes da orelhinha, sendo importante haver uma atenção especial a esse tipo de paciente em relação a sua aderência ao acompanhamento e tratamento.

## TL 043 PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO VESTIBULAR PRÉ-OPERATÓRIA DA CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR NA CRIANÇA: ESTUDO DESCRITIVO ANALÍTICO

Roseli Saraiva Moreira Bittar, Eduardo Setsuo Sato, Douglas Jósimo Silva Ribeiro, Robinson Koji Tsuji, Ricardo Ferreira Bento

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Descrever os resultados do método de avaliação vestibular pré-operatória em crianças adotado por nossa Instituição.

**Método:** Estudo descritivo e analítico de corte transversal. Compreende 58 crianças com idades variando entre oito meses e 12 anos, com média de 3,4 anos; mediana 3. Submetidas a seis testes, nistagmo espontâneo; Romberg com e sem almofada; *head impulse test* (hit); *head shaking nystagmus* (HSN); prova calórica (PC) e cadeira pendular (CP).

**Resultados:** Das 58 crianças incluídas nesse estudo, 30 (51,72%) apresentaram resposta normal em todos os testes e 28 (48,28%) apresentaram alteração em pelo menos um dos testes. A PC foi realizada em oito crianças (13,8%) com idade média de 7,8 anos: nenhuma foi normal. Cinquenta e uma crianças fizeram a CP: 30 crianças apresentaram prova normal. Seis crianças conseguiram fazer o teste de Romberg, em três delas o exame estava normal.

**Discussão:** Em nossa casuística, 28 (48%) das 58 crianças avaliadas apresentaram alguma alteração vestibular: em 18 deles (64% da amostra) foi possível individualizar a orelha. O teste de Romberg em almofada alterado é forte indício de PC alterado. Nenhuma prova foi normal e foi possível identificar as orelhas funcionais em 100% das crianças. A prova calórica mostrou-se superior para identificar a orelha lesada. A partir dos 2 anos de idade é possível realizar a prova calórica. Em crianças menores, a cadeira rotatória é um método fácil, rápido e fornece informações a respeito da condição vestibular. O risco de lesão vestibular total está muito mais presente nos casos de assimetria de função vestibular com abordagem da orelha sã.

**Conclusão:** A prova calórica é o método de escolha na avaliação pré operatória de crianças.

## TL 044 TONTURA X LABIRINTOPATIA METABÓLICA: UMA SÉRIE DE CASOS

Marina Lourenço de Barros, Sandoval Lopo de Abreu, Marcelo Rodrigues, Rodrigo de Andrade Pereira, Ísis Eloah Machado

*Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o impacto dos distúrbios do metabolismo, em particular, o dos carboidratos sobre a função vestibular, observando suas prevalências em pacientes com queixas de tontura e instabilidade postural atendidos em dois serviços de Otorrinolarigologia de Belo Horizonte/MG.

**Método:** Trata-se de estudo transversal descritivo, no qual foram selecionados pacientes acima de 18 anos, com sintomas de tontura e instabilidade, no período de 2016 e 2017. As características estudadas foram: sociodemográficas, caracterização da tontura, comorbidades, medidas de peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal, sucinta avaliação auditiva e da qualidade de vida por meio do “*Dizziness Handicap Inventory*”. Foram excluídos os casos com sintomas típicos ou diagnóstico confirmado de Vertigem Postural Paroxística Benigna.

**Resultados:** O grupo estudado foi composto por 12 mulheres e 1 homem. Foi verificado que 54% apresentava sobrepeso, 23% obesidade grau I, 7,5% obesidade grau II e apenas 15% estava na faixa de peso classificada como normal. A circunferência abdominal mostrou-se elevada em 85% dos pacientes, com média de 96,2 cm. Dois pacientes apresentaram alterações de TSH. O colesterol total mostrou-se elevado em 46% dos pacientes, e os triglicérides em 30,8%. Um paciente (7,5%) apresentou alteração na glicemia de jejum, 38,4% apresentaram uma ou mais alterações de curva insulinêmica e 61,5% em curva glicêmica.

**Discussão:** Grande parte dos pacientes estudados apresentaram algum tipo de doença metabólica, principalmente relacionada ao metabolismo dos carboidratos. Outro quesito pouco estudado e encontrado neste trabalho foi a relação com o IMC e a circunferência abdominal, as quais mostraram-se elevadas em relação à população geral.

**Conclusão:** A oscilação dos níveis de glicose é sensivelmente percebida pelo labirinto, provocando sintomas cocleovestibulares. A constatação de maior prevalência dos distúrbios do metabolismo nos pacientes com tontura é uma evidência indireta de sua importância nas manifestações clínicas e essencial para o seu correto tratamento.

## TL 045 VHIT - RELATO DA EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE OTONEUROLOGIA/HUOL

Liliane Queiroz de Lira, Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira, Kallil Monteiro Fernandes, Arthur de Sousa Pereira Trindade, Natania Tuanny Damasceno Inácio, Daniel de Menezes Cortês Bezerra, Luiz Maia de Freitas Júnior

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil*

**Objetivos:** Analisar a efetividade do *video Head Impulse Test* (vHIT) como ferramenta diagnóstica em diferentes doenças que afetam o sistema vestibular.

**Método:** O estudo caracterizado como transversal e descritivo apresenta uma amostra, não probabilística e por conveniência, de 23 indivíduos, de ambos os sexos e variadas idades, os quais estão em acompanhamento no ambulatório de Otoneurologia/HUOL. Os pacientes foram submetidos à avaliação do reflexo vestibulo-ocular por vHIT, utilizando equipamento da marca GN Otometrics A/S modelo ICS Impulse.

**Resultados:** Foram avaliados 23 indivíduos, desses 15 (63%) são mulheres. As idades variam de 25 a 83 anos, com média de 55,3 anos. Desses pacientes, 12 (52%) apresentaram como resultado avaliação vestibular normal, 5 lesão vestibular periférica bilateral, 2 lesão vestibular periférica à esquerda, 2 função vestibular reduzida do canal lateral esquerdo, 1 lesão vestibular periférica à direita e 1 função vestibular reduzida do canal posterior direito.

**Discussão:** O reflexo vestibulo-ocular (RVO) consiste em movimentos oculares conjugados de mesma velocidade e direção oposta ao realizado pela cabeça mantendo a imagem fixada na retina. Quando há vestibulopatias esse processo é defeituoso, exigindo sacadas de recuperação para que haja a refixação da imagem. O vHIT avalia o RVO de cada canal semicircular individualmente por meio do cálculo do ganho que é a razão entre a velocidade da movimentação ocular e a do impulso da cabeça, possibilitando a identificação de sacadas encobertas não visualizadas na avaliação desarmada por *Head Thrust*. Os resultados normais apresentam ganho dentro do intervalo de referência e sem refixação por sacadas.

**Conclusão:** O vHIT é um teste de rápida execução, não invasivo e bem tolerado pelos pacientes que permite a avaliação de cada canal semicircular individualmente, sendo mais sensível que o *Head Thrust* por avaliar as sacadas encobertas. Logo, o vHIT pode ser utilizado como primeiro método diagnóstico para doenças que afetam o labirinto.

## TL 046 ZUMBIDO E INSÔNIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE A CORRELAÇÃO ENTRE AS PATOLOGIAS

Eduarda Costa Alves, Hassana de Almeida Fonseca, Diogo Lacerda Pereira de Medeiros, Priscila Silva Monteiro, Marina Moraes Loepert, Amanda de Almeida Souza, Mariana Meireles Teixeira, Patrícia Mauro Mano

*Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a relação entre o zumbido e a insônia por meio de questionários diagnósticos.

**Método:** Revisadas publicações pesquisadas na base de dados PubMed com uso dos termos 'insônia', 'zumbido', 'distúrbios do sono', 'questionários'. Foram selecionadas 10 publicações que continham ao menos duas das palavras-chaves no título.

**Resultados:** Das 10 publicações revisadas, seis apresentavam estudos de aplicação direta de questionários validados em paciente com queixa relacionada a distúrbio do sono e que apresentavam zumbido associado; três dissertaram mecanismos neurofisiológicos semelhantes entre as queixas através de revisões bibliográficas e um comparou distúrbios do sono em pacientes com e sem insônia.

**Discussão:** Modelos neurofisiológicos sugerem que a reação emocional e cognitiva negativa à percepção de zumbido conduz a uma resposta de angústia do sistema nervoso autônomo. Por mecanismos de reflexos condicionados, a percepção do zumbido é reforçada pela reação autonômica negativa, corroborando a ideia da relação direta entre distúrbios do sono e o zumbido. Quando autoavaliadas pelo doente, as queixas sobre o zumbido apresentam importância no sofrimento emocional, auditivo e distúrbios do sono, gerando um quadro clínico multidimensional. A depressão e insônia foram os fatores psicossomáticos que mais predizem o desconforto aumentado e a diminuição da tolerância ao zumbido.

**Conclusão:** Apesar da dificuldade em correlacionar em único método diagnóstico o zumbido e a insônia, a aplicação de diversos questionários em associação vem apresentando alto grau de especificidade e sensibilidade na previsão de pacientes com zumbido com um distúrbio subjacente do sono.

## TL 047 EFFECTS OF ADENOTONSILLECTOMY ON CHILDREN'S SMELL PERCEPTION

Marco Aurélio Fornazieri, Rebeca dos Santos Monteiro, Lucas Kenji Ebara, Richard L. Doty

*Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil*

**Objectives:** To measure the impact of adenotonsillectomy on olfactory function, associate adenoid hypertrophy grade with olfactory function, confirm if only adenoid hypertrophy and not palatine tonsils size impair olfactory function generated by molecules entering through the front of the nose, observe if sex has influence on postoperative improvement, and verify if there is an augmented identification capacity of individual odorants after surgery.

**Methods:** Thirty-one children from five to twelve years old with different grades of adenotonsillar hypertrophy or history of recurrent adenotonsillitis were tested orthonasally for 11 odors before and 45 days after adenotonsillectomy. A lateral radiograph of the nasopharynx and oroscopy was performed.

**Results:** Only patients with an obstruction of the nasopharynx higher than 50% improved olfactory function. Olfactory identification capacity increased on average 24.5% after surgery ( $p < 0.001$ , CI 95%: 11.3% to 38.2%). There was an improvement on nine of the 11 odors, with significance for soap, mint, baby powder, and cinnamon.

**Discussion:** As after surgery no difference was found between the performance of children with greater or lesser nasal obstruction, it was concluded that the degree (> 50%) of nasopharyngeal obstruction is the main factor responsible for the reduction of smell. Therefore, the benefit of surgery for olfaction is exclusive to children with hypertrophy greater than 50% of the nasopharyngeal space. Fifty percent of the odorants that significantly improved after surgery has a trigeminal component, and the better airflow generated by surgery may strengthen the olfactory-trigeminal interaction making better their identification.

**Conclusion:** In children, olfaction improvement for many individual odorants is another benefit of adenotonsillectomy when adenoid hypertrophy occupies more than a half of the nasopharynx. Olfaction commitment by adenotonsillar hypertrophy and improvement in its capacity after surgery do not seem to be different between boys and girls.

## TL 048 EVOLUÇÃO DE CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS E PARÂMETROS POLISSONOGRÁFICOS EM CRIANÇAS COM HIPERTROFIA ADENOTONSILAR

Cláudia Pena Galvão dos Anjos, Helena Maria Gonçalves Becker, Bruno César Ladeira Vidigal, Letícia Paiva Franco, Mariana Maciel Tinano, Carolina Maria Fontes Ferreira Nader, Jéssica Maia Couto, Flavianne Mikaelle dos Santos Silveira

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar prospectivamente a associação entre achados tomográficos das vias aéreas superiores (VAS), de crianças respiradoras orais obstrutivas com seus parâmetros polissonográficos.

**Método:** Estudo prospectivo com 21 crianças respiradoras orais (RO) obstrutivas com indicação de adenoidectomia e/ou amigdalectomia, avaliadas no momento da indicação cirúrgica (T0) e após um ano de intervenção (T1). Foram coletados os dados de polissonografia e tomografia computadorizada (TC). Os exames de TC foram digitalizados e foi calculada a área de secção transversal mínima, volume de três segmentos das VAS e localização da área de secção transversal mínima (retrolingual ou retropalatal).

**Resultados:** Das 21 RO, 13 (61,9%) apresentaram índice de apneia e hipopneia (IAH) alterado em T0. Ao longo do tempo, 14 (66,7%) foram submetidas à cirurgia. Das 21 crianças, em T0, os três segmentos de volume parametrizados pela altura ao cubo, área de secção transversal mínima parametrizada pela altura ao quadrado e localização da área de secção transversal mínima não se diferiram entre aquelas com IAH alterado e as com IAH normal. Em T1, nas crianças operadas, o volume da orofaringe parametrizado e o índice de despertar diminuíram ( $p < 0,001$ ), enquanto a chance da localização da área de secção transversal mínima ser retrolingual aumentou em comparação a T0 ( $p = 0,041$ ). Nas crianças não operadas, não houve alteração significativa do volume da VAS ao longo do tempo. RO operados tenderam apresentar volume da orofaringe maior do que os não operados ( $p = 0,031$ ).

**Discussão:** A chance da área de secção transversal mínima ser retrolingual aumentou significativamente ao longo do tempo, sugerindo melhor resolução cirúrgica nos pacientes com obstrução da região retropalatal. O achado de redução do volume da orofaringe pode ser influenciado pelo retroposicionamento da língua após adenoamigdalectomia.

**Conclusão:** O volume da orofaringe das crianças operadas diminuiu ao longo do tempo e aumentou a chance da localização da área de secção transversal mínima ser retrolingual.

## TL 049 IMPACTO DA ADENOIDECTOMIA E/OU TONSILECTOMIA NA PRESSÃO ARTERIAL PULMONAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES RESPIRADORES BUCAIS MEDIDA POR ECODOPPLERCARIOGRAFIA

Vinicius Malaquias Ramos, Helena Maria Gonçalves Becker, Letícia Paiva Franco, Priscylla Vital Vasconcelos, Carolina Maria Fontes Ferreira Nader, Flávio Diniz Capanema, Zilda Maria Alves Meira, Flavianne Mikaelle dos Santos Silveira

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Objetivos:** Comparar os valores da pressão da artéria pulmonar em crianças e adolescentes com síndrome do respirador bucal devido à hiperplasia de amígdalas e adenoides antes e após a adeno e/ou tonsilectomia.

**Método:** Estudo prospectivo comparativo, duplo-cego, com 30 pacientes, de 2 a 12 anos, com obstrução de vias aéreas superiores e indicação de adenoidectomia e/ou tonsilectomia, de Centro de Referência Multiprofissional de Respiração Oral. Os pacientes foram submetidos à avaliação clínica, nasofibroscopia à ecoDopplercardiografia antes e seis meses após a cirurgia. Para análise da pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP), foi realizada aferição da velocidade do jato de regurgitação tricúspide utilizando a janela apical no corte apical 4 câmaras, medindo-se a velocidade de pico sistólica e utilizando a fórmula de Bernoulli modificada ( $4v^2$ ); a estimativa da pressão média da artéria pulmonar (PMAP) foi realizada por meios da fórmula  $PMAP = 0,61 \times PSAP + 2$  mmHg. Todas as medidas foram realizadas aferindo uma média de três batimentos e os exames foram feitos sem conhecimento diagnóstico dos dados dos pacientes.

**Resultados:** Os valores médios da PSAP e da PMAP foram significativamente maiores no pré-operatório do que no pós-cirúrgico [(PSAP:  $25,99 \pm 3,27$  versus  $21,79 \pm 2,48$ ); (PMAP:  $17,52 \pm 2,46$  versus  $15,28 \pm 1,52$  mmHg)],  $p < 0,001$ .

**Discussão:** A hiperplasia adeno e/ou tonsilar consiste na causa mais comum da síndrome do Respirador Bucal em crianças e adolescentes. A obstrução da via aérea superior pode ocasionar hipoventilação alveolar crônica, vasoconstrição pulmonar e hipertensão pulmonar. Embora nenhum paciente apresentasse critério de hipertensão pulmonar, a diminuição significativa da pressão no pós-operatório mostra a reversibilidade potencial deste acréscimo pressórico com o procedimento cirúrgico.

**Conclusão:** A adeno e/ou tonsilectomia mostrou evidência de diminuição da pressão da artéria pulmonar em crianças e adolescentes com obstrução de via aérea superior.

## TL 050 LARINGOPLASTIA COM BALÃO E SEU IMPACTO NA MORBIDADE ASSOCIADA AO TRATAMENTO DA ESTENOSE SUBGLÓTICA AGUDA ADQUIRIDA EM CRIANÇAS

Andréia Melchiors Wenzel, Cláudia Schweiger, Denise Manica, Leo Sekine, Isabel Cristina Schütz Ferreira, Gabriel Kuhl, Paulo José Cauduro Marostica

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar os efeitos da introdução da laringoplastia com balão (LPB) no manejo da estenose subglótica (ESG) adquirida pós-intubação, comparando desfechos clínicos e cirúrgicos.

**Método:** Todos os pacientes incluídos neste estudo são provenientes de uma coorte prospectiva iniciada no nosso hospital em 2005 e que se encerrou em 2015. Pacientes de 0 a 5 anos intubados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do nosso hospital eram submetidos à fibronasolaringoscopia (FNL) pós-extubação e acompanhados. Desse modo, conseguíamos diagnosticar ESG ainda em sua fase inicial. Até 2009, esses pacientes eram submetidos à traqueostomia e, após a maturação da lesão, procedíamos aos tratamentos cirúrgicos corretivos, normalmente cirurgias abertas. Após 2009, começamos a usar LPB como método preferencial para o tratamento desses casos. Esse estudo compara essas duas populações quanto a morbidades clínicas e cirúrgicas associadas aos diferentes tratamentos a que foram submetidas.

**Resultados:** Foram incluídos 26 pacientes: 15 pacientes antes de 2009 e 11 após 2009. O sucesso terapêutico da LPB foi de 100%, não tendo sido realizada nenhuma cirurgia aberta nessa população. Antes da introdução da LPB, a necessidade de cirurgias abertas era de 86,6%. Os pacientes tratados com LPB permaneceram menos tempo na UTIP, fizeram menor uso de antibióticos e submeteram-se menos à traqueostomia (TQT).

**Discussão:** Nenhum estudo até então havia comparado modalidades terapêuticas quanto à morbidade associada ao tratamento. Nosso estudo evidencia claro benefício da LPB sobre outras formas de tratamento, em especial cirurgias abertas, quando avaliamos indicadores de morbidade, alcançando taxas de sucesso terapêutico semelhantes. Esses resultados justificam o uso da LPB como tratamento primário nos casos de ESG em fase aguda de cicatrização.

**Conclusão:** A LPB, quando realizada em ESG agudas, apresenta alto índice de sucesso e está associada a uma menor morbidade quando comparada às cirurgias abertas.

## TL 051 MICROCIRURGIA DE LARINGE NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS DISFÔNICAS: QUANDO E PORQUE INDICAR

Dândara Bernardo Siqueira, Regina Helena Garcia Martins

*Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), Botucatu, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar as indicações cirúrgicas e a evolução das crianças submetidas à microcirurgia de laringe em nossa universidade.

**Método:** Estudo transversal que incluiu crianças de 4 a 18 anos que foram atendidas em um hospital universitário nos últimos 7 anos com indicação de microcirurgia de laringe, pela análise de prontuários. Os critérios de exclusão foram: crianças com sintomas eminentemente respiratórios, que não permitiram videolaringoscopia, com diagnósticos duvidosos, que perderam seguimento e com fonoterapia irregular. Os resultados do tratamento foram avaliados após seis meses e classificados em: melhora total, melhora parcial ou sem melhora.

**Resultados:** Foram selecionadas 150 crianças, com predomínio no sexo masculino até os 12 anos e do feminino após essa idade. Destes, 59 pacientes foram submetidos à microcirurgia (M-25; F-34) por: cistos (19), nódulos (18), papilomas (9), sulco (6), granulomas (3), sinéquia (1), ponte de mucosa (1), microweb (1), e hermafroditismo (1). Dos 18 pacientes com nódulos, quatro tinham microweb associado. Dos pacientes com cisto, todas se apresentavam com cisto tipo epidérmico. Das nove crianças com papiloma, oito apresentaram recorrências. Os seis casos de sulco realizaram microcirurgia após puberdade.

**Discussão:** Em nosso estudo 67% das crianças com nódulos submetidas à cirurgia obtiveram melhora total, mostrando que a indicação foi precisa, apesar do tratamento de escolha ser fonoterapia, de acordo com a literatura. Dentre os casos de cisto, a maioria teve indicação cirúrgica devido à falha da fonoterapia, com taxa de sucesso de 79% com a cirurgia, semelhante à literatura. A maioria dos casos de sulco obteve melhora parcial, também semelhante à literatura. Dos pacientes com papilomatose, oito tiveram recidivas. Destes, dois receberam vacina tetravalente contra HPV.

**Conclusão:** Apresentamos as indicações de microcirurgia de laringe adotadas em nossa universidade em crianças disfônicas, com suas respectivas justificativas e a evolução de cada lesão, a fim de compartilhar nossa experiência com outros autores.

## TL 052 NÍVEL DO CORTISOL SALIVAR APÓS ADENOTONSILECTOMIA PARA ANÁLISE DA DOR PÓS-OPERATÓRIA EM CRIANÇAS

Vinicius Ribas Fonseca, Juliana Cristina Mesti, Lorena Cristina Peres Rodrigues Gomes, Rafaela Mábile Sobreiro, Andressa Flores Santos, Wesley Maurício de Souza, Bianca Simone Zeigelboim, Andressa Avendaño Forbellone

*Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** O presente estudo objetiva avaliar o cortisol salivar como método de avaliação objetiva da dor pós-operatória de adenotonsilectomia em crianças com uso de eletrocautério monopolar.

**Método:** Participaram deste estudo 20 crianças de idade (entre 2 e 10 anos), de ambos os sexos, atendidos em Hospital terciário de Curitiba-PR, submetidas à adenotonsilectomia entre novembro de 2016 e junho de 2017, capazes de fornecer amostras de saliva. As amostras de saliva das crianças foram coletadas nos dias 0 (antes do procedimento), 3, 5, 7 após a adenotonsilectomia e encaminhadas para análise laboratorial do cortisol salivar pelo método ELISA.

**Resultados:** Observou-se que no gênero feminino houve o maior concentração do cortisol salivar (0,65 ng/ml) no quinto dia pós-operatório, diferentemente do gênero masculino, cujo maior concentração do cortisol salivar foi no terceiro dia pós-operatório (0,38 ng/ml). Além disso, pode-se observar um aumento significativo na concentração do cortisol salivar, nos dias 0 – 3 e 0 – 5 ( $p < 0,02$ ), e com 90% de confiança verificou-se que nos dias 3 – 7 e 5 – 7 também foram significativos ( $0,1 < p < 0,05$ ).

**Discussão:** Analgesia ideal diminui o tempo de recuperação e permite o retorno rápido para as atividades, com grande impacto em crianças. Desta forma, a avaliação da ocorrência de dor é de extrema importância. Cortisol é um hormônio esteroidal produzido em resposta ao estresse, seus níveis estão elevados em casos de estresse agudo. Ao realizar a análise do cortisol salivar, tem-se uma convergência com os parâmetros de dor pós-operatória.

**Conclusão:** O cortisol salivar demonstrou ser um método objetivo e eficaz na avaliação da dor pós-operatória na adenotonsilectomia, podendo ser adotado como um instrumento viável para mensurar a dor infantil no pós-operatório de adenotonsilectomia.

## TL 053 AQUISIÇÃO DE HABILIDADES CIRÚRGICAS A PARTIR DO TREINAMENTO DE CIRURGIA ENDOSCÓPICA NASAL EM MODELO DE CORDEIRO

Henrique Fernandes de Oliveira, Wilma Terezinha Anselmo-Lima, Valdes Roberto Bollela, Donald Matthew Pianto, Carlos Augusto Costa Pires de Oliveira, Márcio Nakanishi

### *Particular*

**Objetivos:** Avaliar o ganho de habilidade cirúrgica em médicos residentes de Otorrinolaringologia por meio do treinamento de cirurgia endoscópica nasal em modelo de cordeiro.

**Método:** Médicos residentes de Otorrinolaringologia realizaram três cirurgias endoscópicas nasais em cabeça de carneiro: turbinectomia inferior, bulectomia e antrostomia maxilar em cada dissecação. Cada aluno dissecou 10 vezes antes de iniciar tais procedimentos em pacientes, quando então foi avaliado sobre o treinamento no modelo animal por dois pesquisadores independentes e cegos.

**Resultados:** 19 médicos residentes participaram do trabalho, todos no mesmo nível de conhecimento e formação profissional. Houve enorme ganho de habilidades cirúrgicas ao longo do treinamento. Análise estatística evidenciou que a partir da sétima dissecação o ganho é relevante e sustentado.

**Discussão:** A cabeça de carneiro tem sido usada para treinamento de cirurgia endoscópica nasal. A padronização descrita possibilitou ganho de habilidade e segurança ao residente antes de treinar no paciente, tomando o cuidado de se avaliar residentes sempre no mesmo período de sua formação. Além disso, evidencia-se a viabilidade do modelo pelo baixo custo, bem como reprodutibilidade.

**Conclusão:** O treinamento em modelo de carneiro possibilita ganho de habilidade cirúrgica nasal. Tal atividade se afirma como fundamental no processo de aprendizado cirúrgico, é alternativa à escassez de cadáver e sendo atitude respeitosa e ética em relação ao paciente humano.

## TL 055 CORPO ESTRANHO EM OTORRINOLARINGOLOGIA: PERFIL DOS ATENDIMENTOS E COMPLICAÇÕES EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Anita Silva Brunel Alves, Taise de Freitas Marcelino, Bárbara de Paula Cioni, Jacqueline Oliveira de Matos, Cláudia Paraguaçu Pupo Sampaio, Fernanda Tsuru, Gabriel Borges Veado de Assis, Lucca Policeno Paulin

*Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** Corpo estranho (CE) é qualquer objeto presente em uma região não usual. Nosso trabalho teve como objetivo analisar o perfil dos atendimentos a CE em Otorrinolaringologia realizados em um pronto-socorro de um Hospital de referência do Sul de Santa Catarina, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015, além de estabelecer causas para as complicações.

**Método:** Estudo transversal por meio de fontes secundárias, com todos os pacientes atendidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição –Tubarão/SC, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015, com diagnóstico de CE no ouvido, seio nasal, narina, faringe, laringe e boca.

**Resultados:** Foram atendidos 199 pacientes, sendo 84 (42,2%) do sexo masculino e 112 (56,3%) do sexo feminino. A média de idade foi de 26,57 anos (DP = 21,41). Em 64,8% dos casos, os clínicos plantonistas da emergência tentaram extrair o CE, com efetividade em 46,7% dos casos e precisando de avaliação por otorrinolaringologista em 17,1%. Apenas 6% dos pacientes apresentaram complicações da inserção de CE. Pacientes abaixo da média de idade ( $26,57 \pm 21,41$  anos) apresentaram associação significativa com maior colocação de CE em nariz ( $p < 0,001$ ) e com menor colocação em orofaringe ( $p = 0,002$ ) do que aqueles acima da média de idade.

**Discussão:** A presença de CE nas orelhas, nariz ou garganta é uma queixa muito comum. Seu devido reconhecimento, estudo e manejo são necessários para que complicações sejam prevenidas. A maioria das situações que levam a acidentes com CE são evitáveis.

**Conclusão:** Foi possível analisar o perfil dos atendimentos a CE em otorrinolaringologia realizados em um pronto-socorro de um Hospital de referência do Sul de Santa Catarina, além de estabelecer causas para as complicações.

## TL 056 LIGA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL DA UFRGS: UMA FERRAMENTA PEDAGÓGICA DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E PROFISSIONAL NA ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGIA AOS GRADUANDOS EM MEDICINA

Eduardo de Araujo Silva, João Victor de Andrade Águas, Juliana Gonçalves Silveira, Josy da Silva Rodrigues, Karen Liz Araujo Souza, Filipe Pouzas Cardoso, Otávio Bejzman Piltcher

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Objetivos:** Apresentar dados de produção e planejamento de um projeto acadêmico de qualificação em Otorrinolaringologia (ORL) durante a graduação em Medicina.

**Método:** Estudo descritivo com dados da experiência vivenciada em 2017 pela Liga de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial da UFRGS.

**Resultados:** Elaborou-se um projeto anual composto por 6 módulos teórico-práticos, a saber: 1) Introdução à Especialidade; 2) Laringologia e Voz; 3) Casos clínicos; 4) Rinologia; 5) Otologia; e 6) Cirurgia de Cabeça e Pescoço. No módulo 1, os ligantes participaram de uma mesa-redonda com otorrinolaringologistas que apresentaram as possibilidades de atuação que a especialidade oferece, além de receberem treinamento básico em interpretação de exames de imagem. Nos módulos 2, 4, 5 e 6 o planejamento foi voltado para doenças prevalentes e revisão anatomo-fisiológica, essencial para a atuação generalista, com posterior aula prática. No módulo 3 os ligantes produziram e apresentaram casos clínicos, nos moldes de um congresso científico, acompanhados durante os estágios nos ambulatórios e bloco cirúrgico do Serviço de ORL do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os trabalhos foram de excelente qualidade e a maioria submetida ao Congresso Brasileiro de ORL. Ademais, comunidade em geral poderá ser beneficiada com ações de Educação em Saúde promovidas pela Liga, cumprindo assim a função social concernente a uma Liga Acadêmica.

**Discussão:** A ORL lida com problemas que atingem grande parte da clínica rotineira como as cefaleias, tosse, inflamações e infecções de vias aéreas, entre outros problemas cada vez mais prevalentes. No entanto, em geral, a formação na área durante a graduação fica limitada a uma disciplina ao final do ciclo clínico. É nesse contexto que a Liga de ORL surge, visando ser um complemento na formação médica nessa área de tamanha relevância clínico-cirúrgica.

**Conclusão:** Buscou-se oportunizar aos estudantes de todos os períodos acadêmicos, vivências teóricas e práticas, essenciais à formação do médico generalista.

## TL 057 OTORRINOLARINGOLOGIA EM SISTEMA ORGANIZADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA GENERALISTA NOS MANEJOS DOS CASOS SIMPLES E O FLUXO DOS PACIENTES PELO SISTEMA DE SAÚDE

Rachel Bichara Izai, Carolina da Fonseca Mussel Jones, Carolina dos Anjos Sampaio, André Luiz Machado da Costa Uchoa, Gabriel Augusto Pinto Barbosa, Flavia Zuchen, Felipe Souza Vieira

*Escola de Medicina Souza Marques, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Esta atualização traz à tona o quão é relevante o conhecimento de otorrinolaringologia básica do médico generalista /de família para tratar adequadamente os pacientes nas Clínicas de Saúde da Família - a entrada no sistema de atenção primária à saúde.

**Método:** Levantamento bibliográfico da literatura recente sobre o tema.

**Resultados:** É fundamental ter um Sistema de Referência e Referência (RCR), entendido como encaminhamento mútuo de pacientes, entre os diferentes níveis de complexidade do serviço, sendo definido como “elementos-chave da reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidos pelas Equipes de Saúde da Família”.

**Discussão:** Estima-se que cerca de 25% de todas as consultas na atenção primária são devido a problemas otorrinolaringológicos. O aumento da incidência de bactérias resistentes a antibióticos está intimamente relacionado com o uso irregular de antibióticos em patologias otorrinolaringológicas. A Otorrinolaringologia tem reconhecido a importância da avaliação inicial para uma melhor abordagem clínica e de cuidados. Muitas queixas em Otorrinolaringologia podem e devem ser gerenciadas em uma prática de cuidados primários, acelerando o acesso a especialistas para casos mais complexos e para procedimentos específicos e outros diagnósticos.

**Conclusão:** Este sistema apresenta certos problemas, como o baixo grau de controle dos gerentes e as dificuldades em Referências a outras especialidades e sua posterior Contra-Referência. Portanto, é extremamente importante o conhecimento de Otorrinolaringologia dos Médicos de Família, não apenas para o tratamento correto de comorbidades simples, mas também para o encaminhamento de pacientes para o Cuidado Secundário ou Terciário. O treinamento qualificado do médico de família também pode reduzir o uso incorreto ou desnecessário de antibióticos.

## TL 058 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS COM CAUSA DE MORTE BRONCOASPIRAÇÃO NO SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO DE FLORIANÓPOLIS/SC NO PERÍODO DE 2010 A 2015

Laura Martins Giraldi, Maria Eduarda Angelo De Mendonça Fileti, Isadora Boeing, Carlos Otávio Gonçalves, Lalucha Mazzucchetti

*Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil*

**Objetivos:** Caracterizar o perfil epidemiológico dos indivíduos com causa de morte broncoaspiração nos relatórios de autópsia registrados no serviço de verificação de óbito (SVO) de Florianópolis, entre os anos de 2010 e 2015.

**Método:** Estudo transversal, cujos dados foram coletados de 5.548 relatórios de autópsia disponibilizados pelo SVO de Florianópolis e cadastrados entre 2010 e 2015. Após análise dos critérios de exclusão (documentos com informações incompletas, autópsia de natimortos, corpo enviado ao Instituto Médico Legal e cadáver em estado de putrefação), foram excluídos 1.820 relatórios. Dos 3.728 relatórios elegíveis para pesquisa, foram excluídos do banco 3.674 indivíduos por não apresentarem a causa de morte descrita como broncoaspiração. As análises foram realizadas, por meio do *software* Stata 12.0.

**Resultados:** Dentre os 54 relatórios avaliados, 55,56% foram de homens. A idade mediana foi 7,29 anos, tendo variado entre zero dias e 96 anos. A análise da faixa etária mostrou 26 recém-nascidos e lactentes (menores de dois anos) (48,15%), duas crianças (3,70%), dois adolescentes (3,70%), 11 adultos (20,37%) e 13 idosos (24,07%). No quesito cor, 45 (90,00%) foram brancos, quatro (8,00%) pardos/morenos/amarelos/indígenas e um (2,00%) negro. No estado civil, 32 (64,00%) foram solteiros, nove (18,00%) casados e nove (18,00%) viúvos ou apresentavam outro estado civil. A maior fonte de procedência dos óbitos foi de estabelecimentos de saúde, com 28 casos (51,85%), seguida pelo domicílio, com 22 (40,74%) casos, e outros locais, com quatro (7,41%) casos. Dos casos analisados, 50 (92,59%) foram categorizados como morte súbita; destes, 24 (48,00%) ocorreram com recém-nascidos e lactentes.

**Discussão:** Verificou-se elevada prevalência de recém-nascidos e lactentes com causa morte broncoaspiração; destes, 92,31% tiveram diagnóstico de morte súbita e 65,38% ocorreram em serviços de saúde.

**Conclusão:** A broncoaspiração se mostrou uma importante causa de óbitos, especialmente na faixa etária de recém-nascidos e lactentes, atendidos em serviços de saúde.

## TL 059 ANÁLISE MICROBIOLÓGICA DAS SOLUÇÕES SALINAS UTILIZADAS PARA LAVAGEM NASAL

Mayra Soares Ferreira, Anne Rosso Evangelista, Roberta Carvalho Ximendes, Eloá Lumi Miranda, Fernando Oto Balieiro, Ivan Elias Rassi, Aldo Eden Cassol Stamm

*Hospital Professor Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a presença de microrganismos patológicos nas soluções fisiológicas utilizadas para irrigação nasal, além de avaliar quanto tempo leva da abertura do frasco até o crescimento bacteriano e a influência da temperatura de armazenamento na contaminação.

**Método:** Foi realizada a análise microbiológica de seis frascos de solução salina 0,9% durante 15 dias, sendo estes frascos divididos em três grupos. Grupo A: abertura do frasco sem introdução de dispositivos para lavagem nasal; Grupo B: abertura do frasco com introdução de dispositivos, diariamente, sem desinfecção do mesmos; Grupo C: abertura do frasco com introdução de dispositivos que passavam por desinfecção, diariamente, com fervura em micro-ondas por dois minutos. Cada grupo teve um frasco armazenado em temperatura ambiente e outro em geladeira.

**Resultados:** Grupo A: Não houve contaminação. Grupo B: Houve crescimento bacteriano a partir do sétimo dia, tanto no frasco armazenado em temperatura ambiente quanto geladeira. Grupo C: Não houve contaminação.

**Discussão:** Evidenciamos que houve crescimento bacteriano a partir do sétimo dia, quando realizada introdução de dispositivo, sem desinfecção do mesmo. Podemos inferir e orientar os pacientes, a partir disso, que idealmente devem trocar seus dispositivos de lavagem nasal, tendo a vista a potencial contaminação bacteriana, a partir do sétimo dia. Outra opção seria desinfecção, com fervura em micro-ondas por dois minutos.

**Conclusão:** A introdução de dispositivos de aspiração utilizados para lavagem nasal, sem desinfecção do mesmo, contaminou a solução a partir do sétimo dia.

## TL 060 AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS DO OLFATO EM IDOSOS: RESULTADOS PRELIMINARES

Maria Stella Arantes do Amaral, Bianca Cristina Dantas, Fernanda Rodrigues da Cunha, Lucas Henrique Oliveira, Ronny da Silva Lederer, Eduardo Ferriolli, Thiago Luis Infanger Serrano, Marcello B. Aniteli, Edwin Tamashiro, Wilma Terezinha Anselmo-Lima, Eulalia Sakano

*Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Objetivos:** Determinar a prevalência de distúrbios olfatórios em idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria de dois Hospitais Públicos no interior de São Paulo, por meio do exame do olfato (Connecticut), verificando se a queixa de hiposmia referida é compatível com o exame do olfato realizado, e também observar fatores que possam estar associados aos distúrbios por meio de questionário clínico, avaliando a qualidade de vida nesses idosos com distúrbios de olfato aplicando questionário de qualidade de vida (SNOT-22).

**Método:** Foram selecionados 62 pacientes de 60 a 87 anos, de ambos os sexos, submetidos a dois questionários, teste do Olfato (Connecticut) e exame otorrinolaringológico. Foi realizada tomografia computadorizada de seios da face nos pacientes com alterações na fibroscopia ou com queixa de hiposmia.

**Resultados:** Dos 62 pacientes avaliados, 22 eram do sexo feminino (35,5%) e 40 do sexo masculino (64,5%), com idade média de 74,9 anos. A perda parcial de olfato foi referida por 40,32% desses pacientes. Foram encontrados apenas 9,15% dos sujeitos com função olfatória normal e 90,85% apresentavam alteração na função olfatória.

**Discussão:** Neste estudo só foi possível associar o distúrbio olfatório à presença de doença nasal associada. A hiposmia referida não foi compatível com a observada na pontuação composta do teste de Connecticut. O único fator que se pode correlacionar com a hiposmia foi a presença de afecção nasal associada; e foi observada correlação fraca entre qualidade de vida (teste de SNOT-22) e hiposmia. Os achados dos testes de fibroscopia não foram analisados devido ao grande número de variáveis apresentadas.

**Conclusão:** No presente estudo observou-se alta prevalência de distúrbios do olfato em pacientes idosos (90,85%), contudo, a queixa de hiposmia não foi compatível com o achado no teste de Connecticut realizado. O único fator que mostrou correlação com a hiposmia foi a presença de patologia nasal associada.

## TL 061 DESENVOLVIMENTO DE MODELO EXPERIMENTAL PARA ESTUDO DA REDE ARTERIAL NASOSSINUSAL E DA BASE DO CRÂNIO ATRAVÉS DO USO DE CONTRASTE IODADO E LÁTEX EM CADÁVERES

Livia Castellari Burchianti, Ricardo Landini Lutaif Dolci, Paulo Roberto Lazarini

*Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Propor um modelo experimental (utilizando peças anatômicas) de estudo da rede arterial da base do crânio. Secundariamente, esperamos garantir uma dissecação de cirurgias endoscópicas com uma fidedignidade mais próxima do que se é encontrado *in vivo*.

**Método:** Três cabeças de cadáveres conservados previamente em formaldeído a 10% permaneceram por 72 horas em uma solução a base de sal de amônio quaternário de dimetildietanol mono/di alquiloil ester; em seguida, foi realizada a lavagem da rede arterial com soro fisiológico 0,9% para posteriormente injetar uma solução de látex (da cor vermelho) e contraste iodado (Ultravist 300) nas artérias carótidas comuns e artérias vertebrais. Em seguida, foram realizadas aquisições tomográficas.

**Resultados:** Com a injeção de contraste iodado em conjunto com o látex, foi possível obter aquisições tomográficas para um estudo dos vasos da região nasossinusal e da base do crânio. Como resultado secundário, obtivemos um maior enriquecimento de informações com o estudo combinado radiológico e cirúrgico, sendo esse representado pelas dissecações.

**Discussão:** A utilização de contraste iodado à solução injetada permitiu a aquisição de tomografias computadorizadas para um estudo radiológico dos vasos da base do crânio (em especial as artérias etmoidais anteriores e a esfenopalatina). Com cortes tomográficos cada vez mais finos e precisos e seu consequente processamento por *softwares*, é possível realizar uma reconstrução tridimensional dos vasos da base do crânio, otimizando o estudo e aprendizado.

**Conclusão:** Tornou-se factível a realização de um modelo experimental com o uso de contraste iodado e látex em cadáveres para avaliação da rede arterial nasossinusal e da base do crânio, e através da injeção de látex concomitante, permitindo um maior aprimoramento do conhecimento anatômico dessa região, quando aliada à dissecação.

## TL 062 DETERMINATION OF IMMUNOHISTOCHEMICAL VARIATIONS IN WORKERS EXPOSED TO COTTON DUST WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS

Carlos Eduardo Monteiro Zappellini, Ivan de Picoli Dantas, Adriana de Andrade Batista Murashima, Fabiana Cardoso Pereira Valera, Wilma Terezinha Anselmo-Lima

*Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Objectives:** The workplace may pose threats to nasal defense mechanisms because of repeated and prolonged exposure to substances that can have a negative impact on breathing and olfact, including rhinosinusitis. Therefore, our goal was to characterize cotton exposure as an inducer of chronic rhinosinusitis, to determine the pattern of immunohistochemical inflammatory response in the nasal mucosa of individuals exposed to cotton who developed chronic rhinosinusitis.

**Methods:** Samples of nasal mucosa of textile workers with exposure to cotton fibers and with diagnosis of chronic rhinosinusitis and a control group were analyzed.

**Results:** We assessed 133 employees who completed the questionnaires for the diagnosis of CRS. From these, 47 volunteers had fulfilled clinical criteria for chronic rhinosinusitis, however, only 19 patients had biopsies in optimal conditions for our type of analysis. When we evaluated the IL-4, IL-5, IL-10, and IL-17 there was a statistically significant difference when compared the groups. IL-33 showed statistical significance only in the semi-quantitative evaluation.

**Discussion:** Currently, all research efforts in the field have been directed to understand the mechanism of onset and maintenance of the inflammatory cascade in cronic rhinosinusitis. The identification and characterization of the cytokines and chemokines implicated in the genesis of the different subgroups of cronic rhinosinusitis may lead to treatments with the capacity to inhibit these inflammatory mediators, thus contributing to improve quality of life.

**Conclusion:** This study confirms the close relationship between exposure to cotton dust in the workplace and the occurrence of increased expression of the interleukins analyzed.

## TL 063 OLFACTORY CHANGES DURING PREGNANCY AND THEIR RELATIONSHIP WITH RHINITIS

Marco Aurélio Fornazieri, Douglas Manuel Carrapeiro Prina, João Paulo Maximiano Favoreto, Kleber Rodrigues e Silva, Denis Massatsugu Ueda, Fábio de Rezende Pinna, Richard L. Doty, Richard Louis Voegels

*Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil*

**Objectives:** To quantify olfaction of women during gestational and puerperal period, compare them with non-pregnant women. To verify the interference of rhinitis on olfactory function during these periods.

**Methods:** We evaluated 186 women - 47 in the first trimester of pregnancy, 33 in the second, 44 in the third, 32 in the postpartum and 30 non-pregnant women. For the smell assessment, the University of Pennsylvania Smell Identification Test (UPSIT), visual analogue scales (VAS), and a questionnaire have been used, with questions relative olfactory capacity, pleasantness and intensity of representative odors. In addition, all volunteers were evaluated for the presence of rhinitis.

**Results:** Olfactory function was diminished among pregnant women in the first, second, third trimester, and puerperal period when compared to controls. No specific smell was involved with this decrease. Pregnant women, especially in the first trimester, tended to consider smells less pleasant and intense. Pregnant and postpartum women diagnosed with rhinitis had olfactory function inferior to those without rhinitis.

**Discussion:** Pregnancy and postpartum real influence on olfactory function and possible high capacity to smell specific odorants has not yet been totally established. Current data range from decreased to olfactory hypersensitivity. Moreover, there are few studies testing olfaction with validated olfactory tests in these women.

**Conclusion:** Pregnant and postpartum women have a worse olfactory function than non-pregnant. There is a general decrease in olfaction, with no clear evidence of selective loss of ability to smell specific odors. Presence of rhinitis may be one of the factors responsible for this decreased capacity to sense odorants during pregnancy and puerperium.

## TL 064 RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA AGUDA: ANÁLISE DE UMA SÉRIE DE CASOS

Paola Piva Freitas, Magda Midori Mukai, Gabriela Massume Ichiba, Guilherme Lippi Ciantelli, Albina Messias de Almeida Milani Altemani, Eulália Sakano

*Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Objetivos:** Análise multifatorial de uma série de casos de rinossinusite fúngica invasiva aguda (RSFIA) do Serviço de Otorrinolaringologia da Unicamp.

**Método:** Estudo observacional transversal retrospectivo do tipo série de casos de pacientes com diagnóstico de RSFIA. Foram revisados os prontuários de 43 pacientes com diagnóstico histológico de RSFIA em relação as variáveis: sexo, idade, causa de imunossupressão, sintomatologia, agente etiológico, extensão da doença, sinais endoscópicos e óbito.

**Resultados:** 28 casos (65,1%) foram do sexo masculino, média de 46,4 anos. A causa de imunossupressão mais prevalente foi a hematológica (74,4%). A apresentação clínica mais prevalente foi neutropenia febril (48,8%). Sintomas neurológicos e oculares estiveram presentes em 13,9% e 6,9% dos pacientes. Os sinais endoscópicos mais frequentes foram: necrose de concha média em 53,4%. O agente etiológico mais prevalente foi o *Aspergillus* e *Fusarium*, ambos presentes em 17 (39,5%) pacientes. Do total da amostra, 41,8% dos pacientes foram a óbito.

**Discussão:** Os grupos mais frequentemente afetados incluem aqueles com imunossupressão relacionada com neoplasias hematológicas, diabetes mal controlada e medicações imunossupressoras. No exame histopatológico o marco principal é a angioinvasão, rompendo capilares sanguíneos, gerando necrose angiocêntrica e na cultura vários fungos têm sido relatados como agentes causais de RSFIA.

**Conclusão:** Há poucos dados sobre a melhor estratégia para condução dos casos de RSFIA, portanto, existe a necessidade de mais estudos, particularmente em relação aos fatores prognósticos e fatores preditivos de sobrevida específica da doença para melhor compreensão desta afecção.

# E-Pôster com Apresentação



## P 001 ANALYSIS OF VIDEOLARYNGOSCOPY IMAGES WITH AND WITHOUT PROTECTIVE COVER FOR THE INTRAORAL ODONTOLOGICAL CAMERA

Diego Fernando Costa, Vinicius Ribas Fonseca, Marlon Bozo, Diego Malucelli, Paulo Antonio M. de Camargo, Melissa do Rocio Regazzo Porto, Luciano Rodrigues Alves

*Hospital da Cruz Vermelha Filial Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

**Objectives:** The aim of this study is to evaluate the quality of videolaryngoscopy image associating a barrier method (Cristófoli® disposable protective cover for dental intraoral camera) to the ABORL cleaning SOP.

**Methods:** This is a longitudinal, individualized, uni-blind, prospective, self-controlled study. Videolaryngoscopy exams, with a chip-in-the-tip camera, were performed (with and without the disposable protective cover) in 12 healthy non-complainer volunteers, in the ENT Center Service. Cleaning processes and high-level disinfection by the ABORL cleaning protocol performed between examinations. The videos obtained were blindly and randomly assigned to be evaluated by four professionals who answered a questionnaire. The description of the data were considered the statistics for mean, median, minimum value, maximum value 1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> quartiles and standard deviation. To compare the groups (use or not of the cover) was considered the nonparametric Wilcoxon test. The association between the quality of image and the level of confidence of the diagnosis was considered the estimate of the Spearman correlation coefficient. Statistical significance was of 5% with a confidence interval of 95.

**Results:** No statistically significant difference was perceived between the tests performed with and without the cover ( $p = 0.193$ ). The confidence level (6.0-8.5) compared among exams was not influenced by the use of the cover.

**Discussion:** This study evaluated the effect of DPC on the quality of image obtained in VL with a RL 70° of distal camera with a chip. This study showed that the quality of obtained image in VL with RL wrapped by the DPC of Cristófoli Biosecurity did not present statistical significance when compared to VL without the protective cover.

**Conclusion:** The use of Disposable Protective Cover for intraoral dental camera, Cristófoli®, does not significantly alter the image quality or the confidence of the otorhinolaryngologist to diagnose the laparoscopy.

## P 002 ANÁLISE MORFOFUNCIONAL DA VOZ EM SUJEITOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO INFRATENTORIAL

Erideise Gurgel da Costa, David Plácido Lopes, Cristiana Machado da R. e S. Almeida, Ellen Caroline da Silva Girão, Marcos Rafael Porto Bioca, Hanna Catarina Alves de Oliveira, Thiago Emanuel Souza de Freitas

*Hospital Agamenon Magalhães e UNICAP, Recife, PE, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar as condições morfofisiológicas da voz em pacientes com Acidente Vascular Encefálico na região infratentorial do encéfalo, bem como as dificuldades de emissão vocal através da realização de exames de Videolaringoscopia Direta.

**Método:** Foram avaliados 11 sujeitos portadores de AVE Infratentorial de ambos os sexos, adultos através de questionário específico e exame de videolaringoscopia no Ambulatório do Hospital Agamenon Magalhães.

**Resultados:** Dos pacientes analisados, 54,4% apresentava voz comprimida, 36,4% nasalada, 27,3% rouca, 27,3% áspera, 9,1% pastosa, 9,1% normal e nenhum dos pacientes apresentava voz soprosa e sussurrada. Os sintomas relatados mais frequentes foram quebras na voz, cansaço ao falar e pigarro, além da prática frequente de abusos vocais, como falar rápido e demasiadamente. À videolaringoscopia direta, observou-se que 6 dos 11 pacientes apresentavam fechamento glótico incompleto, 1 fechamento glótico inconsistente, 3 apresentavam fenda fusiforme central, 1 fenda fusiforme anterior, 1 fenda triangular posterior e 1 fenda paralela.

**Discussão:** A literatura refere que em pacientes que apresentam fechamento adequado das pregas vocais, a passagem do ar provoca vibração adequada e distribui a energia pelas pregas vocais para possibilitar a vocalização, o que é prejudicado naqueles que possuem fechamento glótico incompleto, inconsistente ou fendas patológicas, possibilitando escape de ar que pode se manifestar como vozes soprosas ou roucas (Soares, 2007; Souza, 2014). Nesse estudo, a fenda triangular posterior foi observada em apenas uma paciente do sexo feminino, mas, para mulheres, tal alteração pode ser considerada fisiológica e não interfere na qualidade vocal. (Souza, 2014).

**Conclusão:** Os pacientes vítimas de AVE infratentorial apresentaram uma elevada prevalência de alterações vocais, especialmente naqueles do sexo masculino e na meia idade. Os perfis vocais mais frequentes foram de voz comprimida e nasalada e foram observados sintomas e hábitos de vida compensatórios ou que agravam a disфония já apresentada. A videolaringoscopia comprovou as alterações observadas ao questionário.

## P 003 ASPECTOS CLINICOS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA AMILOIDOSE LARÍNGEA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Cleide de Sousa Araújo, João Vitor Aguiar Monteiro, Alex Mendes Leonel Freire, Therezita Maria Peixoto Patury Galvão Castro

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Objetivos:** Apresentar uma revisão de literatura sobre Amiloidose Laríngea (AL).

**Método:** Revisão assistemática da literatura a partir das bases Scopus, MEDLINE, Lilacs e SciELO, usando como descritores “amiloidose” e “laringe”.

**Resultados:** Foram encontrados 264 artigos, dos quais, 37 com texto completo disponível.

**Discussão:** Amiloidose caracteriza-se por deposição extracelular de proteína fibrilar insolúvel em vários órgãos e tecidos, principalmente nos mesodérmicos. Apresenta-se como doença sistêmica, mais comum; ou, localizada, sendo a laringe o local mais acometido em região de cabeça e pescoço, com maior frequência em região de supraglote e menor em subglote, formando tumores múltiplos ou únicos e correspondendo a 1% dos tumores benignos locais. É mais prevalente na quinta década de vida, com leve predomínio em homens. A investigação diagnóstica inclui laringoscopia, com presença de tecido subepitelial amarelado, cinzento ou avermelhado, e exames de imagem como a tomografia computadorizada apresentando espessamento de tecidos moles hiperdensos. O diagnóstico definitivo é pelo histopatológico, apresentando birrefringência verde na coloração vermelho-congo. Diagnósticos diferenciais incluem pólipos e tumores malignos. A clínica é inespecífica, sendo disфонia lentamente progressiva, não dolorosa, o sintoma mais comum, seguida por tosse improdutiva, afonia e disfagia. O tratamento é predominantemente cirúrgico e deve considerar a extensão da lesão e possíveis prejuízos na função do órgão ao decidir pela exérese completa ou incompleta da mesma.

**Conclusão:** Por ser uma condição rara que evolui lentamente com sintomas inespecíficos, o diagnóstico da AL pode passar despercebido ou ser confundido com outras condições, o que pode levar em longo prazo a disfunções da fonação e até mesmo da respiração, a depender da região acometida. Por este motivo, o diagnóstico e tratamento precoces são de grande importância, bem como, exames otorrinolaringológicos minuciosos para investigar a possível localização em outros sítios e até mesmo recorrência local.

## P 004 ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA LARINGOCELE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Cleide de Sousa Araújo, Alex Mendes Leonel Freire, João Vítor Aguiar Monteiro, Renata Leonel Freire Mendes, Therezita Maria Peixoto Patury Galvão Castro

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Objetivos:** Apresentar uma revisão das publicações sobre Laringocele.

**Método:** Revisão assistemática a partir das bases de dados Scopus, MEDLINE, Lilacs e SciELO, usando como descritor “Laringocele”.

**Resultados:** Foram encontrados 71 artigos, dos quais 31 apresentavam texto completo disponível.

**Discussão:** Laringocele é uma patologia rara (1:2,5 milhões/ano) e consiste na presença de dilatação anômala do sáculo ventrículo faríngeo. Há maior incidência em homens caucasianos e mais frequentemente, unilateral e mista. Tem etiologia multifatorial, associação com condições que levam ao aumento da pressão transglótica, como músicos que tocam instrumentos de sopro, tosse crônica e obstruções do sáculo laríngeo, por possíveis tumores, uma vez que em até 21% dos pacientes com câncer de laringe ocorre laringocele. As de causas internas são as limitadas lateralmente pela cartilagem tireoide e medialmente pela mucosa da laringe; as externas ocorrem quando a dilatação se estende através da membrana tireoidea; e as mistas apresentam as duas características. Nas internas, além da fonação, pode haver ronco, sensação de corpo estranho, tosse e obstrução de vias aéreas. Nas externas há massa cervical que pode estar ou não associada a sintomas laríngeos. O diagnóstico pode ser incidental, ao investigar câncer de laringe, e tem como aliados os exames de imagem, sendo a tomografia o padrão ouro, evidenciando um sáculo laríngeo repleto de ar, com orifício interno aberto. O tratamento dependerá do tamanho, localização e sintomas. Quando pequenas, podem ser removidas endoscopicamente; internas grandes e/ou que podem ter associação com malignidade e externas, são removidas por via externa; assintomáticas, podem ser acompanhadas ambulatorialmente.

**Conclusão:** A maioria dos pacientes evolui de forma assintomática ou com sintomas inespecíficos. Contudo, existem casos relatados de evolução para quadros graves como obstrução respiratória, o que torna o diagnóstico e tratamento precoces essenciais para evitar potenciais emergências.

## P 005 AVALIAÇÃO DA VOZ EM PACIENTES SUBMETIDOS À CORDECTOMIA

Gabriela Carolina Nazareth Pinto, Erica Gonçalves Jeremias, Luis Felipe Lopes Honorato, Grazzia Guglielmino, Bruno de Rezenda Pinna, Fernando Veiga Angelico Junior, Priscila Bogar, José Ronaldo de Souza Filho

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** O câncer de laringe no seu estágio inicial, carcinoma *in situ* (Tis) e T1, pode ser tratado por meio de cordectomia endoscópica. Atualmente, além do controle oncológico a técnica da cordectomia tem como objetivo secundário uma melhor qualidade vocal. Um dos métodos de avaliação da qualidade vocal é a análise acústica, a qual utiliza um programa computadorizado que demonstra quantitativamente vários aspectos mensuráveis do sinal de voz captado. De maneira similar, a autoavaliação do paciente nos fornece dados importantes sobre o comprometimento da qualidade de vida causado pela disfonia. O objetivo do trabalho é comparar escores pré e pós-operatórios do Índice de Desvantagem Vocal (IDV-10) (avaliação subjetiva) e os resultados pré e pós-operatório de testes acústicos (avaliação objetiva) após o tratamento cirúrgico de tumores glóticos iniciais.

**Método:** Avaliação de 5 pacientes, com tumor glótico inicial ou leucoplasia, preenchimento do IDV-10 e análise acústica vocal; realização de cordectomia endoscópica; e um mês após novo preenchimento do IDV-10 e nova análise acústica vocal.

**Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 65,2 anos e todos eram do sexo masculino. A média do escore do IDV-10 obtido entre os pacientes antes do procedimento cirúrgico foi de 16,6 pontos. Após o procedimento cirúrgico, a média do IDV-10 obtida foi de 17,6 pontos. Os pacientes apresentaram uma média dos níveis de GNE (*Glottal-to-Noise Excitation Ratio*) no pré-operatório de 0,63, e no pós-operatório a média foi de 0,48. Nenhum dos parâmetros analisados apresentou significância estatística.

**Discussão:** Ainda não há um consenso no que diz respeito à qualidade vocal pós cordectomia. No presente trabalho, tanto os testes acústicos quanto os escores do IDV-10 sugerem que a cordectomia não traz um impacto social importante em relação ao pré operatório.

**Conclusão:** Há correlação entre achados objetivos e subjetivos da avaliação vocal após a cordectomia.

## **P 006 AVALIAÇÃO DO EFEITO DO USO PROLONGADO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PRÓTONS SOBRE A VITAMINA B12 NO TRATAMENTO DE REFLUXO LARINGOFARÍNGEO**

Súnia Ribeiro, Mariana de Landa Moraes Teixeira Grossi, Thayana Pessoa Takemura, Alvaro Siqueira da Silva, Viviane Saldanha Oliveira, Andreza Andreatta de Castro, Dayse Kelle Ribeiro, Adda Sabrinna da Silva Moura

*Fundação Adriano Jorge, Manaus, AM, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o efeito do uso prolongado de inibidor bomba de prótons (IBPs) sobre os níveis séricos da vitamina B12 no tratamento do refluxo laringofaríngeo (RLF).

**Método:** Estudo de coorte, prospectivo, onde acompanhou-se os participantes da Semana da Voz, 2016, em Hospital Público de Manaus-AM. Realizado em três etapas trimestrais quando avaliou-se os níveis séricos de vitamina B12 (referência 400-1000UI) e alterações neurológicas demenciais através do Mini Exame do Estado Mental - MEEM (normal: > 27 pontos). Na etapa inicial, participaram 103 pacientes, no terceiro mês 48 pacientes, tendo sido excluídos aqueles que já faziam uso de IBP previamente; da terceira etapa no sexto mês, participaram 15 pacientes, excluídos os que não apresentavam alterações a videolaringoscopia que indicassem o uso de IBPs por 6 meses.

**Resultados:** Predominância do sexo feminino com 77,5%, média de 54 anos, mediana 46,5 anos. Na avaliação após 3 meses de uso de IBPs os níveis da vitamina B12 apresentavam-se entre 501 e 842 UI e os valores do MEEM 28-30 pontos. No sexto mês mantiveram-se os padrões de normalidade da vitamina B12 (450 - 720 UI) e pontuação no MEEM 28-29.

**Discussão:** Acompanhou-se pequena amostra de pacientes, com média de idade de 54 anos e não se evidenciou a associação entre uso de IBPs e quedas nos níveis de Vitamina B12 e ou demência, contrapondo-se a trabalhos recentes que demonstraram esta relação. (Gomm, 2016; Haenisch, 2015). Vale ressaltar que estes trabalhos acompanharam grande número de pacientes idosos acima de 75 anos, diferentemente desta amostra.

**Conclusão:** O presente estudo não evidenciou relação entre o uso prolongado de IBPs com queda nos níveis da vitamina B12. A amostra limitada do estudo e a idade não avançada dos mesmos pode ter contribuído para o resultado.

## P 007 CAMPANHA NACIONAL DA VOZ EM MACEIÓ/AL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Cleide de Sousa Araújo, Julia Espíndola Guimarães, Maria Thereza Patury Galvão Castro, Alfredo Aurélio Marinho Rosa Filho, Therezita Maria Peixoto Patury Galvão Castro, Katianne Wanderley Rocha

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Objetivos:** Descrever a vivência dos alunos na Campanha Nacional da Voz em Maceió, realizada durante o mês de abril no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), Shopping Maceió e comunidade Denisson Menezes.

**Método:** Para a realização das ações, participaram 22 pessoas, incluindo médicos e acadêmicos de Medicina. Em ambos os locais, foram aplicados questionários para o público, a fim de obter um perfil epidemiológico. Também foram realizadas: palestras sobre cuidados com a voz e dinâmicas, inclusive utilizado Karaokê para que o público pudesse compreender o uso voz de forma divertida e prazerosa.

**Resultados:** Conseguimos observar uma interação constante e proveitosa do público, que aproveitou a campanha para sanar dúvidas e aprender sobre a importância da voz. Na análise dos dados estatísticos, pudemos perceber as diferenças do público entre os três locais. Em relação à idade, o HUPAA e o Shopping Maceió tiveram uma média de 38,3 anos e a Comunidade Denisson Menezes de 57 anos. Quanto ao acesso à saúde, quando questionados se já haviam ido a algum otorrinolaringologista, no Shopping 62% (31) e no HUPAA 44% (22) afirmaram ter se consultado, enquanto na comunidade esse número caiu para 14,3% (2).

**Discussão:** A voz é uma identificação individual, que condiz com a estrutura física, sexo e idade. As reflexões sobre os aspectos relacionados à saúde vocal objetivam preservar e valorizar a adequada produção da voz, evitando prejuízos no trato vocal. A intervenção com ações preventivas e ampliação do acesso ao conhecimento da saúde vocal reduz consideravelmente esse problema de saúde pública.

**Conclusão:** A Campanha da Voz contribuiu para o conhecimento de profissionais, alunos e sobretudo da população geral sobre o correto uso da voz. Além de levantar dados acerca da população participante.

## **P 008 EDEMA DE REINKE UNILATERAL OU ASSIMÉTRICO: UMA SÉRIE DE 7 CASOS ATENDIDOS EM SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE SÃO PAULO**

Welber Chaves Mororó, Cristiana Vanderlei de Melo, Pablo Alves Auad Moreira, Renata Farias Souto, Gustavo Polacow Korn, José Caporrino Neto, Noemi Grigoletto de Biase

*Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Descrever as características clínicas e presença de alterações estruturais mínimas (AEM) em pacientes com edema de Reinke (ER) unilateral ou assimétrico atendidos em ambulatório de Laringologia e Voz em serviço de referência em Otorrinolaringologia.

**Método:** Estudo descritivo, realizada análise retrospectiva de 7 casos de ER unilateral ou assimétrico. Foram coletadas e analisadas informações como: idade, gênero, tabagismo, classificação e localização do ER e presença e tipo de AEM.

**Resultados:** Todos os pacientes eram do sexo feminino, tabagistas e com queixa de disфонia, sendo 4 (57%) com edema bilateral e 3 (43%) unilateral, idade média de 58 anos. Dentre os pacientes com edema unilateral, todos foram classificados como grau 3, e nos com edema assimétrico, a prega mais acometida como grau 3 e a contralateral como grau 2 (25%) ou grau 1 (75%). Todos apresentavam AEM na prega sem edema ou menos acometida, sendo 1 (14%) sulco do tipo bolsa, 2 (28%) estria maior e 4 (58%) estria menor.

**Discussão:** O ER é uma lesão edematosa e difusa, com acúmulo de fluido em mucosa da prega vocal, podendo ser uni ou bilateral, simétrico ou assimétrico. É mais descrito em indivíduos tabagistas e do sexo feminino. As AEM são variações constitucionais congênitas laríngeas, em sua classificação encontramos os sulcos (bolsa, estria maior ou menor). O sulco estria consiste em depressão em eixo longitudinal da prega vocal, já o tipo bolsa é uma depressão profunda com abertura para o exterior. Estas alterações levam a uma redução da camada superficial da lâmina própria. Observamos, em nossa amostra, que os pacientes com AEM apresentaram acometimento mais brando ou não acometimento pelo ER. É possível que a mesma causa relacionada à alteração das proteínas nas AEM esteja relacionada à dificuldade na formação dos elementos proteicos no ER.

**Conclusão:** Os pacientes com edema unilateral ou assimétrico apresentaram AEM, que parece restringir o desenvolvimento do edema.

## P 009 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS ACHADOS EM LARINGOSCOPIA RÍGIDA INDIRETA DE PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Melissa do Rocio Regazzo Porto, Byanca Hekavei Hul, Gustavo Fabiano Nogueira, Carolina Pedrassani de Lira, Flavia Caroline Klostermann, Juliana Ishisaki, Luiza Frech Mulizini, Fernando Issamu Tabushi

*Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** Analisar a prevalência das alterações laríngeas de pacientes atendidos no ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba submetidos à laringoscopia indireta rígida, traçando um perfil epidemiológico.

**Método:** Trabalho retrospectivo, transversal e observacional. Analisados prontuários de 1265 pacientes submetidos à laringoscopia indireta rígida no período de fevereiro de 2013 até dezembro de 2015 no serviço. Aplicados os critérios de exclusão, restaram 637 pacientes e estes foram analisados conforme respectiva queixa clínica, alteração à laringoscopia, sexo, idade e hábito tabágico.

**Resultados:** A média de idade foi de 52,8 anos, sendo 35,3% dos participantes do sexo masculino e 64,7% do sexo feminino. Quanto à variável tabagismo, 36,1% afirmaram possuir o hábito. A queixa mais frequente referida foi disфонia, sintoma exposto por quase metade dos participantes (43,6%), seguida pelas queixas de globus faríngeo, pigarro, odinofagia, disfagia e tosse, totalizando 97% destas. Com relação à laringoscopia, 64,1% dos exames foram considerados alterados, sendo a alteração patológica de maior frequência a laringite crônica posterior (48,8%), seguida por edema de Reinke (13,5%) e nódulos (8,3%).

**Discussão:** As queixas mais frequentemente referidas neste estudo corroboram com os achados de estudos já publicados; exceto pela tosse crônica, que foi pouco frequente nesta pesquisa, apenas 2,9% dos pacientes a referiram, o que difere dos achados da literatura, que demonstra uma prevalência de 18,97% a 60%. A laringite crônica posterior representou a alteração mais encontrada, estando presente em 199 pacientes, contrariando a maioria dos autores, que apontam as lesões organofuncionais (nódulo, pólipos e edema de Reinke) como as mais comuns. Edema de Reinke, tumor de laringe, leucoplasia e pólipos foram mais frequentes nos pacientes que afirmaram possuir o hábito tabágico.

**Conclusão:** Traçando um perfil epidemiológico do referido serviço, observa-se que a queixa principal foi disфонia e a lesão laríngea mais frequente foi a laringite crônica posterior.

## P 010 PARALISIA BILATERAL DAS CORDAS VOCAIS: PARTICULARIDADES DE UMA SÉRIE DE 18 CASOS

Clara Capucho, Nélson Gilberto, Pedro Sousa, Pedro Escada

*Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal*

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho é descrever os aspectos clínicos, etiologia, período pós-lesional e tratamento aplicado em 18 casos clínicos de paralisia bilateral das cordas vocais, confrontando os dados e evolução clínica com a literatura médica.

**Método:** Relato de 18 casos clínicos, da Consulta de Voz do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Egas Moniz e revisão da literatura médica.

**Resultados:** Os 18 doentes com idade média de  $60 \pm 16$  anos, idade mínima de 28 e máxima de 88 anos. Onze (61%) eram do sexo feminino. As manifestações foram dispneia alta em 15 casos (83%), disфонia em 11 (61%), 4 casos com estridor (22%) e 3 com disfagia (17%). Etiologia em 11 casos após cirurgia, 7 pós-cirurgia tiroideia, e uma pós-cirurgia mandibular; 3 pós-cirurgia cardíaca. Nos outros 7 casos a etiologia foi não cirúrgica: 2 foram causa neurológicas, das quais em 11% em doença de Parkinson e atrofia multissistêmica; 2 casos de doença neoplásica (11%- leucemia e neoplasia da mama metastizada); as causas inflamatórias/infecciosas foram 2 casos (11%) por sarcoidose laríngea e abscesso do tronco encefálico, e um de causa idiopática (6%).

**Discussão:** Doze tiveram tratamento cirúrgico, 3 foram duplamente intervencionados. Como solução temporária e urgente realizaram-se 8 traqueostomias. Como tratamento definitivo realizaram-se 6 cordotomias (5 posteriores e 1 direita) e 1 lateralização de corda vocal por via combinada. Houve 6 doentes sem tratamento cirúrgico, com melhoria clínica, 3 (50%; n = 6) após o tratamento da doença de base; 2 (33%; n = 6) sem recurso a mais alguma terapêutica; 1 (17%; n = 6) necessitou de suporte ventilatório com CPAP.

**Conclusão:** Constatamos etiologias raras, como leucemia (ainda não descrita na literatura médica) e sarcoidose. O tratamento realizado foi no sentido da dispneia, com a qualidade vocal sendo prejudicada. Das cirurgias realizadas, a cordotomia posterior foi a mais executada, tal como na maioria dos centros.

## P 011 PERFIL DAS MICROCIRURGIAS DE LARINGE EM IDOSOS

Caroline Fernandes Rimoli, Evaldo Dacheux de Macedo Filho, Maria Theresa de Oliveira Ramos

*Hospital IPO, Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** Analisar o perfil da microcirurgia de laringe nos idosos.

**Método:** Análise retrospectiva dos prontuários de pacientes idosos submetidos à microcirurgia de laringe no Hospital IPO (Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia), em Curitiba/Paraná, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2016.

**Resultados:** No período estudado, 212 pacientes com mais de 60 anos foram submetidos à microcirurgia de laringe. Houve predomínio do sexo masculino sobre o feminino (62%), e da faixa etária entre 60 e 65 anos (43%). As cirurgias mais realizadas foram devido à papilomatose laríngea recorrente (37%) e edema de Reinke (28%).

**Discussão:** Com o aumento da expectativa de vida, os idosos estão cada vez mais influentes e envolvidos em atividades educacionais, sociais, políticas e esportivas. Estima-se que, em 2050, a população de idosos seja de dois bilhões, cerca de 20% da população mundial. Esse cenário tem estimulado pesquisas nesse grupo populacional. A papilomatose laríngea, por ser uma doença recorrente, prevalece em relação às outras cirurgias. Já o edema de Reinke, por ser principalmente causado pelo hábito tabágico, também incide consideravelmente nesta população, já que este vício predomina em pacientes menos jovens.

**Conclusão:** Dos 212 pacientes acima de 60 anos operados no nosso serviço no período analisado, observou-se predomínio do sexo masculino sobre o feminino e da faixa etária entre 60 e 65 anos. As cirurgias mais realizadas foram devido à papilomatose laríngea recorrente e edema de Reinke.

## P 012 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CIRURGIAS DE LARINGE REALIZADAS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MANAUS

Súnia Ribeiro, Thayana Pessoa Takemura, Mariana de Landa Moraes Teixeira Grossi, Gisele Maia Siqueira, Alvaro Siqueira da Silva, Andreza Andreatta de Castro, Angela Maria de Amorim Sozio, Flávia Callou Tavares

*Fundação Adriano Jorge, Manaus, AM, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico das cirurgias laríngeas realizadas em uma Instituição pública em Manaus/AM.

**Método:** Analisar prontuários dos pacientes submetidos à microcirurgia de laringe entre os anos 2013 a 2015.

**Resultados:** Foram analisados 43 prontuários dos quais 20 (46,5%) eram do sexo feminino e 23 (53,4%) do sexo masculino, com faixa etária variando entre 5 e 86 anos. Entre as indicações cirúrgicas encontravam-se: cistos (20,9%), nódulos, pólipos (27,9%), papilomas (23,2%), leucoplasias, granulomas, edema de Reinke e carcinoma escamo celular (11,6%). As principais queixas pré-operatórias foram disфонia tipo rouquidão e pigarro.

**Discussão:** Na literatura brasileira poucos trabalhos discorrem sobre a epidemiologia das doenças benignas da laringe submetidas à microcirurgia. Neste estudo, mais da metade dos pacientes foram do sexo masculino (53,4%), o que corrobora os achados dos trabalhos de Prakash (2016) e Saha e Jana (2017). Em seu estudo com 50 pacientes, Sharma et al. (2015) descreveram o pólipo laríngeo como a principal lesão benigna da laringe (44% dos casos), concordando com este estudo, que encontrou essa entidade em 27,9% dos pacientes avaliados. Dentre a sintomatologia dos pacientes, assim com os achados de Doloj e Khanna (2011), a rouquidão sobressaiu-se como a principal queixa clínica.

**Conclusão:** Neste estudo as afecções laríngeas com indicação cirúrgica mais prevalentes foram os pólipos, papilomas e cistos de prega vocal, dentre as benignas; e o carcinoma escamocelular, das lesões malignas. Os pacientes queixam-se de rouquidão na quase totalidade dos casos, seguidos do sintoma de pigarro diário. Acomete de crianças a idosos, mais comumente os homens.

## P 013 CÂNCER DE LARINGE: ANÁLISE DA MORTALIDADE NO BRASIL EM UM PERÍODO DE DEZ ANOS

Eduardo de Araujo Silva

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Objetivos:** Analisar a mortalidade por câncer de laringe no Brasil no período 2004 a 2013, segundo faixa etária, sexo e região geográfica.

**Método:** Estudo descritivo utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade referente aos anos de 2004 a 2013, analisando os óbitos por região geográfica de registro, faixa etária e sexo. Foi realizada análise descritiva da mortalidade utilizando valores absolutos, relativos e taxas brutas.

**Resultados:** No período de dez anos analisados (2004 a 2013) foram notificados 35.917 óbitos por câncer de laringe, com predomínio no sexo masculino (87,7%). A taxa bruta de mortalidade entre os sexos foi de 15,26 e 2,08 para cada 100.000 homens e mulheres, respectivamente. Os óbitos apresentaram uma tendência linear de crescimento, com maior pico de incidência no penúltimo ano analisado (2012), com 4.339 óbitos. Comparando-se os anos de menor e maior incidência de mortalidade, observa-se um incremento de 47% na mortalidade. Quanto à distribuição por região geográfica de ocorrência dos óbitos, notou-se maior mortalidade em indivíduos na região Sudeste (52,7%), seguida das regiões Sul (20,0%) e Nordeste (17,8%). A faixa etária mais acometida foi de 60 a 69 anos (28,7%), seguida de 50 a 59 (28,3%) e 70 a 79 (20,8%).

**Discussão:** Os dados corroboram com o apresentado por outros autores na literatura em períodos históricos diferentes, em que reforçam uma maior incidência e consequente mortalidade no sexo masculino e faixas etárias mais idosas, o que pode se justificar pelo maior tempo de exposição a possíveis fatores de riscos, dentre os quais podem estar os mais bem estabelecidos na literatura: tabagismo e álcool.

**Conclusão:** O estudo demonstrou um aumento considerável na mortalidade no período estudado, especialmente em indivíduos do sexo masculino e com idade acima de 50 anos. Assim, ações de prevenção primária e secundária devem ser implementadas para esse grupo de indivíduos.

## P 014 EXAME FONIÁTRICO EM PACIENTES COM SUSPEITA DE SURDEZ: UMA AVALIAÇÃO DA SUA IMPORTÂNCIA

Renata Vigolvinho de Oliveira, Carolina C. Sian Kencis, Daniela de Oliveira Prust, Marielle Albrechete, Mônica Elisabeth Simons Guerra, Thais Helena Gonçalves, Vanessa Magosso Franchi, Mariana Lopes Fávero

*Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a importância do exame foniátrico em pacientes com suspeita de surdez encaminhados para serviço de referência em deficiência auditiva.

**Método:** Estudo transversal realizado pela revisão de 69 prontuários de pacientes que passaram em consulta no período de março de 2016 a maio de 2017. Estes pacientes foram submetidos à consulta otorrinolaringológica completa, que inclui avaliação foniátrica e avaliação auditiva, com audiometria, imitanciometria, potencial evocado de tronco encefálico e emissões otoacústicas.

**Resultados:** Os pacientes foram divididos em grupos de acordo com o tipo de alteração identificada em: (1) ouvintes sem atraso de linguagem ou do neurodesenvolvimento; (2) ouvintes com atraso de linguagem; (3) ouvintes com atraso do neurodesenvolvimento; (4) deficientes auditivos sem atraso do neurodesenvolvimento; e (5) deficientes auditivos com atraso do neurodesenvolvimento. Dentre os pacientes avaliados, 47 tinham hipótese diagnóstica inicial de deficiência auditiva, a qual foi confirmada em 29 pacientes (61,7%). Dentre os 40 classificados como “ouvintes”, 16 (40%) têm atraso de linguagem ou do desenvolvimento neuropsicomotor. Já entre os 29 pacientes diagnosticados com deficiência auditiva, 12 (41,4%) foram identificados com atraso de linguagem ou do desenvolvimento neuropsicomotor.

**Discussão:** A avaliação foniátrica complementa o diagnóstico audiológico, fornecendo bases sólidas para direcionar o tratamento de forma a conseguir os melhores resultados funcionais possíveis. Esta avaliação engloba aspectos como desenvolvimento neuromotor, o funcionamento dos órgãos fonoarticulatórios, o ambiente inserido, o psíquico, o jogo simbólico, entre outros. Quando presentes, estas alterações devem ser tratadas a fim de aumentar as chances de bons resultados do ponto de vista funcional.

**Conclusão:** Os serviços de reabilitação da pessoa com deficiência auditiva devem garantir o diagnóstico e avaliação funcional da deficiência, bem como a estimulação precoce, permitindo às crianças receber o máximo de estímulos em tempo de favorecer o seu melhor potencial de desenvolvimento.

## P 015 PERFIL DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DISFAGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES

Arthur de Sousa Pereira Trindade, Liliane Queiroz de Lira, Natania Tuanny Damasceno Inácio, Kallil Monteiro Fernandes, Daniel de Menezes Cortês Bezerra, Luiz Maia de Freitas Júnior, Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira, Luciana Fontes Silva

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil*

**Objetivos:** Determinar o perfil dos pacientes com disfagia orofaríngea (DO) encaminhados ao ambulatório específico de disfagia do serviço de otorrinolaringologia.

**Método:** Foram revisados 62 prontuários de atendimentos dos pacientes que passaram pelo ambulatório de disfagia desse Hospital Universitário de janeiro de 2017 a julho de 2017.

**Resultados:** Do total de pacientes 63,9% eram do sexo feminino e 36,1% do sexo masculino, tendo média de idade de 66,7 anos. Dos pacientes encaminhados ao ambulatório, 27,9% vieram para rastreio de disfagia, mas sem queixas. Das queixas relatadas, o esforço para deglutir e o engasgo foram os mais frequentes, em 23% e 18% dos pacientes, respectivamente, seguidos por entalo (6,6%) e perda ponderal (4,9%). Dentre os achados na videoendoscopia da deglutição (VED), apenas 13,1% tinham sensibilidade laríngea diminuída. A presença de resíduos alimentares foi observada nas VED de 29,5% desses pacientes. Contudo, foi o escape posterior o achado mais frequente, em 45,9% dos exames. A presença de disfagia foi constatada em 62,3% dos exames realizados, sendo classificada como leve em 44,3%, moderada em 11,5% e grave, com indicação de via alimentar alternativa, em 6,5% dos pacientes.

**Discussão:** Os resultados evidenciam uma média de idade elevada de 66,7 anos, tendo 86,3% dos pacientes acima de 60 anos. A DO em idosos é reconhecida pela *World Health Organization* (WHO) como pandemia emergente em todo mundo, devido processo natural do envelhecimento populacional. A literatura evidencia uma prevalência de 27% de disfagia em pessoas idosas. A nossa prevalência foi bem mais elevada, de 62,7%, por ser um ambulatório especializado, tendo viés de amostra.

**Conclusão:** No nosso ambulatório, a disfagia é mais frequente em pacientes idosos e poucos são os pacientes com disfagia grave e indicação de via alimentar alternativa.

## P 016 ALTERAÇÕES ENDOSCÓPICAS NASAIS EM PACIENTES COM OTITE MÉDIA CRÔNICA

Viviane Saldanha Oliveira, Thayana Pessoa Takemura, Mariana de Landa Moraes Teixeira Grossi, Sônia Ribeiro, Andre Cavalcante Saraiva, Angela Maria de Amorim Sozio, Dayse Kelle Ribeiro, Adnaldo da Silveira Maia

*Fundação Adriano Jorge, Manaus, AM, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a ocorrência de alterações nasais e rinofaringológicas em pacientes diagnosticados com Otite Média Crônica (OMC), atendidos em um Serviço de Referência na cidade de Manaus-AM.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, com análise de 20 pacientes com OMC, atendidos entre fevereiro e junho de 2017, nos quais foram investigadas as queixas clínicas e as alterações endoscópicas nasais.

**Resultados:** A análise dos dados demonstrou que 75% da população estudada possuía diagnóstico de OMC simples, 20% OMC supurativa e 5% OMC colesteatomatosa. Os sintomas nasais mais referidos foram: prurido nasal (85%), obstrução nasal (65%) e hiposmia (45%). Dos achados endoscópicos, 80% apresentavam hipertrofia de cornetos nasais inferiores, 53% mostravam alterações relacionadas ao aspecto da mucosa nasal (hiperemia ou palidez), e 46% possuíam algum grau de desvio septal. O óstio da tuba auditiva encontrava-se livre em 95% dos pacientes.

**Discussão:** Observou-se neste trabalho alta prevalência de queixas nasais, encontrada em 95% dos pacientes, sendo as mais prevalentes a obstrução nasal, a hiposmia e o prurido nasal. O exame endoscópico nasal evidenciou hipertrofia de corneto nasal inferior em 80% dos casos. Estes achados contrastam com o estudo realizado por Fukuchi et al. (2006) no qual 70% dos seus pacientes não possuíam alterações na endoscopia nasal e apenas 30% deles referiram alguma queixa nasal. Segundo esses autores, até 26% dos pacientes submetidos a timpanoplastias apresentavam alterações nasais estruturais ou funcionais que necessitaram de condutas cirúrgicas ou tratamento clínico prévios.

**Conclusão:** Observou-se com este estudo uma alta prevalência de sintomatologia e alterações nasais nos pacientes portadores de OMC, que independiam do subtipo de otite apresentada. Escassos são os trabalhos que se propõem a avaliar as alterações endoscópicas e queixas nasais no contexto das OMC, dados de fundamental importância para possibilitar um tratamento mais integral a estes pacientes.

## P 017 ANÁLISE COMPARATIVA DA GRAVIDADE DO ZUMBIDO EM UMA AMOSTRA DE 868 PACIENTES DIABÉTICOS E NÃO DIABÉTICOS AVALIADOS CLINICAMENTE EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM OTOLOGIA.

Eduardo de Araujo Silva, Guilherme Silva dos Santos Reis, Daniela Dall'Igna, Letícia Petersen Schmidt Rosito

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Objetivos:** Comparar a gravidade do zumbido em indivíduos diabéticos e não diabéticos.

**Método:** Estudo transversal de uma amostra de 868 pacientes atendidos no Ambulatório de Zumbido do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de setembro/2002 a junho/2016. Foram considerados diabéticos os indivíduos com diagnóstico prévio de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM II) no momento da consulta. A gravidade do zumbido foi aferida por meio de dois parâmetros, sendo o primeiro o Índice de Qualidade de Vida (IQV), obtido com o uso de instrumento validado, e o segundo, o escore obtido da Escala de Avaliação Visual (EAV) da intensidade do zumbido subjetivamente percebida pelo paciente. Foi realizada análise descritiva dos dados e teste t de Student com nível de significância  $p < 0,05$ .

**Resultados:** A prevalência de DM II foi de 11,8% ( $n = 102$ ). Comparando-se diabéticos e não diabéticos, respectivamente, observou-se que sexo masculino foi predominante em ambos os grupos (69,3% versus 62,2%) e houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de idade ( $64,8 \pm 8,8$  versus  $58,6 \pm 13,2$  anos;  $p < 0,001$ ). Quanto à gravidade do zumbido, a média do score do IQV foi de  $42,9 \pm 25,7$  pontos em ambos os grupos ( $p = 0,989$ ), e o mesmo ocorreu com o escore EAV ( $7,3 \pm 2,1$ ;  $p = 0,739$ ). Ao analisar os escores IQV e EAV, evidencia-se que, apesar de não haver diferença estatística entre os grupos, tais escores apontam para uma gravidade elevada do zumbido nesta amostra.

**Discussão:** Recentemente, estudos têm apontado uma maior prevalência de zumbido em indivíduos diabéticos. Entretanto, a literatura carece de estudos sobre características do zumbido nesses pacientes, sendo o presente estudo uma nova referência adicional ao tema.

**Conclusão:** O zumbido se apresentou como uma morbidade com percepção de gravidade elevada e com diminuição da qualidade de vida. Não houve diferenças de estimativa da gravidade entre diabéticos e não diabéticos no estudo.

## **P 019 AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA IDIOPÁTICA RECORRENTE ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE SÃO PAULO**

Laise Teixeira Cavaliheri, Gabriela Ricci Lima Luz, Maira da Rocha, Thiago Luis Rosado Soares de Araújo, Felipe Costa Neiva, José Ricardo Gurgel Testa

*Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar características clínicas, comorbidades e tempo de acompanhamento de um grupo de pacientes com paralisia facial periférica (PFP) idiopática recorrente.

**Método:** Foram analisados prontuários de pacientes que apresentaram PFP idiopática entre 2010 e 2015. Selecionaram-se os pacientes com PFP idiopática recorrente e avaliaram-se os sintomas associados, comorbidades, lateralidade dos episódios atual e prévio, grau de PFP, tempo de seguimento e evolução da PFP.

**Resultados:** Do total de 1136 prontuários analisados, 127 (11,18%) apresentavam PFP idiopática recorrente. A média de idade foi 36,2 anos. Dor na região da orelha (otalgia/dor retroauricular) foi o sintoma mais frequente (27,5%). A maioria dos pacientes (81,1%) apresentou 1 episódio prévio ao atual. O intervalo entre os episódios variou de 2 meses a 48 anos. Dos pacientes que souberam referir a lateralidade da PFP prévia, 52,6% tiveram a paralisia prévia contralateral ao lado atual. O grau V de House-Brackmann foi o mais frequente na avaliação inicial do episódio atual (39,4%). Dezesete pacientes (13,38%) realizaram apenas uma consulta e o maior tempo de seguimento foi de 114 semanas.

**Discussão:** A PFP idiopática é a apresentação mais comum de PFP. A ocorrência de dois ou mais episódios indica a PFP recorrente. A prevalência encontrada de PFP recorrente foi de 11,18%, mais frequente no gênero feminino (55,9%), e a maioria dos pacientes teve a recorrência contralateral à paralisia prévia, dados que se assemelham aos da literatura. Todos os pacientes foram tratados clinicamente. A maior taxa de recuperação da PFP (69%) foi observada entre os pacientes seguidos por 4 a 8 semanas. Esse estudo é único na literatura mundial, pois se trata da maior amostra já estudada de pacientes com PFP recorrente.

**Conclusão:** Foi avaliado o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com PFP recorrente e a maioria dos achados foi ao encontro dos descritos na literatura.

## P 020 AVALIAÇÃO EM INDIVÍDUOS PRÉ E PÓS-LINGUAIS SUBMETIDOS A IMPLANTE COCLEAR

Fernando Liess Krebs Rodrigues, Raquel Faria Vasconcellos, Guilherme Soares Crespo, Felipe Felix, Shiro Tomita, Francisco José Osterne

*Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a percepção/desenvolvimento linguístico em indivíduos surdos pré e pós-linguais submetidos a implante coclear unilateral.

**Método:** Realizadas entrevistas com aplicação de questionários específicos para os grupos de pacientes, além de outras questões levantadas como aspectos negativos após implantação, se houve acompanhamento fonoterápico adequado e se o implante coclear bilateral seria da vontade destes indivíduos.

**Resultados:** Após extensa avaliação dos questionários respondidos, pode-se destacar: 100% dos pacientes referiram não ter havido mudanças negativas em suas vidas; 75% responderam de imediato que se submeteriam à cirurgia para implante coclear na orelha contralateral; todos os indivíduos pré-linguais realizaram fonoterapia adequadamente após a cirurgia, enquanto apenas a minoria dos pós-linguais o fizeram. Além disso, a análise de pontuação obtida em tais questionários revelou, para o grupo dos pré-linguais, média de 30,5 em 40 pontos possíveis, enquanto que para os pós-linguais tal resultado foi de 29 de 35 pontos.

**Discussão:** Pode-se avaliar, com base nos resultados de pontuação média dos questionários, índices relevantes considerando o resultado final no que tange ao aprimoramento da percepção linguística para os indivíduos pré-linguais implantados, bem como na satisfação pessoal dos pacientes pós-linguais submetidos ao procedimento. Menos de 20% de todos os indivíduos somaram menos de 50% na pontuação média do questionário, o que pode traduzir elevado grau de aprimoramento auditivo na maioria dos pacientes implantados que foram avaliados.

**Conclusão:** Após análise minuciosa de resultados e confronto com a literatura atual, pode-se concluir que tanto os dados subjetivos quanto objetivos encontrados mostram resultados bastante consideráveis em relação não apenas ao desenvolvimento linguístico dos indivíduos implantados, mas também com ênfase na melhora de aspectos relacionados à qualidade de vida dos mesmos.

## P 022 IMPLANTE COCLEAR EM PACIENTES COM PERDA AUDITIVA SINDRÔMICA

Beatriz Luiza de Costa Remor, Cláudio Márcio Yudi Ikino, Eduardo de Sá Tschumi

*Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a prevalência da perda auditiva síndrômica e os resultados auditivos 1 ano após a cirurgia de implante coclear (IC).

**Método:** Foram identificados os pacientes com diagnóstico de surdez síndrômica dentre os com indicação de realização de implante coclear entre 2011 a 2015. Foram selecionados os que já haviam realizado a cirurgia, com diagnóstico de perda síndrômica, como grupo de estudo e sem diagnóstico etiológico identificado, como grupo controle. Avaliou-se a idade, sexo, tempo de surdez e, no pré-operatório e com 1 ano de pós-operatório, o limiar auditivo e porcentagem de discriminação de sentenças em conjunto fechado e aberto.

**Resultados:** A prevalência da perda síndrômica foi 3,63%. Foram estudados 31 pacientes, 4 com perda síndrômica e 27 com etiologia desconhecida. A idade média no grupo de estudo foi de  $15,75 \pm 11,61$  anos e no controle  $10,18 \pm 5,49$  anos. As medianas dos limiares audiométricos no pré-operatório e 1 ano após a cirurgia foram no grupo de estudo 107,2dB e 39,9dB e no controle 100,0dB e 35,6dB, respectivamente. As medianas do conjunto fechado no pré-operatório e 1 ano após a cirurgia foram no grupo de estudo 0% e 100% e no controle 8% e 90% e as do conjunto aberto foram no grupo de estudo 2% e 79% e no controle 0% e 42%. Houve redução significativa dos limiares audiométricos e melhora da discriminação em conjunto fechado após 1 ano.

**Discussão:** Observamos melhora nos limiares audiométricos e na discriminação em conjunto fechado em ambos os grupos 1 ano após o IC, porém o grupo de estudo não apresentou melhora significativa na discriminação em conjunto aberto, provavelmente pela casuística pequena. Ainda assim, o IC proporcionou bom desempenho nos pacientes síndrômicos, semelhante ao obtido por outros autores.

**Conclusão:** A prevalência da perda auditiva síndrômica foi 3,63% e houve melhora nos resultados auditivos após 1 ano de cirurgia.

## P 023 OSSICULAR CHAIN RECONSTRUCTION IN CHRONIC OTITIS MEDIA: HEARING RESULTS AND ANALYSIS OF PROGNOSTIC FACTORS

Syriaco Atherino Kotzias, Mariana Manzoni Seerig, Maria Fernanda Piccoli Cardoso de Mello, Leticia Chueiri, Janaina Jacques, Daniel Buffon Zatt, Martin Batista Coutinho, Fabio Duro Zanini

*Hospital Governador Celso Ramos/Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, SC, Brasil*

**Objetivos:** Analisar os resultados auditivos nos pacientes com otite média crônica (OMC) submetidos à reconstrução de cadeia ossicular, bem como os fatores preditivos de sucesso da cirurgia.

**Método:** Foram revisadas as descrições cirúrgicas de ossiculoplastias realizadas entre 2006 e 2016. Setenta e duas orelhas foram incluídas. Os seguintes dados foram analisados: sexo, idade, tabagismo, lateralidade, diagnóstico pré-operatório, exames audiométricos, tipo de cirurgia, cirurgia prévia, características da orelha média, otorreia e status da cadeia ossicular. Os pacientes também foram classificados de acordo com dois índices: *Middle Ear Risk Index (MERI)* and *Ossiculoplasty Outcome Parameter Staging (OOPS)*. Os resultados foram avaliados pela comparação do *gap* aéreo-ósseo pré e pós-operatório. O sucesso da reconstrução foi definido como GAP AO  $\leq 20$  dB.

**Resultados:** A taxa de sucesso das reconstruções foi de 61%. A média do GAP AO pré-operatório era de 34,63 e decresceu para 17,26 após a cirurgia. Houve correlação entre baixo risco nos índices MERI e OOPS com o sucesso no pós-operatório, embora somente o último tenha apresentado significância estatística. O ossículo mais frequentemente lesado foi a bigorna e o tipo de prótese mais utilizada foi cartilagem de trágus. Nos pacientes com ausência de estribo o sucesso foi de 63,3% enquanto nos pacientes com lesão de estribo e martelo foi de 20%.

**Discussão:** Foi observado um ganho auditivo significativo nos pacientes submetidos à ossiculoplastia em nosso serviço, sendo os resultados comparáveis a outros centros. O uso dos índices preditivos de sucesso no pós-operatório se mostrou válido, principalmente nos pacientes de baixo risco. Apesar de controversa, ficou estabelecida nesse estudo a correlação da lesão dos ossículos individualmente com os resultados pós-operatórios.

**Conclusão:** O uso de escores para classificar os pacientes com OMC pode ser útil para prever o risco cirúrgico nas ossiculoplastias e os melhores resultados auditivos são atingidos na presença do estribo.

## P 024 PERFIL MICROBIOLÓGICO DAS SECREÇÕES DE OTITE MÉDIA CRÔNICA SUPURATIVA DE INDIVÍDUOS COM FISSURA LÁBIO-PALATAL

Regeane Ribeiro Costa, Fernanda Dias Toshiaki Koga, Rhaissa Heinen Peixoto, Helder Fernandes de Aguiar, Narciso Almeida Vieira, Vânia Garcia Wolf Santos Ferraz, Tallita dos Santos Souza Boaventura

*Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) - Universidade São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil*

**Objetivos:** Identificar as bactérias mais prevalentes nas secreções de orelha média de indivíduos com otite média crônica supurativa (OMCS) e fissura lábio-palatal.

**Método:** Estudo retrospectivo com análise do resultado da cultura de secreções de OMCS de 88 indivíduos com fissura de lábio, palato ou ambos atendidos no HRAC-USP entre 2013 e 2015, divididos em três grupos de fissura: pós forame, transforame unilateral e transforame bilateral.

**Resultados:** Os micro-organismos mais isolados em todos grupos foram *Staphylococcus coagulase* negativo (23,6%), *Pseudomonas* (21,74%), *Staphylococcus aureus* (11,8%), Bacilos gram positivos (10,56%) e *Proteus* (8,7%). *Citrobacter* e *Enterobacter* ocorreram em 6,21% e 4,97% dos casos. Outros micro-organismos totalizaram 12,4%. Os pacientes com fissura pós-forame apresentaram frequência semelhante ao geral de *Staphylococcus coagulase* negativo (24,19%) e *Pseudomonas* (22,58%), seguidos por *S. aureus* (12,9%) e *Proteus* (11,29%). Dentre aqueles com fissura transforame unilateral, *Staphylococcus coagulase* negativo foi mais frequente (26,98%), antes de *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas*, ambos com 15,87% e Bacilos gram positivos (11,11%). No grupo fissura transforame bilateral, *Pseudomonas* foi mais frequente (27,59%), seguido por *Staphylococcus coagulase* negativo, *Proteus* e *Citrobacter*, com 13,79% cada. Bacilos Gram positivos e *Enterobacter* cresceram em 10,34% das culturas deste grupo.

**Discussão:** A microbiologia das efusões de orelha média, particularmente em portadores de fissura lábio-palatal, não tem sido detalhadamente estudada. Os germes mais prevalentes na flora bacteriana das OMCS apontados pela literatura são os bacilos Gram-negativos, especialmente *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* e *Escherichia coli*, e Gram-positivos *Staphylococcus aureus* e *Enterobacter*. Os patógenos mais isolados em nosso estudo foram *Pseudomonas*, *Staphylococcus coagulase* negativo e *Staphylococcus aureus*.

**Conclusão:** A flora bacteriana identificada nas secreções de OMCS dos pacientes fissurados avaliados neste estudo se assemelha à flora habitualmente presente em pacientes não fissurados.

## P 026 REABILITAÇÃO AUDITIVA EM PACIENTES SUBMETIDOS À MASTOIDECTOMIA COM TÉCNICA ABERTA E MEATOPLASTIA

Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Maria Elisa Oliveira Picanço de Melo, Juliana Mota Ferreira, Maria do Socorro Távora Soares, Alessandra Teixeira Bezerra de Mendonça, Viviane Carvalho da Silva, Marcos Rabelo de Freitas, Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos

*Hospital Universitário Walter Cantídio - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o grau de satisfação dos pacientes submetidos à mastoidectomia (com técnica aberta e meatoplastia) e reabilitados com aparelho de amplificação sonora individual (AASI) no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

**Método:** Revisão dos prontuários (coleta de dados epidemiológicos e audiológicos) e entrevista com aplicação do Questionário Internacional de Resultados para Aparelhos de Amplificação Sonora (*International Outcome Inventory for Hearing Aids – IOI-HA*).

**Resultados:** O programa para uso de AASI admitiu 2045 pacientes, dos quais 43 apresentavam cavidade aberta na orelha aparelhada. Dados epidemiológicos: média de idade (38,5 anos, com mínima de 10 e máxima de 79), gênero masculino (44,2%) e feminino (55,8%), mastoidectomizados bilateralmente (53,5%), tempo médio de espera de 8,2 meses (variação padrão de 7,0). Dados audiológicos: média de ganho do limiar de reconhecimento da fala (LRF) foi de 26,0 dBNA (variação padrão de 11,9). Foram entrevistados 55,8% (24) dos pacientes, dos quais 3 não usavam o aparelho (queixa estética, otites de repetição e perda do aparelho). Usavam por mais de 4 e 8 horas/dia, respectivamente, 16,7% e 62,5%. Consideraram que usar o aparelho vale bastante ou muito a pena (81%). Relataram que o AASI proporcionou bastante ou muito mais alegria de viver (76,2%).

**Discussão:** Na mastoidectomia aberta ocorre a derrubada da parede posterior do conduto auditivo externo, promovendo sua comunicação com a cavidade mastoídea e a orelha média. A meatoplastia promove maior comunicação com o meio externo. Reabilitação auditiva com uso de AASI, em pacientes com cavidade aberta, constitui um desafio, devido às dificuldades que as consequentes mudanças anatômicas impõem. O bom êxito do processo de adaptação do aparelho depende, dentre outros, da satisfação do usuário com os resultados da amplificação.

**Conclusão:** O AASI apresenta boa satisfação em pacientes submetidos à mastoidectomia com técnica aberta e meatoplastia, com melhora do LRF.

## P 027 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COMO EXAME PRÉ-OPERATÓRIO NA OTITE MÉDIA CRÔNICA SIMPLES

Fernando Veiga Angelico Junior, Carlos Eduardo Borges de Rezende, Luís Felipe Lopes Honorato, Priscila Bogar, Gabriela Carolina Nazareth Pinto, José Ronaldo de Souza Filho, Erica Gonçalves Jeremias, Zélia Maria de Souza Campos

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar se a tomografia computadorizada deva fazer parte do protocolo de planejamento cirúrgico dos pacientes com Otite Média Crônica Simples, previamente candidatos à timpanoplastia com o intuito de detectar alterações que pudessem mudar o plano terapêutico inicial.

**Método:** Estudo transversal por meio de análise de tomografia computadorizada de ossos temporais (TCOT) de 24 pacientes entre 12 e 60 anos, com diagnóstico de OMCS a serem submetidos à timpanoplastia no período de setembro de 2016 a maio de 2017.

**Resultados:** Foram detectadas alterações desfavoráveis ao prognóstico pós-cirúrgico com necessidade de mudança de plano terapêutico em 79% dos casos, entre eles, bloqueio de “*aditus ad antrum*”, preenchimento de células da mastoide e orelha média com material de densidade de partes moles, assim como esclerose e hipodesenvolvimento mastoídeos.

**Discussão:** A OMCS é uma afecção sabidamente de caráter benigno e de bom prognóstico quando bem investigada e tratada. A perfuração da membrana timpânica, característica indispensável da doença, pode ser acompanhada ou não de outras alterações em orelha média capazes de atrapalhar o bom funcionamento deste compartimento. A timpanoplastia é a modalidade de tratamento da OMCS e visa a restabelecer a proteção da orelhas média e interna, assim como a funcionalidade auditiva. As principais condições detectadas na falha terapêutica são o não fechamento definitivo da membrana timpânica e a não restauração da perda auditiva condutiva adquirida. Entre as diversas causas para o insucesso, está o diagnóstico incompleto da doença, assim como o mau planejamento cirúrgico. O diagnóstico e seguimento da OMCS ocorrem rotineiramente por meio da história clínica, exame físico e exame audiométrico. Exames radiológicos simples e computadorizados não são protocolo, sendo requisitados de maneira eventual quando suspeitada doença supurativa.

**Conclusão:** O exame tomográfico se mostrou importante ao diagnóstico e indispensável no planejamento cirúrgico na OMC Simples, podendo conferir maior precisão e possível sucesso no plano terapêutico.

## P 028 TRATAMENTO CLÍNICO DA OTOSCLEROSE: REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

Carlos Eduardo Borges Rezende, Priscila Bogar, Marina Motta, Andressa dos Santos Kodama, André Yamamoto, Bárbara Miranda

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Estabelecer a indicação e a utilidade do tratamento clínico medicamentoso para a otosclerose e se este é capaz de alterar o curso da doença.

**Método:** Trata-se de uma revisão sistemática com 175 artigos publicados entre 1985 e 2015, avaliados por dois revisores, e, após criteriosa análise, foram selecionados 22 artigos. O texto foi desenvolvido para uniformizar as indicações para tratamento clínico na otosclerose.

**Resultados:** O fluoreto de sódio pode ser efetivo se houver foco ativo de otosclerose. Seu mecanismo de ação inclui atividade contra enzimas proteolíticas, tornando o foco de otospongiose inativo. Enzimas citotóxicas encontradas na perilinfa de pacientes com otosclerose são responsáveis pelos sintomas de orelha interna. A maior limitação para o seu uso são os efeitos colaterais. O tratamento com bifosfonados foi primeiramente indicado para pacientes intolerantes a fluoreto de sódio e àqueles pacientes em quem o fluoreto foi ineficaz.

**Discussão:** A terapia com fluoreto pode diminuir a progressão da surdez sensorineural em pacientes com otosclerose coclear. Os bifosfonatos inibem a reabsorção e o *turnover* ósseos e aceleram a apoptose dos osteoclastos. Tem boa eficácia em otospongiose e pode ser prescrito por mais de 6 meses.

**Conclusão:** O fluoreto de sódio e os bifosfonatos tendem a estabilizar a perda auditiva nos pacientes com otosclerose, com acometimento coclear em fase ativa. A dosagem diária de fluoreto deve ser de 40 mg a 60 mg e a de alendronato, principal bifosfonato usado, de 10 mg/dia e o uso de ambos deve ser por pelo menos 6 meses, com controle audiométrico após. O uso de carbonato de cálcio para atenuar o acometimento gástrico e de vitamina D por atuar na homeostase do cálcio e metabolismo ósseo, em associação, é preconizado.

## P 029 COMPARAÇÃO DA EFETIVIDADE DE DIFERENTES PROPOSTAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR

Marina Saes Rays, Guilherme Koiti dos Santos Kasai, Claudia Sampaio, Sandra de Oliveira Saes

*Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, SP, Brasil*

**Objetivos:** O presente estudo teve como objetivo avaliar a efetividade de diferentes propostas de Reabilitação Vestibular (RV) (protocolo de Cawthorne-Cooksey, protocolo Italiano e personalizada).

**Método:** Participaram da pesquisa 105 indivíduos entre 30 e 59 anos, submetidos ao diagnóstico otoneurológico, composto de avaliação otorrinolaringológica, avaliação audiológica, vectoelectronistagmografia e exames complementares, quando necessário. A casuística foi dividida em três grupos, sendo que para cada grupo utilizou-se uma proposta terapêutica. O grupo 1 (G1) foi composto por 30 participantes, com média de idade de 48 anos, tratados com o protocolo de Cawthorne-Cooksey, o grupo 2 (G2), por 45 participantes, com média de idade de 44 anos, tratados com o protocolo Italiano, e o grupo 3 (G3), por 30 participantes, com média de idade de 42 anos, tratados por meio da proposta Individualizada. A efetividade da RV foi avaliada pelo escore do *Dizziness Handicap Inventory* – DHI, adaptado na versão para português, pré-tratamento e no momento da alta ou no máximo após 12 sessões de reabilitação.

**Resultados:** As principais queixas foram de tonturas, vertigem e mal-estar. Todos os pacientes tiveram diagnóstico de Síndrome Vestibular Periférica Irritativa ou Deficitária. Todos apresentaram desaparecimento ou diminuição de seus sinais e sintomas, sendo que apenas um não atingiu a diminuição preconizada pelo DHI. Quanto às escalas emocional, física e funcional, mensuradas pelo DHI, não houve diferença na pontuação em nenhum dos grupos e nem na comparação entre as três escalas no momento pós, caracterizando que tanto as queixas quanto a melhora ocorreram proporcionalmente nos três aspectos.

**Discussão:** RV é tratamento eficiente para transtornos labirínticos periféricas e a adesão ao tratamento por parte do paciente é fundamental para bom prognóstico. A literatura diverge quanto ao melhor protocolo de RV.

**Conclusão:** Todas as propostas aplicadas neste estudo demonstraram ser procedimento terapêutico eficaz, como também o DHI, instrumento importante no acompanhamento dos quadros labirínticos.

## P 031 DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO EM PACIENTES APNEICOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DE DIFÍCIL CONTROLE

Fernando Liess Krebs Rodrigues, Flávia Rodrigues Ferreira, Felipe Paraguassu Demes, Thassiany Matos Carpanez, Mariana Pinheiro Brendim, Shiro Tomita, Livia Pereira de Souza

*Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Avaliação da deglutição em uma subpopulação de pacientes portadores de síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) e hipertensão arterial de difícil controle.

**Método:** Após seleção de indivíduos com SAOS e divisão em seus diferentes critérios polissonográficos de gravidade/estratificação, realizada avaliação endoscópica da deglutição (videoendoscopia da deglutição - VED).

**Resultados:** Dos 65 pacientes avaliados, houve divisão similar entre indivíduos com apneia leve (35,4%), moderada (27,7%) e grave (36,9%). Entre todos, 59 (98,4%) apresentaram algum grau de distúrbio da deglutição à avaliação endoscópica desta, ao passo que apenas 72,3% do total de pacientes apresentavam queixa de disfagia. Além disso, vale ressaltar que os 6 indivíduos que não apresentavam critérios de distúrbio da deglutição ao exame estavam incluídos no grupo dos que negavam quaisquer queixas disfágicas. Em relação ao grau de disfagia sugerido pelo VED, a maioria dos exames alterados consistiu em alterações classificadas como distúrbio “leve”.

**Discussão:** Apneia obstrutiva do sono é condição caracterizada por episódios de obstrução respiratória ao nível da faringe, ocorridas durante o sono, capaz de causar diversas alterações metabólicas sabidas até então. Está relacionada a condições mórbidas cardiovasculares e estresse oxidativo, de modo a estabelecer um ciclo vicioso de causa e efeito entre elas. Além disso, sabe-se que a mecânica respiratória é finamente integrada com os reflexos de deglutição, o que traz à tona a possibilidade de distúrbios respiratórios obstrutivos, como a apneia ou a hipopneia durante o sono, serem capazes de levar a alterações da deglutição.

**Conclusão:** No presente estudo, foi confirmado que grande percentual de indivíduos apneicos possuem alterações da deglutição, ainda que a maioria destes tenham sido classificados como distúrbio “leve”. Nestes casos, destaca-se o fato de grande parcela destes pacientes terem negado sintomas disfágicos previamente ao exame. Além disso, não foi vista correlação entre gravidade da SAOS e piora no grau de distúrbio de deglutição.

## P 032 ALTERAÇÕES AUDITIVAS EM CRIANÇAS COM MICROCEFALIA E PROVÁVEL INFECÇÃO PELO ZIKA VIRUS (ZIKV)

Alexandra Kolontai de Sousa Oliveira, Roberto Igor Soares Feitosa Viana, Barbara Barros Leal, Germano de Sousa Leão, Maria Cecília Baldi Simões Ferreira, Camila Damasceno Rodrigues Palácio

*Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina, PI, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar alterações auditivas em crianças com microcefalia secundária a provável infecção congênita por ZIKV atendidas no Centro Integrado de Reabilitação (CEIR).

**Método:** Um estudo prospectivo de crianças com microcefalia do CEIR. Critérios de inclusão: provável infecção congênita por ZikV com microcefalia, sorologias negativas para TORCH, história materna de infecção exantemática na gravidez e negativa para uso de álcool ou drogas ilícitas, ausência de outros fatores de risco para perda auditiva. As crianças foram submetidas à avaliação audiológica envolvendo: emissões otoacústicas transientes e produtos de distorção, imitanciometria, audiometria comportamental e pesquisa de reflexo cocleopalpebral.

**Resultados:** Das 72 crianças, 25 foram excluídas por apresentarem outros fatores de risco para perda auditiva. Das 47 incluídas, 28 fizeram seguimento audiológico. Cinco apresentaram audiometria comportamental alterada, porém com otoemissões presentes e imitanciometria sem alterações. Nosso estudo está em seguimento, e as crianças ainda realizarão o PEATE.

**Discussão:** Na literatura existem apenas dois trabalhos sobre alteração auditiva em crianças com microcefalia por ZIKV; nestes, foram encontradas respostas ausentes em emissões otoacústicas, PEATE, audiometria comportamental e reflexo cocleopalpebral. Na maioria dos casos de perda auditiva associada à infecção viral congênita, o dano ao sistema auditivo ocorre a nível coclear (ausência de otoemissões). No entanto, o ZIKV também é capaz de induzir lesões neurais de caráter inflamatório e desmielinizantes. Em nosso estudo, nenhuma criança apresentou alterações nos exames auditivos realizados, o que de forma indireta sugere integridade das vias neurais do VIII par craniano. As crianças seguem em avaliação audiológica no CEIR, aguardando realização do PEATE. A identificação precoce em casos de perda auditiva são primordiais para desenvolvimento da fala e de outras funções cognitivas em crianças.

**Conclusão:** Não encontramos alterações cocleares e na imitanciometria de crianças com microcefalia e provável infecção pelo ZIKV. Nosso estudo ainda está em seguimento, para alterações neurais e corticais.

### P 033 APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO, FLUXO NASAL E ALTERAÇÕES NA PRESSÃO ARTERIAL PULMONAR EM CRIANÇAS RESPIRADORAS ORAIS OBSTRUTIVAS

Cláudia Pena Galvão dos Anjos, Helena Maria Gonçalves Becker, Roberto Eustáquio Santos Guimarães, Letícia Paiva Franco, Mariana Maciel Tinano, Carolina Maria Fontes Ferreira Nader, Anna Cristina Petraccone Caixeta, Flavianne Mikaelle dos Santos Silveira

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar prospectivamente a associação entre achados ecoDopplercardiográficos e de rinomanometria de crianças respiradoras orais (RO) obstrutivas com seus parâmetros polissonográficos.

**Método:** Estudo prospectivo com 21 RO e indicação de adenoidectomia e/ou amigdalectomia. Foram submetidos à polissonografia, rinomanometria e ecoDopplercardiografia, no momento da indicação cirúrgica (T0) e após um ano de intervenção (T1). A ecoDopplercardiografia avaliou pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) por meio da aferição da velocidade do jato de regurgitação tricúspide e utilizando a fórmula de Bernoulli modificada.

**Resultados:** Dos 21 RO com indicação cirúrgica, 13 (61,9%) apresentaram índice de apneia e hipopneia (IAH) alterado em T0. Ao longo do tempo, 14 (66,7%) foram submetidas à cirurgia. Destas, nove (64,3%) apresentaram IAH alterado em T0 e sete (50,0%) em T1. Das sete que não foram submetidas à cirurgia, quatro (57,1%) tinham IAH alterado em T0 e duas (33,3%) em T1. Das 21 crianças, em T0, a PSAP e o fluxo nasal médio não diferiram entre as com IAH alterado e as com IAH normal. Em T1, RO operados apresentaram diminuição dos níveis de PSAP ( $p < 0,001$ ) e aumento do fluxo nasal médio ( $p < 0,001$ ), os com IAH normal apresentaram saturação mínima maior que as com IAH alterado ( $p = 0,048$ ). Já as crianças não operadas, em T1, também apresentaram aumento do fluxo nasal médio ( $p < 0,001$ ), enquanto a PSAP não apresentou redução significativa ( $p = 0,99$ ) o IAH aumentou e depois diminuiu ( $p = 0,025$ ).

**Discussão:** A adenoamigdalectomia pode ser insuficiente para alcançar a normalização do IAH. No entanto, a mudança dos parâmetros cardiovasculares após intervenção sugere sinais de disfunção cardiovascular precoce nos pacientes portadores de SAOS e potencial reversibilidade com a cirurgia.

**Conclusão:** O fluxo nasal médio aumentou nos respiradores orais operados e nos não operados. Porém, a PSAP diminuiu significativamente apenas nos operados, independentemente das alterações no IAH ao longo do tempo.

## P 034 AVALIAÇÃO TRIDIMENSIONAL DO CRESCIMENTO DA FACE DE CRIANÇAS COM OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES APÓS ADENOTONSILECTOMIA

Alessandro Fernandes Guimarães, Mariana Maciel Tinano, Joana Godinho de Almeida Neves da Silva, Carolina Maria Fontes Ferreira Nader, Bernardo Quiroga Souki, Cláudia Pena Galvão dos Anjos, Leticia Paiva Franco, Helena Maria Gonçalves Becker

*Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Objetivos:** Apresentar, por série descritiva de casos, as mudanças esqueléticas 3D da face de crianças com obstrução das vias aéreas superiores (VAS) submetidas à adenotonsilectomia.

**Método:** Em um centro de referência hospitalar para o diagnóstico e tratamento de respiração oral foram selecionadas 15 crianças (entre 4 e 9 anos, média  $\pm$  5,42 anos) com hipertrofia adenotonsilar, diagnóstico polissonográfico de síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e indicação de adenotonsilectomia para este estudo prospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética. As crianças foram avaliadas antes da cirurgia (T0), e em média 18,7 meses (variando entre 12 e 30 meses) após cirurgia (T1). Em ambos os tempos, realizaram-se exames otorrinolaringológicos, fibronasolaringoscopia e tomografia computadorizada (TC). As mudanças esqueléticas maxilares e mandibulares que ocorreram entre (T0) e (T1) foram analisadas de forma quantitativa e visual a partir da construção de modelos de superfície 3D, por meio de superposições com semitransparências e mapas por códigos de cores (*color-maps*), e pelas medidas de deslocamento ponto-a-ponto de referenciais anatômicos.

**Resultados:** Após adenotonsilectomia, oito crianças apresentaram abertura do ângulo do palato na maxila e um deslocamento vertical e 3D do ponto do palato e 12, um aumento da medida do mento aos côndilos direito e esquerdo em (T1) e o deslocamento 3D dos pontos dos côndilos. Mudanças mais significativas no período pós-cirurgia foram o crescimento condilar e modificações dentárias, aparentemente associadas ao crescimento normal dos indivíduos.

**Discussão:** Existem lacunas sobre o real impacto da cirurgia no crescimento esquelético da face, até então sempre avaliado por métodos bidimensionais. A superposição de imagens, sob uma perspectiva tridimensional, permite uma constatação precisa das mudanças esqueléticas.

**Conclusão:** Concluiu-se que não foram observadas mudanças esqueléticas clinicamente significativas após a adenotonsilectomia nas crianças respiradoras orais, que apresentaram crescimento facial semelhante ao da população pediátrica em geral.

## P 035 AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE OTITE MÉDIA AGUDA NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO SUL DE SANTA CATARINA

Nicole Zomer Machado, Taise de Freitas Marcelino, Paula Kühl dos Anjos, Gabriela Ronchi Pittigliani

*Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão, SC, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o diagnóstico e o tratamento de otite média aguda na emergência de um hospital de referência no sul de Santa Catarina de janeiro de 2011 a dezembro de 2015.

**Método:** Estudo observacional, transversal, realizado por revisão de prontuário eletrônico. População constituída por pacientes com diagnóstico de otite média aguda atendidos na emergência de um hospital de referência no sul de Santa Catarina, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015.

**Resultados:** Foram incluídos neste estudo 284 pacientes, sendo a idade prevalente de 1 ano de vida (8%). O sintoma principal nas crianças foi a febre, enquanto em adolescentes, adultos e idosos foi a otalgia. Os achados mais prevalentes na otoscopia foram a hiperemia (56,3%), secreção mucopurulenta (45,1%) e abaulamento da membrana timpânica (27,5%). O uso de antibióticos totalizou 93,3%, sendo os mais prevalentes a amoxicilina (42,6%) e amoxicilina com clavulanato (36,3%). A observação clínica não foi realizada na amostra. Em 6,7% dos pacientes apenas sintomáticos foram prescritos. Foram prescritos 62,3% anti-inflamatórios não hormonais, 51,4% analgésicos e 38,7% gotas otológicas.

**Discussão:** A otalgia foi o sintoma mais predominante, sintoma esse considerado o mais importante para o diagnóstico. Referente à otoscopia, apesar do presente estudo ter o predomínio de hiperemia de membrana timpânica, o abaulamento de membrana timpânica é considerado o principal sinal otoscópico para o diagnóstico. Houve predomínio da amoxicilina, o que pela literatura é a droga de escolha. Está indicado o uso de sintomáticos e uso de gotas otológicas está indicado apenas em otorreia abundante.

**Conclusão:** O objetivo principal desse estudo foi alcançado, sendo que os sinais e sintomas clínicos encontrados na pesquisa estão de acordo com o descrito na literatura. Uma parcela dos pacientes não recebeu o tratamento priorizado pela literatura, contudo, a maioria recebeu um tratamento adequado para a doença.

## P 036 AVALIAÇÃO DO FLUXO NASAL INSPIRATÓRIO TOTAL E DA PATÊNCIA NASAL ATRAVÉS DE RINOMANOMETRIA ANTERIOR ATIVA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES RESPIRADORES BUCAIS ANTES E APÓS ADENOIDECTOMIA E/OU TONSILECTOMIA

Luiz Felipe Bartolomeu Souza, Vinicius Malaquias Ramos, Flavianne Mikaelle dos Santos Silveira, Lorrane Caroline Braga Rodrigues, Carolina Maria Fontes Ferreira Nader, Priscylla Vital Vasconcelos, Mariana Maciel Tinano, Helena Maria Gonçalves Becker

*Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Objetivos:** Comparar o fluxo nasal inspiratório total (FNIT) e a patência nasal em crianças e adolescentes respiradores orais (RO) devido à hiperplasia adeno e/ou tonsilar pré e pós-operatório.

**Método:** Estudo prospectivo comparativo, com 30 pacientes, de 2 a 12 anos, apresentando obstrução de vias aéreas superiores e indicação de adenoidectomia e/ou tonsilectomia. Os pacientes foram submetidos à rinomanometria anterior ativa (RINO), antes e seis meses após a cirurgia. O FNIT foi obtido pela rinomanometria anterior ativa a partir da soma do fluxo nasal inspiratório em cada narina utilizando a pressão de 150 Pa. A patência nasal foi obtida dividindo-se a como proposto por Zapletal et al. pela divisão do FNIT pelo fluxo nasal total pelo fluxo nasal esperado  $[1,64115+0,96143*\text{Log neperiano da altura em cm}]$ , segundo altura.

**Resultados:** As medidas do FNIT foram menores no pré-operatório do que no pós-cirúrgico ( $266,76 \pm 112,21 \text{ cm}^3/\text{s}$  versus  $498,93 \pm 137,80 \text{ cm}^3/\text{s}$ ,  $p < 0,001$ ). Também houve melhora da patência nasal no pós-operatório ( $42,85\% \pm 17,83\%$  versus  $79,33\% \pm 21,35\%$ ,  $p < 0,001$ ).

**Discussão:** O grau de obstrução de via aérea superior pode ser avaliado quantitativamente pela RINO por meio do fluxo nasal inspiratório total e percentual de patência nasal, auxiliando no diagnóstico e acompanhamento de tratamentos clínico e cirúrgico, fazendo-se necessária correção por variáveis biológicas. A ausência de padronização na população brasileira impõe a utilização de valores de referência de estudos internacionais.

**Conclusão:** Após adeno e/ou tonsilectomia, houve evidência de aumento do FNIT em crianças e adolescentes. A classificação da patência nasal passou de obstrução muito grave no pré-operatório para patência normal após a cirurgia.

## P 037 AVALIAÇÃO OBJETIVA DE OBSTRUÇÃO NASAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Alessandro Fernandes Guimarães, Priscylla Vital Vasconcelos, Carolina da Fonseca Barbosa, Vinícius Malaquias Ramos, Carolina Maria Fontes Ferreira Nader, Cláudia Pena Galvão dos Anjos, Letícia Paiva Franco, Helena Maria Gonçalves Becker

*Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Objetivos:** comparar a eficácia diagnóstica de três diferentes métodos para determinar a obstrução nasal: rinomanometria (RINO), Espelho de Glatzel (EG) e Pico de Fluxo Inspiratório Nasal (PFIN), e avaliar a influência de variáveis biológicas sobre os métodos.

**Método:** Estudo observacional comparativo transversal realizado entre agosto/2015 e dezembro/2016, com 85 indivíduos de 8 a 13 anos, alocados em dois grupos: 46 respiradores orais e 39 respiradores nasais. Todos os indivíduos foram avaliados por RINO, EG e PFIN, de modo unicego. Os dados foram analisados por meio dos testes t de student, Qui-Quadrado e correlação de Spearman, com nível de significância de 5%. Foram elaboradas curvas ROC, analisando a relação de sensibilidade e especificidade. Utilizou-se árvore de regressão para determinar a influência das variáveis biológicas (idade, altura, peso ou gênero) sob a eficácia diagnóstica da avaliação objetiva.

**Resultados:** EG apresentou a maior área abaixo da curva (AUC) (0,805) dentre as curvas ROC e a melhor relação de sensibilidade e especificidade (63% e 85%, respectivamente), porém não houve diferença estatística significativa entre os métodos em valores absolutos ou relativos corrigidos ( $p > 0,05$ ). Respiradores nasais apresentaram médias significativamente maiores dos fluxos nasais inspiratórios obtidos nos três métodos comparados a respiradores orais ( $p \leq 0,001$ ). As correções dos valores esperados pela idade ou altura não melhoraram a capacidade diagnóstica da RINO e PFIN, porém são importantes na definição do percentual de obstrução nasal.

**Discussão:** Avaliações objetivas da patência nasal podem auxiliar no diagnóstico, na classificação da gravidade e no acompanhamento da obstrução nasal e consequente respiração oral, entretanto, padrões de normalidade ainda não estão bem estabelecidos, limitando a aplicabilidade dos métodos.

**Conclusão:** Os três métodos apresentam eficácia semelhante no diagnóstico da obstrução nasal. As variáveis biológicas não tiveram influência relevante em nenhum dos métodos.

## P 038 DADOS ESTATÍSTICOS DE PACIENTES PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATAIS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO DISTRITO FEDERAL

Tayane Oliveira Pires, Eduarda Vidal Rollemberg, Gabriela Nascimento Moraes, Diderot Rodrigues Parreira, Liliane Rodrigues Rios, Marconi Delmiro da Silva, Luciano Gazzone

*Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil*

**Objetivos:** Conhecer o perfil dos pacientes portadores de fissuras labiopalatais operados no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) - Distrito Federal de agosto de 2013 a julho de 2017.

**Método:** Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo com base na análise de prontuários de 325 pacientes atendidos pela equipe multidisciplinar de Fissurados do HRAN-DF no período de agosto de 2013 a julho de 2017. Foram analisados os seguintes dados: data da cirurgia, diagnóstico de Spina, parentesco e anomalias associadas. Estes foram armazenados em planilha Excel, posteriormente, submetidos à análise estatística. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, com protocolo 53767715.4.0000.5553.

**Resultados:** Quanto ao diagnóstico de Spina, 52,48% dos pacientes possuem fissura transforame e 27,93%, pré-forame. A mais prevalente é a transforame esquerda, presente em 21%. Com relação ao parentesco, 77,78% dos pacientes do sexo masculino não possuem parentes com fissura oral e no sexo feminino, 83,05%. Também percebe-se que a maior parte dos pacientes não possui malformação associada à fissura oral. No sexo masculino, apenas 9,36% dos pacientes apresentam malformação associada enquanto no sexo feminino, 9,74%. Em relação às cirurgias realizadas, 50% dos pacientes foram submetidos à queiloplastia e 36%, à palatoplastia.

**Discussão:** Segundo a literatura, as fissuras mais prevalentes são as labiopalatais esquerdas e 70% dos pacientes não apresentam malformações associadas. Os resultados corroboram com essas informações, pois as fissuras que prevalecem nos pacientes atendidos pelo serviço são as transforame esquerda e apenas 19% possuem malformações associadas. A queiloplastia deve ser a primeira correção cirúrgica em casos de fissura transforâmica. Por isso, ela é a mais realizada no serviço.

**Conclusão:** A realização deste disponibilizou informações importantes para a sociedade e profissionais envolvidos no tratamento e governo. Uma vez que conhecendo melhor o perfil dos pacientes com essa malformação na realidade do DF, é possível aprimorar o serviço para melhor atendê-los.

## P 042 MALOCCLUSÃO EM CRIANÇAS RESPIRADORAS ORAIS

Alessandro Fernandes Guimarães, Mariana Maciel Tinano, Joana Godinho de Almeida Neves da Silva, Vinícius Malaquias Ramos, Carolina Maria Fontes Ferreira Nader, Bernardo Quiroga Souki, Letícia Paiva Franco, Helena Maria Gonçalves Becker

*Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Objetivos:** Determinar a prevalência de maloclusão dentária em crianças respiradoras orais, bem como a sua associação com o tipo de obstrução das vias aéreas superiores.

**Método:** 1002 crianças respiradoras orais, com idade média de  $6,7 \pm 2,7$ , foram avaliadas em um centro hospitalar por uma equipe multiprofissional. A relação das arcadas dentárias no sentido vertical, sagital e transversal foi registrada e uma análise estatística univariada foi utilizada para determinar a associação entre obstrução das vias aéreas superiores (por hipertrofia das amígdalas ou dos adenoides e/ou por rinite alérgica), e as má-oclusões.

**Resultados:** A hipertrofia das amígdalas esteve presente em 41,3%, a hipertrofia das adenoides em 54,1% e a rinite alérgica em 68,1% das crianças avaliadas. As má-oclusões com mordida aberta e classe II de Angle foram encontradas em aproximadamente 30% da amostra, enquanto que a mordida cruzada posterior esteve presente em 25% das crianças. Mais da metade das crianças respiradoras orais tinham uma relação interarcadas normal no plano sagital (59,6%), vertical (52,7%) e transversal (76,1%). A análise estatística não demonstrou nenhuma associação significativa entre o tipo de obstrução respiratória e as má-oclusões dentárias.

**Discussão:** A maloclusão parece estar mais relacionada a fatores de susceptibilidade genética individual do que determinada pela respiração oral.

**Conclusão:** A prevalência da maloclusão de classe II de Angle, mordida aberta e mordida cruzada, foram maiores nas crianças respiradores orais que na população em geral. No entanto, a hipertrofia das amígdalas ou dos adenoides e/ou a rinite alérgica, não apresentaram associação com as maloclusões dentárias estudadas.

## P 043 MANDIBULAR ADVANCEMENT IN CHILDREN WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA: A REVIEW AND META-ANALYSIS.

Almiro José Machado Júnior, Henrique F. Pauna, Edilson Zancanella, Agrício Nubiato Crespo

*Faculdade de Ciências Médicas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Objectives:** The aim of this study is to perform a literature review and meta-analysis in order to evaluate published papers regarding mandibular advancement in children with OSAS.

**Methods:** We searched the PubMed and Medline databases, from January to June 2017. The keywords used were: (“sleep apnea” AND “obstructive” AND “children” AND “treatment” AND “orthodontic” AND “orthopedic” AND “mandibular advancement”) looking for manuscripts that were published up until June 2017, in English language. Resultados: The database search resulted in 68 studies. After reading all the resulting manuscripts in full by two of the authors, we selected seven studies for appraisal, and included five in the meta-analysis (only two of them have partially described randomization). The studies included a total of 110 children with OSAS. The duration of follow-up extended from six to 10.88 months among the different studies. Average age was 8,28 (range, 5.91 to 12.6).

**Discussion:** Intraoral devices for mandibular advancement have been used in adults and children as well to reposition the jaw and to increase airway space. Different of what happens among adults, this reposition is permanent among children with retrognathia, which is useful to decrease the symptoms related to OSAS.

**Conclusion:** The studies included in this meta-analysis showed a reduction in AHI and clinical improvement of OSAS symptoms. There is a large heterogeneity among the studies, which weakens statistical power of this meta-analysis. Therefore, new randomized trials are necessary to assess this issue.

## P 045 MENSURAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR INSPIRATÓRIA E EXPIRATÓRIA EM CRIANÇAS RESPIRADORAS ORAIS: UM ESTUDO PILOTO

Luiz Felipe Bartolomeu Souza, Clécia Enidia Emerique da Silva, Cristina de Freitas Nepomuceno, Jeferson Gonçalves Silva Hosken, Marina Tecia Mercedes, Leticia Paiva Franco, Patrícia Dayrell Neiva, Helena Maria Gonçalves Becker

*Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a força muscular respiratória em crianças RO que são acompanhadas no ambulatório do Respirador Oral da Universidade Federal de Minas Gerais com idades estratificadas na faixa etária 6 a 9 anos e 10 a 12 anos.

**Método:** A amostra foi composta por 20 crianças, 80% do sexo masculino e 20% do sexo feminino entre 6 e 12 anos de idade. Para mensuração da força da musculatura respiratória, foi utilizada a manovacuometria analógica. Os dados clínicos e demográficos da amostra foram descritos em valores mínimos, máximos, médias e desvio-padrão e, para se estabelecer a comparação do conjunto de medidas antropométricas com um padrão de referência, foi utilizada a escala do percentil do Z Score.

**Resultados:** A média das medidas de P<sub>lmax</sub> para as crianças da faixa etária 6-9 anos foi de  $94,61 \pm 26,65$  cm H<sub>2</sub>O e para as crianças de faixa etária de 10-12 anos foi  $107,14 \pm 47,15$  cm H<sub>2</sub>O. A média de P<sub>E</sub>max mensurada foi de  $68,33 \pm 26,91$  cm H<sub>2</sub>O para as crianças na faixa etária de 6-9 anos e  $81,66 \pm 27,86$  cm H<sub>2</sub>O na faixa etária de 10-12 anos.

**Discussão:** A estratificação da idade no presente estudo pode ter contribuído para elevar a média dos valores da força muscular respiratória global, considerando que a idade interfere positivamente no incremento das pressões respiratórias estáticas máximas.

**Conclusão:** Os resultados demonstram valores de P<sub>lmax</sub> e P<sub>E</sub>max de crianças RO superiores aos valores descritos em estudos anteriores, mesmo considerando a diversidade da faixa etária e grupos e em uma maior porcentagem de crianças do sexo masculino e eutróficos com valores de Z Score dentro da normalidade.

## P 046 O PAPEL DA DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DE MANDIBULA NA VIA AÉREA DE CRIANÇAS COM SEQUÊNCIA DE ROBIN

Amanda Lucas da Costa, Denise Manica, Claudia Schweiger, Simone Chaves Fagondes, Alessandra Locatelli Smith, Paulo Jose Cauduro Marostica, Marcus Vinicius Collares, Leo Sekine

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a variação da permeabilidade da via aérea (VA), sintomas clínicos e parâmetros polissonográficos em crianças com Sequência de Robin (SR) submetidas à Distração Osteogênica de Mandíbula (DOM).

**Método:** Estudo de coorte, prospectivo, incluindo 38 pacientes com SR avaliados pré e pós-DOM. Os pacientes tinham mediana de idade de 45 dias na inclusão e foram submetidos à avaliação clínica da disfunção respiratória (classificados conforme Cole et al. 2008), fibronasolaringoscopia (NFL) e polissonografia (PSG). As imagens endoscópicas das NFL foram classificadas de acordo com Yellon (2006) e de Sousa et al. (2003) por pesquisador cegado. Comparações entre parâmetros mensurados pré e pós-DOM foram realizados com uso de teste t de Student ou Wilcoxon pareado.

**Resultados:** Os pacientes apresentaram melhora dos parâmetros clínicos pós-DOM ( $p < 0,001$ ) e melhora significativa da obstrução de via aérea. Além disso, houve uma variação estatisticamente significativa nos índices de apneia-hipopneia ( $p < 0,001$ ), tempo de sono total, nadir de dessaturação, índice de saturação de oxigênio e índice de dessaturação ( $p < 0,05$ ). A correlação entre as graduações de Yellon e de Sousa com a escala clínica de Cole foi significativa tanto no pré quanto no pós-operatório ( $p < 0,05$ ).

**Discussão:** A DOM segue como um tratamento cirúrgico controverso na literatura. Nenhum estudo até o momento havia realizado avaliação clínica, polissonográfica e fibronasolaringoscópica em todas as crianças no pré e pós-DOM. Nenhum estudo também havia utilizado escalas específicas para mensurar a permeabilidade da via aérea. O presente estudo mostrou uma melhora significativa em todas essas avaliações. Além disso, a correlação significativa entre os sintomas e a graduação endoscópica da glossoptose mostra que as escalas disponíveis são uma ferramenta útil na avaliação desses pacientes.

**Conclusão:** A DOM parece ser uma opção cirúrgica eficaz nos pacientes com SR, como evidenciado pela melhora em todos os parâmetros avaliados nesse estudo.

## P 047 O USO DA MUSICOTERAPIA NA REABILITAÇÃO AUDITIVA EM CRIANÇAS IMPLANTADAS

Igor Ortega, Letícia Petersen Schmidt Rosito, Daniela Marques, Marina Faistauer, Rodrigo Basso Da Sois

*Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil*

**Objetivos:** Observar o efeito da musicoterapia, com o auxílio da fonoaudiologia, na reabilitação auditiva de crianças surdas.

**Método:** Foram realizados cinco atendimentos de trinta minutos. Cálculo de Tamanho da Amostra: para um poder de 80%, um erro alfa de 0,05 e uma estimativa de tamanho de efeito padronizado de ao menos  $d = 0,80$ .

**Resultados:** A musicoterapia, utilizando da improvisação musical, trouxe importantes conquistas no auxílio da reabilitação auditiva na paciente implantada atendida pela musicoterapia. Ela apresentou melhora na audição, na compreensão das palavras, no reconhecimento dos timbres dos instrumentos musicais e das músicas cantadas. Além de demonstrar muita satisfação em participar das sessões de musicoterapia, melhorando, assim, sua autoestima e qualidade de vida.

**Discussão:** A principal função da audição é a comunicação e o desenvolvimento pleno da linguagem oral. A musicoterapia tem uma abordagem terapêutica que busca o desenvolvimento e/ou restauração de funções e potenciais do indivíduo a partir do processo musicoterapêutico (Ball, 2004; Oldfield, 2006; Accordino et al., 2007). Além do tratamento, a musicoterapia é utilizada nos níveis de prevenção e reabilitação (Bruscia, 2000), podendo, assim, auxiliar no processo de desenvolvimento auditivo e aquisição da linguagem oral pós-implante coclear.

**Conclusão:** A musicoterapia demonstrou o quanto pode auxiliar crianças com implante coclear, pois é uma intervenção clínica que tem a possibilidade de focar na criatividade e possui propriedades recreativas, trazendo, assim, satisfação ao paciente por trabalhar questões emocionais, além de trabalhar a concentração que é própria de toda e qualquer atividade envolvendo música.

## P 049 PAPEL DA VISUALIZAÇÃO ENDOSCÓPICA APÓS ADENOIDECTOMIA CONVENCIONAL: PREVENÇÃO DE RESQUÍCIOS ADENOIDEANOS NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paula Bhering de Oliveira, Isabela Siqueira Guedes de Melo, Durval de Paula Chagas Neto, Stefano Tincani, Luiza Amarante Rodrigues, Gerusa Pereira Foschini

*Instituto Penido Burnier, Campinas, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a importância da inspeção nasofaríngea endoscópica no fim da adenoidectomia convencional, observando lesões de estruturas adjacentes e presença de resíduo adenoideano.

**Método:** Ensaio Clínico retrospectivo de pacientes submetidos a adenoidectomia, de janeiro de 2016 até julho de 2017, avaliados por endoscopia nasal ao final do procedimento. Calculada a frequência de lesões e presença de resíduo adenoideano no pós-operatório imediato.

**Resultados:** De um total de 77 pacientes, 36 eram do sexo feminino e 41 do sexo masculino, idade variando de 1 a 14 anos. Foi observada presença de tecido residual em 57 pacientes (74% dos casos). Com relação à idade, 76% dos pacientes entre 1-5 anos apresentaram resquícios, 70% entre 6-10 anos e 80% entre 11-14 anos. Não houve lesão de estruturas adjacentes nos indivíduos estudados.

**Discussão:** A adenoidectomia é o segundo procedimento cirúrgico mais comum da Otorrinolaringologia. Dentre as indicações estão adenoidite recorrente, obstrução nasal, disfunção da tuba auditiva e otite média secretora refratária. Observa-se que a ressecção após adenoidectomia convencional pode ser incompleta, predispondo recidivas. Avaliação endoscópica auxilia no diagnóstico e tratamento do possível resquício e permite avaliação de lesão de estruturas adjacentes. Lesões não foram observadas no presente estudo ou na literatura. Já taxas significativas de tecido adenoideano no residual foram relatadas por vários autores. As desvantagens da técnica endoscópica comparada à tradicional são a necessidade de equipamentos especiais e custos dos mesmos, além do tempo cirúrgico aumentado. Porém, acreditamos que os equipamentos estão cada vez mais disponíveis com a disseminação de cirurgias endoscópicas e o tempo cirúrgico só aumenta quando é necessário abordar o resíduo adenoideano, o que acabaria sendo uma vantagem em relação ao método tradicional.

**Conclusão:** Adenoidectomia convencional é procedimento seguro e confiável, porém existe alta taxa de resquício adenoideano no pós-operatório imediato. A técnica endoscópica possui vantagem da visão direta da nasofaringe, permitindo remoção completa dos tecidos adenoideanos.

## P 050 PERTINÊNCIA DA PROTEÇÃO DE EXPOSIÇÃO À ÁGUA APÓS MIRINGOTOMIA COM TUBOS - RESULTADOS DE ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO MULTICÊNTRICO

Joao Subtil, Ana Jardim, João Araújo, Carla Moreira, Tiago Eça, Paulo Vera Cruz, João Paço

*Nova Medical School, Lisboa, Portugal*

**Objetivos:** A miringotomia com implantação de tubo é a cirurgia otológica mais comum. A complicação mais frequente é a otorreia, e a maioria dos cirurgiões indica proteção de exposição à água, embora alguns estudos tenham questionado a utilidade destes cuidados. Queremos comparar a incidência de otorreia em dois grupos randomizados com e sem cuidados de proteção de água prescritos após cirurgia.

**Método:** Estudo prospectivo multicêntrico randomizado. Foram incluídas 258 crianças, entre 2 e 10 anos, cumprindo os critérios de inclusão, operadas de miringotomia bilateral com colocação de tubos, por otite média crônica com derrame durante pelo menos 6 meses. A exposição à água sem proteção (durante o banho ou a natação) foi considerada o evento de exposição e a incidência de otorreia o resultado primário. O SPSS 23 foi utilizado para análise estatística, com  $p < 0,05$  para significância.

**Resultados:** Das 258 crianças, 52% foram randomizadas no grupo com proteção de água, enquanto 48% no sem proteção. 36 foram depois excluídos, 18 de cada grupo. Dos que usavam proteção, 33,6% tinham pelo menos um episódio de otorreia, enquanto, entre os que não usavam, 22,6% tinham pelo menos um episódio, mas sem diferença estatística ( $p = 0,08$ ). Apenas 29,2% (7) dos episódios de otorreia no grupo sem proteção, e 21,1% (8) dos com proteção, tiveram relação temporal com a exposição a água (sem diferença,  $p=0,58$ ). Respectivamente 50% (12), e 53% (21) apresentavam contexto de infecção respiratória alta durante o episódio de otorreia (igualmente sem diferença,  $p = 1$ ). A infecção das vias aéreas superiores não se correlacionou com episódios de otorreia ( $p= 0,62$ ).

**Discussão:** É um estudo com resultados alinhados com estudos anteriores, mas comparativamente mais robusto, sem confundidores, e com uma população representativa.

**Conclusão:** Não encontramos diferença na incidência de otorreia com prescrição ou não de cuidados de proteção contra a água em crianças com tubos transtimpânicos.

## P 051 PREVALÊNCIA DE APÊNDICES PRÉ-AURICULARES EM RECÉM-NASCIDOS E RESULTADOS NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Fabiana Caldini Pissini, Sulene Pirana, Marcela de Oliveira, Allan Bonani

*Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a resposta auditiva em recém-nascidos (RN) sem indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA) e com apêndices pré-auriculares isolados (uni ou bilaterais) quanto a: prevalência de RN com apêndices pré-auriculares, respostas de reflexo cócleo-palpebral (RCP), características das emissões otoacústicas (EOA), características do potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) e a incidência dessa causuística que apresente perda auditiva.

**Método:** Foram avaliados 906 nascidos vivos entre julho/2015 e dezembro/2016. Entre eles, 838 não tiveram IRDA e apenas 10 destes apresentaram apêndices pré-auriculares. Os pacientes foram avaliados durante a triagem auditiva neonatal (TANU), por anamnese, exame otorrinolaringológico, EOA, RCP e PEATE.

**Resultados:** A prevalência de apêndices pré-auriculares foi de 1,1%. Todos apresentaram RCP presente, passaram pelas OAE e o PEATE apresentou resposta eletrofisiológica dentro dos padrões de normalidade em todos os pacientes estudados.

**Discussão:** Embriologicamente, a origem da orelha externa é diferente da orelha média e interna. Isso faz com que uma deformidade da orelha externa não corresponda, necessariamente, a uma deformidade na orelha média ou interna.

**Conclusão:** Não houve correlação entre perda auditiva e a presença de apêndices pré-auriculares isoladamente.

## P 053 PREVALÊNCIA DE NEGATIVOS NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL NO HOSPITAL MATERNIDADE REFERÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO MATO GROSSO DO SUL

Brenda Barzotto Arnold, Murilo Higa Cimatti de Andrade Kratz, Marize Teixeira Vitória, Salvador Dias Vieira Neto, Thays Sousa Nogueira Rodrigues, Elisabete Castelon Konkiewitz, Tabea Cristina Janzen Geraldo De Souza

*Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de falha na Triagem Auditiva Neonatal (TAN) em uma cidade do interior do MS, em 2013.

**Método:** Estudo transversal no qual foram analisados resultados da TAN em 229 crianças abaixo de 10 meses de idade, no hospital-maternidade referência de Rio Brillhante/MS, de abril a novembro de 2013. Os bebês foram avaliados por Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes.

**Resultados:** Foram avaliados 111 meninas e 118 meninos, nascidos entre setembro de 2012 e outubro de 2013, com idade de 3 a 283 dias. 72 crianças nasceram a termo, 7 foram prematuras e 50 tiveram idade gestacional não informada, 9 crianças tiveram baixo peso (<2500 g) e uma muito baixo peso (<1500 g). 84 nasceram de partos normais e 140 de cesáreas, 5 não informados. Três crianças foram internadas em UTI neonatal. O apgar 1' teve média de 8,21 (apenas uma criança com valor 4). O apgar 5' teve média 9,37. 9 crianças mostraram falha bilateral na TAN (3 devido cerúmen), 6 na orelha direita (3 por cerúmen) e 6 na esquerda (3 por cerúmen). Quatro crianças apresentaram fatores de risco: uma teve apgar 1' de 0-4 e UTI neonatal', duas UTI neonatal, uma com peso <1500g – sendo que apenas duas delas apresentaram falha na TAN.

**Discussão:** Do total de 229, 203 crianças passaram pela TAN antes dos 3 meses de idade, conforme recomendado pelo *Joint Committee on Infant Hearing*. Observa-se que, mesmo com toda a divulgação do exame precoce, ainda há um atraso importante na avaliação de várias crianças. As 12 crianças que falharam (excluindo-se devido ao cerúmen) aproximam-se dos 4% de falha estimada na TAN pela literatura.

**Conclusão:** Esses dados ressaltam a importância do TAN como teste universal de rastreamento precoce.

## P 054 PROTEÇÃO AURICULAR À ÁGUA EM PACIENTES COM TUBO DE VENTILAÇÃO EM MEMBRANA TIMPÂNICA: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO

Marcel Menon Miyake, Daniela Akemi Tateno, Natália Cançado, Michelle Menon Miyake, Stefano Tincani, Osmar Mesquita de Sousa Neto

*Instituto Penido Burnier, Campinas, SP, Brasil*

**Objetivos:** Analisar a diferença entre episódios e incidência de otorreia entre pacientes que protegem ou não protegem a orelha quando expostos à água no pós-operatório da colocação de tubo de ventilação.

**Método:** Ensaio clínico controlado, aberto e randomizado. Foram incluídos 80 pacientes submetidos à timpanostomia para colocação de tubo de ventilação uni ou bilateralmente que foram divididos em dois grupos: proteção e não proteção auricular à água durante o banho e atividades aquáticas.

**Resultados:** No primeiro mês pós-operatório, o Grupo Não Proteção apresentou um aumento significativo tanto no número de pacientes com otorreia quanto na incidência. Quatro pacientes do Grupo Proteção (11%) apresentaram ao menos 1 episódio de otorreia neste período, representando uma incidência de 0,11 (0,32, desvio padrão) episódios/mês, enquanto no Grupo Não Proteção houve 12 episódios (33%)( $p = 0,045$ ) e incidência de 0,33 (0,48, desvio padrão) ( $p = 0,02$ ). Entre o 2º e o 13º mês pós-operatórios, não houve diferença entre os grupos. Sete pacientes do Grupo Proteção (20%) apresentaram ao menos 1 episódio de otorreia, representando uma incidência de 0,04 (0,09, desvio padrão) episódios/mês, enquanto no Grupo Não Proteção houve 7 episódios (22%)( $p = 0,8$ ) e incidência de 0,05 (0,1, desvio padrão) ( $p = 0,8$ ).

**Discussão:** A otorreia é uma complicação comum no pós-operatório da colocação de tubo de ventilação na membrana timpânica, podendo ser, teoricamente, associada à entrada de água e patógenos através do orifício do tubo. Por isso, estes pacientes habitualmente realizam proteção auricular durante o banho e são privados de executar atividades aquáticas. Entretanto, estudos internacionais demonstraram que a incidência de infecção nestes pacientes é semelhante àqueles que não realizam a proteção.

**Conclusão:** Pacientes que realizaram a proteção auricular quando expostos à água apresentaram menor incidência de otorreia no primeiro mês pós-operatório do que aqueles que não realizaram a proteção. A partir do segundo mês, não houve diferença entre os grupos, podendo então ser dispensada.

## P 056 SAOS: PERFIL CLÍNICO E POLISSONOGRÁFICO NA INFÂNCIA

Camila Oliveira Rego, Davi Sandes Sobral

*Hospital Santo Antônio, Salvador, BA, Brasil*

**Objetivos:** Organizar sistematicamente os dados de polissonografias e questionários pré-exame, analisando em conjunto, interpretando e discutindo com a literatura médica atual.

**Método:** Foi realizado um estudo retrospectivo, do tipo transversal, no qual foram coletados dados de 126 polissonografias e questionários de crianças de 2 a 17 anos, como, idade, sexo, peso, ronco, sono agitado, IMC, e os parâmetros polissonográficos mais relevantes ora tabulados, descritos e analisados, apresentados como tabelas e gráficos de forma descritiva.

**Resultados:** Após análise de todas as características, sexo masculino correspondeu a 61,3% dos casos. A média da idade foi de  $7,03 \pm 3,51$  anos. De todas as crianças, 86,5% apresentaram ronco durante o exame. Em relação ao comportamento no sono, 69% das crianças apresentaram sono agitado. Em relação aos dados polissonográficos, a média da eficiência sono representou  $90,9\% \pm 0,06$ . Em relação ao IAH, a média representou  $5,87 \pm 4,40$ .

**Discussão:** Foram avaliadas 126 crianças, atendidas por apresentarem distúrbios respiratórios do sono, com diagnóstico por polissonografia e índice IAH  $> 1,4$ . Após a análise, não houve diferença estatística na incidência entre os sexos, sendo 52,4% de meninos. A média da idade foi de 7,03, diferente dos dados da literatura, apontando para predominância de pré-escolares. Pelo IMC foi possível concluir que a obesidade é fator de risco significativo para a SAOS em crianças. O ronco foi o sintoma mais frequente, representando 86,4% do total, apontando como preditor clínico mais importante para o diagnóstico de SAOS em crianças. Em relação ao índice de IAH, apenas 2 crianças apresentaram a forma grave da SAOS. Das 126 crianças, 87 delas avaliadas por seus pais ou responsáveis, tiveram seu sono caracterizado como agitado.

**Conclusão:** A SAOS é uma causa muito e grave de doenças cardiovasculares, neurocognitivas e comportamentais. A prevalência de SAOS nas crianças está em progressão, e se mal assistida, com consequências graves aos indivíduos afetados, famílias e a sociedade.

## P 057 TRAQUEOSTOMIA NA INFÂNCIA: 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO

Camila Figueiredo Bruno, Carolina Sponchiado Miura, Danilo Rodrigues Cavalcante Leite, Aline Pires Barbosa, Fabiana Cardoso Pereira Valera

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar as principais indicações, idade no momento da cirurgia, diagnósticos associados e taxa de mortalidade em pacientes pediátricos submetidos à traqueostomia no período de 2012 a 2017 no HCRP.

**Método:** Análise de prontuários médicos dos pacientes pediátricos submetidos à traqueostomia no HCRP no período de 2012 a 2017.

**Resultados:** 111 pacientes foram traqueostomizados pela equipe de Otorrinolaringologia Pediátrica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto no período de 2012 a 2017. Em relação à idade no momento da traqueostomia, 41% dos pacientes eram menores de 6 meses, 30% tinham entre 6 meses e 2 anos e 29% eram maiores de 2 anos. A indicação mais comum foi desconforto respiratório (46%), seguida por falhas de extubação (36%). Os diagnósticos associados mais comuns foram as alterações neurológicas (32%) seguidas pelas malformações cardíacas (21%). 15% dos pacientes haviam sido submetidos à cirurgia cardíaca previamente. 68% dos pacientes estavam intubados antes da traqueostomia. A mortalidade após a traqueostomia foi de 40%. Nenhum caso de morte foi relacionado diretamente ao procedimento.

**Discussão:** Nos últimos 40 anos as indicações de traqueostomia em crianças mudaram. Com a melhora nos cuidados nos centros de terapia intensiva pediátrica e avanços da Medicina, a sobrevida de crianças prematuras e com malformações congênitas graves tem aumentado. Muitos desses pacientes apresentam problemas ventilatórios e necessitam de traqueostomia. Essa é a realidade do nosso hospital, onde há um grande fluxo de pacientes com doenças complexas e graves.

**Conclusão:** A traqueostomia em crianças é um procedimento relativamente comum no nosso hospital, principalmente entre as menores de 6 meses. A principal indicação tem sido o desconforto respiratório e as falhas de extubação. A alta taxa de mortalidade em crianças traqueostomizadas encontrada nessa revisão reflete a gravidade dos pacientes que necessitam desse procedimento em um hospital terciário.

## P 059 ANÁLISE DA PONTUAÇÃO NO SCORE DE LUND-MACKAY EM PACIENTES COM RINOSSINUSITE CRÔNICA SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO - UM ESTUDO PILOTO

Eveline Tasca Rodrigues, Júlia Rodrigues Marcondes Dutra, Edna Patricia Charry Ramírez, Gustavo Felix, Camila de Albuquerque Marques, José Maria de Mendonça Neto, Maria Eugênia Predruzzi Dalmaschio, Larissa Maria Alencar Xerez de Vasconcelos

*Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a pontuação no *score* de Lund-Mackay (LM) nas tomografias computadorizadas (TC) pré-operatórias de janeiro de 2013 a julho de 2017 no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Niterói.

**Método:** Estudo descritivo observacional. Incluiu pacientes com rinossinusite crônica (RSC) submetidos à cirurgia. Foi utilizado o *score* de Lund-Mackay para avaliação das TC pré-operatórias: pontuando 0, 1 ou 2 cada seio paranasal e 0 ou 2 o complexo óstio-meatal, com escore de 0 a 28. Foram classificados em pacientes com RSC sem polipose e com polipose. A análise estatística foi feita com o *software* SPSS 21.

**Resultados:** Foram incluídos 31 pacientes. Destes, 61,3% (n = 19) do sexo masculino e 12 do sexo feminino. A pontuação média foi 11,43 pontos (desvio padrão de 7,11). O seio maxilar esquerdo o mais acometido (80%). O seio esfenoidal esquerdo o de menor prevalência (38,7%). Observou-se fístula de seio frontal com fossa craniana anterior em 3 exames. Cinco pacientes (16,12%) tinham RSC sem polipose e os 26 restantes, com polipose.

**Discussão:** As RSC são um conjunto de entidades, com fisiopatologias e fatores de risco distintos. Para avaliação objetiva destas, o escore tomográfico de LM modificado é o mais utilizado. Estudos recentes têm mostrado associação entre este e os sintomas em RSC com ou sem polipose. Outros autores encontraram relação apenas no grupo com polipose. Nosso estudo tem limitações: grupo de estudo pequeno, não foi investigada associação entre o escore de LM e os subgrupos de RSC, não investigada qualidade vida nem escore endoscopia.

**Conclusão:** Este estudo apresenta o *score* de LM como ferramenta importante na avaliação pré-operatória da RSC, porém com limitações. A pontuação média encontrada tem correlação com a prevalência em estudos extensos. Um estudo com maior amostra, correlacionando escore de qualidade de vida, resultado de histopatológico e escore tomográfico neste hospital, está sendo conduzido.

## **P 060 ANÁLISE RETROSPECTIVA DE COMPARAÇÃO ENTRE MÉTODOS SUBJETIVOS E OBJETIVO NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS FUNCIONAIS NASAIS A LONGO PRAZO**

Godofredo Campos Borges, José Jarjura Jorge Junior, Nathalia Tenorio Fazani, Gabriella Macedo Barros, Fabrício Parra Brito de Oliveira, Ricardo Cassago Filho, Fracis Lino Vidotto

*Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** O objetivo dessa análise foi comparar, através de um estudo retrospectivo, os métodos subjetivos com o método objetivo de avaliação da função nasal nos pacientes submetidos a cirurgias funcionais nasais.

**Método:** Foram analisados os prontuários de pacientes submetidos a cirurgias nasais funcionais no Hospital Santa Lucinda da PUCSP, através de métodos subjetivos (EVA e NIS) e objetivo (*Peak Flow Nasal* Inspiratório) em quatro momentos: pré-operatório, pós-operatório inicial (35 a 45 dias – Pós1) e pós-operatório intermediário (6 meses – Pós2). Foi correlacionada a eficácia destes.

**Método:** Com o pós-operatório de longo prazo (12 a 18 meses – Pós3).

**Resultados:** Comparando o pré-operatório com o pós-operatório tardio (12 a 18 meses), revelando uma melhora de 21,1% na escala NIS, 42,9% na escala EVA, e 50,8% no método *Peak Flow*. Já na comparação entre os dois primeiros pós-operatórios (imediate e intermediário) em relação ao tardio, houve uma piora de 0,5 e 7,8% no *Peak Flow*, 44,8% e 50,3% na escala NIS, e 34,4% e 53,3% na escala EVA, respectivamente.

**Discussão:** Os métodos subjetivos (NIS – *Nasal Index Score*, e EVA – Escala Visual Analógica) e objetivo (*Peak Flow*) apresentaram neste estudo resultados sinérgicos quanto à melhora ou piora do paciente, sugerindo uma concordância na avaliação qualitativa do pós-operatório. Esses resultados estão em concordância com a literatura pesquisada.

**Conclusão:** As cirurgias funcionais nasais demonstraram serem eficazes no tratamento de disfunções nasais, pois apresentaram êxito no aumento da permeabilidade nasal, alívio dos sintomas e melhora na qualidade de vida dos pacientes a curto (30 dias) e longo prazo (18 meses).

## P 061 ANÁLISE RETROSPECTIVA DO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CIRURGIAS FUNCIONAIS EM PACIENTES COM OBSTRUÇÃO NASAL CRÔNICA ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PEAK FLOW NASAL

Godofredo Campos Borges, Larissa Borges Richter Boaventura, Fabio Wainstein Silber, Gabriel Sardini Covello, Jose Jarjura Jorge Junior, Gislaine Patricia Coelho, Ruben Cruz Swensson, Mario Luiz Augustus da Silva Freitas

*Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** O trabalho visa mensurar o quanto as cirurgias funcionais nasais melhoram a qualidade de vida e a permeabilidade das vias aéreas superiores de pacientes com obstrução nasal, e se a melhora é apenas no pós-operatório inicial (30 a 45 dias), pós-operatório intermediário (6 meses) ou pós-operatório tardio (12 a 18 meses).

**Método:** O estudo utilizou de uma ferramenta objetiva e a outra subjetiva. A escala objetiva de uso será o *peak flow* nasal inspiratório, aparelho capaz de avaliar a permeabilidade das vias aéreas proximais, sendo assim capaz de mensurar o grau da obstrução nasal. Já a escala subjetiva de escolha é *Nasal Obstruction Syndrome Evaluation* (NOSEscale), questionário validado pela Academia Americana de Otorrinolaringologia.

**Resultados:** Realizada a análise de 21 pacientes, a cirurgia funcional nasal se mostrou muito benéfica, revelando uma melhora na escala NOSE de 63,1% e no *Peak Flow* de 50,8%. A escala subjetiva (NOSE) e a escala objetiva (*Peak Flow*) não apresentaram diferenças significativas entre si em nenhum dos tempos analisados. Os pacientes apresentaram regressão da melhora no pós-operatório de 12 a 18 meses, tanto na escala subjetiva como na objetiva.

**Discussão:** A obstrução nasal tem como causa etiológica uma série de afecções, as mais comuns são: rinopatia alérgica, desvio septal, hipertrofia de cornetos e polipose nasal. Sua prevalência vem crescendo nos últimos anos, tornando-se uma das queixas mais comuns, atingindo 26,7% de prevalência nas zonas urbanas. As cirurgias funcionais nasais são as mais realizadas atualmente pelos otorrinolaringologistas. A piora dos sintomas posteriormente é uma queixa frequente dos pacientes.

**Conclusão:** As cirurgias funcionais nasais, turbinectomia e septoplastia, são capazes de beneficiar o paciente com obstrução nasal grave e moderada, apresentando um benefício na qualidade de vida maior aos 6 meses de pós-operatório se comparado ao pós de 1 mês e ao pós de 12 a 18 meses.

## **P 062 ANGIOFIBROMA JUVENIL NASOFARÍNGEO: EFICÁCIA DA LIGADURA ARTERIAL NA REDUÇÃO DA PERDA SANGUÍNEA INTRAOPERATÓRIA**

Mayara Tabai, Thiago Luís Infanger Serrano, Agnaldo José Graciano, Jorge Rizzatto Paschoal, Eulalia Sakano, Carlos Takahiro Chone, Marcelo Hamilton Sampaio

*Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Objetivos:** Comparar a eficácia da ligadura arterial intraoperatória com aquela obtida com a embolização pré-operatória em pacientes com angiofibroma juvenil nasofaríngeo (JNA).

**Método:** Revisão de prontuários, utilizando-se dados obtidos de 32 pacientes com diagnóstico histopatológico de JNA entre 1993 e 2015, submetidos a 40 procedimentos cirúrgicos. 18 pacientes foram submetidos à embolização prévia, 14 deles foram submetidos à ligadura das artérias nutridoras e 8 a nenhuma intervenção sobre o suprimento arterial.

**Resultados:** O volume mediano de perda estimada em todos os procedimentos da série foi de 1670 ml, 1680 ml entre aqueles submetidos à ligadura arterial e 1440 ml entre os submetidos à embolização, sem diferença estatística entre eles. Recidiva tumoral ocorreu em 13 pacientes (32,5%), sem diferenças entre os grupos.

**Discussão:** O volume mediano de perda sanguínea observado no estudo foi semelhante aos encontrados na literatura, sendo que pacientes com JNA estágio inicial podem se beneficiar da ligadura arterial exclusiva.

**Conclusão:** A cirurgia de ressecção de JNA com ligadura do suprimento vascular arterial mostrou-se uma técnica segura e com controle de sangramento semelhante ao obtido com embolização intravascular.

## P 063 AVALIAÇÃO DA MELHORA CLÍNICA DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE RINOSSINUSITE CRÔNICA SUBMETIDOS À CIRURGIA ENDOSCÓPICA NASOSSINUSAL

Paula Kühl dos Anjos, Taise de Freitas Marcelino, Gabriela Ronchi Pittigliani, Nicole Zomer Machado

*Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão, SC, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a melhora clínica dos pacientes com diagnóstico de RSC submetidos à cirurgia endoscópica nasossinusal em um hospital de referência do sul do Brasil de janeiro de 2013 a dezembro de 2015.

**Método:** Estudo transversal. Amostra constituída por pacientes diagnosticados com RSC que foram submetidos à cirurgia endoscópica nasossinusal. Inicialmente, foi realizada revisão dos prontuários médicos e em seguida se entrou em contato com os pacientes por via telefônica e foi aplicado o instrumento *Sino-Nasal Outcome Test* (SNOT-22) e o SNOT-22 modificado pela autora, que indagava o sucesso sintomatológico após a cirurgia.

**Resultados:** Foram incluídos 82 pacientes, 63,4% portadores de RSC e 36,6% de RSC associada à polipose, com média de idade de 41,2. A principal queixa antes de realizar a cirurgia foi a obstrução nasal. O escore da média de qualidade de vida, segundo o questionário SNOT-22, foi de 7,51. Do total, 76,8% dos pacientes se sentem muito melhor após a cirurgia.

**Discussão:** Quanto ao diagnóstico, a classificação foi equivalente com a literatura mundial, que afirma que a RSC pode estar acompanhada de pólipos nasais em torno de 19-36%. Em relação à melhora de sua saúde global após a cirurgia, o presente estudo teve maiores índices de melhora que outros estudos. A cirurgia endoscópica nasossinusal mostrou-se efetiva em melhorar a qualidade de vida no pós-operatório tardio, contudo, nenhum estudo demonstrou escores semelhantes.

**Conclusão:** A cirurgia mostrou bons resultados. Observou-se uma melhora da qualidade de vida, além de um progresso sintomático satisfatório. Tendo em vista a melhora de sua saúde global após a cirurgia, o presente estudo teve altos índices.

## P 064 AVALIAÇÃO DA SOLUÇÃO DE D-PANTENOL 5% NA CICATRIZAÇÃO DA MUCOSA NASAL APÓS TURBINECTOMIA, UM ESTUDO CONTROLADO, RANDOMIZADO E DUPLO-CEGO

Ulisses Meireles Filgueiras Filho, André Luiz Monteiro Cavalcante, Cristiani Lopes Capistrano Gonçalves de Oliveira, Emídio Alves dos Santos Filho, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos, Clara Mota Randal Pompeu, Viviane Carvalho da Silva

*Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar, de forma qualitativa, o efeito do uso tópico da solução de D-pantenol 5% na cicatrização da mucosa nasal após turbinectomia inferior parcial em pacientes com obstrução nasal crônica devido hipertrofia das conchas nasais inferiores com ou sem desvio de septo, refratária ao tratamento clínico.

**Método:** Estudo randomizado, duplo-cego no qual 34 pacientes submetidos à turbinectomia inferior parcial (com cauterização apenas da cauda das conchas inferiores) foram divididos em 2 grupos (caso e controle). Todos os pacientes receberam, no pós-operatório, solução para lavagem nasal durante 30 dias. Os pacientes do grupo controle receberam solução salina (NaCl 0,9%) e os do grupo caso receberam solução de D-pantenol 5%. No 30º dia pós-operatório as conchas foram avaliadas com nasofibroscopia e classificadas em 3 estágios cicatriciais: 1-ausência de crostas ou fibrina ao longo de toda concha nasal inferior remanescente, 2-crosta ou fibrina apenas na cauda da concha, 3-crosta ou fibrina ao longo de toda concha.

**Resultados:** Dos 34 pacientes estudados, 10 foram excluídos por descontinuidade na lavagem ou infecção, totalizando 47 conchas nasais inferiores examinadas (2 por paciente), uma concha não pode ser avaliada devido a não progressão da ótica por obstrução nasal por crosta. Conchas de pacientes que usaram D-pantenol: 68,4% classificadas em estágio 1, 31,6% em estágio 2. Com uso de solução fisiológica: 55,1% estágio 1, 35,7% estágio 2 e 7,1% estágio 3. Dados sem significância estatística com o N utilizado.

**Discussão:** Estudos evidenciam que o uso tópico de D-pantenol em ferimentos aumenta a produção de fibroblastos, formando abundante tecido de granulação, acelerando a cicatrização tecidual. Tem ainda ação anti-inflamatória e umectante. Observamos, com esse estudo, tendência à cicatrização da mucosa da concha nasal inferior mais eficiente com uso da solução de D-pantenol.

**Conclusão:** Esperamos resultados com significância estatística a partir do estudo de uma maior quantidade de pacientes.

## P 065 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA RINITE ATRÓFICA OZENOSA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Marco Viegas da Matta de Souza, Bruna Gomes Pereira, Lucas Mendonça de Almeida, Maria Thereza Patury Galvão Castro, Therezita Peixoto Patury Galvão Castro

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Objetivos:** Apresentar uma revisão de literatura sobre o diagnóstico e tratamento de rinite atrófica ozenosa (RAO).

**Método:** Revisão assistemática da literatura a partir das bases Scopus, MEDLINE, Lilacs e SciELO, usando como descritores “ozena”, “*Klebsiella ozaenae*” e “rinite atrófica”.

**Resultados:** Foram encontrados 68 artigos, dos quais, 22 com texto completo disponível.

**Discussão:** A RAO é uma doença crônica caracterizada por secreção amarelada na fase aguda, que posteriormente evolui com crostas fétidas e atrofia do revestimento mucoso, da cartilagem e dos ossos subjacentes. É mais comum em países subdesenvolvidos e em mulheres. Apesar de esta bactéria fazer parte da flora do trato respiratório superior, ela pode causar infecções graves de difícil tratamento. O principal sintoma referido pelos pacientes é a obstrução nasal com surgimento de secreção viscosa e de crostas secas com odor fétido e nauseante. A doença é por muitas vezes confundida com rinite comum, porém a formação de crostas, consequente putrefação, comprometimento do paladar e anosmia, ajudam a elucidar o caso. Além disso, com exames de imagens, é possível detectar a atrofia da mucosa e alterações anatômicas. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, dos quais o conservador é composto por lavagem, duchas, lubrificações nasais e antibióticos tópicos e/ou sistêmicos. Ao passo que o tratamento cirúrgico é subdividido em quatro grupos de acordo com sua etiologia: diminuição do tamanho das cavidades nasais, facilitação da regeneração da mucosa nasal, aumento da lubrificação da mucosa, e melhora da vascularização da mucosa. A RAO deve ser diagnosticada precocemente para que se evitem complicações sistêmicas e/ou estéticas.

**Conclusão:** Dessa forma, é preciso que todos os profissionais da saúde tenham conhecimento das manifestações clínicas da RAO, e saibam como conduzir o caso de forma rápida, evitando-se complicações sérias e irreversíveis.

## P 066 EFEITOS DO TRATAMENTO COM OMALIZUMABE EM PACIENTES COM POLIPOSE NASAL SUBMETIDOS À CIRURGIA ENDOSCÓPICA NASOSSINUSAL

Raquel Faria Vasconcellos, Priscilla de Souza Campos dos Santos, Priscila Novaes Ferraiolo, Fabiana Chagas da Cruz, Fernando Liess Krebs Rodrigues, Thassiany Matos Carpanez, Felipe Paraguassu Demes, Shiro Tomita

*Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a evolução pós-operatória de pacientes com polipose nasal submetidos à cirurgia endoscópica nasossinusal (CENS), em vigência de tratamento com omalizumabe para asma de difícil controle.

**Método:** O estudo é uma série de casos, com levantamento de dados objetivos e subjetivos referentes ao pré e pós-operatório de quatro pacientes com idade entre 42 e 68 anos (mediana de 45,5 anos) portadores de polipose nasossinusal e asma de difícil controle, que estavam em tratamento regular com omalizumabe quando foram submetidos à CENS.

**Resultados:** Todos os pacientes apresentaram melhora objetiva da polipose nasal e da asma após tratamento cirúrgico em vigência de omalizumabe, avaliada por pontuação na escala de Lund-Kennedy e *Asthma Control Test* (ACT), e até o presente momento três pacientes apresentaram recidiva da polipose nasal, porém com melhora dos sintomas.

**Discussão:** O omalizumabe é um anticorpo monoclonal anti-IgE aprovado no tratamento de casos refratários de asma e urticária crônica, a primeira tendo grande associação com polipose nasossinusal (PNS). Estudos prospectivos evidenciaram melhora ou estabilização da PNS em pacientes que receberam omalizumabe. Um ensaio clínico randomizado mostrou redução na gravidade da recorrência de polipose em pacientes submetidos à CENS e tratados com omalizumabe e placebo. Outro ensaio clínico evidenciou melhora subjetiva, sem melhora de parâmetros objetivos em pacientes com rinossinusite crônica tratados com omalizumabe e placebo, sem CENS associada. Com o presente estudo, em concordância com outros da literatura, observa-se que o controle da PNS abrange aspectos objetivos e subjetivos que muitas vezes estão dissociados, visto que os três pacientes que apresentaram recidiva da polipose foram os que mais relataram melhora dos sintomas nasais, e o único paciente sem recidiva é o que persiste mais sintomático.

**Conclusão:** Mais estudos, de preferência ensaios clínicos randomizados controlados, são necessários para avaliar o real impacto do tratamento com omalizumabe nos indivíduos com polipose nasossinusal.

## P 067 ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO SOBRE O IMPACTO DA LAVAGEM NASAL COM SORO FISIOLÓGICO NO CONTROLE CLÍNICO DA RINITE ALÉRGICA

Anne Rosso Evangelista, Eloá Lumi Miranda, Roberta Carvalho Ximendes, Mayra Soares Ferreira, João Paulo Mangussi Costa Gomes, Fernando Oto Balieiro, Aldo Eden Cassol Stamm

*Hospital Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a eficácia da LNSF no controle clínico da RA.

**Método:** Ensaio clínico randomizado, aberto e controlado, para avaliar os efeitos da LNSF no controle clínico da RA. Foram incluídos 32 pacientes divididos de forma aleatória em 2 grupos: o primeiro fazia tratamento isolado com budesonida e o segundo com budesonida e LNSF. Avaliamos os resultados com questionários de classificação da RA, escala visual analógica e de controle da doença.

**Resultados:** Analisados 30 pacientes que completaram o tratamento e o seguimento. A nota geral da EVA antes do tratamento foi de 6,9, após o tratamento, passou para 2,8. O RCAT antes do tratamento evidenciou que 87,6% dos pacientes estavam com a RA descontrolada, após o tratamento, 90% estava com a doença devidamente controlada. Quando comparamos os grupos em relação às variáveis de medida do desfecho, não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos.

**Discussão:** Depois de realizados os 30 dias de tratamento com budesonida com ou sem LNSF, a classificação da RA mudou. Esses achados seguem o esperado. Quando comparados os grupos intervenção e controle, não houve diferenças estatisticamente significantes. Esse achado é contrário ao demonstrado por alguns autores. Em duas metanálises avaliadas, a LNSF combinada com corticoides tópicos foram superiores ao corticoide tópico isolado. Talvez a justificativa para a diferença encontrada esteja na adesão dos pacientes ao tratamento prescrito. Não se pode dizer que esta seja uma desvantagem do presente trabalho. Sendo considerado um estudo de efetividade, os resultados aqui apresentados provavelmente refletem muito mais a prática diária. Talvez mais orientação e conscientização dos pacientes no momento da prescrição da LNSF pudesse aumentar a adesão ao tratamento e alterar os resultados finais, mas não seria esse o objetivo do presente estudo.

**Conclusão:** A LNSF não acrescentou benefícios ao controle clínico da RA, de acordo com as variáveis consideradas.

## P 069 ESTUDO TOMOGRÁFICO DO RECESSO DO SEIO FRONTAL E SUA VIA DE DRENAGEM, UTILIZANDO O SOFTWARE OSIRIX® PARA RECONSTRUÇÃO MULTIPLANAR

Roberta Carvalho Ximendes, João Paulo Mangussi Costa Gomes, Eloá Lumi Miranda, Mayra Soares Ferreira, Anne Rosso Evangelista, Raimar Weber, Aldo Eden Cassol Stamm

*Hospital Professor Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Estudar a anatomia tomográfica do seio frontal (SF) e sua via de drenagem, utilizando o *software* OsiriX® e tendo como referência principal o *Agger Nasi* (AN), as células frontoetmoidais e frontobulbares.

**Método:** Estudo descritivo, transversal, baseado na avaliação de 30 tomografias computadorizadas dos seios paranasais. A avaliação foi realizada por dois otorrinolaringologistas com auxílio do *software* OsiriX®.

**Resultados:** O SF e o AN pneumatizado estiveram presentes em 100% dos casos. A drenagem deste seio em relação ao AN, no plano sagital, foi posterior em 71,7%; no plano coronal, esta drenagem foi medial em 65% dos casos. As células etmoidais que pneumatizaram para o interior do SF estavam presentes em 30% dos casos. A drenagem do SF em relação a estas células foi posterior em 77,8%; no plano coronal esta drenagem foi medial em 55,6% dos casos e lateral em 38,8%.

**Discussão:** No presente estudo, o AN esteve pneumatizado em 100% das fossas nasais avaliadas, estando de acordo com o encontrado por Eweiss et al. e Ercan et al. A prevalência de células etmoidais que pneumatizam para o interior do seio frontal não é frequentemente relatada na literatura. Um dos fatores de sucesso de uma cirurgia do seio frontal é, sem dúvida, o completo entendimento da anatomia do recesso frontal. Com esse objetivo, diversos *softwares* de navegação em tomografia estão disponíveis, apesar de serem pouco conhecidos e pouco utilizados pela maioria dos otorrinolaringologistas. O estudo detalhado da anatomia do seio frontal e sua via de drenagem, como o realizado nesta pesquisa, visa auxiliar o reconhecimento dos possíveis locais de drenagem deste seio, e assim obter maior chance de sucesso cirúrgico.

**Conclusão:** A drenagem do SF, em relação ao AN, ocorreu preferencialmente posteromedial a este. A prevalência de CE que drenam para o interior do SF foi de 30%.

## P 070 NOVA CLASSIFICAÇÃO DAS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DO RECESSO DO FRONTAL

Bruno Alexandre Barbosa do Nascimento, Wilma T. Anselmo-Lima, Fabiana Cardoso Pereira Valera, Edwin Tamashiro

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Objetivos:** Apresentar uma nova classificação das células do recesso do frontal, comparando com outras já existentes.

**Método:** A nomenclatura proposta combina posicionamento, número e altura das células frontoetmoidais em relação ao óstio do frontal, de modo trinominal (APM). Quanto ao posicionamento, classificamos em anterior (A), posterior (P) ou medial (M); quanto ao número, classificamos de acordo com o número de células existentes (0, 1, 2 ou 3), quando existente alguma célula em algum dos limites, classificamos também a altura em relação ao óstio do frontal, a=abaixo e b=quando a célula mais superior ultrapassa o óstio do frontal.

**Resultados:** Esta proposta facilita a compreensão da anatomia cirúrgica do recesso, tornando mais simples e didática em relação às outras classificações. Por exemplo, as células frontoetmoidais anteriores, segundo Kuhn, nomeadas de 1 a 4, não estabelece uma sequência lógica do número de células ou da altura das células em relação ao óstio.

**Discussão:** Esta nomenclatura proposta facilita a compreensão desta variável anatomia, auxiliando o entendimento cirúrgico desta região. Esta classificação é mais simples e didática em relação às outras classificações existentes, pois combina posicionamento, número e altura das células frontoetmoidais em relação ao óstio do seio frontal.

**Conclusão:** A utilização deste sistema de classificação das células do recesso do frontal facilita a compreensão anatômica desta região, auxiliando um melhor planejamento cirúrgico.

## P 071 O GÊNERO PODE INFLUENCIAR NO ESCORE DA ESCALA ANÁLOGO-VISUAL EM PACIENTES COM RINOSSINUSITE CRÔNICA?

Renan Goncalves Bessa, Priscila Novaes Ferraiolo, Fabiana Chagas da Cruz, Shiro Tomita, Livia Pereira de Souza

*Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Principal: Avaliar se o gênero influencia na escala análogo-visual dos pacientes portadores de rinosinusite crônica com e sem polipose. Secundário: Avaliar se a gravidade da doença influencia nessa diferença entre gêneros.

**Método:** Avaliação retrospectiva por análise dos prontuários de 34 pacientes (22 mulheres e 12 homens) com diagnóstico de rinosinusite crônica. Para avaliação da gravidade da doença, foi usada como análise subjetiva a escala análogo-visual e como objetiva a classificação de Lund-Kennedy.

**Resultados:** A média do EVA para mulheres foi 4,86 e para os homens 2,14. Já com a escala de Lunk-Kennedy, a média para mulheres foi 4,18 e para homens foi 4,25.

**Discussão:** Nesse estudo, pudemos perceber que houve diferença na avaliação subjetiva dos pacientes em relação à doença de base. As mulheres tiveram escore na EAV maior que o dobro que a avaliação dos homens. Quando avaliamos a escala de Lund-Kennedy para ambos os grupos, pudemos perceber que os grupos eram comparáveis quanto à gravidade da doença. Percebemos, portanto, que uma maior gravidade não justificaria essa diferença entre os grupos.

**Conclusão:** Nesse estudo, foi vista uma diferença entre os gêneros na EAV, não justificada pela gravidade da doença. Logo, são necessários mais estudos para avaliar se essa escala subjetiva pode ser influenciada pelo gênero.

## P 072 PERFIL ALERGÊNICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE RINITE ALÉRGICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Bruna Coelho Ellery, Mayra Coelho Bócoli, Atílio Maximino Fernandes

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil*

**Objetivos:** Descrever o perfil antigênico e epidemiológico dos pacientes atendidos com rinite alérgica no serviço de rinologia de um hospital terciário no noroeste paulista.

**Método:** Pacientes atendidos no ambulatório de rinologia que apresentavam sintomas sugestivos de rinite alérgica foram avaliados por meio do protocolo ISAAC (*International Study of Asthma and Allergy in Childhood*), exame físico e TCA.

**Resultados:** A amostra foi composta por 100 indivíduos. Destes, 59% eram do sexo feminino e 41% do sexo masculino. A média de idade foi de 29,79 anos. Doze por cento dos pacientes apresentavam asma e 4% dermatite. Apenas 2% dos pacientes eram alérgicos ao ácido acetilsalicílico. Sobre o quanto os sintomas nasais interferem na vida do pacientes, 13% responderam “em nada”, 40% “um pouco”, 21% “moderadamente” e 26% responderam “muito”. Em nosso estudo, os alérgenos mais prevalentes foram: *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Equus caballus* e *Felis domesticus*, com positividade de 40%. Seguidos por *Dermatophagoides farinae* 11%, Barata Mix 8%, Fungos 11%, *Blomia tropicalis* 18%, *Canis familiaris* 12%, *Pullus galinaceus* 13%.

**Discussão:** A positividade dos testes cutâneos de punctura foi semelhante ao encontrado em outros estudos com metodologia semelhante. O *D. pyroglyphidae* o ácaro mais prevalente. Em relação aos pelos de animais, o gato e o cavalo tiveram maior positividade.

**Conclusão:** O conhecimento de alérgenos nos diferentes perfis regionais é importante para traçar medidas de controle ambiental e orientar a imunoterapia.

## P 073 PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM RINOSSINUSITE CRÔNICA (RSC) EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Rebecca C. de L. Castro, Thais F. Vasques, Priscila Novaes Ferraiolo, Fabiana Chagas da Cruz, Thomás C. Marinho, Shiro Tomita, Priscilla de Souza Campos dos Santos

*Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de RSC de um hospital universitário.

**Método:** Estudo observacional retrospectivo por análise de amostra de 109 pacientes com RSC. Avaliou-se: sexo, idade, sintomas (cefaleia, obstrução nasal, hipo/anosmia, crises esternutatórias, dor facial, halitose, prurido nasal e rinorreia), presença de comorbidades (asma, rinite alérgica, hipertensão, diabetes mellitus, depressão, tabagismo, discinesia ciliar primária e fibrose cística) e correlação com polipose nasossinusal (PNS).

**Resultados:** Encontrou-se prevalência entre gêneros de 1,1:1 (53% mulheres e 47% homens), idade entre 9 e 86 anos, e, majoritariamente, entre 18 e 64 anos (69% dos casos). Os sintomas mais relatados foram hipo/anosmia (53%), cefaleia (39%), obstrução nasal e tosse (38%). A prevalência de PNS foi de 83%. Parte representativa dos pacientes negou halitose (54%), dor facial (54%), crises esternutatórias (59%), sintomas dispépticos (41%) e rinorreia (34%). Entre as comorbidades, destacavam-se asma (48%), HAS (45%), rinite alérgica (45%). Além disso, evidenciou-se 2 pacientes com discinesia ciliar primária e 1 com fibrose cística, que compreendem 3% do total.

**Discussão:** Em relação a gênero e idade, foram encontrados resultados concordantes com a literatura; por outro lado, a prevalência de asma em paciente com RSC foi maior comparativamente, o que pode ser explicado pela solicitação de espirometria em todos pacientes com RSC. Além disso, houve menor frequência dos sintomas cardinais, critérios diagnósticos de RSC, como dor facial e rinorreia.

**Conclusão:** A RSC é uma doença de alta prevalência, e elevado impacto na saúde, sendo a quinta maior causa de uso de antibiótico nos Estados Unidos, e com custo de aproximadamente 8 bilhões de dólares por ano. A compreensão da sua epidemiologia é fundamental para a identificação da população acometida, estudo de comorbidades, e elaboração de critérios diagnósticos, desenvolvendo-se, assim, melhores políticas de saúde pública.

## P 074 PERFIL COMPARATIVO DOS DIFERENTES ESTÁGIOS DE LESÃO NASAL EM PACIENTES COM LEISHMANIOSE MUCOSA

Laise Araujo Aires dos Santos, Tainara Soares Carvalho, Daniel Bahia Mattos, Tassia Milenna Oliveira de Souza, Clara Mônica Figueiredo Lima, Carolina Cincurá Barreto, Marcus Miranda Lessa

*Universidade Salvador, Salvador, BA, Brasil*

**Objetivos:** Realizar um comparativo dos pacientes com leishmaniose mucosa, de acordo com a gravidade da lesão em mucosa nasal, entre os pacientes com lesão cutânea e os sem lesão cutânea.

**Método:** O trabalho trata-se de um estudo observacional, utilizando a análise de prontuários em um centro de referência no Nordeste do Brasil em 20 anos. A lesão nasal foi avaliada e estadiada em pacientes com leishmaniose mucosa de acordo com os critérios propostos por Lessa et al. em 2002.

**Resultados:** Dos 436 pacientes analisados, 305 do sexo masculino e 131 do sexo feminino. A média de idade foi de 37,8 anos. Destes pacientes, somente 82 não apresentaram lesão cutânea (grupo 1) *versus* aos 359 pacientes com apresentação de lesão cutânea concomitante e/ou prévia a lesão de mucosa nasal (grupo 2). No grupo 1, 56 (68,3%) pacientes foram classificados com a presença de lesão leve a moderada e 26 (31,7%) com lesão grave. No grupo 2, 271 (75,5%) pacientes foram classificados com a presença de lesão leve a moderada e 88 (24,5%) com lesão grave.

**Discussão:** A leishmaniose tegumentar americana representa um conjunto de doenças com características clínicas, imunológicas e patológicas distintas, cuja expressão clínica depende de fatores inerentes ao parasito, da resistência natural do hospedeiro e da magnitude da resposta imunológica. Tanto na l. cutânea quanto na l. mucosa, existe uma forte resposta tipo 1, com grande produção de IFN- $\gamma$  e de TNF- $\alpha$ , que controla a multiplicação do parasita, porém há importante reação inflamatória com lesão tecidual associada. Admite-se que a propagação da doença, desde a lesão cutânea até o nariz, pode ocorrer mais comumente por via linfática e hematogênica.

**Conclusão:** É comum a associação entre o acometimento mucoso e cutâneo na leishmaniose tegumentar americana. A gravidade da lesão em mucosa nasal não teve associação com a presença de lesão cutânea.

## P 075 PERFIL COMPARATIVO DOS NÍVEIS DE TNF- $\alpha$ NOS DIFERENTES ESTÁGIOS DE LEISHMANIOSE MUCOSA

Daniel Bahia Mattos, Tainara Soares Carvalho, Tassia Milenna Oliveira de Souza, Clara Mônica Figueiredo de Lima, Carolina Cincurá Barreto, Marcus Miranda Lessa

*Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil*

**Objetivos:** Realizar um comparativo dos níveis de TNF- $\alpha$  entre os estágios iniciais versus estágios avançados da lesão mucosa em paciente com diagnóstico de leishmaniose mucosa (LM).

**Método:** O trabalho trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, utilizando a análise de prontuários em um centro de referência no Nordeste do Brasil. Em pacientes com LM, a lesão nasal foi avaliada e estadiada de acordo com os critérios propostos por Lessa et al. em 2002. Os testes para níveis de TNF- $\alpha$  foram colhidos na mesma consulta.

**Resultados:** Foram incluídos nesse estudo 50 pacientes com diagnóstico de LM, sendo que 31 (62%) pacientes apresentaram um estágio inicial (estágios I e II) e 19 (38%) pacientes apresentaram um estágio avançado (estágios IV e V) da lesão em região mucosa. A idade média dos pacientes foi de 42,9 anos. Dos pacientes, 16 (32%) eram do sexo feminino *versus* 34 (68%) do masculino. O valor do TNF- $\alpha$ , medido em pp.mL-1, globalmente apresentou uma média de 1116,24, com o valor mínimo de 0 e máximo de 5294. A média do TNF- $\alpha$  do estágio inicial foi de 1150,70 e a média do estágio avançado foi de 1060,04. O comparativo entre as médias não apresentou diferença estatisticamente significativa.

**Discussão:** Estudos anteriores estabelecem que a patogenia da leishmaniose mucosa está relacionada com a grande produção de TNF- $\alpha$ , determinando o desenvolvimento das lesões teciduais. A manutenção de altos níveis de TNF- $\alpha$  entre os estágios iniciais e avançados da doença encontrada na amostra analisada parece ser um fator determinante para o desenvolvimento de lesões mais graves nos estágios avançados da doença.

**Conclusão:** Ocorreu uma manutenção dos níveis de TNF- $\alpha$  entre os estágios mais iniciais e os estágios avançados da lesão em mucosa nasal em pacientes com leishmaniose mucosa.

## P 076 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ATRESIA DE COANA OPERADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Érica Hoppactah, Fernando Veiga Angélico Júnior, Érica Gonçalves Jeremias, Alana Ascitti Victorino, Beatriz Villano Krentz, Bárbara Renna Pavin, Priscila Bogar

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Traçar o perfil epidemiológico de pacientes com atresia de coana operados em um Hospital Público Terciário.

**Método:** Estudo horizontal retrospectivo realizado por meio da coleta de dados de pacientes com atresia de coana operados em um Hospital Público Terciário desde 2007.

**Resultados:** Foram coletados dados de 10 pacientes (6 mulheres e 4 homens). Quatro (40%) pacientes tinham atresia de coana unilateral e 6 (60%), bilateral. Os casos bilaterais tiveram diagnóstico ao nascer (na sala de parto), demorando de 7 a 35 dias para chegar à avaliação do especialista no Hospital Terciário. Todos os casos bilaterais apresentaram desconforto respiratório como sintoma principal, sendo que: um bebê chegou em ar ambiente, 1 em incubadora e 2 em intubação orotraqueal. Três tiveram associação com outras malformações. Os casos unilaterais foram diagnosticados dos 11 aos 56 anos. Todas as atresias (uni ou bilateral) tinham composição mista. Dois casos (20%) apresentaram recidiva pós-operatória, sendo os dois bilaterais.

**Discussão:** Atresia de coana congênita é uma anormalidade rara, sendo mais prevalente no sexo feminino (de acordo com a nossa casuística) e unilateral. Foi encontrada maior prevalência de diagnóstico de atresia de coana bilateral (60%), talvez por esses casos serem mais graves e então mais rapidamente direcionados ao especialista. Quanto à sua constituição, que pode ser óssea, membranosa ou mista, com maior prevalência da mista, nossos dados são compatíveis com os da literatura. A atresia de coana é muitas vezes associada a outras malformações congênitas, como encontramos em 30% dos casos.

**Conclusão:** A atresia de coana, apesar de rara, deve ser prontamente diagnosticada, por vezes na sala de parto, a fim de podermos instituir a terapêutica adequada para cada caso.

## **P 077 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM MUCOCELE ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Ana Paula Assunção Cecilio, Bárbara Renna Pavin, Fernando Veiga Angelico Junior, Alana Asciutti Victorino, Beatriz Villano Krentz, Erica Hoppactah, Jose Ronaldo de Souza Filho, Priscila Bogar

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Traçar perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um Hospital Público Terciário com diagnóstico de mucocele.

**Método:** Estudo horizontal retrospectivo realizado por meio da coleta de dados de pacientes com mucocele operados em um Hospital Público Terciário e em seguimento ambulatorial há pelo menos 6 meses.

**Resultados:** No período estudado, 34 pacientes foram diagnosticados com mucocele, sendo 55,9% do sexo feminino. A idade média obtida foi de 50 anos. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 16,5 meses. A maioria dos casos (90%) foi unilateral. A localização mais frequente é a frontoetmoidal, em 46,7% dos casos. Os sintomas oculares estão presentes em 56% dos casos e os sintomas nasais ocorrem em 26,7% dos pacientes. A etiologia mais comum é rinossinusite crônica (73,3%), seguida de trauma nasal (13,3%) e cirurgia prévia sinusal (6,7%). A cirurgia endonasal exclusiva foi realizada em 70% dos casos e por acessos combinados em 30%. A taxa de recidiva foi de 10%, com média de 28,3 meses após a primeira cirurgia.

**Discussão:** Pode acometer todos os seios paranasais, ocorrendo mais frequentemente nos seios frontal e etmoidal anterior, assim como obtido nessa casuística. Não apresentam prevalência de sexo e são menos comuns em crianças. Os distúrbios visuais são sintomas comuns, sendo mais frequentes nas mucocelas de localização frontoetmoidal. Assim como na literatura, a abordagem endoscópica endonasal foi o acesso cirúrgico de escolha.

**Conclusão:** As mucocelas são lesões císticas de revestimento epitelial com conteúdo mucoide, que apresentam crescimento lento com características expansivas e de reabsorção óssea. Os sintomas estão relacionados com a compressão ou obstrução de estruturas anatômicas ao redor dos seios paranasais. A cirurgia é o tratamento obrigatório e a via endoscópica nasal é a mais indicada por ser menos invasiva e apresentar menor morbidade.

## P 078 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM FÍSTULA LIQUÓRICA NASAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO BRASIL - RESULTADOS PRELIMINARES

Alessandro Fernandes Guimarães, Luiz Felipe Bartolomeu Souza, Flavianne Mikaelle dos Santos Silveira, Lorrane Caroline Braga Rodrigues, Isamara Simas de Oliveira, Paulo Fernando Tormin Borges Crosara, Flávio Barbosa Nunes, Roberto Eustáquio Santos Guimaraes

*Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Objetivos:** Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados e tratados com fístula liquórica nasal (FLN) em um Centro de Referência Terciário em Otorrinolaringologia.

**Método:** Realizado o levantamento dos dados epidemiológicos a partir do banco de dados do Ambulatório de Rinologia do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Para cada paciente com diagnóstico de fístula liquórica, é preenchido um protocolo de atendimento com dados sobre perfil do paciente (idade, gênero, IMC), tipo da fístula, local de acometimento, cirurgia realizada e ocorrência de recidivas.

**Resultados:** Foram listados 45 pacientes acompanhados no serviço, sendo 57% do sexo feminino e 43% do sexo masculino, idade média de 36 anos, pico de incidência com 38 anos, com IMC médio de 27 kg/m<sup>2</sup>. Foram identificadas 18 fístulas do tipo espontânea, 25 do tipo traumáticas, 2 do tipo iatrogênica. O local de acometimento mais frequente foi etmoide. Em 19 pacientes foi realizada correção cirúrgica da fístula e foram identificadas 3 recidivas.

**Discussão:** Clinicamente, o paciente com FLN pode queixar de rinorreia hialina, habitualmente unilateral, anosmia, cefaleia, vômitos e episódios de meningite. Deve-se investigar o histórico de trauma craniano, cirurgias dos seios da face ou da base do crânio. O diagnóstico de FLN é clínico-radiológico, em laboratório, pode-se realizar dosagem de beta-2 transferrina, proteína beta-trace e dosagem quantitativa de glicose no material da rinorreia. Para avaliação radiológica, está indicada tomografia computadorizada e ressonância magnética dos seios da face.

**Conclusão:** O conhecimento do perfil epidemiológico do paciente acometido pela fístula liquórica na população brasileira deve ser usado como um fator para aumentar a suspeição clínica e, com isso, direcionar a avaliação complementar do paciente com rinorreia hialina unilateral. O atraso nesse diagnóstico expõe o paciente ao risco prevenível de complicações intracranianas.

## P 079 PÓLIPOS NASAIS UNILATERAIS: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 63 CASOS

Alana Asciutti Victorino, Fernando Veiga Angélico Junior, Bárbara Renna Pavin, Beatriz Villano Krentz, Érica Hoppactah, Érica Gonçalves Jeremias, Guilherme Bonadia Bueno de Moraes, Priscila Bogar

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Traçar o perfil epidemiológico de pacientes com pólipos unilaterais operados em um Hospital Público Terciário.

**Método:** Estudo horizontal retrospectivo realizado por meio da coleta de dados dos prontuários de pacientes com pólipos nasais unilaterais submetidos à cirurgia em um Hospital Público Terciário no período de 2002 a junho de 2017.

**Resultados:** Foram analisados os prontuários de 63 pacientes, com prevalência do sexo feminino (53,9%). Dos casos analisados, 77,8% eram polipos antrocoanais, 14,2% eram etmoidocoanais e 1,58% esfenocoanais. O tempo entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico foi de 4,9 anos. Dos sintomas apresentados, o mais frequente foi obstrução nasal (100%), seguida de rinorreia (74%), hiposmia (58%), dor facial (30,2%) e epistaxe (11,1%). Houve uma pequena predominância do lado esquerdo (58,7%). Dos 63 pacientes, 62 foram submetidos à cirurgia endoscópica nasal e 1 a acesso combinado com sinusotomia via Cadwell-Luc. A principal complicação pós-cirúrgica foi sinéquia nasal (7,9%). A taxa de recidiva foi de 4,7% e ocorreu cerca de 3 anos após a primeira abordagem cirúrgica.

**Discussão:** Os sintomas mais comumente associados aos pólipos nasossinusais na literatura são obstrução nasal e rinorreia, o que pode ser observado em nossa amostra, assim como a predominância de pólipos de origem antrocoanais. A associação com atopia nasal e rinossinusite crônica na amostra também foi compatível com a literatura. Não houve diferença significativa entre os sexos. A análise da taxa de recidiva pode ter sido prejudicada pela perda de seguimento dos pacientes no pós-operatório tardio.

**Conclusão:** Os pólipos unilaterais devem ser descartados nos quadros de rinossinusite crônica unilateral e seu tratamento é, em geral, fácil, efetivo e com baixo índice de complicações.

## **P 080 RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE NASOSSINUSAL (RSCcPNS) ASSOCIADA A ASMA COM IGE ELEVADA - ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA (ABPA): UM DIAGNÓSTICO A SER DESCARTADO**

Thomás Cito Marinho, Sergio Duarte Dortas Junior, Rebecca C. de L. Castro, Thais F. Vasques, Priscila Novaes Ferraiolo, Fabiana Chagas da Cruz, Shiro Tomita, Priscilla de Souza Campos dos Santos

*Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Demonstrar associação da ABPA em pacientes com RSCcPNS e asma.

**Método:** 30 pacientes com RSCcPNS e asma foram investigados para ABPA, pelos critérios de Patterson.

**Resultados:** 20 pacientes concluíram a investigação e 2 preencheram os critérios diagnósticos de ABPA: C.F., feminino, 39a, asma de difícil controle (ADC) e RSCcPNS. IgE AF= 1,33, IgG AF= 2,28, IgE total = 4060, TC de tórax com múltiplas bronquiectasias. Após tratamento da ABPA (corticoesteróide oral 0,5mg/kg/dia) teve queda > 35% da IgE total e melhora no controle clínico da asma e da RSCcPNS. S.G., masculino, 59a, asma controlada e RSCcPNS: IgE AF positiva, IgE total= 2620, PT 10mm e TC de tórax: espessamento brônquico, bronquiectasias centrais. Devido ao controle clínico satisfatório, manteve-se conduta terapêutica habitual.

**Discussão:** A ABPA é causada por reações de hipersensibilidade aos antígenos do *Aspergillus fumigatus* (AF) em vias aéreas de pacientes com asma e fibrose cística. Tem prevalência de 1-2% globalmente, podendo chegar até 13% em ambulatórios de asma, seu diagnóstico é realizado pelos critérios de Patterson: asma, teste de puntura (PT), IgE, e IgG específicos positivo para AF, IgE total elevada (>417 IU/mL), eosinofilia, opacidades pulmonares transientes ou fixas e bronquiectasias centrais. A ABPA é subdiagnosticada, e pode causar deterioração grave da função pulmonar se não tratada. A simples sensibilização para AF (mesmo sem alterações tomográficas) em asmáticos designa um pior prognóstico da doença pulmonar, e aumenta a probabilidade de evolução para ADC. Portanto, de acordo com a teoria das vias aéreas unidas, pode influenciar negativamente no sintomas nasossinusais. Sua associação com RSCcPNS, no entanto, não é claramente estabelecida.

**Conclusão:** IgE elevada em pacientes com RSCcPNS e asma pode ser interpretada apenas como resultado dessas comorbidades, no entanto, a existência de ABPA deve ser questionada e avaliada em conjunto otorrinolaringologistas e imunologistas, haja vista um possível pior prognóstico nesses pacientes.

## P 081 USO DA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM LONGO PRAZO NA DECISÃO DE INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES COM RINOSSINUSITE CRÔNICA

Pablo Pinillos Marambaia, Hélder Macario, Manuela Garcia Lima, Amaury de Machado Gomes, Leonardo Marques Gomes, Otávio Marambaia dos Santos, Melina Pinillos Marambaia

*INOOA, Salvador, BA, Brasil*

**Objetivos:** Comparar a qualidade de vida de pacientes com rinossinusite crônica (RSC) que decidiram não se submeter à cirurgia, mesmo com indicação pelo otorrinolaringologista, com um grupo de pacientes sem indicação cirúrgica, após 4 anos.

**Método:** Realizado estudo observacional longitudinal e prospectivo, no qual foram acompanhados pacientes com RSC por, no mínimo 4 anos, desde a consulta inicial (2011 e 2012), até o ano de 2016. Todos os pacientes foram avaliados na primeira consulta e, após a confirmação de RSC (Critérios clínicos do EPOS-2012), preencheram ficha cadastral com dados demográficos, questionário *SinoNasal Outcome Test 22* (SNOT-22) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Divididos em 2 grupos: Um (estudo), que teve indicação médica de tratamento cirúrgico porém não quis se submeter ao procedimento e outro (controle), que não teve indicação cirúrgica. Os resultados foram tabulados e analisados no *software* SPSS-17.

**Resultados:** Foram analisados 42 pacientes (13 com indicação cirúrgica e 29 com indicação de tratamento medicamentoso). Em relação ao escore do SNOT-22 após 4 anos de acompanhamento, o grupo com indicação cirúrgica apresentou escore de  $42,1 \pm 16,4$  e o grupo do tratamento clínico teve média  $40,6 \pm 23,4$ .

**Discussão:** A terapia medicamentosa é o pilar do tratamento dos pacientes com RSC não complicada. Avaliou-se um grupo que não quis se submeter à cirurgia, mesmo com indicação. A comparação da QV entre os grupos não mostrou diferença estatística após 4 anos de acompanhamento ( $p = 0.84$ ). A avaliação da QV após 04 anos mostrou redução do escore do SNOT-22 em todos os pacientes. O racional seria que pacientes com indicação cirúrgica tivessem piores escores ou manutenção destes ao longo do tempo.

**Conclusão:** Não houve diferença entre o escore total do SNOT-22 quando comparados os dois grupos, após 4 anos de acompanhamento. Essa informação pode ajudar a melhorar a conduta dos pacientes com RSC.

## P 082 USO DO ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) NA ANÁLISE TARDIA DE CIRURGIA NASAL FUNCIONAL

Nathalia Tenório Fazani, Godofredo Campos Borges, José Jarjura Jorge Junior, Ricardo Cassago Filho, Francis Lino Vidotto Mantovaneli, Cassio Caldini Crespo, Felipe Ikeda, Vinicius Farias Gignon

*Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi avaliar as cirurgias funcionais nasais por meio da escala visual analógica.

**Método:** Foram avaliados 21 pacientes submetidos à cirurgia nasal no Hospital Santa Lucinda da PUC-SP no pré-operatório, pós-operatório inicial (35 a 45 dias) e pós-operatório intermediário (6 meses) e a longo prazo (12 a 18 meses).

**Resultados:** A cirurgia funcional nasal se mostrou benéfica aos pacientes, revelando uma melhora 42,9% na escala EVA. Esses resultados são fruto da comparação dos estudos do pré-operatório em relação ao pós-operatório tardio (12 a 18 meses). Dos 21 pacientes analisados, apenas 2 cursaram com piora na avaliação EVA.

**Discussão:** A avaliação da obstrução nasal a longo prazo ainda é uma dificuldade para o cirurgião otorrinolaringológico. O uso de métodos para demonstrar a evolução do quadro é de grande auxílio para os pacientes. A melhora da obstrução nasal por meio do EVA em nosso trabalho está em concomitância com a literatura analisada.

**Conclusão:** As cirurgias funcionais nasais (turbinectomia e septoplastia) demonstraram, por meio do EVA, serem eficazes no tratamento de disfunções nasais, pois apresentaram melhora da obstrução nasal a longo prazo (18 meses).

## P 083 USO DO PEAK-FLOW NASAL NA ANÁLISE TARDIA DAS CIRURGIAS FUNCIONAIS NASAIS

Godofredo Campos Borges, Luiz Eduardo Florio Junior, Fabio Wainstein Silber, Jose Jarjura Jorge Junior, Decio Gomes de Souza, Fabricio Parra Brito de Oliveira, Gilson Espinola Guedes Neto, Larissa Borges Richter Boaventura

*Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia das cirurgias nasais funcionais (septoplastia e turbinectomia) por meio do uso do *peak-flow* nasal inspiratório.

**Método:** Foram avaliados retrospectivamente 21 pacientes em quatro tempos: pré-operatório, pós-operatório de 30 dias, pós-operatório de 6 meses e pós-operatório de 12 a 18 meses submetido a cirurgias funcionais nasais no Serviço de Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Resultados:** A maioria dos pacientes estudados não passou a apresentar um *peak flow* dentro dos valores de normalidade após o ato cirúrgico, contudo, há uma melhora média de 50,8% do seu valor inicial, demonstrando grande melhora no fluxo de ar nasal. No presente estudo os pacientes apresentaram uma piora de 0,5 e 7,8% no *peak flow*, comparando os pós-operatórios imediato e intermediário, respectivamente, com tardio.

**Discussão:** Comparando os tempos do pós-operatório, houve uma piora a longo prazo (> 1 ano) em comparação com o pós-operatório inicial e intermediário. A literatura mostra dados semelhantes aos nossos em relação ao pós-operatório inicial e intermediário, contudo, existem poucos estudos comparando o pós-operatório maior que 1 ano com o pós operatório inicial (35 a 45 dias) ou intermediário (6 meses).

**Conclusão:** Os pacientes submetidos a cirurgia nasais (turbinectomia e septoplastia) em sua grande maioria evoluem com melhora no *peak-flow* inspiratório, sendo que a melhora mais expressiva é na segunda avaliação pós-operatória (6 meses).

## P 084 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS RINOPLASTIAS REALIZADAS NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL CAJURU DE CURITIBA/PR

Barbara de Paula Cioni, Anita Silva Brunel Alves, Jacqueline Oliveira de Matos, Mariana Krelling Salgado, Jemima Herrero Moreira Hirata

*Santa Casa de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** A rinoplastia vem apresentando uma demanda crescente nos dias atuais. Por esse motivo, objetivamos avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à rinoplastia em nosso serviço, a fim de identificar as características do público alvo e aprimorar nosso atendimento.

**Método:** Foram analisadas, via prontuário eletrônico, todas as rinoplastias realizadas em nosso serviço no período de janeiro de 2014 a julho de 2017.

**Resultados:** No total, foram realizadas 146 rinoplastias. Dentre elas, sete eram reoperações, sendo quatro em homem e três em mulheres. Rinoplastia fechada foi realizada em 98 pacientes, aberta em 46 e por *delivery* em dois. Das cirurgias abertas, 67,39% foram em mulheres. Houve uma proporção igual entre os sexos dos pacientes operados, 73 mulheres e 73 homens. Os extremos de idade foram de 15 e 67 anos. Estratificando por faixa etária, 21,86% (29) dos pacientes estavam entre 15 e 20 anos, 39% (57) entre 21 e 30 anos, 21,9% (32) entre 31 e 40 anos, 10,27% (15) entre 41 e 50 anos, 6,8% (10) entre 51 e 60 anos e 1,36% (2) acima de 61 anos. Dos pacientes com mais de 30 anos, 55% (33) eram do sexo masculino e 45% (27) do sexo feminino.

**Discussão:** Foi realizada o mesmo número de rinoplastia em homens e mulheres. A técnica aberta foi mais utilizada em mulheres. Do total de pacientes, 58,9% (86) apresentavam no máximo 30 anos. Mas quando analisado os pacientes com mais de 30 anos, a maioria era do sexo masculino.

**Conclusão:** Conforme demonstrado em outros estudos, a procura do sexo masculino para a cirurgia de rinoplastia está cada vez maior e há uma tendência de redução da idade dos pacientes que realizam esta cirurgia.

## P 085 RELATO DA EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE ENXERTO EM RINOPLASTIA NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL CAJURU EM CURITIBA/PR

Barbara de Paula Cioni, Anita Silva Brunel Alves, Jacqueline Oliveira de Matos, Jemima Herrero Moreira Hirata

*Santa Casa de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** As rinoplastias estão cada vez mais conservadoras, visando um nariz mais estruturado; por esse motivo, objetivamos com este estudo demonstrar a nossa experiência com o uso de enxertos em rinoplastia.

**Método:** Foram analisadas via prontuário eletrônico todas as rinoplastias realizadas no serviço no período de janeiro de 2014 a julho de 2017.

**Resultados:** Foram realizadas 146 rinoplastias. A abordagem utilizada para o acesso cirúrgico foi a técnica fechada em 98 pacientes, aberta em 46 e por *delivery* em dois. Em 70 cirurgias foi necessária a utilização de algum tipo de enxerto, inclusive em alguns casos mais de um. Das rinoplastias abertas, 65,21% necessitaram de enxerto, comparado com 38,77% das fechadas. O material utilizado na grande maioria foi retirado do septo. Nos casos que necessitaram de outro tipo de material, foi utilizada cartilagem de concha auricular em cinco cirurgias, fáschia/partes moles também em cinco e cartilagem de costela em três. O enxerto mais utilizado foi o *strut graft*, presente em 39 cirurgias. O segundo mais utilizado foi o *spreader graft*, em 35 cirurgias. Destes, 17 foram à direita, 13 à esquerda e quatro foram bilaterais. Os outros enxertos foram: enxerto de dorso (8), FDC em rádix (6), *lateral crural strut graft* (4), extensor de septo (1) e *alar batten* (1).

**Discussão:** Quase a metade (47,94%) de nossas rinoplastias necessitou do uso de enxerto. Na totalidade dos casos foi escolhido o autoenxerto, sendo retirado da cartilagem septal em 82,85%. As rinoplastias abertas necessitaram mais de enxerto quando comparadas com as fechadas.

**Conclusão:** As rinoplastias realizadas em nosso serviço encaixam-se na tendência atual de cirurgias mais conservadoras em busca de um nariz mais estruturado.

## **P 086 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM OTORRINOLARINGOLOGIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO**

Gabriel Matos, Guilherme Bonadia Bueno de Moraes, Fernando Veiga Angelico Junior, Henrique de Mello Barletta, Ana Paula Assunção Cecilio, Gabriela Carolina Nazareth Pinto, Bárbara Renna Pavin, Priscila Bogar

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar dados epidemiológicos, necessidade de internação e complicações em atendimentos de urgência/emergência de Otorrinolaringologia.

**Método:** Estudo horizontal retrospectivo realizado por meio da coleta de dados de prontuários de pacientes atendidos no serviço de Otorrinolaringologia de um Hospital Público Terciário entre janeiro de 2016 e julho de 2017, encaminhados e atendidos em caráter de urgência/emergência. Foram avaliados: idade, sexo, tempo de história, motivo do atendimento, tratamento, necessidade de internação e complicações.

**Resultados:** Foram realizadas 287 solicitações em caráter urgência/emergência. Excluídos os atendimentos não encontrados na revisão de prontuários ou não caracterizados como caráter de urgência, foram realizadas 210 avaliações. O sexo predominante foi o masculino: 126 casos (60%). A média de idade dos pacientes foi de 25,54 anos. O tempo médio da história dos pacientes, 11,55 dias, tendo sido excluídos do cálculo da média de tempo de história os pacientes que não possuíam o mesmo especificado em seus prontuários. Os motivos de atendimento foram corpos estranhos (33%), otites (19%), epistaxe (11,4%), abscessos (10,9%), traumas (10,4%), sinusites (2%) e outros (13,3%). A conduta foi: ambulatorial (87,6% dos casos) e internação (11,4%). Dos internados, houve necessidade de intervenção cirúrgica em algum momento da evolução em 75%. As complicações estiveram presentes em 29 casos (13%).

**Discussão:** Diferentemente de outros estudos, o principal motivo de atendimento nesse serviço tem sido corpos estranhos, com causas infecciosas/inflamatórias sendo a segunda mais comum. Ocorreu predominância de pacientes com faixa etária mais jovem e baixa necessidade de internação, como apresentado em estudos da literatura.

**Conclusão:** A procura por serviço de Otorrinolaringologia de urgência/emergência é bastante comum na saúde pública, sendo que a maioria dos casos são resolvidos ambulatorialmente, com baixos índices de complicação.

## **P 088 CORPOS ESTRANHOS DE NARIZ, OROFARINGE E ORELHAS RETIRADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO**

Ana Paula Assunção Cecilio, Fernando Veiga Angelico Junior, Gabriel Matos, Guilherme Bonadia Bueno de Moraes, Henrique de Mello Barletta, Erica Gonçalves Jeremias, Luis Felipe Lopes Honorato, Priscila Bogar

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Traçar perfil epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de corpo estranho, identificar as principais localizações, tipos e tratamento dispensado para cada caso.

**Método:** Estudo horizontal retrospectivo realizado por meio da coleta de dados de prontuários de pacientes com corpo estranho em nariz, orelha ou orofaringe atendidos em um Hospital Público Terciário entre janeiro de 2014 e junho de 2017.

**Resultados:** Foram analisados 157 pacientes com diagnóstico de corpo estranho, sendo 93 do sexo masculino e 64 do sexo feminino. A orelha externa foi o local mais prevalente, com 77,7% dos casos, seguida pelo nariz (21%) e orofaringe (1,3%). A maioria dos pacientes tinha de 4 a 10 anos de idade (72%). A avaliação dos tipos de corpo estranho para cada localidade mostrou 74% de inanimados no nariz, 83% na orelha e 100% na orofaringe. Encontramos corpos estranhos animados somente em orelhas (10%). A maioria dos corpos estranhos (86%) foi retirada ambulatorialmente. Apenas 14% dos pacientes necessitaram de internação hospitalar.

**Discussão:** Os resultados do estudo reforçam as evidências na literatura que mostram a presença de corpos estranhos como uma das causas mais comuns de atendimentos otorrinolaringológicos, com predominância na população pediátrica, sendo os corpos estranhos de ouvido os mais frequentes.

**Conclusão:** Os corpos estranhos têm relevante incidência e amplo espectro de sintomas em Otorrinolaringologia e o diagnóstico precoce, associado à retirada com técnica adequada, leva à resolução dos sintomas e evita complicações geradas por manipulação por médicos não treinados para tal função.

## **P 089 PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CORPO ESTRANHO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM JOÃO PESSOA-PB**

Adriano Sérgio Freire Meira, Alvaro Vitorino de Pontes Junior, Yuri Ferreira Maia, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, Adilson de Albuquerque Viana Junior, Alexandre Augusto de Brito Pereira Guimarães, Lorena Pinto de Souza Pontes

*SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com corpo estranho em Otorrinolaringologia em uma unidade de emergência de um hospital terciário em João Pessoa-PB.

**Método:** Um estudo analítico utilizando registros no setor de urgência em Otorrinolaringologia do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena da Paraíba durante seis meses. Foram utilizados dois parâmetros: sexo e corpo estranho dos tipos animado e inanimado e subdivididos em casos de Otologia, Rinologia e Faringolaringologia.

**Resultados:** Um total de 458 registros foi computado, dos quais 59% eram homens e 41% eram mulheres. As queixas otológicas prevaleceram (57,7%), as queixas faringolaringológicas ficaram em segundo lugar (29,1%) e o restante (13,2%) correspondeu às queixas rinológicas. O corpo estranho otológico inanimado foi a queixa com maior número de registros contabilizados, já corpo estranho animado na orelha e corpo estranho em garganta, respectivamente, o segundo e o terceiro do total de registros.

**Discussão:** Há um aumento progressivo no número de pacientes atendidos em emergências otorrinolaringológicas realizadas em serviços altamente complexos. Entre eles, os corpos estranhos da orelha, nariz e garganta são um dos diagnósticos mais prevalentes, e uma minoria destes corresponde a emergências, exigindo intervenção cirúrgica. A ocorrência de corpos estranhos nas cavidades nasais, orelhas e orofaringe é motivo de frequentes consultas em serviços de emergência de Otorrinolaringologia.

**Conclusão:** Os casos da corpo estranho raramente são assintomáticos e o tempo de permanência do mesmo determina a sintomatologia, devendo o manejo desses pacientes ser realizado pelo médico otorrinolaringologista e com o uso de material adequado.

## **P 090 PERFIL DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA OTORRINOLARINGOLÓGICA NUMA CIDADE DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

Nathalia Tenorio Fazani, Fabricio Parra Brito de Oliveira, Gilson Espinola Guedes Neto, Gabriella Macedo Barros, Gislaine Patricia Coelho, Larissa Borges Richter Boaventura, Luiz Eduardo Florio Junior

*Pontifícia Universidade Católica (PUC), Sorocaba, SP, Brasil*

**Objetivos:** Caracterizar o perfil dos atendimentos de urgência do serviço de Otorrinolaringologia da PUC-SP em Sorocaba-SP.

**Método:** Foi utilizado o banco de dados do serviço de urgência do Hospital Santa Lucinda no período de junho de 2016 a maio de 2017. Foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, dias e horários dos atendimentos, atendimentos de afecções inseridas no protocolo de urgências otorrinolaringológicas do hospital e fora dele, e atendimentos que necessitaram de retornos para continuidade do tratamento.

**Resultados:** Foram registrados 930 atendimentos no serviço de urgência Otorrinolaringológica com média de 77,5 atendimentos/mês, sendo 51% entre mulheres. 595 (63,97%) atendimentos foram realizados durante a semana e 335 (36,03%) durante o final de semana, sendo o período com mais consultas compreendido entre as 07 e 17 horas, com 463 (49,78%) atendimentos, seguido pelos períodos de 17 às 22 horas, com 288 (30,96%) e das 22 às 07 horas, com 179 (19,24%). Do total de atendimentos, 371 (39,8%) casos necessitaram de consulta de retorno, e 348 (37,41%) foram encaminhados ao serviço com afecções que não se enquadram no Protocolo utilizado.

**Discussão:** O perfil de atendimentos neste serviço é semelhante aos encontrados na literatura em serviços com características semelhantes. Um dado importante a ser enfatizado é uma parcela significativamente alta de atendimentos de afecções não inclusas no protocolo de urgências otorrinolaringológicas do hospital, descaracterizando o objetivo do serviço, com mais de um terço de consultas não urgentes ou que podem ser resolvidas pelo médico generalista.

**Conclusão:** Caracterizar o perfil epidemiológico de urgência em Otorrinolaringologia auxilia na criação de políticas que visem à melhoria do serviço e os ajustes nas eventuais falhas encontradas. Os dados encontrados reforçam a necessidade de maior divulgação do protocolo da especialidade empregado no município, bem como atualização das equipes médicas responsáveis pela porta de entrada do serviço, visando reduzir transtornos aos pacientes e redução de custos aos cofres públicos na otimização do atendimento.

## **P 091 PROFILE OF PATIENTS IN URGENCY / EMERGENCY DEPARTMENT IN A PRIVATE HOSPITAL IN SÃO PAULO, BRAZIL**

Fernanda Regina Borges Gonçalves, Tamara Gambogi Araújo, Renata Izabela Martins de Miranda, Pablo Alves Auad Moreira, Camila Figueiredo Bruno, Marina Silva da Fonsêca, Rodrigo da Silva Bellumat

*Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Objectives:** To evaluate the most prevalent diagnoses and profile (sex and age) of patients treated by otolaryngologists in the urgency/ emergency.

**Methods:** Retrospective study based on the Data collection made from electronic medical records (EMR) of medical consultations made on working days (9 a.m. to 6 p.m.), from October 2015 to March 2016 at the Hospital “Beneficência Portuguesa de São Paulo” by otolaryngologists.

**Results:** 1315 medical records were analyzed. The prevalence of sex and age were: 61.4% of patients were female, 42.5% were aged between 26-45 years. When divided by subspecialty, we observed that 49.3% of the diagnoses were in Rhinology, 34.1% in pharyngolaryngeal-stomatology and 16.6% in Otology. The most frequent diagnoses were acute rhinosinusitis (24.8%), tonsillitis (22.4%) and pharyngitis (15%). Among the diagnoses which involved medical procedures, there was a predominance of epistaxis (3.4%), followed by peritonsillar abscess (1.6%) and nasal fracture (1.4%).

**Discussion:** The attendants must respect the agility necessary before the character of urgency or emergency and be adapted to the age group of who is being assisted by the specialist. It is noticed that a minority of the attendances corresponds to emergencies. Among these emergencies, a small portion requires immediate surgical intervention. Rhinology is the subspecialty that saw the largest number of diagnoses, however it is not always the area of predominance of other services.

**Conclusion:** The reality of this service also shows that the three most common diagnoses involved infectious / inflammatory diseases characterized by common disorders and low morbidity and mortality, in addition to a low prevalence of cases requiring surgical intervention.

## **P 092 RELATO DE EXPERIÊNCIA: PERCEPÇÕES DE ESTAGIÁRIOS DO ESTÁGIO MÉDICO OBSERVADOR DENTRO DA ESPECIALIDADE OTORRINOLARINGOLOGIA**

Fernando Monteiro Mesquita, João Pedro Nunes Aquime, Karlene Thayane Barros da Silva, Leonardo Mendes Acatauassú Nunes

*CESUPA, Belém, PA, Brasil*

**Objetivos:** Descrever a experiência de acadêmicos do CESUPA após realização de um estágio no ambulatório de Otorrinolaringologia no CEMEC.

**Método:** O presente estudo trata-se de um relato de experiência. O estágio ocorreu no CEMEC/CESUPA na especialidade Otorrinolaringologia, no período de agosto a dezembro de 2015, com duração de 4 horas semanais, e consistia no atendimento de pacientes agendados para a especialidade com posterior discussão dos casos clínicos. Todas as atividades eram supervisionadas pela especialista na área.

**Resultados:** A experiência adquirida nessa especialidade é de válida importância na vivência teórico-prática durante o período acadêmico de Medicina e certamente durante a futura vida médica.

**Discussão:** Os pacientes eram atendidos por um estagiário, o qual era responsável pela anamnese e realização do exame físico geral. Posteriormente, a história era repassada para o preceptor e aos participantes do estágio, havendo discussões clínicas a respeito dos sinais e sintomas do paciente. Em seguida, cada estagiário realizava o exame físico específico e avaliação dos exames complementares, finalizando com a discussão do tratamento. Dessa forma, foi possível ter mais contato com a semiologia otorrinolaringológica, que, assim como as demais especialidades médicas, não possui aprofundamento no decorrer do curso de Medicina, levando ao médico generalista ter pouca experiência nessa área. Algo proveitoso durante o estágio foi a discussão semanal, proporcionada pelo preceptor, de assuntos específicos da Otorrinolaringologia, como o estudo da anatomia da cabeça e pescoço, avaliação de exames específicos (a exemplo da avaliação da audiometria), das afecções mais prevalentes e seus tratamentos.

**Conclusão:** O Estágio Médico Observador (EMOB) abrange várias especialidades médicas, sendo a escolhida a Otorrinolaringologia. Dessa forma, o EMOB propicia o acesso a diversas áreas médicas pouco exploradas no currículo do curso. Portanto, a participação é de grande valia para adquirir conhecimentos específicos e vivenciar a especialidade de interesse no decorrer da graduação.

## P 093 SAÚDE AUDITIVA DO TRABALHADOR

Mauricio Gusberti, Thaise Cesca, Ricardo Mauricio Favaretto, Gabriela Soraya Martini, Rodrigo Dors Sakata, Débora Caliani de Vincenzi

*Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil*

**Objetivos:** Compreender a estrutura e a aplicação da Medicina do Trabalho em relação aos riscos e a saúde auditiva dos trabalhadores, sendo um agente facilitador entre empregado e empregador, em relação às legislações vigentes.

**Método:** Revisão bibliográfica por meio de consultas às bases de dados Google Acadêmico, Scielo, PubMed e Bireme. Foram utilizados 20 artigos, referentes à qualidade da saúde do trabalhador pela medicina ocupacional.

**Resultados:** O trabalho proporciona a dignidade da pessoa, ao mesmo tempo que promove o capitalismo e a sustentação da sociedade pela produção. No entanto, este mesmo trabalho pode ser fonte de doenças adquiridas no próprio ambiente laboral que reduzirão os limites produtivos, aumentando os custos e minimizando os atributos direcionados à vida pessoal do trabalhador.

**Discussão:** O contexto do trabalho incorre em riscos os quais devem ser combatidos em nome da saúde. Um risco iminente ao desenvolvimento laboral é a exposição a ambientes barulhentos que favorecem o surgimento de dano auditivo, muito frequente em ambientes industriais. A PAIR (Perda Auditiva Induzida por Ruído) e a PAINPSE (Perda Auditiva Induzida por Níveis de Pressão Elevados) são as principais nomenclaturas referentes à redução, parcial ou total, permanente ou não, do limiar auditivo, 25% da população trabalhadora está exposta à PAIR. Programas preventivos são importantes para a resolução destes problemas de forma a controlar adequadamente a exposição ocupacional ao ruído e agentes químicos otoagressivos.

**Conclusão:** Conclui-se que o controle adequado da exposição ocupacional ao ruído e agentes químicos otoagressivos contribuirão para a minimização dos problemas auditivos e efeitos adversos. Os PCA (Programa de Conservação Auditiva), PCMSO (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) são medidas coordenadas para gerenciamento dos riscos auditivos.

# E-Pôster: Exposição



## P 094 ABORDAGEM AMBULATORIAL DE CORPO ESTRANHO MAXILAR DE TRAJETO TRANSORBITÁRIO

Gabriel Caetani, Edio Junior Cavallaro Magalhães, Walter Sedlasek Machado, Jeová Oliveira de Araújo, Julia Gaspar de Oliveira Santos, Marcelle Cotrim Rocha, Monica Majeski dos Santos Machado

*UNIRIO, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 87 anos, independente e ativo, dá entrada na emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA - Rio de Janeiro), após queda da própria altura. Durante a queda, o idoso apresentou um trauma corto-contuso de face, com conseqüente penetração de objeto metálico por assoalho da órbita à direita e alojamento do referido corpo estranho (CE) em seio maxilar, também à direita. Devido ao trauma, o paciente evoluiu com amaurose ipsilateral, sem indicação de enucleação do globo ocular pelo serviço de Oftalmologia. Sendo assim, o serviço de Otorrinolaringologia foi chamado para avaliar a retirada do CE de seio maxilar, ponderando-se o melhor acesso e o melhor método anestésico a ser utilizado em um paciente idoso e com múltiplas comorbidades. Por fim, optou-se pela realização da sinusectomia maxilar Caldwell-Luc com anestesia local, realizada ambulatorialmente e com êxito. O CE foi retirado sem intercorrências e sem queixas por parte do paciente, que recebeu alta hospitalar com antibioticoterapia oral poucas horas depois do procedimento.

**Discussão:** O caso torna-se relevante pelo fato de o CE ter apresentado um trajeto incomum, penetrando por completo a maxila à direita e se alojando no interior do seio maxilar. A presença de CE em seio maxilar é raro, mesmo em serviços especializados na remoção de CEs, como o serviço de Otorrinolaringologia do HMSA. Além disso, é importante notar que a abordagem ambulatorial se mostrou efetiva e segura, evitando-se possíveis riscos relacionados à anestesia geral em um paciente idoso com comorbidades.

**Considerações Finais:** Demonstra-se, de tal maneira, que muitas vezes a abordagem ambulatorial pode ser uma opção eficiente e resolutive nos casos de remoção de CEs. O caso descrito teve um desfecho favorável e pode ser utilizado como opção de tratamento cirúrgico em casos futuros de CE maxilar.

## P 095 ABSCESSO DE BASE DE LÍNGUA APÓS INGESTÃO DE ESPINHA DE PEIXE

Camilla Magalhães de Almeida Ganem, Bárbara de Melo Torres Alves, Sérgio Edriane Rezende, Aline Togeiro Ferreira, Brunna Paulino Maldini Penna, Bárbara Andrade Lima, Bruno Magalhães de Pinho Tavares

*Instituto de Orl de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 60 anos, procurou atendimento médico de urgência relatando que há um mês, após ingerir peixe, com sensação de corpo estranho na base da língua, o que poderia ser uma espinha de peixe, e odinofagia. Em 3 dias evoluiu com piora, apresentando disfagia, dislalia e sialorreia. Exame físico: oroscopia sem visualização de corpo estranho, língua endurecida com dificuldade para exposição, edema de carúnculas linguais e assoalho bucal endurecido e doloroso a palpação. Videolaringoscopia de difícil exposição devido à ausência de mobilidade lingual adequada para tração, estase salivar abundante em valéculas, seios piriformes e cavidade oral, edema em base de língua impedindo visualização de valéculas e não foi visualizado corpo estranho. Iniciado o uso de ceftriaxona intramuscular, betametasona intramuscular e prednisolona oral e solicitada tomografia computadorizada (TC) de pescoço com contraste venoso. A TC evidenciava lesão no assoalho da boca com características imagiológicas compatíveis com abscesso, associado à linfonodomegalia cervical bilateral de aspecto reacional. Indicada drenagem em bloco cirúrgico em caráter de urgência. Foram drenados aproximadamente 4 mL de secreção purulenta em base de lingual e não foi visualizado corpo estranho.

**Discussão:** Os corpos estranhos respondem, em média, por 11% dos casos de emergências em Otorrinolaringologia, podendo evoluir com complicações em 22% dos casos. Corpos estranhos na parte móvel da língua são geralmente superficiais e podem ser facilmente removidos. Contudo, corpos estranhos profundos são bastante raros, frequentemente mimetizam doenças malignas e apresentam edema lingual e submental, neuralgia e equimose. A maioria não pode ser vista à radiografia (madeira, plástico, vidro, espinhas de peixe e ossos de frango). As complicações relacionadas à ingesta são a perfuração esofágica, formação de abscesso cervical e migração.

**Considerações Finais:** Abscessos podem ocorrer várias semanas após ingesta de corpo estranho. Um alto grau de suspeição conduz à realização de exames diagnósticos e conduta adequados.

## P 096 ABSCESSO PERIAMIGDALIANO GIGANTE

Carlos Eduardo Borges Rezende, Beatriz Soares de Azevedo Sardano, Tamyris Kaled El Hayek, Elaine Shizue Novalo Goto, Mayara de Cássia Benedito, José Ronaldo Souza Filho, Marina Ramos Jardim

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.Q.S., 18 anos, masculino, com odinofagia, mal-estar, dificuldade para abrir a boca e febre há 7 dias, sem melhora com tratamento com amoxicilina e nimesulida. Ao exame físico: trismo, linfonodomegalia em níveis cervicais I e II, dolorosa à palpação, desvio de linha média da orofaringe à esquerda, abaulamento de região peritonsilar com pontos de flutuação à palpação. Optou-se por internação com ceftriaxone, clindamicina, corticoterapia endovenosa e analgesia. Solicitada tomografia computadorizada cervical, com identificação de abscesso periamigdaliano extenso à esquerda e linfonodomegalia ipsilateral. Indicada drenagem cirúrgica, com remoção de 50 ml de pus, com melhora imediata. Programada amigdalectomia para após a recuperação completa do quadro infeccioso por quadro pregresso de anginas bacterianas de repetição e para evitar novo abscesso.

**Discussão:** Abscesso periamigdaliano é a infecção profunda mais comum da cabeça e pescoço em adultos jovens e é a mais frequente complicação de amigdalite estreptocócica. O diagnóstico é clínico, baseado em sintomas como febre, dor de garganta, disfagia, trismo e voz abafada. O tratamento é analgesia, antibioticoterapia e drenagem cirúrgica. As complicações são obstrução das vias aéreas, aspiração ou extensão da infecção para tecidos profundos do pescoço. O padrão ouro de tratamento é a aspiração por agulha, com punção e material para cultura, seguido de drenagem cirúrgica, dado o possível grande volume de pus e suas complicações. Como recurso diagnóstico, a tomografia computadorizada indica o local exato do abscesso. O uso de antibióticos de amplo espectro abrange a causa polibacteriana, predominando os *Streptococcus beta* hemolíticos do grupo A. O resultado da cultura pode alterar o espectro, individualizando o tratamento. Convenciona-se, após um abscesso, a realização de amigdalectomia, pois ocorre recidiva em 15% dos casos.

**Considerações Finais:** Embora relativamente comuns, os abscessos periamigdalianos podem ser extensos e complicar, devendo ser prontamente identificados e tratados.

**P 097 ADENOMA PLEOMÓRFICO DE PALATO DURO: RELATO DE CASO**

Thaise Cesca, Paulo Eduardo Przysieszny, Ricardo Maurício Favaretto, Gabriela Soraya Martini, Rodrigo Dors Sakata, Maurício Gusberti, Débora Caliani de Vincenzi

*Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.C.F.S., 23 anos, sexo masculino, queixou-se de aumento de volume em região de palato que havia crescido há algum tempo. Notou-se a presença de uma lesão arredondada, de coloração rósea, séssil, firme à palpação, com aproximadamente 5 cm, localizada na região de palato duro transição com palato mole à esquerda. Radiograficamente, as estruturas ósseas se mostraram íntegras.

**Discussão:** O adenoma pleomórfico é um tumor das glândulas salivares que apresenta elementos tanto de tecidos epiteliais quanto mesenquimais. É o tumor mais comum das glândulas salivares (45% a 75% dos casos). A glândula salivar mais acometida é a parótida. Seu aparecimento na cavidade oral é pouco frequente, e é rara sua ocorrência no palato. Ocorrem mais frequentemente na 4ª e 5ª décadas de vida, com ligeira predominância no sexo feminino. O adenoma pleomórfico é relativamente raro em crianças, comparando sua incidência com os adultos, principalmente ocorrendo no palato, sendo muito poucos os casos relatados na literatura. Diagnóstico clínico diferencial deve ser realizado das seguintes lesões: condilomatoma acuminata, carcinoma de células escamosas, papiloma oral, tumor de glândulas salivares menores, mixoma, lipoma mixoide e sarcoma de Kaposi. Após exame clínico e radiográfico, a biópsia incisional da lesão foi realizada, sendo a análise histopatológica imprescindível para a confirmação do diagnóstico. O caso foi tratado por exérese cirúrgica total da lesão, sob anestesia geral. Também foi realizada confecção de placa interoclusal para proteção pós-cirúrgica, não sendo usada por desconforto do paciente.

**Considerações Finais:** O tratamento mais recomendado, e que foi eleito para este caso, é a excisão cirúrgica com margem de segurança e retalho mucoperiosteal, seguida de remoção da lesão e irrigação com solução salina fisiológica, para remoção de remanescentes da lesão, tendo em vista a possibilidade de recorrência. No caso relatado, não houve recidiva após quatro meses de acompanhamento.

## P 098 AGLOSSIA AND MAXILLOMANDIBULAR SYNECHIAE IN A ONE-YEAR-OLD CHILD - A CASE REPORT

Cintia Vanette, Gustavo Mercuri, Tamires Ferreira Siqueira, Dândara Bernardo Siqueira, Camila Sá de Melo Campos, Silke Anna Theresa Weber, Regina Helena Garcia Martins

*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP, Brasil*

**Case Presentation:** T.G.L., one-year-old, male, needed to be tracheostomized immediately after birth because of respiratory distress. He has several abnormalities: micrognathia, microstomia, bilateral facial nerve paralysis, defects of the limbs, aglossia and attachment between palate and floor of the mouth. Nasolaryngoscopy revealed nasal cavity, rhinopharynx, oropharynx and larynx without malformations. Maxillomandibular synechiae was lysed using a Kelly clamp and after it was possible to look into the oral cavity, observing absence of tongue and cleft palate was not seen. After the surgery, the oral opening increased from none to 1,3cm.

**Discussion:** The tongue is anatomically an organ belonging to the stomatognathic system with important participation in many functions, such as taste, sucking, swallow, chewing, speech and articulation. Most cases of aglossia are associated with other manifestations, like Pierre Robin sequence (a set of craniofacial malformations, probably triggered by a mandibular hypoplasia) and Moebius syndrome (a congenital condition, which etiology is not totally understood).

**Final Considerations:** This case represents a rare condition and Pierre Robin sequence and Moebius syndrome must be considered as diagnostic hypothesis. Otorhinolaryngologists and plastic surgeons are working together to reduce this patient's limitations.

**P 099 AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO**

Mariana Mascarenhas Assis, Grasielle Souza Figueiredo, Danilo Bruno Meira Matias, Alice Karoline de Oliveira, Mariana Matos de Almeida, Anderson Castelo Branco, Nilvano Alves Andrade

*Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** G. M. S., 9 anos, com queixa de aparecimento de lesão em arcada dentária inferior há 3 meses. Associado apresentou destruição óssea à drenagem de secreção purulenta. Realizada biópsia que evidenciou ameloblastoma pleomórfico do tipo plexiforme. Submetido à mandibulectomia parcial com enxerto ósseo e placa de adaptação.

**Discussão:** O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, localmente invasivo, capaz de infiltrar-se pelos espaços medulares do osso. Radiograficamente, apresenta-se como uma lesão em aspecto de “bolha de sabão” ou “favos de mel”. Apresenta um grande potencial de recidiva, se não for completamente removido. Os ameloblastomas classificam-se em três variações: sólido ou multicístico (86% dos casos), unicístico (13% dos casos) e periférico (1% dos casos). O tratamento é cirúrgico, com remoção da lesão, variando a técnica de acordo com o subtipo: sólidos são tratados por excisões cirúrgicas radicais, com margem de segurança de 1 a 2 cm do osso normal e os ameloblastomas unicísticos tendem a ser removidos por enucleação. É importante salientar que, independentemente da técnica utilizada, é imprescindível o acompanhamento clínico-radiográfico dessas lesões, já que mais de 50% das recorrências ocorrem até 5 anos após a cirurgia.

**Considerações Finais:** O ameloblastoma é um tumor benigno localmente invasivo e com grande capacidade de recidiva. O diagnóstico precoce faz-se necessário para evitar expansão da lesão e tratamento com cirurgias mutiladoras.

## P 100 ANÁLISE DAS PRINCIPAIS COMORBIDADES EM PACIENTES ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE SONO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA (HUBFS)

Caroline Feliz Fonseca Sepeda da Silva, Pamela Fonseca Barbosa, Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa, Henderson de Almeida Cavalcante, Andre dos Santos Brandão, Erika Baptista Luiz Badarane, Felipe Xavier de Souza, Ana Larisse Gondim Barbosa

*Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Belém, PA, Brasil*

**Objetivos:** Estimar a prevalência de comorbidades entre pacientes acompanhados por distúrbios do sono relacionados ao ronco e ao comprometimento respiratório durante o sono atendidos no HUBFS.

**Método:** Realizou-se um estudo descritivo e observacional utilizando 52 prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de sono do HUBFS no período de março de 2016 até junho de 2017. Foram aplicados os questionários de Epworth, que se refere à escala de sonolência diurna, e o questionário de Berlim, utilizado no rastreamento de pacientes com síndrome da apneia obstrutiva do sono. Avaliou-se também, o Protocolo de atendimento ambulatorial de ronco e apneia desenvolvido no serviço para análise de variáveis como idade e índice de massa corpórea e antecedentes mórbidos pessoais.

**Resultados:** Dos 52 pacientes avaliados observou-se que 29 (49%) apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS), 8 (14%) mostraram-se diabéticos tipo II (DM II), 4 (7%) referiram ser portadores de cardiopatia e 18 pacientes (30%) queixaram-se de Gastrite/doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).

**Discussão:** Pela análise dos dados coletados, observou-se que a HAS se configura como a comorbidade mais prevalente entre os pacientes do ambulatório de sono. Os mecanismos que explicam tal prevalência são múltiplos e incluem a ativação do sistema nervoso simpático, inflamação sistêmica, alteração no descenso noturno, resistência à insulina e geração de estresse oxidativo desencadeado pelo aumento do esforço respiratório durante o sono.

**Conclusão:** Existem fortes evidências de que alterações no sono relacionadas ao comprometimento da função respiratória interferem de forma independente no aparecimento e na progressão da associação entre distúrbios do sono e as comorbidades mais prevalentes encontradas nesta pesquisa. Embora o diagnóstico e tratamento correto da síndrome da apneia obstrutiva do sono seja determinado pela polissonografia, a suspeita clínica deve ser levantada pela história de roncos, apneias assistidas por terceiros e sonolência diurna excessiva.

## P 102 AVALIAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA EM PACIENTE PORTADOR DE ACROMEGALIA E CONSEQUENTE SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAHOS): RELATO DE CASO

Eduardo de Araujo Silva, Francesco Prezzi, Leonardo Palma Kuhl, Denise Manica

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 60 anos, em tratamento medicamentoso para hipertensão arterial sistêmica e de transtorno do humor bipolar, internou-se no Hospital de Clínicas de Porto Alegre para investigação de acromegalia. Possuía fenótipo acromegálico típico: prognatismo, dedos “em salsicha” e inúmeros acrocórdons, sinais estes iniciados nos últimos 20 anos. Nos últimos 2 anos iniciou apresentação de macroglossia e distúrbios do sono com roncos e apneias, além de obstrução nasal noturna. Apresentava nível sérico de IGF-1 muito elevado (1017,5 ng/mL) e hiperprolactinemia leve. O diagnóstico de acromegalia foi firmado após identificação em ressonância nuclear magnética de microadenoma hipofisário (0,7 x 0,9 cm), sem sinais de invasão extra-hipofisária. O exame polissonográfico registrou índice de apneia-hipopneia (IAH) de 90/hora, diagnosticando, assim, SAHOS grave provavelmente decorrente da acromegalia. Foi encaminhado para avaliação otorrinolaringológica, apresentando na oroscopia amígdalas grau I, bilateralmente, mallampatti IV e na rinoscopia, laterorinina à esquerda, desvio caudal à esquerda e desvio septal parcialmente obstrutivo à direita. Nasofibrolaringoscopia mostrou importante flacidez de todos os tecidos de rinofaringe, colabamento concêntrico quase que completo de rinofaringe, mesmo em repouso e completo à manobra de Müller, base de língua ocupando toda valécula, além de hiperemia e edema de tecidos posteriores em laringe. Paciente iniciou uso de CPAP e segue em avaliação ambulatorial.

**Discussão:** Acromegalia é uma doença rara que pode predispor a ocorrência de SAHOS. O diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso de seu tratamento e de suas comorbidades. A descrição de características otorrinolaringológicas em acromegálicos é escassa na literatura. Todavia, a avaliação otorrinolaringológica e de medicina do sono ocupa importante papel diante de casos como o apresentado.

**Considerações Finais:** Apesar de ser um evento raro, a descrição deste caso soma evidências de achados, especialmente bucofaringológicos, em acromegálicos com queixa de distúrbios do sono, tendo importância diagnóstica e clínica para esse grupo de pacientes.

## P 103 CIRURGIA ROBÓTICA PARA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: RELATO DE CASO PARA BASE DE LÍNGUA

Victor José Timbó Gondim, Denilson Storck Fomin, Marcelo Ferreira dos Anjos,  
Dalila Araújo Mota, Émilly Cristina de Bulhões

*Universidade de Santo Amaro (UNISA)/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é o colapso completo ou parcial das vias aéreas superiores no sono, com dessaturação da oxihemoglobina. Afeta cerca de 20% da população, sendo fator de morbimortalidade e de impacto econômico. Tem etiologia e fisiopatologia multifatorial, como a obstrução por base de língua. É diagnosticada pela história clínica e polissonografia. Este trabalho objetiva relatar nove casos de ressecção de base de língua feita por cirurgia robótica. Todos apresentavam hipertrofia da base da língua. No pós-operatório, foram avaliados com polinossografia, havendo redução do IAH e dos roncos noturnos. Como complicações, houve relato de disgeusia e disfagia em 2 dos pacientes e dor em 1 deles, com ausência de sangramentos significativos.

**Discussão:** A apneia obstrutiva do sono envolve diversas topografias anatômicas, dentre elas, a hipertrofia de base de língua. Para o tratamento de tal condição, há algumas opções disponíveis, envolvendo desde tratamentos clínicos a intervenções cirúrgicas. A SAOS por obstrução retrolingual é um desafio cirúrgico. Técnicas minimamente invasivas mostram-se viáveis. A cirurgia robótica é uma opção, relatada em diversos estudos mundiais. Há poucos casos descritos por via aberta e associados a complicações importantes, bem como técnicas minimamente invasivas (como radiofrequência e laser) Apesar do alto custo, o uso do robô tem tempo cirúrgico comparável com as técnicas acima, porém com menor morbimortalidade perioperatória, associada a importante redução do IAH.

**Considerações Finais:** A cirurgia robótica possivelmente mostra-se como uma opção promissora no tratamento da SAOS.

## P 104 CISTO NASOALVEOLAR BILATERAL

Leonardo Petrone Castro, Adriana Torres da Silva, Sérgio Edriane Rezende, Bárbara de Melo Torres Alves, Cheng T-Ping, Bruno Pestana Gomes, Fernando Jairo Araújo de Souza

*Instituto de Orl de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente 48 anos, feminina, branca, procurou atendimento com queixa de obstrução nasal bilateral há seis meses. Negava epistaxe, rinorreia e dor. Na rinoscopia anterior observou-se tumoração de aspecto cístico na porção anteroinferior das fossas nasais. Ao exame da cavidade oral, as lesões eram palpáveis na região do sulco gengivo-labial superior bilateralmente. A tomografia dos seios da face evidenciou materiais de densidades de partes moles no assoalho das fossas nasais, medindo 1,8 cm à direita e 1,5 cm à esquerda. Indicada exérese cirúrgica dos cistos em tempo único, via intraoral, com incisão de canino a canino. Foi exposta a abertura piriforme e espinha nasal anterior, seguida de dissecação e remoção das lesões, com hemostasia e sutura por planos. Utilizado vicril 4.0®. O exame anatomopatológico foi compatível com cisto nasoalveolar bilateral. Boa evolução no pós-operatório.

**Discussão:** O cisto nasoalveolar está localizado próximo à abertura piriforme. Trata-se de uma lesão geralmente unilateral (90%) e bilateral (10%). Acomete mais mulheres entre a quarta e quinta década de vida. É um cisto embrionário, não odontogênico. O cisto leva a uma deformidade facial com o apagamento do sulco nasolabial e obstrução nasal por elevação do seu assoalho. Pode haver infecção do cisto e ocorrer drenagem para cavidade oral ou para o vestibulo nasal. Dentre os exames de imagem a tomografia computadorizada é o exame de escolha. O tratamento mais indicado é o cirúrgico. A cirurgia tem como objetivo a restauração estética da face, a desobstrução nasal e a prevenção de infecções.

**Considerações Finais:** Os cistos nasoalveolares bilaterais são lesões pouco frequentes comparados aos unilaterais. A maioria apresenta-se com aumento de volume bem localizado, dor local e obstrução nasal. Dessa forma, faz-se necessário o correto diagnóstico e uma abordagem cirúrgica precisa.

**P 105 COMPARAÇÃO ENTRE A ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH E PARÂMETROS POLISSONOGRÁFICOS EM PACIENTES COM A SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO - ARTIGO DE REVISÃO.**

Daniela Vieira Martins, Gabriel Liria Juares, Flávia Caldini Pissini, Lara Emy Mukai, Fábio Tadeu Moura Lorenzetti, Rafael da Costa Monsanto, Letícia Helena de Sousa Marques

*Hospital de Otorrinolaringologia de Sorocaba (BOS), Sorocaba, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar e comparar criticamente a relação de sonolência excessiva diurna aferida pela escala de sonolência de Epworth com a presença ou ausência de SAOS, além de outros dados polissonográficos.

**Método:** Revisão sistemática da literatura.

**Resultados:** Foram incluídos seis estudos, com um total de 4258 pacientes. Quatro estudos demonstram associação entre a escala de sonolência de Epworth e o índice de apneia e hipopneia (IAH), e, dentre esses quatro estudos, dois estudos mostraram diferenças significativas entre o escore da escala de sonolência de Epworth e a severidade do SAOS. Cinco estudos (4233 pacientes) demonstraram menor saturação mínima de oxigênio no grupo com sonolência excessiva diurna em relação ao grupo de apneicos sem a queixa. Houve um aumento na eficiência do sono em pacientes com sonolência diurna excessiva, conforme os resultados de 3 estudos (3002 pacientes).

**Discussão:** A relação entre a presença de sonolência excessiva diurna e SAOS ainda é questionada, e seu mecanismo fisiopatológico é incerto. A sonolência excessiva diurna secundária à SAOS parece ser um evento independente, relacionado a hipoxemia noturna e a fragmentação do sono.

**Conclusão:** Os intervalos de confiança obtidos a partir desses estudos não fornecem segurança clínica para usar a escala de sonolência de Epworth para rastrear ou estratificar o risco de pacientes suspeitos de ter apneia do sono.

## P 106 COMPLICAÇÃO DE FARINGOPLASTIA EXPANSIVA: HIPOGEUSIA PERSISTENTE

Danielle da Silva Pedreira, Evandro Ramos Ribeiro de Oliveira, Natália Baraky Vasconcelos de Faria, Camila Freire de Vasconcellos

*Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente procurou o ambulatório com queixas de obstrução nasal crônica, insônia, sonolência diurna e roncamentos com engasgos. Ao exame físico, apresentou oroscopia com amígdalas grau II e Índice de Mallampati Modificado grau I e a endoscopia nasal, hipertrofia de cornetos inferiores, desvio septal grau II em área 2 de Cottle à direita e tecido de aspecto linfóide em *cavum*. Solicitou-se polissonografia e tomografia computadorizada de seios da face para determinação de conduta. Apresentou índice de apneia/hipopneia de 13 eventos por hora e uma saturação de O<sub>2</sub> mínima de 88%. Diante destes resultados, da anamnese e exame físico do paciente, foi proposta faringoplastia expansiva associada a septoplastia, adenotomomia e turbinectomia. Após 7 dias de pós-operatório, o paciente queixou-se de hipogusia, evoluindo com persistência, mesmo passados 6 meses da cirurgia. Realizou nova polissonografia 6 meses após o procedimento cirúrgico, apresentando parâmetros dentro da normalidade.

**Discussão:** Os distúrbios do paladar podem ser classificados em perda parcial (hipogusia), perda total (ageusia) e qualquer sensação de alteração no paladar (disgeusia). As papilas circunvaladas e a maioria das foliadas, localizadas no terço posterior da língua, são inervadas pelo ramo línguo-tonsilar do nervo glossofaríngeo e formam os botões gustativos da nasofaringe. Lesões de ramos faríngeos do nervo glossofaríngeo podem ocorrer em cirurgias da orofaringe como amigdalectomia ou uvulopalatofaringoplastia. Este nervo se encontra em estreita relação com o polo inferior amigdalino e pode ser lesionado durante a faringoplastia, provocando alterações do paladar. Na grande maioria o sintoma é transitório e só 1% refere disgeusia a longo prazo.

**Considerações Finais:** Os distúrbios do paladar persistentes após faringoplastia são complicações cirúrgicas cada vez mais frequentes na literatura. Se tratando de um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados pelo otorrinolaringologista, é de grande importância o domínio médico sobre a técnica e anatomia e esclarecimento do paciente quanto a essa possível complicação.

## P 107 DISFAGIA POR OSTEOFITOSE CERVICAL, MANEJO CLÍNICO E MELHORA NA DEGLUTIÇÃO: RELATO DE CASO

Erideise Gurgel da Costa, Thiago Emanuel Souza de Freitas, Bianca de Lucena Ferreira Lima, Mariana Sancho de Macedo, Adriana Xavier Tavares, Nathalia Anaissi Rocha Pessoa, Ana Elizabeth de Santana Carneiro Vilela

*Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 74 anos, sem comorbidades com queixa de disfagia de transferência para alimentos sólidos há 2 anos, associada a disфонia. Sintomas de ocorrência intermitente. Sua videoendoscopia da deglutição (VED) mostrou disfagia moderada para alimentos sólidos com penetração para face interna da epiglote e estreitamento cervical por protuberância retrofaríngea, sem outras alterações. Na tomografia computadorizada (TC) cervical apresentou osteófitos entre C2-C3 com compressão extrínseca esôfago-laríngea. Encaminhado à terapia fonoaudiológica da deglutição, relatou melhora considerável dos sintomas após 3 meses de terapia.

**Discussão:** A osteofitose cervical é descrita como uma causa rara de distúrbios da deglutição. Pode surgir nas espondiloses, espondilite anquilosante, doença de Forestier, entre outros. Leva à disfagia progressiva por efeito compressivo esofágico/laringo-faríngeo ou ter início súbito com curso intermitente, pela inflamação dos tecidos parafaríngeos ou edema vertebral, assim como ser associada à disфонia. É mais frequente em homens a partir dos 50 anos. O diagnóstico é de exclusão, a VED é um excelente método para avaliar disfagia. A TC, videofluoroscopia e endoscopia digestiva são importantes para afastar outras causas, e defini-la por osteofitose, assim como avaliar sua extensão. O tratamento clínico se baseia em uso de anti-inflamatórios, dieta e terapia da deglutição, podendo-se optar por cirurgia na permanência dos sintomas.

**Considerações Finais:** A osteofitose cervical, apesar de rara, deve ser considerada como diagnóstico diferencial de disfagia. A terapia da deglutição é o pilar do tratamento clínico e muitas vezes pode resolver o quadro.

## P 108 DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES COM QUEIXA DE ZUMBIDO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Fabrício Leocadio Rodrigues de Sousa, Victória Andrade Andrade, Elina Maria da Silva Enríquez, Guilherme Silva Machado, Jéssica Ramos Tavares, Mariane de Souza Zampieri, Cássia Maria Oliveira de Oliveira, Érika Baptista Luiz Badarane

*Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a associação dos distúrbios de sono em pacientes com zumbido em um hospital universitário referência em Otorrinolaringologia, no período de maio a novembro de 2016.

**Método:** Estudo observacional transversal realizado em pacientes do ambulatório de Otorrinolaringologia de um hospital universitário. Realizou-se o preenchimento de questionários para avaliação de zumbido (*Tinnitus Functional Index* - TFI) e distúrbios do sono (*Pittsburgh Sleep Quality Index* - PSQI). Foi realizado um perfil epidemiológico dos pacientes com perguntas sobre hábitos de vida, ocupação e histórico médico.

**Resultados:** De um total de 26 pacientes, 14 eram do sexo feminino (53,8%) e 12 do masculino (46,1%), compreendendo idades entre 30 e 80 anos. Segundo o PSQI, 26,9% dos pacientes apresentavam boa qualidade do sono, enquanto que 38,4% e 34,6% apresentam qualidade ruim do sono e distúrbios do sono, respectivamente. Segundo o TFI, 19,2% dos pacientes apresentavam zumbido leve com pouca ou nenhuma necessidade de intervenção, 34,6% com problemas importantes devido ao zumbido e 46,1% com zumbido severo.

**Discussão:** O zumbido crônico é uma doença que apresenta grande repercussão no cotidiano do paciente, afetando, na maioria das vezes, sua qualidade de vida. Ferreira et al. (2009) evidenciaram em seu estudo que na maioria dos idosos estudados há relação entre zumbido, distúrbios do sono e fatores emocionais. Há fortes evidências de que distúrbios do sono diminuam drasticamente a tolerância ao zumbido e que o acompanhamento polissonográfico pode ser adequado para pacientes com zumbido, a fim de se integrar as duas terapêuticas e assim atingirmos melhores resultados.

**Conclusão:** Existe uma relação importante entre zumbido e distúrbios do sono. As queixas de zumbido e de distúrbios do sono não são comumente relacionadas em consultas ambulatoriais, entretanto, existem estudos que justificam a investigação dos pacientes com zumbido para a existência de distúrbios do sono associados.

## P 109 DIVERTÍCULO DE ZENKER COMO PROVÁVEL CAUSA DE IMOBILIDADE DE PREGA VOCAL ESQUERDA: RELATO DE CASO

Leticia Castruchi Kamei, Luisa Raña de Aragão, Roseana Netto Pereira, Simone Naomi Isuka, Jessyca Porto Santana, Ana Carolina Moreno de Campos, Plicia Maciel Carvalho

*Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.A., 75 anos, história de disfonia há um mês, disfagia e perda de peso não aferida. Refere retorno de alimento para orofaringe com compressão cervical. Nega odinofagia ou engasgos, sintomas de refluxo, tabagismo ou etilismo. Realizou nasofibrolaringoscopia que evidenciou imobilidade de prega vocal esquerda. Endoscopia digestiva alta com resistência logo após músculo cricofaríngeo devido a provável divertículo em esôfago. Esofagograma evidenciando volumoso acúmulo sacular do meio de contraste ingerido em região faringoesofágica. Tomografia cervical sem contraste apresentando acentuada dilatação com aspecto sacular do esôfago proximal com dilatação esofágica distal. Solicitada tomografia com contraste, paciente no momento aguardando realização de exame.

**Discussão:** O divertículo de Zenker (DZ) forma-se a partir do aumento da pressão intrafaríngea. Está localizado proximal ao esfíncter esofágico superior. O relaxamento inadequado do músculo cricofaríngeo cria uma zona de alta pressão sobre a parede esofágica, resultando na formação do divertículo. Geralmente, ocorre entre a 7ª e 8ª décadas, com prevalência de 0,01 a 0,11%. Cerca de 90% dos pacientes apresentam disfagia. À medida que a bolsa aumenta, os sintomas tornam-se mais severos, com perda de peso e desnutrição. Dentre as complicações do DZ está: fistula traqueal, paralisia de prega vocal (PPV), ulcerações pépticas e hemorragia. Raros são os casos reportados sobre PPV por compressão do nervo laríngeo recorrente pelo DZ, uma vez que a incidência da afecção é extremamente baixa, sendo mais baixa ainda a complicação relacionada à corda vocal.

**Considerações Finais:** A paralisia de prega vocal como complicação cirúrgica da correção do divertículo de Zenker já é bem conhecida no meio médico, já a presença de tal entidade antes do tratamento cirúrgico e, como consequência da compressão do divertículo, ainda não é bem difundida devido a sua raridade.

## P 110 DOENÇA DE BEHÇET EM ASSOCIAÇÃO COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Daise Patrícia Firmiano Nicácio, Ana Carolina Guimarães Lopes, Emanuelle Pereira Gomes Guimarães, Guilherme Guimarães Silveira, Anderson Patrício Melo, Ana Paula Marques, Maria Cecília Canela E Paiva

*Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente C.B.S.A., 35 anos, apresentando há 10 dias febre, mal-estar, odinofagia, disfagia e sialorreia sem resposta à antibioticoterapia oral e venosa. Há 6 meses com faringoamigdalites de repetição, úlceras orais e genitais dolorosas recorrentes, cuja biópsia evidenciou vasculopatia trombótica, sugerindo doença de Behçet. Exames evidenciaram pancitopenia progressiva, anticorpos (anti-Ro, anti-La, anti-Sm, anti-DNA) e FAN negativos. Oroscoopia: úlceras orais em mucosa jugal e palato mole, acompanhadas de placas esbranquiçadas removíveis. Aventada hipótese de candidíase oral, doença de Behçet ativa, neutropenia febril, pancitopenia a esclarecer. Paciente foi internada, iniciado cefepime, e nistatina tópica. Exames laboratoriais mantiveram pancitopenia. Sorologia HIV negativa. Kalazar detect negativo. Mielograma: medula óssea infiltrada por 66% de mieloblastos, compatível com leucemia mieloblástica aguda (LMA). Paciente transferida ao serviço da Hematologia e Oncologia da Santa Casa. Iniciou tratamento, porém foi a óbito 2 semanas após.

**Discussão:** A doença de Behçet é uma vasculite multissistêmica, caracterizada pela tríade estomatite aftosa, úlceras genitais e irite. Sua patogênese é desconhecida, mas fatores genéticos, imunes e ambientais têm sido implicados. A doença é descrita associada a tumores sólidos e a malignidades hematológicas, podendo ser concomitante, preceder ou ser posterior à neoplasia. A associação com leucemia mieloide aguda é rara. Os possíveis mecanismos de associação entre doença de Behçet e neoplasia são multifatoriais. Alterações na regulação imune, deficiência de células T e proliferação excessiva de células B são capazes de desencadear a transformação maligna. A suscetibilidade genética do paciente para ambas as entidades e a influência de fatores ambientais também são razões para predispor o indivíduo à doença de Behçet e à neoplasia.

**Considerações Finais:** Esse caso ilustra a associação de doença de Behçet e LMA, embora rara. Identificar essa possível associação permite um diagnóstico precoce com maiores possibilidades de cura.

**P 111 EDEMA AGUDO PULMONAR PÓS ADENOAMIGDALECTOMIA**

Carlos Eduardo Borges Rezende, Maria Vitória Mareschi Barbosa, Augusto Duarte Romera, Breno Pinn de Castro, Lívia Bacha Ribeiro

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 19 anos de idade, sexo masculino, obeso, com queixa de obstrução nasal, respiração bucal e roncos noturnos. Ao exame físico, tonsilas faríngeas ocupando 90% do *cavum* e tonsilas palatinas ++++/4. Indicada adenoamigdalectomia, realizada sem intercorrências. Após a cirurgia, o paciente apresentou, após a extubação, taquicardia, taquipneia e palidez cutânea, sendo então encaminhado à UTI. A radiografia torácica mostrou área alveolar comprometida por presença de infiltrado, caracterizando edema e gasometria arterial com hipoxemia e saturação de 85%. Após dois dias com suporte ventilatório, uso de diurético, anti-hipertensivo e morfina, houve melhora nos sintomas respiratórios e redução do comprometimento do parênquima pulmonar.

**Discussão:** Dentre as indicações para adenoamigdalectomia, está a para pacientes que apresentam hipertrofia severa das tonsilas palatinas e faríngea, que podem ocasionar até quadro de insuficiência cardíaca, por cor pulmonale. Mesmo sendo uma cirurgia corriqueira, há potenciais complicações graves, sendo uma das principais, embora incomum, o edema agudo de pulmão. Diferentemente da maioria dos pacientes, que são pediátricos e com IMC dentro do normal, o paciente relatado possuía um conjunto de fatores que tiveram como consequência aumento da pressão venosa intratorácica. O alívio súbito proporcionado pelo desfecho cirúrgico ocasionou edema pulmonar agudo, que é uma complicação possível da adenoamigdalectomia, porém, mostra-se raro diante das condutas adotadas atualmente. A gravidade do quadro de edema agudo se dá pelo fato de haver o aumento da pressão venosa intratorácica em pacientes com obstrução crônica de via aérea superior, causando, assim, após alívio súbito, uma transdução de líquido intersticial para o espaço alveolar.

**Considerações Finais:** Embora não seja algo comum, pacientes com hipertrofia adenoamigdaliana severa podem apresentar edema agudo pulmonar em seu pós-operatório imediato, principalmente aqueles que já estejam sob este regime de hipoventilação há muito tempo. Por isso, faz-se necessária criteriosa avaliação pré-operatória e cuidado intra e pós-operatório.

## P 112 EVOLUÇÃO ATÍPICA DE FARINGOTONSILITE EM PACIENTE JOVEM E PREVIAMENTE HÍGIDO

Monique Barros Brito da Conceição, Gabriela de Andrade Meireles Bezerra, Clara Mota Randal Pompeu, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Viviane Carvalho da Silva, Andre Alencar Araripe Nunes, Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos

*Hospital Universitário Walter Cantídio - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, masculino, 21 anos, com história de, há 15 dias da admissão, ter apresentado odinofagia e febre, com início de antibioticoterapia oral. Após dois dias, procurou atendimento médico devido trismo, estridor e insuficiência respiratória, com necessidade de intubação orotraqueal e início de antibioticoterapia endovenosa (EV). Evoluiu com choque séptico e parada cardiorrespiratória, revertida. Ao exame físico, foi visualizada área de aparente necrose em tonsila palatina esquerda, mucosa bastante friável, com sangramento à manipulação. Foi aventada a hipótese diagnóstica de angina de Plaut Vincent. Tomografia cervical evidenciou abscesso retrofaríngeo dissecante extenso, comunicante entre a orofaringe e região cervical com conteúdo necrótico. Investigação para imunodeficiência primária e secundária negativa. Apresentou melhora importante após drenagem do abscesso e antibioticoterapia EV com polimixina B, vancomicina e meropenem, recebendo alta hospitalar após 35 dias da admissão.

**Discussão:** Angina de Plaut Vincent é uma faringotonsilite causada pela simbiose entre *Fusobacterium necrophorum* e *Borrelia vincenti*. Tem incidência maior nos adolescentes e adultos jovens. Geralmente, apresenta lesão úlcero-necrótica nas tonsilas palatinas, unilateral, coberta por exsudato pseudomembranoso. As faringotonsilites, em geral, são benignas e autolimitadas. Entretanto, é fundamental o diagnóstico e tratamento correto para evitar complicações, tais como abscessos cervicais. As infecções cervicais profundas atingem a fáscia cervical profunda e os espaços formados pelos seus folhetos. Os abscessos retrofaríngeos estão associados a uma elevada morbidade e, em 20 a 67% do casos, surgem após quadros de tonsilite, faringite ou sinusite. Para diagnóstico, avaliação da evolução e complicações é utilizada tomografia computadorizada como exame de primeira escolha. Como complicações de tais abscessos, podemos citar insuficiência respiratória, trombose venosa, mediastinites e sepse.

**Considerações Finais:** Nos casos de evolução atípica das faringotonsilites, é necessário o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para melhorar o prognóstico do paciente.

## P 113 GRANULOMA GRAVÍDICO EXUBERANTE EM REGIÃO GENGIVAL

Marcelo Rodrigues, Marina Lourenço de Barros, Sandoval Lopo de Abreu, Rodrigo de Andrade Pereira, Duílio Walter Silveira, Ísis Eloah Machado

*Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Este relato de caso trata-se de uma paciente, 30 anos no último trimestre de gestação, internada no hospital Instituto de Previdência do Servidor do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) no mês de março de 2017 devido a quadro de infecção do trato urinário e apresentava uma lesão em mucosa oral de crescimento lento.

**Discussão:** O granuloma gravídico, também chamado de granuloma piogênico, é uma lesão não neoplásica do tipo inflamatória hiperplásica, com presença de tecido de granulação que pode acometer a mucosa oral e mais comumente a gengival. Apresenta-se clinicamente com morfologia variável, podendo ser lobulado ou plano, pediculado ou até mesmo ulcerado. Está relacionado a traumas irritantes locais e pobre higiene bucal e aumento dos níveis de estrogênio, por isso, a maior prevalência em gestantes. O exame anatomopatológico é importante para o diagnóstico diferencial de outras lesões encontradas na cavidade oral, especialmente as neoplásicas. Pode ocorrer em qualquer idade e sexo, com maior prevalência entre de 45 a 55 anos no sexo feminino. No caso apresentado, a lesão era gengival, sítio mais comum entre os estudos, com formato oval e irregular. A paciente era mais jovem do que a média encontrada em outros trabalhos. O tratamento do granuloma piogênico consiste na remoção cirúrgica da lesão por excisão. Na paciente em questão a remoção da lesão foi postergada, pois a gestação estava próximo ao término. A paciente foi orientada a procurar o ambulatório de otorrinolaringologia do hospital após o parto.

**Considerações Finais:** Granuloma gravídico é uma lesão benigna encontrada mais comumente na gengiva. O diagnóstico diferencial é entre outras lesões benignas, bem como neoplasias malignas. No caso em questão tratava-se de uma jovem no fim da gravidez, o que limitou a remoção da lesão naquele período, sendo orientada a realizar controle ambulatorial.

## P 114 GRANULOMATOSE OROFACIAL IDIOPÁTICA RESPONSIVA À CORTICOTERAPIA INTRALESIONAL: RELATO DE CASO

Rafael Freire de Castro, Eliana Rodrigues Biamino, Daniel César Silva Lins, Mariana Delgado Fernandes, Thays Fernanda Avelino dos Santos, Marília Batista Costa, Jéssica Gonçalves Passos

*Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 51 anos, sexo feminino, com história de edema recorrente em lábio inferior há 2 anos, associado a lesão hiperplásica em palato mole há 2 meses, indolor, de início insidioso e crescimento lento. Paciente com história negativa para alergia, traumas ou demais fatores que possam justificar o quadro. Realizada biópsia de lesão, que evidenciou infiltrado inflamatório crônico com granulomas histiocíticos com células do tipo Langerhans sem necrose caseosa. Aventada hipótese de granulomatose orofacial idiopática após extensa investigação clínico-laboratorial. Paciente evoluiu com melhora importante do edema labial após sessões de triancinolona a 0,1% intralesional, porém sem remissão completa do quadro.

**Discussão:** O estudo histopatológico de vários casos de Granulomatose orofacial (OFG), assim como descrito por Wiesenfeld et al. e Ferguson and MaCFadyen, revela um achado inespecífico: granulomas não caseosos e infiltrado linfoplasmocitário. Foi apenas em 2008 que Tilakaratne et al. propuseram o termo idiopático para os casos indefinidos de OFG, porém sua incidência ainda não foi estimada na literatura, portanto, não existe consenso na atualidade para o manejo desta afecção. Em 2004, Mignogna et al. demonstraram a eficácia do tratamento da OFG com corticoterapia intralesional em sete pacientes, obtendo resultados: esteticamente aceitáveis até a remissão completa do edema. Outras opções terapêuticas descritas na literatura incluem o uso de clofazimina, talidomida, tacrolimo.

**Considerações Finais:** Frente a uma lesão sugestiva na cavidade oral, é necessário ter em mente uma diversidade de diagnósticos diferenciais e buscar relação sistêmica, infecciosa, alérgica, imunológica, traumática, e outros fatores que possam justificar o surgimento da lesão. Após descartadas as principais doenças sistêmicas que possam explicar o quadro, devemos oferecer tratamento sintomático e manter acompanhamento clínico rigoroso sempre buscando novas manifestações da doença e suas flutuações.

## P 115 HEMORRAGIA PÓS-TONSILECTOMIA E COAGULOPATIA: RELATO DE CASO

Adriano Sérgio Freire Meira, Alvaro Vitorino de Pontes Junior, Yuri Ferreira Maia, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, Rebeca Maurera Almeida Cyrillo, Lorena Pinto de Souza Pontes

*SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil*

**Apresentação do Caso:** G. S. S., 32 anos, casado, com história de tonsilite crônica caseosa, recebeu indicação de tonsilectomia. Não apresentava antecedentes patológicos ou comorbidades. Foram realizados exames pré-operatórios como hemograma, coagulograma completo, glicemia de jejum e eletrocardiograma, todos com resultados dentro do padrão de normalidade. A cirurgia aconteceu sem intercorrências, realizada por técnica de dissecação a frio com hemostasia com eletrocautério monopolar. O paciente recebeu alta no dia seguinte, com orientações de repouso e dieta líquida/pastosa fria. No 8º DPO, ele apresentou hemorragia de orofaringe volumosa, sendo submetido à revisão da amigdalectomia, e foi prescrito vitamina K e ácido tranexâmico. Evoluiu bem, porém no 5º DPO da 2ª cirurgia, apresentou segunda hemorragia, realizando-se nova revisão cirúrgica. Foi solicitada avaliação do hematologista, que interrogou alguma coagulopatia, como deficiência do fator VIII, IX ou XIII, e prescreveu ácido tranexâmico em dose dobrada. No 3º DPO da 3ª cirurgia, o paciente apresentou terceira hemorragia, controlada clinicamente. O mesmo passou a ter acompanhamento conjunto no hemocentro, em terapia com plasma fresco congelado a cada 3 dias. No momento ainda encontra-se em investigação hematológica.

**Discussão:** A tonsilectomia continua sendo uma das cirurgias mais realizadas pelo otorrinolaringologista. A principal e mais temida complicação pós-operatória é a hemorragia, que pode ser grave e fatal. Para afastar candidatos à cirurgia com coagulopatias, além da anamnese, são solicitados exames pré-operatórios. Porém, o coagulograma normal não afasta certos tipos de coagulopatias raras, como é o caso da deficiência do fator XIII, principal suspeita do caso em questão.

**Considerações Finais:** O coagulograma não é um bom método para rastrear e descartar todos os tipos de coagulopatia, não sendo um bom parâmetro para prevenir a chance de hemorragia no pós-operatório de uma tonsilectomia.

## P 116 HIPERTROFIA DE TONSILAS PALATINAS E LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO: UM RELATO DE CASO

Carlos Augusto Santos Furtado Pereira de Souza, Nathalia de Paula Doyle Maia, Luiza Zanette de Carvalho, Hana Caroline Morais Higa, Manuela Salvador Mosciaro, Frederico Vieira de Oliveira, Antonio Augusto Freitas Junqueira

*Hospital Central da Aeronáutica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Homem, 42 anos, com história de aumento súbito das tonsilas palatinas e linfonodomegalia cervical com evolução de dois meses. Negava febre, dor e emagrecimento. Ao exame físico, apresentava hipertrofia amigdaliana grau IV de Brodsky. Ultrassonografia revelou linfonodomegalias cervicais anterior e posterior bilateralmente. Videonasofibroscopia sem alterações. O paciente foi submetido à biópsia excisional por tonsilectomia. O histopatológico revelou alteração da arquitetura das tonsilas com proliferação de pequenos linfócitos, sugerindo doença linfoproliferativa. O estudo imunohistoquímico mostrou positividade para os marcadores CD5, CICLINA D1 e CD20 e negatividade de BCL – 2, CD10, CD23 e CD3, sendo este perfil correspondente ao diagnóstico de linfoma de células do manto. O paciente foi encaminhado à Oncologia e encontra-se em tratamento.

**Discussão:** Os linfomas não Hodgkin são a segunda neoplasia mais comum na região da cabeça e pescoço, dentre os quais, o linfoma de células do manto corresponde a cerca de 2,5% a 5%. A localização extranodal predominante é o Anel de Waldeyer (60 a 70% dos casos), sendo as tonsilas palatinas as mais acometidas. Predomina no sexo masculino e na idade média de 60 anos. Cerca de 70% dos pacientes apresentam-se em estágio de doença avançada, com linfadenopatia generalizada e envolvimento da medula óssea. O diagnóstico é realizado por exame histopatológico e imunohistoquímico. Atualmente, o tratamento envolve esquema quimioterápico R-CHOP e transplante autólogo de medula óssea. O prognóstico é reservado e a sobrevida global é de cinco anos em 40% dos casos.

**Considerações Finais:** A assimetria e a hipertrofia das tonsilas são uma das indicações de tonsilectomia. Deve-se ter um alto grau de suspeição diante de um quadro clínico sugestivo de malignidade, sendo a análise anatomopatológica primordial para o diagnóstico e tratamento precoce.

## P 118 HISTOPLASMOSE DISSEMINADA COM MANIFESTAÇÃO ORAL EM PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDA

Carolina Marquezin Giacomello, Isabel Crivelatti, Carlos Gustavo Spode Gomes, Julia Monteiro de Oliveira, Vitória D'Avila, Aline Silveira Martha, Viviane Feller Martha

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina de 37 anos, parda, procedente e natural de Canoas, RS, auxiliar de serviços gerais, chegou à emergência queixando-se de edema, dor e lesões nodulares no nariz há 1 mês que, em poucos dias, evoluíram para toda face, palato e membros superiores, além de linfonodos aumentados na região cervical. Estava em tratamento para HIV há 3 meses. Três dias após ter dado entrada na internação, a paciente refere odinofagia e secreção pelo nariz, apresentando febre esporadicamente e persistência das lesões nasais. Foi solicitada avaliação da Dermatologia e da Otorrinolaringologia. Realizou-se biópsia ambulatorial de 2 nódulos na região do mento, sendo o material enviado para cultura e anatomopatológico. Foi iniciada anfotericina B por suspeita de histoplasmose. No 17º dia de internação a paciente refere melhora progressiva das lesões de pele. A paciente recebeu alta estável clinicamente e assintomática. Foi orientada a manter acompanhamento ambulatorial, TARV e prosseguimento com itraconazol.

**Discussão:** Em pacientes com o sistema imunológico competente, a infecção pelo *Histoplasma capsulatum* é autolimitada e assintomática. Já em pacientes imunocomprometidos, a infecção pode tornar-se grave, disseminando-se. As manifestações cutâneas da histoplasmose disseminada, no caso dessa paciente, foram lesões ulceradas em região gengival e palato mole e duro com hiperemia e hipertrofia das amígdalas, além de achados de pele nodulares e papulosas em face, tórax e membros superiores. A biópsia é imprescindível para o diagnóstico diferencial. A paciente foi tratada sistemicamente com anfotericina B, tratamento padrão. A histoplasmose disseminada em paciente imunocomprometidos tem uma clínica extremamente variável sem sinais patognomônicos, sendo necessária uma avaliação minuciosa.

**Considerações Finais:** Este caso mostra a necessidade de uma avaliação multidisciplinar para elucidação diagnóstica, tendo em vista que a sintomatologia é inespecífica. Além disso, mostra também a importância da biópsia e da cultura das lesões para diferenciar a histoplasmose de outras doenças.

## P 119 LESÕES ORAIS NO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS SECUNDÁRIA

Arielle Cristine Pereira Macedo, Lucas Antônio da Costa, Stefano Matsushita Manzano, Lucas Vieira Elias, Luciano Pedreiro Calgaro, Laura Beatriz Kracker Martucci, José Carlos Nardi

*Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.M., sexo feminino, 47 anos, sem comorbidades, com odinofagia há 30 dias, febre baixa há aproximadamente 2 meses, lesões na pele com prurido, localizados nas mãos, pés, punhos e face. Foram prescritos diversos antibióticos sem melhora clínica. Ao exame: tonsilas hipertrofiadas 3+/4+, com exsudato puntiforme bilateral, hipervascularizada, dura, infiltrativa, região cervical com linfadenomegalia. Foram solicitados exames laboratoriais como: PCR, urina I, cultura de secreção amigdaliana, HIV e sífilis. Sendo prescritos clindamicina, ceftriaxona e dexametasona. Resultado de VDRL 1:28, e FTAbs positivo. Parceiro com exame positivo, mesmo sem achados clínicos. Histórico de não utilizar métodos contraceptivos. Foi realizado tratamento com penicilina benzatina 2,4 milhões IM em 2 doses, com intervalo de 1 semana em cada dose, e realizado acompanhamento conjunto com o serviço de Infectologia. Culminando com melhora clínica.

**Discussão:** A sífilis é doença transmitida pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto. A doença é caracterizada com uma história natural que mostra evolução que alterna períodos de atividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência (sífilis latente). Após período de latência, que pode durar de seis a oito semanas, a doença entrará novamente em atividade. Na sífilis secundária o acometimento afetará a pele e os órgãos internos correspondendo à distribuição do *T. pallidum* por todo o corpo. O acometimento das regiões palmares e plantares é bem característico. Na mucosa oral, lesões vegetantes de cor esbranquiçada sobre base erosada constituem as placas mucosas, também contagiosas.

**Considerações Finais:** É importante compreender o polimorfismo das diversas apresentações da sífilis secundária, sendo imperativo que os otorrinolaringologistas estejam familiarizados às distintas manifestações da doença devido à sua grande prevalência no Brasil, já que os modos de apresentação variam de forma notável, com influência da condição imunológica do paciente.

## P 120 LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

Paulo Tinoco, Marina Bandoli de Oliveira Tinoco, Lucas Sieburger Zarro, Amanda Monteiro Pina Queiroz, Diogo Araujo Silveira, Joao Romario Gomes

*Universidade Iguazu - Campus V, Itaperuna, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** E.S.P., 62 anos, feminino, natural de Itaperuna-RJ. Paciente procura o serviço de ORL com queixa de “bola na garganta”. Oroscoopia: cavidade oral apresentando aumento de tonsila lingual mais evidenciado à esquerda, sem outras apresentações patológicas. Paciente nega quaisquer outras queixas clínicas. Foi realizada biópsia incisional da lesão e encaminhado a análise patológica e imunohistoquímica no laboratório da própria instituição, onde se diagnosticou a presente afecção.

**Discussão:** Linfomas não Hodgkin da cavidade oral e orofaringe são definidos como neoplasias de células linfoides em que a manifestação da doença ocorre no palato, língua, assoalho da boca, gengiva, mucosa bucal, lábios, tonsilas palatinas, amígdalas linguais ou orofaringe. O linfoma difuso de grandes células B é a forma mais comum dos linfomas não Hodgkin e acomete principalmente adultos. Na cavidade oral representam cerca de 2% de todos os linfomas não Hodgkin, não apresentam predileção por sexo, acometem em sua maioria pacientes entre a quarta e oitava décadas de vida, com idade média entre 50 e 60 anos.

**Considerações Finais:** O linfoma difuso de grandes células B ocorre fora dos linfonodos, denominados extranodais e o diagnóstico pode ser complicado pelo baixo índice de suspeita clínica. Os linfomas são lesões malignas agressivas, entretanto, quando identificadas precocemente, apresentam um alto potencial de cura por meio de quimioterapia associada ou não à radioterapia.

## P 121 MANIFESTAÇÕES DO PÊNFIGO VULGAR NA OTORRINOLARINGOLOGIA

Elvira Lopes da Silva, Francisco José de Lima, Isabela Conti Abile, Adriana Rodrigues Zeller, Icaro Grandesso Ribeiro, Daniela Toledo de Aguiar

*Santa Casa de Limeira, Limeira, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.C.A., 57 anos, feminino, branca, com queixa de lesões esbranquiçadas, descamativas e ulceradas em região de orofaringe há 3 meses. Referia odinofagia, rouquidão, disfagia, e dispneia progressiva, com piora noturna. Além de contato sexual desprotegido há 1 semana. Fizera uso de cefalexina, azitromicina, amoxicilina, moxifloxacin e omeprazol, com permanência das mesmas e, neste serviço fez uso de nistatina e fluconazol, sem melhora. Decidida, deste modo, internação para biópsia de lesões e realizadas sorologias com resultados negativos. O anatomopatológico confirmou pênfigo vulgar. Iniciada terapia imunossupressora com metilprednisolona e a paciente foi encaminhada ao ambulatório de Reumatologia.

**Discussão:** O pênfigo vulgar (PV) é uma doença vesicobolhosa autoimune. Acomete pele, mucosas e caracteriza-se pela presença de autoanticorpos contra proteínas desmossômicas das junções epiteliais. A faixa etária mais acometida ocorre entre a 5ª e 6ª décadas de vida. A enfermidade tem início com lesões orais, vindo posteriormente a acometer a pele. O diagnóstico é firmado pelo exame anatomopatológico. O pênfigo foliáceo é considerado o principal diagnóstico diferencial. O PV apresentava, antes do surgimento dos corticosteroides, mortalidade em torno de 90%, sendo que esses são a principal forma de tratamento.

**Considerações Finais:** O caso demonstra o raciocínio clínico típico pelo qual o otorrinolaringologista deve se portar perante uma lesão vesicobolhosa na mucosa oral, no qual é importante o papel diagnóstico do exame anatomopatológico. Salienta-se ainda a interdisciplinaridade exigida para o tratamento, envolvendo a Otorrinolaringologia, a Reumatologia e a Dermatologia para doenças pouco prevalentes como o pênfigo vulgar.

## P 122 MANIFESTAÇÕES ORAIS DE HISTOPLASMOSE

Flavia Ribas Demarco, Icléia Siqueira Barreto, Ana Cristina Coelho Dal Rio Teixeira, Agrício Nubiato Crespo, Rafael Vicente Lucena

*Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 69 anos, casado, natural e procedente de Campinas, aposentado. Nega contato direto com solo ou aves. Refere ser tabagista (40 anos-maço) e nega etilismo. Apresenta-se com odinofagia e disfagia progressiva (inicialmente a sólidos, evoluindo a líquidos) associada à perda ponderal de 26 kg em 4 meses. Nega febre, tosse ou linfonodomegalias. Ao exame físico: lesões ulceradas, com bordos hiperemiados, dolorosas, em rebordo alveolar de canino inferior e em mucosa jugal à direita, lesão ulcerada única e dolorosa em palato. Realizada nasofibrolaringoscopia, que evidenciou abaulamento de seio piriforme direito, edema e paquidermia de região posterior, pregas vocais moveis e coaptantes. TC de pescoço sem alterações. Realizada biópsia de lesões: processo inflamatório crônico inespecífico, rico em plasmócitos, com neoformação vascular e esboço de granulomas, presença de estruturas intracelulares pequenas esféricas, sugestivas de histoplasmas. Coloração Grocott positiva. Paciente encaminhado ao Departamento de Moléstias Infecciosas para tratamento e seguimento da histoplasmose disseminada. Atualmente em uso de itraconazol 200 mg/dia, com melhora discreta da odinofagia, porém mantém lesões orais de mesmo aspecto inicial.

**Discussão:** O diagnóstico de histoplasmose é baseado em técnicas de exame micológico, histológico e imunológico, aliados à história clínica e epidemiológica, assim como aspectos radiológicos. A imunodepressão parece ser um fator preponderante em desencadear infecção disseminada. Os lugares mais afetados na mucosa oral são língua, palato e mucosa jugal. A apresentação se dá como uma ulceração solitária, dolorosa de várias semanas de duração, indistinguíveis de lesões malignas. Neste caso apresentado, a história e aspecto clínico das lesões levantaram como possível diagnóstico o carcinoma de cavidade oral, descartado pelo exame anatomopatológico.

**Considerações Finais:** A histoplasmose deve ser incluída sistematicamente no diagnóstico diferencial de lesões ulceradas que acometem a cavidade bucal em pacientes com status imunológico desconhecido e principalmente em imunocomprometidos.

## P 123 NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA: RELATO DE CASO

Flavianne Mikaelle dos Santos Silveira, Jéssica Maia Couto, Carolina da Fonseca Barbosa, Luiz Felipe Bartolomeu Souza, Leticia Paiva Franco, Flávio Barbosa Nunes

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.E.G.A., masculino, 43 anos, admitido no Pronto-Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG com história de úlceras orais que evoluíram com surgimento rápido de outras úlceras confluentes, causando dor intensa e febre de evolução há uma semana. Após uso de amoxicilina e ibuprofeno, evoluiu com piora do quadro oral e dor em pés. Durante internação em unidade de pronto-atendimento (UPA), recebeu tenoxicam endovenoso, nimesulida, fluconazol, dipirona, tramadol, ranitidina, nistatina. Apresentou piora do quadro, com placas eritematosas difusas confluentes em tronco e membros, epidermólise em face, palma das mãos e planta dos pés, hiperemia conjuntiva. Exame otorrinolaringológico inicial, após admissão neste serviço, revelou crostas hemáticas em região de vermelhão dos lábios. À oroscopia, apresentava múltiplas úlceras confluentes e recobertas com capa de fibrina em toda mucosa de cavidade oral, mucosa de permeio hiperemiada e dolorosa ao toque, estase salivar em boca. Iniciado moxifloxacino, solicitada avaliação da Dermatologia e Oftalmologia. Mantido em unidade de terapia intensiva durante 20 dias até estabilização do quadro clínico. Obteve melhora total do quadro após 30 dias de internação hospitalar.

**Discussão:** A necrólise epidérmica tóxica (NET) é a manifestação mais severa do eritema multiforme. Trata-se de um aumento na apoptose das células epiteliais, resultando em descamação difusa de grandes áreas da pele e mucosa, atingindo mais de 30% da superfície corporal. É quase sempre desencadeada por uma droga. Se o paciente sobrevive (taxa de mortalidade de 34%), as lesões cutâneas se resolvem em duas a quatro semanas e as lesões orais persistem por mais tempo. O tratamento consiste em terapia de suporte, com possibilidade do uso de imunoglobulina endovenosa.

**Considerações Finais:** A NET é reação cutânea grave, com potencial para morbidade e mortalidade elevadas, necessitando de cuidados de medicina intensiva. A suspeição diagnóstica precoce contribui para adequada condução do caso e redução da morbidade e mortalidade.

**P 124 OBESITY AND APNEA: IS IT ALWAYS THE SAME?**

Luciane de Figueiredo Mello, Rubem Brito Amazonas Lamar, José Eduardo Esposito Almeida, Marianna Pires Cordeiro Caiana Diogo, Daniel Trindade e Silva, Lucas Ferreira Rocha, Camila Peres Ferreira

*Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Case Presentation:** The Obesity-Hypoventilation Syndrome (OHS) is defined as the presence of hypercapnia ( $p\text{CO}_2 > 45$  mmHg) and obesity ( $\text{BMI} \geq 30$ ) in a patient with sleep respiratory disorder and in the absence of others causes of hypoventilation. We present a 40 year-old-male, who was referred to the Federal Hospital of Lagoa, with the following complaints: snoring since childhood, nasal blockage, hypersomnolence, memory loss, morning headache, sleep fragmentation with 5 to 6 times going to the bathroom during the night, cognitive impairment, high blood pressure, chronic venous insufficiency and had a 40 kg weight gain in the past three years. Physical exam: obesity (Body Mass Index: 45), Cervical circumference: 49 cm, Oroscopy: Modified Mallampati IV, palatine tonsils II (Brotsky), web soft-palate, Nasal endoscopy revealed signs of chronic rhinopathy and non-obstructive left septal deviation. Epworth scale (24 pts) and high risk of sleep apnea, according to the STOP-BANG scale (7 pts). Polisomnography resulted in severe sleep apnea: Apnea and Hypopnea Index (AHI)/h: 80,4, Apnea Index: 79,8, Hypopnea Index: 96, Sat  $\text{O}_2\%$  med: 74% / Sat  $\text{O}_2\%$  min 61% / Sat  $\text{O}_2 < 90\%$ : 74,2 Gasometry revealed hypercapnia ( $p\text{CO}_2$ : 45,8 mmHg /  $p\text{O}_2$ : 66,5 mmHg). Spirometry was normal and bronchodilator test negative to Salbutamol. Other laboratorial exams were also normal.

**Discussion:** Obesity causes an impact in ventilation, in many ways. During sleep, chronic alveolar hypoventilation leads to hypercapnia and nocturnal hypoxemia and, consequently, a ventilatory drive alteration that becomes more tolerant to high levels of  $\text{CO}_2$ . The aims of the treatment are to correct the basic cause through the reversion of the respiratory disorder by positive pressure therapy (PAP: CPAP and BIPAP) and/or weight loss.

**Final Considerations:** The detection of this pathology is important because of the high hospital cost due to exacerbations and serious complications such as pulmonary hypertension and right ventricular failure.

## P 125 PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS À POLISSONOGRAFIA NO INTERIOR DO ESTADO DA BAHIA

Lara Damasceno Almeida Moura, Camila Oliveira Rego, Thaizza Cavalcante Correia, Davi Sandes Sobral

*Hospital Santo Antônio, Salvador, BA, Brasil*

**Objetivos:** Coletar e analisar dados relativos a características clínicas e resultados polissonográficos de pacientes submetidos a polissonografia em cidade da Bahia.

**Método:** Estudo retrospectivo, transversal. Pacientes submetidos à polissonografia em clínica de Otorrinolaringologia de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, responderam 2 questionários: prévio e posterior à realização de polissonografia. Esses contêm informações pessoais, características clínicas, sintomas e percepção do sono no laboratório. Do exame foram colhidas todas as informações disponíveis: distribuição dos estágios do sono, eficiência, despertares, apneias, hipopneias, frequência cardíaca, oximetria, ronco, posição corpórea e movimento de membros.

**Resultados:** Total de 259 pacientes, de 19 a 73 anos (média de 38). 134 pacientes foram do sexo masculino e 123 pacientes do sexo feminino. Apenas 20,5% da amostra apresentou IMC < 25. Todo o restante da amostra apresentou sobrepeso ou obesidade. Das queixas relativas ao sono, o ronco foi a queixa mais encontrada, em 81,6%. 55,06% (147) dos pacientes apresentaram IAH > 5 e 24,72% (66) apresentaram IAH > 15.

**Discussão:** Os dados na literatura com relação a prevalência da SAOS são bastante variáveis. Punjabi et al. relatam uma variação entre 4-7%, enquanto que um estudo realizado na cidade de São Paulo em 2010 referiu um número consideravelmente maior, de 32,8%. O sobrepeso e obesidade foram muito associados a SAOS na nossa amostra. Esse dado é corroborado pela literatura, que revela o sobrepeso e obesidade como uns dos principais fatores de risco para SAOS. Dos sinais e sintomas relacionados a SAOS, o ronco tem sido classicamente o mais evidenciado. Em uma boa parcela dos casos de SAOS o ronco é a primeira evidência clínica que direciona ao diagnóstico.

**Conclusão:** Observou-se uma prevalência de pacientes acima do peso. Ronco foi o dado positivo do sono mais encontrado nos questionários. A maioria dos pacientes, pelo valor de IAH é definida como portadora da SAOS.

## P 126 PERFIL DOS ATENDIMENTOS COM QUEIXA DE CORPO ESTRANHO EM OROFARINGE EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB

Adriano Sérgio Freire Meira, Alvaro Vitorino de Pontes Junior, Yuri Ferreira Maia, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, Rebeca Maurera Almeida Cyrillo, Lorena Pinto de Souza Pontes, Taiza Luiza Bezerra Salgado

*SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar as características epidemiológicas dos atendimentos por queixa de corpo estranho em orofaringe em um pronto-atendimento otorrinolaringológico de um hospital público de alta complexidade no período 6 meses.

**Método:** Estudo descritivo, retrospectivo, de corte transversal, a partir do livro de Atas (atendimentos realizados) do setor de Otorrinolaringologia do Hospital de Emergência e Traumatologia da Paraíba, no período de janeiro a julho de 2017.

**Resultados:** Dos 289 atendimentos incluídos na amostra, após realização de oroscopia e videolaringoscopia com endoscópio rígido ou flexível, 91 (31,48%) pacientes tiveram o corpo estranho removido no setor; destes, 53 (58,24%) foram do sexo feminino e 38 (41,76%) eram do sexo masculino. Os demais 178 (68,52%) pacientes foram referenciados a outra especialidade do serviço (Pediatria, Cirurgia Bucomaxilofacial e Endoscopista) para investigação. Cerca de 1/3 da amostra referiu na anamnese desconforto em orofaringe há cerca de uma semana associado a sintomas dispépticos e 67 (23,18%) pacientes apresentaram sinais de refluxo laringofaríngeo ao exame endoscópico.

**Discussão:** O material clínico e cirúrgico disponível para o atendimento no serviço referido aumenta a sensibilidade do exame e os índices de resolução na primeira abordagem direta sobre a queixa de corpo estranho em orofaringe. Além disso, o elevado número de queixas de odinofagia/disfagia e a não visualização do corpo estranho no exame físico pode fazer referência a doenças do sistema gastroesofágico e suas repercussões laringeas.

**Conclusão:** Uma anamnese e triagem bem dirigida as queixas do paciente com corpo estranho na orofaringe pode aumentar a sensibilidade nos atendimentos no setor e reduzir o número de atendimentos e gastos com avaliações e exames dispendiosos realizados.

## **P 127 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE SONO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA - BELÉM/PA**

Pamella Fonseca Barbosa, Cássia Maria Oliveira de Oliveira, Caroline Feliz Fonseca Sepeda da Silva, Mariane de Souza Zampieri, Jessica Ramos Tavares, Henderson de Almeida Cavalcante

*Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Belém, PA, Brasil*

**Objetivos:** Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de sono no serviço de Otorrinolaringologia do HUBFS.

**Método:** Trata-se de um estudo descritivo observacional, no qual foram avaliados 52 pacientes atendidos de março de 2016 a junho de 2017 no ambulatório de sono do HUBFS. Foi realizado o preenchimento do protocolo de atendimento ambulatorial e análise dos prontuários. As variáveis analisadas foram: gênero, idade, IMC, principais queixas e principais repercussões na qualidade de vida.

**Resultados:** No ambulatório, foram atendidas 52 pessoas. Entre esses, 59% eram homens e 41% mulheres, a faixa etária de maior prevalência foi de 50 a 59 anos (32%). Segundo o IMC, os pacientes foram classificados em normal (10%), sobrepeso (27%) e obeso (63%). As principais queixas foram: ronco (92%), engasgamento ou força para respirar durante a noite (68%), sono agitado (72%), apneia do sono (68%), despertares noturnos (77%), acordar pela manhã com a sensação de não ter descansado (90%), aumento da irritabilidade (45%), acordar com cefaleia (51%), sonolência e fadiga diurna (81%).

**Discussão:** Observamos que os pacientes os quais procuram atendimento são predominantemente do sexo masculino, faixa etária entre entre 50 e 59 anos, cujas principais queixas foram relacionadas aos distúrbios respiratórios do sono. Mostrou-se relevante a prevalência de obesidade. Entre os sintomas que influenciam na qualidade de vida dos pacientes, destacou-se a sensação de não estar descansado, fato que repercute negativamente para o rendimento social e econômico dos pesquisados.

**Conclusão:** O sono é uma função biológica fundamental e por meio desse estudo observou-se a prevalência de queixas respiratórias como causa de procura por atendimento, a correlação com IMC (obesidade) e o reflexo dessa privação do sono na rotina diária, capacidade produtiva e qualidade de vida da população paraense, ratificando a necessidade de uma abordagem mais ampla da medicina do sono no meio científico e nas políticas públicas.

## P 128 PROPOSTAS DE TRATAMENTO PARA FÍSTULA OROANTRAL: UMA ANÁLISE CASO-ESPECÍFICA

Sara Costa Gomes, Gabriela Oliveira Monteiro, Thamiris Cristina Lopes Santos, Rosane Siciliano Machado, Wallace Nascimento de Souza, Patrícia Bittencourt Barcia Barbeira, Luiz Claudio Costa Pinto

*Hospital Central da Polícia Militar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 32 anos, compareceu à Otorrinolaringologia do HCPM-RJ com queixa de dor facial à esquerda e saída de material alimentar via nasal, iniciado dias após extração dentária à esquerda. Nasoendoscopia mostrava secreção mucopurulenta em meato médio esquerdo e exame oral apresentava fístula oroantral maxilar esquerda ao nível do 1º molar. Tomografia computadorizada demonstrando espessamento mucoso de seio com retenção de material de densidade de partes moles, além de descontinuidade de assoalho maxilar esquerdo. Foi iniciado tratamento da sinusite com amoxicilina/ácido clavulânico por 14 dias e solução fisiológica lavagem via fístula, com posterior abordagem cirúrgica. Removemos parcialmente a mucosa sinusal doente, ocluímos o defeito ósseo com gordura de Bichat e, então, realizamos a rotação de retalho jugal. Paciente evoluiu bem, mantém-se em acompanhamento semestral e não apresenta sinais de recidiva.

**Discussão:** O fechamento de fístula utilizando-se gordura de Bichat constitui-se num procedimento de fácil execução, além de efetivo. O recobrimento com retalho jugal nos dá mais segurança quanto à integridade tecidual no pós-operatório imediato. Nosso serviço está de acordo com a proposição de que a correção cirúrgica deve esperar até que a infecção antral esteja totalmente eliminada. Alguns autores defendem a técnica de rotação de retalho palatino, outros retalhos vestibulares, e outros transplante de tecido conjuntivo proveniente do palato do lado oposto ao da fístula. A escolha depende da quantidade de mucosa necessária sem que ocorra tensão e isquemia do retalho.

**Considerações Finais:** O local mais acometido de comunicação buccossinusal é a região do primeiro molar após extrações dentárias. O fechamento precoce da comunicação evita a instalação de sinusite maxilar, desfavorecendo formação de fístula. Caso o antro já esteja infectado, a correção cirúrgica deve aguardar o tratamento clínico. A melhor técnica depende de cada caso, porém sempre provendo uma superfície cruenta na área receptora do retalho.

## **P 129 REFRAATARIEDADE AO TRATAMENTO CIRÚRGICO MULTINÍVEL NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: RELATO DE CASO**

Victor José Timbó Gondim, Denilson Storck Fomin, Márcia Jacomelli, Marcelo Ferreira dos Anjos, Dalila Araújo Mota, Émilly Cristina de Bulhões

*Universidade de Santo Amaro (UNISA)/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é o colapso das vias aéreas superiores no sono, com dessaturação da oxi-hemoglobina. Afeta cerca de 20% da população, sendo fator de morbimortalidade. O presente relato objetiva descrever um caso refratário a múltiplas cirurgias em um homem de 68 anos, com índice de apneia e hipopneia (IAH) de 10/h. Inicialmente, fez septoplastia e turbinoplastia, piorando o IAH. Em seguida, submeteu-se à uvulopalatofaringoplastia, com aumento do IAH para 35/h. Usou CPAP, normalizando o IAH, mas sem adaptação. Fez faringoplastia lateral, mas elevou para 60,5/h. A nasofibrolaringoscopia de 2017 mostrou hipertrofia de base lingual. Não teve alterações significativas para SAOS na tomografia e na ressonância. Na sonoendoscopia, verificou-se obstrução na região velo, orofaríngea, e na base de língua. Optou-se por ressecção de base de língua por robô, aguardando redução do edema pós-cirúrgico para avaliar os resultados definitivos.

**Discussão:** A SAOS é uma doença que envolve etiologia e fisiopatologia multifatorial e engloba diversas topografias anatômicas. Para o tratamento de tal condição, há algumas opções disponíveis, envolvendo desde tratamentos clínicos a cirúrgicos. Há estudos em todos níveis obstrutivos das vias aéreas superiores, como cavidade nasal, oro e hipofaringe, além do arcabouço ósseo, com sucesso diverso de acordo com a topografia. São discutidas também opções com menor grau de invasividade, como laser, radiofrequência e implantes, com resultados variáveis. Vêm ganhando papel, nos últimos anos, as cirurgias multinível, com bons resultados, mesmo muitas vezes não curando, mas melhorando a sintomatologia e os índices polissonográficos, principalmente naqueles com pequena adaptação ao CPAP. Todavia, cada indicação deve ser criteriosamente individualizada.

**Considerações Finais:** A SAOS é um desafio terapêutico atual, com técnicas minimamente invasivas combinadas ganhando espaço na abordagem cirúrgica, mas com necessidade de individualização.

## P 130 RELATO DE CASO LINFOMA T NK COM MANIFESTAÇÃO INTRAORAL EXCLUSIVA

Martina Iavarone, Otávio Augusto Iavarone, Afonso do Carmo Javaroni, Luiz Fernando Criscoulo Filho

*Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 38 anos, motorista, queixa-se de ter procurado serviços médicos diversas vezes com queixa de odinofagia há meses. Foi diagnosticado como faringoamigdalite e tratado com antibióticos e anti-inflamatórios diversas vezes sem melhora. Procurou, então, serviço otorrinolaringológico especializado onde foi observada na oroscopia lesão extensa infiltrativa hiperemiada em palato mole, loja amigdaliana e parede posterior de orofaringe, com exsudato esbranquiçado. Realizada biópsia de lesão. Análise anatomopatológica e imunofenotipagem revelaram tratar-se de linfoma T tipo NK.

**Discussão:** O linfoma extranodal T/NK, antigamente conhecido como granuloma letal de linha média, é de localização tipicamente nasossinusal. É mais prevalente no sexo masculino e em orientais. O diagnóstico de linfoma T *Natural Killer* é definido pela imunofenotipagem, através da expressão do CD56 (molécula de adesão celular neural, marcador celular *Natural Killer*). Idade avançada e tumor volumoso associam-se a pior sobrevida. A doença pode se disseminar para outros sítios extranodais, como pele, tecido subcutâneo e trato gastrointestinal.

**Considerações Finais:** É de extrema importância o conhecimento do diagnóstico do linfoma T NK pelo otorrinolaringologista. Sua localização usualmente é nasossinusal. No entanto, o caso relatado nos mostra que devemos considerar a doença como diagnóstico diferencial de doenças ulcerogranulomatosas e de doenças infiltrativas que acometem a orofaringe, muitas vezes inclusive simulando doenças infecciosas.

## P 131 RELATO DE CASO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO USO DA VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO PARA TRATAMENTO DA DISFAGIA EM UM PACIENTE COM DEMÊNCIA COM CORPOS DE LEWY

Ana Carolina Daflon Scoralick, Alonço da Cunha Viana Júnior, Nilce Sanny Costa da Silva, Maria Helena de Araújo Melo, Natalia Vale, Daniella Leitão Mendes

*Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A demência com corpos de Lewy (DCL) é a segunda causa de demência degenerativa em idosos e tem etiologia desconhecida. Sua característica anatomopatológica é a presença de corpos de Lewy com distribuição cortical predominante. Pode cursar com disfagia orofaríngea, que é a dificuldade no controle da musculatura orofaríngea durante a deglutição, o que deixa o paciente mais exposto ao risco de aspiração e suas complicações, principalmente pneumonias. A videoendoscopia da deglutição (VED) é um exame que fornece informações importantes para definir a conduta nestes pacientes. Consiste na avaliação funcional da deglutição por nasofibrosopia. O presente trabalho tem por objetivo descrever a importância no exame de VED para tratamento da disfagia na DCL. Paciente, 72 anos, masculino, com diagnóstico de demência com corpos de Lewy e quadro de pneumonias de repetição com internações. Encaminhado do geriatra para realização de VED para avaliação. No momento do exame estava com alimentação oral, acordado, responsivo, desorientado e cooperativo. Exame mostrou presença de estase salivar em valéculas e seios piriformes. Durante avaliação funcional da deglutição, foi observado escape posterior com alimentos sólido e pastoso, seguida de reflexo de tosse, estase moderada, do alimento, em valéculas e região retrocricóide com limpeza parcial após algumas deglutições. Diagnosticada disfagia moderada e orientado gerenciamento de volume e consistência da oferta de alimentos por via oral, acompanhamento fonaudiológico e retorno para nova avaliação em três meses.

**Discussão:** Comprometendo a deglutição, a disfagia pode resultar em desnutrição, desidratação e aspiração. O tratamento pode envolver medidas fonoterápicas, clínicas ou cirúrgicas. Fazem parte do tratamento modificações dietéticas, adaptação de manobras e terapias facilitadoras da deglutição, uso de medicações e alguns procedimentos cirúrgicos.

**Considerações Finais:** Identificação e prevenção das complicações clínicas da disfagia, na demência, melhora a reabilitação desses pacientes.

## P 132 RELATO DE CASO: HEMORRAGIA ESPONTÂNEA DE TONSILA PALATINA

Taise de Freitas Marcelino, Carlos Eduardo Monteiro Zappelini, Paula Kühl dos Anjos, Daniélly Cunha de Carvalho, Gabriela Ronchi Pittigliani, Eduarda Cristina Sperandio Puff

*Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Sexo masculino, 18 anos, caucasiano, com queixas de sangramento oral discreto há 3 dias, evoluindo para sangramento importante há 5 horas. Refere infecção das vias aéreas superiores prévia, sem tratamento. Nega outros episódios de hemorragias, história de sangramento familiar e outros sintomas. Ao exame físico do médico emergencista, apresentava-se em regular estado geral, eupneico, afebril, corado, hidratado e normotenso. Solicitou endoscopia digestiva alta, sem alterações no trato gastrointestinal superior e com aparente sangramento na região da faringe. Ao exame otorrinolaringológico, rinoscopia anterior sem sangramento e oroscopia com sangramento ativo em amígdala direita. Avaliação laboratorial: hemograma, leucócitos e coagulograma normais. Foi realizada cauterização do vaso, sob anestesia geral e intubação orotraqueal, sem intercorrências. No 1º P.O. o paciente estava sem sinais de sangramento, em uso de azitromicina.

**Discussão:** A hemorragia tonsilar espontânea é definida como hemorragia com duração superior a uma hora ou perda de mais de 250 ml de sangue. Existem várias condições associadas, contudo, a causa mais comum é a infecção bacteriana ou viral. A etiologia e a patogênese são desconhecidas. Não existe idade determinante nesta afecção, mas a maior parte dos pacientes está na faixa etária de 20 a 30 anos, a média de duração dos sintomas é geralmente de dois a cinco dias e o polo superior da amígdala unilateralmente é o local mais afetado. Aproximadamente, metade dos pacientes apresenta sangramento ativo ao exame clínico. A amigdalite hemorrágica deve ser incluída no diagnóstico diferencial de hematêmese e hemoptise, justificando avaliações endoscópicas. O tratamento consiste no controle local do sangramento, que pode ser feito com cauterização química, eletrocoagulação ou nebulização com adrenalina, sendo a tonsilectomia raramente indicada.

**Considerações Finais:** Apesar de incomum, a hemorragia espontânea é a principal causa de sangramento espontâneo nos dias atuais. Assim, faz-se necessário que profissional da saúde saiba realizar o diagnóstico e conduzir o caso.

## P 133 RELATO DE CASO: SANGRAMENTO ESPONTÂNEO DE TONSILAS PALATINAS

Bibiana Pedroso da Mota, Bruna Telles Scola, Giuliano Reolon da Cunha, Nicole Kraemer Redeker, Gisiane Munaro, Lisiane Kruse, Renato Roithmann

*Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente caucasiana, feminina, 21 anos, residente em Canoas-RS, vem à emergência referindo episódios de sangramento em região da tonsila palatina direita de início sete dias após tratamento de tonsilite. Apresenta histórico de tonsilites palatinas de repetição e está em uso de amoxicilina. A oroscopia evidenciou tonsila palatina direita com vasos superficiais, porém sem sangramento ativo. Foi realizada cauterização elétrica com bipolar e mantido antibiótico por 10 dias. Paciente retorna em 24 horas com novo sangramento, sendo realizada cauterização com ácido tricloracético 50%. No dia seguinte, retorna com sangramento novamente em polo superior da tonsila palatina direita. Foi hospitalizada e realizada cauterização elétrica com bipolar. A tomografia computadorizada de região cervical mostrou aumento volumétrico das tonsilas palatinas, mais à direita, com área hiperatenuante profunda. Evoluiu favoravelmente com clindamicina endovenosa e prednisolona oral. Na alta, foi encaminhada para tonsilectomia.

**Discussão:** A hemorragia espontânea de tonsila palatina é uma complicação rara de tonsilite aguda ou crônica. Pode estar relacionada a inúmeras afecções, como infecções virais (como sarampo e mononucleose infecciosa), abscessos peritonsilianos, parafaríngeos e retrofaríngeos, malformação vascular, aneurisma, doença de Von Willebrand e tumor de tonsila, sendo a infecção bacteriana ou viral a causa mais importante. Estes sangramentos podem ser explicados em virtude da resposta inflamatória aguda com aumento do fluxo sanguíneo para as tonsilas, edema, congestão vascular ou necrose e sangramento.

**Considerações Finais:** Essa complicação é frequentemente subdiagnosticada e possui manejo controverso. O tratamento consiste na intervenção local com cauterização química, eletrocoagulação ou nebulização com adrenalina. A tonsilectomia das palatinas pode ser indicada, em caso de falha no controle local, hemorragia grave ou na suspeita de neoplasia.

## P 134 SÍNDROME DA FIBROMATOSE HIALINA: UMA CAUSA RARA DE DISFAGIA E ATRASO DE DESENVOLVIMENTO

Guilherme Trindade Batistão, Marco Antônio Ferraz de Barros Baptista, Danilo Augusto Nery dos Passos Martins, Nancy Mizue Kokitsu Nakata, Antonio Richieri da Costa, Emilio Gabriel Ferro Schneider, Cristiano Tonello

*Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HCRA) - Universidade São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 2 anos e 6 meses de idade, admitido em nosso serviço com quadro de lesões polipoides extensas comprometendo região alveolar, gengiva, mucosa oral e lábio inferior. Além disso, apresentava baixa ingesta alimentar, baixo peso (10 kg) e quadro de diarreia crônica. Mãe refere o aparecimento de lesão polipoide em mucosa de lábio inferior aos sete meses e, posteriormente, o aparecimento das lesões em região perianal que foram excisadas à época. Após esses episódios, progressivamente as lesões recidivaram nas mesmas regiões e também apareceram em gengiva, pele, face, pescoço e em região occipital. O paciente apresentava histórico de episódios recorrentes de broncopneumonia e infecções do trato urinário desde o nascimento, além de alterações ósseas em coluna vertebral costelas, membros superiores e membros inferiores. Atraso de aquisição de fala e do desenvolvimento neuropsicomotor também eram observados.

**Discussão:** Estes achados são compatíveis com a síndrome da fibromatose hialina (SFH) termo usado para unificar duas condições muito semelhantes quanto às características clínicas e achados histopatológicos, a fibromatose hialina juvenil (FHJ) e hialinose sistêmica infantil (HSI). Seu cariótipo é 46 XY e os resultados das biópsias de mucosa oral apresentaram processo inflamatório crônico linfoplasmocitário com reação fibroblástica estromal intensa, levando à hipótese diagnóstica mais provável de SFH. Paciente foi submetido à gastrostomia devido ao severo déficit nutricional e dificuldade alimentar decorrente das extensas lesões orais. Aguarda-se a melhora da condição nutricional para ressecção das lesões na gengiva e cavidade oral que segundo a literatura, apesar de incapacitar ao longo do tempo, possibilita uma melhora importante na restauração da função e melhora estética.

**Considerações Finais:** A síndrome da fibromatose hialina continua sendo uma condição de diagnóstico muitas vezes tardio, estigmatizante, incapacitante e às vezes fatal, ainda sem um tratamento satisfatório.

## P 135 SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON INDUZIDA POR CIPROFLOXACINO: RELATO DE CASO

Mariana Nagata Cavalheiro, Lorena Cristina Peres Rodrigues Gomes, Alana Farias Miksza, Michel Balvedi Nomura, Ian Selonke, Diego Malucelli, Bianca Simone Zeigelboim

*Hospital da Cruz Vermelha Filial Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Sexo feminino, 59 anos, procurou otorrinolaringologista por feridas aftosas em mucosa jugal, de início há 3 semanas após uso de ciprofloxacino. Refere piora progressiva do quadro com odinofagia, dor em língua e sialorreia e quadro febril há 3 dias. Ao exame físico: presença de lesões leucoplásticas em lábio inferior à esquerda, mucosa jugal, dorso e ventre da língua e frênulo lingual dolorosas à palpação com abundante sialorreia. Linfonomegalia cervical anterior. Paciente foi internada para investigação do quadro, tratamento corticoterápico e analgésico endovenoso. Tomografia computadorizada de pescoço evidenciou: linfonodos proeminentes adjacentes às artérias cartótidas comuns, sem outras alterações. Diagnosticou-se síndrome de Stevens-Johnson induzida por ciprofloxacino, pois não apresentava sinais sugestivos de afecções como herpes simples ou infecção por micoplasma e apresentou boa resposta com a suspensão da medicação e tratamento com corticosteroides.

**Discussão:** Ciprofloxacino, antibiótico do tipo fluoroquinolona, é potencial causador de reações adversas cutâneas como: urticária, eritema multiforme, vasculite, Stevens-Johnson e epidermólise bolhosa tóxica. Stevens-Johnson é uma síndrome mucocutânea grave mediada por imunocomplexo. Sua incidência é de 1 a 6 casos por milhão de pessoas por ano. Drogas, infecções virais ou malignidades são as possíveis etiologias. Caracteriza-se por eritema bolhoso e erosões epidérmicas ou mucosas atingindo menos de 10% da superfície corporal, assim como apresentado pelo caso descrito. Quando induzida por medicamentos, pode ocorrer entre poucas horas até 45 dias após uso. A medicação deve ser suspensa o mais precoce possível, o tratamento é de suporte associado a início precoce de corticosteroides sistêmicos devido ao risco de infecções secundárias, septicemia, falência renal aguda e morte.

**Considerações Finais:** Ciprofloxacino é medicação de risco para graves reações cutâneas, portanto, sua prescrição deve ser criteriosa. Destaca-se a necessidade de rápido reconhecimento dessas reações e retirada da droga como ações primordiais para diminuir a morbidade da síndrome de Stevens-Johnson.

**P 136 TRAUMA AGUDO DO PALATO: RELATO DE CASO**

Maria Thereza Patury Galvão Castro, Cleide de Sousa Araújo, Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Arnaldo Pinto Guedes de Paiva Neto, Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Therezita Peixoto Patury Galvao Castro

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, sexo feminino, 58 anos. Relata que após ingerir pipoca foi acometida de dor na garganta com sangramento na cavidade oral e dor a deglutição. Procurou de imediato o ambulatório de Otorrinolaringologia. Ao exame da cavidade oral e orofaringe, foi observado um grande hematoma na região do palato mole, com hiperemia na mucosa faríngea e tonsilas e foi medicada com prednisolona 20 mg, antibiótico, analgésico e a manter uma alimentação fria, evitando também os alimentos quentes e ácidos. Retornou após 10 dias com melhora do quadro clínico, apresentado ainda uma hiperemia intensa na região do palato mole, sendo orientada a manter uma medicação tópica. Após mais 15 dias, voltou e foi observada mucosa oral normal.

**Discussão:** As lesões traumáticas de mucosa oral são de múltiplas causas, conforme observado em vários artigos. As características clínicas de uma lesão oral podem ser bastante semelhantes, independentemente de sua etiologia (lesão traumática, tumor benigno ou maligno em fase inicial). Os traumas agudos apresentam-se, em geral, como lesões de comprometimento mais profundo, podendo evoluir com hematomas, erosões ou até úlceras. Os agentes são dos mais variados tipos, proposital ou acidental. Os locais mais comuns para este tipo de lesão são ponta de língua, palato, lábios e mucosa jugal. Neste caso, trata-se de uma lesão traumática aguda causada pela ingestão de pipocas, provavelmente por alguma substância química da pipoca que resultou num grande hematoma, que regrediu com o tratamento clínico.

**Considerações Finais:** Diante do caso acima, é importante o tratamento precoce e a prevenção, devendo evitar alimentos suspeitos, com corantes e substâncias químicas que possam causar danos à saúde bucal.

## P 138 TUBERCULOSE TONSILAR: UM RELATO DE CASO

Alana Asciutti Victorino, Bruno de rezende Pinna, Grazzia Guglielmino, Beatriz Villano Krentz, Barbara Renna Pavin, Erica Hoppactah, Priscila Bogar

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 47 anos, com história de odinofagia recorrente há 7 meses, associada à dificuldade de deglutição, secreção purulenta em lojas amigdalinas, inapetência, febre vespertina contínua e emagrecimento considerável no período, além de linfonodopatia cervical múltipla e bilateral, sem, no entanto, tosse produtiva ou manifestação pulmonar. Relatou uso de penicilina benzatina diversas vezes, sem melhora. Etilista social e tabagista de 30 anos-maço, sem comorbidades. Ao exame físico, visualizadas amígdalas grau 1, com lesão ulcerada em ambas, recoberta por fibrina e secreção purulenta estendendo até orofaringe posterior. À nasofibrolaringoscopia, descartadas lesões em meatos médios, rinofaringe ou laringe. Solicitada investigação sorológica: sorologias virais (HIV, citomegalovirus, mononucleose, epstein-barr, hepatites) negativas, pesquisa de sífilis negativa e pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* no escarro fortemente positiva. O raio X de tórax evidenciou infiltrado pulmonar difuso.

**Discussão:** Manifestações extrapulmonares de tuberculose são raras, representando cerca de 10 a 15% dos casos de tuberculose, sendo a manifestação em cavidade oral extremamente rara. Os fatores de risco para o desenvolvimento de tuberculose tonsilar incluem má higiene dental, manipulação dentária e leucoplasia oral. O quadro clínico de tuberculose amigdalina se assemelha muito às manifestações de neoplasia desse sítio com hipertrofia amigdalina, frequentemente assimétrica, dor, disfagia, odinofagia e linfonodomegalia cervical, além de ulcerações em tonsilas, sendo difícil realizar o diagnóstico diferencial das duas entidades. Os diagnósticos diferenciais incluem malignidade, úlcera traumática, angina de Plaut-Vicent, granulomas, linfomas, o que exige a realização de diversos exames complementares para obtenção do diagnóstico definitivo. Segundo a literatura, o tratamento com esquema quádruplo tem apresentado bons resultados.

**Considerações Finais:** Apesar de um acometimento raro, a tuberculose amigdalina deve ser investigada em todo paciente com histórico de amigdalite de repetição e linfonodomegalia cervical, mesmo em casos de ausência de contexto epidemiológico favorável ou sintomas pulmonares típicos.

## P 139 ÚLCERAS CUTANEOMUCOSAS RELACIONADAS À CITOTOXICIDADE INDUZIDA POR METOTREXATE: RELATO DE CASO E BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Rafael Freire de Castro, Fabio Akira Suzuki, José Arruda Mendes Neto, José Sérgio do Amaral Mello Neto, Mariana Delgado Fernandes, Thays Fernanda Avelino dos Santos, Marília Batista Costa

*Hospital do Servidor Público Estadual - IAMSPE, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 31 anos, sexo feminino, parda, com quadro de odinofagia há 30 dias, refratário à analgesia comum e diversas classes de antibióticos. Paciente com diagnóstico prévio de psoríase, não sabe especificar terapia medicamentosa em primeira avaliação. Ao exame: úlcera rasa e fundo com fibrina, estendendo-se da amígdala esquerda ao pilar anterior ipsilateral e úvula, dolorosa. Optou-se pela analgesia e solicitação de sorologias. Paciente retorna após sete dias, com extensão da doença em mucosa oral, agora acometendo mucosa jugal bilateralmente, de mesmas características, além de surgimento de placas sero-hemáticas de 1 a 2 cm de maior diâmetro acometendo abdome, membros superiores e inferiores. Sorologias solicitadas negativas para vírus testados, paciente informa estar em uso de metotrexato (MTX) 1,5 mg por dia há 7 dias do início dos sintomas. Aventada hipótese de intoxicação pelo MTX, após avaliação da Dermatologia, suspenso medicamento. Paciente evoluiu com remissão completa das úlceras cutaneomucosas cinco dias após a suspensão do fármaco. Realizada ajuste de dose do MTX, sem necessidade de reposição de ácido fólico.

**Discussão:** Acredita-se que as lesões cutaneomucosas decorrentes da toxicidade do MTX advêm do seu efeito supressor na proliferação celular ao inibir a diidrofolato redutase. As causas mais comuns de toxicidade pelo MTX estão relacionadas à dosagem inapropriada (acima de 25 mg/semana), uso de drogas que interferem em seu metabolismo, insuficiência renal ou alteração posológica recente. Esta última, a causa mais provável de acordo com o caso descrito. Além disso, em estudo de Said et al., a administração em doses diárias da droga também está relacionada ao aparecimento de lesões psoriáticas.

**Considerações Finais:** A forma cutaneomucosa isolada como efeito tóxico agudo do MTX é muito rara e sua incidência ainda não foi estimada pela literatura, o que torna a mesma de difícil suspeição clínica, porém deve ser lembrada como diagnóstico diferencial diante evolução atípica de lesão oral.

## P 141 ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DE GRANULOMA TRAQUEAL

Fabricio Scapini, Rodrigo Agne Ritzel, Mariana Zago de Moraes, Natalia Vieira Gasparin, Isadora Rinaldo Scaburi, Gabriela Cadaval Coletto, Marlon Luiz Maders

*Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** I. S. M., masculino, 2 anos, encaminhado ao serviço de Otorrinolaringologia do HUSM para avaliação de estridor e incapacidade de decanulação de traqueostomia. Tinha histórico de prematuridade extrema, internação em UTI neonatal por doença da membrana hialina e sepse, com necessidade de ventilação mecânica prolongada, evoluindo com estridor alto após extubação. Realizou fibrobroncoscopia no hospital de origem, sendo diagnosticada paralisia de prega vocal esquerda e estenose subglótica, quando foi traqueostomizado. Ao ser avaliado pelo serviço um ano após, mantinha-se traqueostomizado, não tolerando oclusão da cânula. Foi submetido à laringoscopia de suspensão que revelou adenoide obstructiva e lesão de aspecto granulomatosa na parede anterior da traqueia, proximal ao traqueostoma, ocupando 80% da luz, com mobilidade laríngea normal. Realizada ressecção endoscópica da lesão com óptica de 2,7 mm e adenoidectomia. Após 3 meses, nova fibrobroncoscopia não demonstrou redução da luz traqueal. Foi iniciada decanulação, com boa evolução.

**Discussão:** As estenoses de traqueia, embora incomuns, são complicações importantes de intubações prolongadas e traqueostomias. O granuloma é uma das causas, sendo a complicação tardia mais frequente da traqueostomia. O diagnóstico é muitas vezes tardio e fibrobroncoscopia torna-se necessária para a confirmação e decisão do tratamento. O tratamento geralmente é cirúrgico, com ressecção da área lesada através de anastomoses, com taxa de insucesso próximas a 15%. O tratamento com videocirurgia vem se mostrando efetivo e encontra seu lugar principalmente no cuidado inicial, não excluindo possibilidade de realização da técnica aberta em um segundo momento. Se torna boa escolha para casos como o granuloma, em que a técnica por vídeo diminui a morbidade com boas taxas de sucesso.

**Considerações Finais:** As complicações traqueais pós-intubação podem resultar em necessidade de ressecções traqueais. O presente relato demonstra o tratamento endoscópico para ressecção de granuloma traqueal pós-traqueostomia, sem necessidade de ressecção traqueal.

## P 142 ABSCESSO CERVICAL RETROCRICOIDEO - RELATO DE CASO

Bertha Catharine Corrêa Pereira Silva, Matheus Alves Farah, Natália Barros de Melo, Rebeca Alevato Donadon, Nathalia Parrode Machado Barbosa, Paulo Cesar Pezza Andrade, André Luiz Lopes Sampaio

*Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 34 anos, atendido no pronto-socorro da Otorrinolaringologia do HBDF em julho/2017 com queixa de odinofagia, disfagia e sem histórico de aspiração de corpo estranho. Ao exame físico, sem alterações significativas na oroscopia e visualização de edema retrocricoideo em laringoscopia indireta. Realizada endoscopia digestiva alta com detecção de abaulamento da mucosa em região retroglótica, posterior à cartilagem cricoide, com cerca de 3 cm de diâmetro, aparência mole, elástico, recoberto por mucosa rósea e com ponto amarelado em sua superfície, o tubo endoscópico progrediu com facilidade através do seio piriforme direito. O paciente foi submetido à abordagem cirúrgica para drenagem, porém sem saída de secreção. Evolui com melhora clínica após procedimento cirúrgico.

**Discussão:** Os abscessos cervicais profundos se caracterizam pela formação de coleções alojadas nos espaços delimitados pelos planos faciais do pescoço. Ainda apresentam uma taxa de mortalidade elevada (cerca de 40%) devido à evolução rápida para complicações, como insuficiência respiratória, pericardite, trombose venosa, rupturas arteriais, choque séptica e mediastinite. O foco infeccioso inicial mais comum em adultos são as infecções odontogênicas, mas outras etiologias podem ser as infecções das glândulas salivares, trauma, corpos estranhos, complicações iatrogênicas e complicações de infecções superficiais. Na infância, as etiologias mais comuns são as infecções de vias aéreas superiores e as tonsilites. No entanto, 20% dos casos são de foco inicial indefinido.

**Considerações Finais:** O diagnóstico precoce e tratamento adequado destas infecções torna-se importante para evitar as complicações e reduzir a sua alta mortalidade.

## P 143 ABSCESSO DE BEZOLD: COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDICA CRÔNICA

Isnara Mara Freitas Pimentel, Levi Mota Marques, Andressa Rolim Freitas, Yuri Rodrigues Rocha, Debora Lilian Nascimento Lima, José Gumercindo Vasconcelos Rolim, Fernando Porto Carreiro Filho

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 62 anos, masculino, com quadro de otalgia à direita intensa, associada à otorreia purulenta ipsilateral, febre e tontura incapacitante. Ao exame físico, apresentava sinais flogísticos em regiões cervicais I, II e III e retroauricular à direita. Otoscopia à direita apresentando edema de conduto auditivo externo, otorreia purulenta e membrana timpânica com perfuração ampla. Relata que há mais de 40 anos apresentava episódios de otorreia, entretanto, houve piora nos últimos 5 meses. Tomografia computadorizada (TC) de mastoide evidenciando material de atenuação de partes moles preenchendo meato acústico externo, hipo/meso/epitímpano, indicando otite média não colesteatomatosa. Células da mastoide à direita quase que completamente preenchidas. TC de pescoço: presença de três coleções de abscesso medindo 4,6X2X2,2 cm, 2,3X1X0,9 cm, 1,6X1,3X0,9 cm, com compressão de veia jugular direita. Submetido à mastoidectomia simples à direita com cervicotomia exploradora para drenagem de abscesso com evolução favorável.

**Discussão:** No abscesso de Bezold ocorre infecção com fistulização da ponta da mastoide e subsequente dissecação da coleção purulenta para o músculo digástrico e esternocleidomastoideo. É uma complicação rara, principalmente na otite média crônica, pois necessita da mastoide pneumatizada. Na maioria das vezes é diagnosticado tardiamente, por não ser lembrado como diagnóstico diferencial. Os sintomas mais comuns são febre, otalgia, aumento de volume em região cervical, otorreia, restrição da mobilidade cervical, paralisia facial e hipoacusia. Para o diagnóstico e planejamento terapêutico, é necessária a realização da TC de mastoide e cervical. Antibioticoterapia de largo espectro iniciada rapidamente combinada com a mastoidectomia e acesso cervical precoce para a drenagem do abscesso mostrou-se como a conduta mais indicada.

**Considerações Finais:** O relato de caso descrito chama atenção para importância do tratamento dos pacientes com otite média crônica pelo risco de complicações graves. É relevante ainda pela raridade da complicação e pelo sucesso da conduta realizada.

## P 144 ABSCESSO DE ESPAÇO CERVICAL MASTIGATÓRIO COM EXTENSÃO TEMPORAL

Eduardo Romero Sampaio Botelho, Carolina da Silveira Alves, Rosana Guimarães Rodrigues Alves, Geizeane Moraes Cunha, Gustavo Bachega Pinheiro, Maria Stella Jaqueline Alves de Farias, Vanéli Silva Martins

*Hospital de Base de Brasília, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente G. R. S., masculino, 57 anos, hipertenso e diabético, procurou o Pronto Socorro de Otorrinolaringologia do Hospital de Base do Distrito Federal com queixa de abaulamento doloroso em hemiface direita, em tratamento sintomático há 30 dias sem melhora, evoluindo com disfagia, febre e emagrecimento. Ao exame clínico inicial, apresentava abaulamento parotídeo à direita, flutuante, doloroso à palpação, oroscopia com abaulamentos periamigdaliano e em mucosa jugal direitos. Realizou tomografia de cabeça e pescoço com contraste, com visualização de abscesso profundo em espaço mastigatório, localizado imediatamente adjacente à orofaringe, invadindo musculatura, rechaçando glândula parótida, sem invasão de mediastino. Hemograma com leucocitose. Realizada punção periamigdaliana e drenagem de secreção purulenta, além de introdução de antibioticoterapia venosa. Posteriormente, realizada nova drenagem em mucosa jugal com saída de secreção purulenta. No 8º dia de internação, apresentou flutuação em região temporal direita, sendo feita incisão supra-auricular direita, anterior à artéria temporal, superior ao arco zigomático, com dissecação até planos profundos e drenagem de secreção purulenta em pequena quantidade, com dreno em dedo de luva. Permaneceu internado por 18 dias, com tomografia de controle com abscesso residual de 2 ml, alta hospitalar e finalização do tratamento domiciliar.

**Discussão:** As infecções cervicais podem ter origem nas diversas estruturas da cabeça e pescoço, como dentes e glândulas salivares. Devido às características anatômicas dos espaços cervicais, as infecções nos espaços profundos se disseminam através das fáscias, originam abscessos e envolvem estruturas vitais como as vias aéreas superiores. Assim, há manifestações locais por efeito compressivo, com edema, obstrução do trato aerodigestivo e alterações sistêmicas.

**Considerações Finais:** O tratamento deve ser precoce, combinando a antibioticoterapia venosa à drenagem das coleções purulentas, a fim de diminuir os riscos de complicações graves.

## P 145 ADENOMA DE PARATIREOIDE INTRATIREOIDIANO: RELATO DE CASO

Tamires Ferreira Siqueira, Dândara Bernardo Siqueira, Camila Sá de Melo Campos, Cintia Vanette, Lucas Spina, Carlos Segundo Paiva Soares, José Vicente Tagliarini

*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** I.M.N.R., feminino, 51 anos, assintomática. Paciente apresentava nódulos tireoidianos no lobo direito observados no ultrassom, eutireoidea. A primeira hipótese da paciente foi hiperparatireoidismo primário (adenoma de paratireoide) devido à osteoporose, hipercalcúria, elevação de PTH e hipercalcemia. Apresentava uma formação sólida-cística, com fluxo Doppler exuberante, no terço inferior e posterior do lobo direito da tireoide, em íntimo contato com a topografia da paratireoide, punção aspirava com agulha fina com possibilidade de ser células foliculares (classe IV Bethesda). A cintilografia de paratireoide com Sestamibi era sugestiva de hiperplasia e/ ou processo tumoral no lobo tireoidiano. Tireoidectomia parcial direta e paratireoidectomia inferior direita e esquerda foram realizadas. Havia um adenoma de paratireoide dentro do lobo tireoidiano direito, em seu terço médio e inferior, a tireoide e as paratireoide ressecadas apresentavam estrutura geral preservada.

**Discussão:** O adenoma de paratireoide é a causa de hiperparatireoidismo primário em cerca de 80% dos casos. A lesão mais comumente observada é o adenoma solitário de paratireoide. Na avaliação ultrassonográfica, os principais diagnósticos diferenciais são os nódulos tireoidianos e linfonodos. Tratamos deste caso de hiperparatireoidismo primário em paciente que apresentava nódulo tireoidiano em lobo direito e suspeita de adenoma de paratireoide, cujo anatomopatológico comprovou ser o próprio nódulo tireoidiano o adenoma de paratireoide.

**Considerações Finais:** A ultrassonografia, assim como a punção e cintilografia de tireoide e paratireoide são exames imprescindíveis para a realização dos diagnósticos diferenciais, porém apenas o resultado anatomopatológico é definitivo, em casos de suspeita de adenoma de paratireoide é necessária a investigação clínica completa.

**P 146 ADENOSE POLICÍSTICA ESCLEROSANTE EM ADOLESCENTE**

Magda Midori Mukai, Agnaldo Graciano, Icléia Siqueira Barreto, Albina Messias de Almeida Milani Altemani, Agrício Nubiato Crespo, Carlos Takahiro Chone

*Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina de 17 anos apresentava nódulo na região infraauricular direita há 6 meses, crescimento gradual e levemente doloroso à palpação. Ultrassonografia e RNM cervical mostravam uma massa heterogênea em glândula parótida direita, associada a achado incidental de nódulos em tireoide. Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de lesão parotídea inicialmente compatível com processo inflamatório crônico, com revisão sugestiva de neoplasia epitelial de aspecto oncocítico e arranjo papilífero, sendo levantada a hipótese de neoplasia primária de parótida ou metástase de carcinoma papilífero de tireoide. Devido à dificuldade diagnóstica foi submetida à parotidectomia superficial com monitorização do nervo facial e biópsia de congelação intraoperatória, que sugeriu diagnóstico de sialoadenite esclerosante, posteriormente confirmada como adenose policística esclerosante (APE).

**Discussão:** Alguns estudos consideram a APE como uma doença inflamatória esclerosante com baixo grau de potencial neoplásico, outros a classificam como uma neoplasia benigna, mas que pode mostrar diferentes graus de displasia até carcinoma *in situ*. A APE é até hoje um desafio diagnóstico, incluído em 2016 no *Update* da 4ª *World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Tumors of the Salivary Gland*. Dos casos de APE, cerca de 80% afetam as glândulas salivares maiores. Clinicamente, apresentam-se como uma massa de crescimento lento e leve dor, variam de alguns milímetros a 11 cm, afetando com maior frequência mulheres na faixa etária de 40 anos. Devido à raridade da APE, os achados citopatológicos descritos na literatura se tornam insuficientes para seu reconhecimento em amostras da PAAF.

**Considerações Finais:** A APE deve ser considerada uma neoplasia com baixa taxa de malignização. A PAAF, isoladamente, não fornece um diagnóstico pré-operatório adequado. A parotidectomia superficial com preservação do nervo facial é considerada o tratamento de escolha. As raras recorrências estariam relacionadas à enucleação, excisão cirúrgica incompleta ou lesões multinodulares não encapsuladas.

## **P 147 AMPUTAÇÃO BILATERAL DE ORELHAS EXTERNAS POR TUMORES DE PELE LOCALMENTE AVANÇADOS E RECONSTRUÇÃO EM VÁRIOS TEMPOS COM USO DE RETALHOS DE PELE, RETALHO MUSCULOCUTÂNEO E ENXERTOS**

Marina Paese Pasqualini, Marcelo Pilatti, Lucas Strauss Boff, Alana Santos da Silva, Daliana Patrícia Paul Lüdtkke, Ivan Neutzling Lüdtkke

*Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 61 anos, jardineiro, tabagista. Procurou Hospital de Caridade de Carazinho em abril/2017 apresentando 2 lesões de pele: uma em orelha esquerda, há 12 anos, crescimento lento, outra em orelha direita, há 6 anos, progressão acelerada. Em 2014, havia apresentado quadro semelhante com presença de miíase, com biópsia evidenciando carcinoma basocelular (CBC) ulcerado à esquerda e carcinoma espinocelular (CEC) à direita. Paciente não aceitou exérese cirúrgica bilateral, indicando-se radioterapia exclusiva, porém não realizou e perdeu seguimento. Após 3 anos sem acompanhamento, apresentou dor lancinante acompanhada de miíase à direita. Nessa ocasião aceitou tratamento cirúrgico – amputação bilateral de orelhas com retirada de partes moles e parotidectomia superficial bilateral, deixando ferimentos cirúrgicos cruentos com exposição óssea temporal, sem periósteo, bilateralmente. Em segundo momento, realizou-se cobertura parcial à esquerda com retalhos em avanço e, na terceira abordagem, retalho vertical posterior do músculo trapézio à direita. Na quarta cirurgia desfez-se pedículo do retalho e enxertou-se dorso e região temporal esquerda. Plano de encaminhá-lo para radioterapia adjuvante em leitos tumorais e cadeias de drenagem.

**Discussão:** CBC é a neoplasia epitelial mais frequente – 65-80%, menor potencial metastático e maior invasivo. Apresenta-se como nódulo ulcerado perolado com telangiectasias, acometendo orelha em cerca de 11,8% dos casos. CEC representa 15% das neoplasias epiteliais malignas, com crescimento rápido e agressivo e maior potencial metastático. Optou-se, nesse caso, pela amputação de ambas orelhas (intuito higiênico e terapêutico), preservando-se os condutos auditivos. Realizou-se cobertura dos defeitos com diferentes técnicas no intuito de cobrir precocemente e com menor morbidade possível para que paciente possa fazer radioterapia adjuvante.

**Considerações Finais:** Devido à dificuldade de seguimento e extensão das lesões, optou-se pela ressecção oncológica bilateral, rotando-se tecidos adjacentes à esquerda – objetivando preservar a audição remanescente – e retalho miocutâneo vertical posterior do músculo trapézio à direita.

## P 148 ANGINA DE LUDWIG

Bianca Mendonça De Almeida, Monalice Ferreira Campos Ana Cristina Costa Martins, Taisse Costa Lima, Leonella Milli Lavagnoli, Lygia Alves Mancini, Camila Pinheiro Junqueira

*Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.A.M.S., 58 anos, masculino, procurou atendimento de emergência em ORL com queixa de desconforto em região submandibular por trauma perfurante por espinha de peixe em orofaringe. Ao exame, não foi visualizado corpo estranho ou lesões aparentes em orofaringe, apenas discreto edema sublingual à esquerda. Endoscopia digestiva alta sem alterações. Tomografia computadorizada de pescoço: imagem hiperdensa com foco gasoso de permeio em região cervical esquerda. Teve alta hospitalar com prescrição de amoxicilina com clavunalato, prednisona e orientações de retorno. Após 3 dias, teve piora do quadro álgico e edema. Realizada exploração da região com drenagem de grande quantidade de coleção purulenta e remoção do corpo estranho. Liberado para seguimento ambulatorial com antibioticoterapia oral. Entretanto, após 4 dias, o paciente retornou com sinais de toxemia, sendo internado para antibioticoterapia parenteral, quando evoluiu com mediastinite e submetido à toracotomia exploradora.

**Discussão:** A angina de Ludwig é uma doença infecciosa dos tecidos do assoalho da boca, geralmente originada de uma infecção odontogênica. No entanto, pode ser resultante de amigdalites, sialoadenites ou por traumas perfurantes do assoalho da boca. Acomete os espaços submandibular, sublingual e submentoniano, com potencial maligno pelo risco de obstrução das vias aéreas, podendo causar abaulamento de região cervical, dor, disfagia, odinofagia, trismo, febre, linfadenopatia e protusão lingual. Sua complicação mais rara e grave é a mediastinite descendente necrosante. O diagnóstico precoce realizado por exames de imagem com avaliação de extensão da doença, seguido de tratamento com antibioticoterapia parenteral adequada, perviedade de vias aéreas, drenagem e resolução da causa base pode mudar o curso da doença.

**Considerações Finais:** O paciente apresentou um quadro de angina de Ludwig, cuja primeira opção de tratamento foi clínico, com má resposta. A delonga no diagnóstico e instituição de terapia precoce adequada favoreceu à complicação da doença com mediastinite ascendente necrosante.

## P 149 ANGINA DE LUDWIG COM ABSCESSO PERIAMIGDALIANO À DIREITA: UM RELATO DE CASO

Lucas Cunha Ferreira Castro Tolentino, Tatiane Bordignon Uliana, Matheus Cunha Ferreira Castro Tolentino, Conrado Castro Tolentino, Thaís Consorte Domingues, Bruna Gabriele Sartori, Marco Aurélio Franco de Godoy Belfort

*Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Idosa do sexo feminino procurou o pronto-atendimento do Hospital Regional de Presidente Prudente após 4 dias de realização de procedimento odontológico, queixando-se de odinofagia, febre, edema submandibular bilateral e apresentando na oroscopia amígdala direita com secreção purulenta e sinais flogísticos. Foi diagnosticada com angina de Ludwig, internada e iniciada antibioticoterapia empírica imediata. Emergencialmente, realizou-se tomografia computadorizada cervical, constando uma coleção em loja amigdaliana direita e fibronasolaringoscopia que evidenciou um abaulamento em parede lateral direta da faringe. Dessa forma, foi submetida à drenagem de abscesso cervical profundo e amigdalectomia à direita, cujo anatomopatológico resultou em processo inflamatório crônico e ausência de neoplasia. Durante a internação, necessitou de 2 transfusões sanguíneas, utilização de sonda nasoenteral por 11 dias e modificação da antibioticoterapia empírica devido evolução insatisfatória do quadro, associada à piora do padrão inflamatório observado nos exames laboratoriais e exame físico. Houve necessidade de uma reabordagem da drenagem do abscesso faríngeo periamigdaliano bilateral e submandibular após 10 dias do primeiro procedimento. Após 31 dias de internação, recebeu alta hospitalar em bom estado geral e com resolução total do quadro.

**Discussão:** A Angina de Ludwig é um processo inflamatório agudo, frequentemente de origem odontogênica, que envolve o tecido do assoalho da boca e região submandibular. Apresenta baixa incidência, mas por apresentar risco iminente de obstrução de vias aéreas, é imperativa a internação hospitalar. Tem como base do tratamento a manutenção das vias aéreas, antibioticoterapia adequada e drenagem cirúrgica. Apresenta diagnóstico clínico e quando não tratada há altíssimo índice de mortalidade.

**Considerações Finais:** A anamnese e o exame físico foram fundamentais para realização do diagnóstico precoce e instituição do tratamento adequado visando a proteger as vias aéreas. A antibioticoterapia e drenagens cirúrgicas foram essenciais para a boa evolução do quadro e cura da paciente.

## P 150 ANGINA DE LUDWIG: RELATO DE CASO

Thamiris Cristina Santos Lopes, Gabriela Oliveira Monteiro, Sara Costa Gomes, Rosane Siciliano Machado, Patrícia Bittencourt Barcia Barbeira

*Hospital Central da Polícia Militar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.C.J., 33 anos, sexo masculino, apresentou quadro de dor difusa em hemiface direita e aumento importante de volume na região submandibular direita estendendo-se à região submentoniana direita. Apresentava trismo importante e odinofagia. Negava dispneia ou febre. Ao exame físico, apresentava infecção dentária em siso inferior direito, avaliada por odontologista que realizou tratamento prévio. Fez uso de amoxicilina prescrito pelo odontologista, porém evoluiu com drenagem de secreção purulenta espontânea intraoral em região retromolar direita, contudo trismo e aumento de volume de região cervical inalterados. Foi solicitada tomografia computadorizada de pescoço que evidenciou abscesso em espaço submandibular direito, estendendo-se para espaço parafaríngeo ipsilateral, configurando quadro de angina de Ludwig. O paciente foi internado e iniciado tratamento com antibiótico parenteral e programada drenagem de abscesso para as próximas 48 horas. Paciente apresentou boa evolução, com diminuição progressiva do abscesso, sem necessidade de drenagem cirúrgica.

**Discussão:** Embora incomum, a Angina de Ludwig, celulite frequentemente originada de infecção dentária, é uma ameaça pelo risco iminente de obstrução de vias aéreas. A manutenção das vias aéreas é a principal preocupação, sendo a traqueostomia muitas vezes necessária. Na maioria dos casos, a infecção é polimicrobiana, sendo mais frequentemente responsáveis pelo processo séptico o estreptococos e stphylococos, porém anaeróbios também podem estar envolvidos. O tratamento inicial é clínico, sendo a terapia antimicrobiana empírica. A combinação de clindamicina, penicilina e metronidazol é comumente recomendada. A drenagem cirúrgica formal é indicada no estabelecimento de infecção supurada.

**Considerações Finais:** Diante de uma infecção dentária, deve-se instituir tratamento adequado e observar possíveis sinais de complicação, para o rápido diagnóstico e tratamento devido à potencial gravidade do quadro de angina de Ludwig.

## P 151 ANOMALIA DE TERCEIRO ARCO BRANQUIAL: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

Konrado Massing Deutsch, Maiana Zanchetta Scherer, Andreza Mariane de Azeredo, Francesco Prezzi, Thomas Peter Maahs, Andressa Bernardi, Gerson Schulz Maahs

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Caso I: paciente masculino, 7 anos, previamente hígido teve abscesso cervical em nível IV à esquerda drenado cirurgicamente com boa evolução. Quatro meses após, retorna com recidiva do abscesso. Após indução anestésica, realizada injeção de azul de metileno no abscesso com identificação de drenagem do corante em seio piriforme ipsilateral à laringoscopia direta. Realizada drenagem do abscesso e correção da fístula via endoscópica em um segundo tempo. Caso II: paciente feminina aos 2 anos e 6 meses realizou exérese cirúrgica de provável cisto branquial em hospital no exterior. Aos 6, 18 e 19 anos apresentou abaulamento cervical com drenagem de secreção purulenta manejada com drenagem incisional e antibioticoterapia. Após o último episódio procurou otorrinolaringologista que realizou laringoscopia indireta com evidência de fístula em seio piriforme esquerdo. Levada à ressecção endoscópica com resolução do quadro.

**Discussão:** Anomalias branquiais são decorrentes de alterações no desenvolvimento do aparato branquial durante o desenvolvimento fetal. Geralmente, são diagnosticadas na infância, mas podem ser identificadas apenas na idade adulta após um episódio de aumento de volume ou infecção local. O tratamento definitivo dessas lesões é cirúrgico e depende do correto diagnóstico. Anomalias do terceiro arco branquial são raras e correspondem a 2-8% das malformações de arcos branquiais.

**Considerações Finais:** Muitos casos só são diagnosticados após mais de uma drenagem de abscesso cervical ou recidiva de ressecção de suposto cisto braquial devido à pouca familiaridade dos médicos com essa condição rara. Sempre que o cirurgião se depara com cisto ou abscesso cervical próximo à clavícula, localizado entre a glândula tireoide e o músculo esternocleidomastoideo, deve investigar a possibilidade de anomalia do terceiro arco branquial com o intuito de realizar o correto manejo dessa condição.

## P 152 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ADENOMA PLEOMÓRFICO

Diogo Lacerda Pereira de Medeiros, Amanda de Almeida Souza, Marina Moraes Loepert, Priscila Silva Monteiro, Eduarda Costa Alves, Mariana Meireles Teixeira, Pedro Ricardo Milet

*Hospital Federal dos Servidores do Estado/Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** S.S.B., feminina, 61 anos, apresentando obstrução nasal e lesão vegetante em fossa nasal esquerda de aspecto pardo escurecido. Biópsia sugere carcinoma espinocelular e reconstrução tomográfica área sugestiva de reabsorção óssea em maxilar esquerdo. Realizado acesso de Weber-Ferguson e ressecção de lesão arredonda pediculada em septo nasal com margem cartilaginosa. Evoluiu no pós-operatório com perfuração septal e rinite atrófica. Estudo histopatológico conclui adenoma pleomórfico, confirmado por revisão de lâmina de biópsia.

**Discussão:** Tumores nasais são divididos em origem neural – gliomas, meningiomas, neuroblastomas olfatórios e neurilenomas, e origem não neural – adenomas pleomórficos, osteocondromas, condrossarcomas, leiomiiossarcomas, hemangiopericitomas císticos, carcinomas adenoides e oncocitomas. Tumores de glândula salivar constituem 3% de todas as neoplasias, sendo a maioria benigna e 70% adenomas pleomórficos. Aproximadamente 8% de todos os adenomas pleomórficos têm origem em glândulas salivares menores, mais frequentemente em cavidade oral. Segundo Spiro et al., 11,8% dos tumores de glândula salivar menor são benignos e somente 1% dos tumores são vistos na cavidade nasal e nasofaringe. A localização mais frequente na cavidade nasal é na cartilagem quadrangular do septo nasal, seguida da parede externa nasal, sobretudo cornetos, apresentando-se como obstrução nasal, epistaxe e massa nasal indolor unilaterais. O diagnóstico anatomopatológico do tumor misto demanda a presença de células epiteliais e mioepiteliais e um estroma com características fibróide, mixóide, condróide, vascular ou mixocondróide. O tratamento é cirúrgico, conservador ou radical dependendo das características tumorais. A tomografia computadorizada é útil na determinação dos limites da lesão com vistas à escolha terapêutica. A recidiva dos adenomas pleomórficos é maior naqueles cuja análise histológica detecta maior conteúdo mixóide, o qual, ao contrário do que ocorre nas neoplasias de glândulas principais, é raro na localização nasal.

**Considerações Finais:** A característica histopatológica do adenoma pleomórfico em localização atípica levou ao diagnóstico equivocado de carcinoma espinocelular, acarretando maior morbidade cirúrgica e sequelas pós-operatórias.

## P 153 BÓCIO ADENOMATOSO GIGANTE: RELATO DE CASO

Ana Clara Gordiano Carneiro, Mariana Matos de Almeida, Francisco Ramon Teles de Oliveira, Danilo Bruno Meira Matias, Natalia de Andrade Costa, Lise Barreto de Oliveira, Nilvano Alves Andrade

*Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.S.J., 57 anos, sexo feminino, admitida em ambulatório assistencial com quadro de aumento progressivo e indolor da região cervical há cerca de 5 anos. Negava perda de peso, febre, mal-estar. Portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Ao exame físico, apresentava-se com massa endurecida em região cervical de cerca de 10 cm de diâmetro. Tomografia cervical contrastada revelava volumosa formação expansiva com centro liquefeito/necrótico, medindo cerca de 10,4x9,1x7,1 cm, e desvio da traqueia para esquerda, sem redução da coluna aérea, com insinuação da massa para mediastino superior. Ultrassonografia da tireoide demonstrava volume total da glândula de 307,44cm<sup>3</sup>. Presença de nódulo medindo 10,5x6,6 cm em lobo direito e de 0,7x0,4 cm em lobo esquerdo. Ambos puncionados e enquadrados como benignos (Bethesda II). Submetida à tireoidectomia total, sendo o material enviado para anatomia patológica, cujo laudo foi hiperplasia nodular difusa (bócio adenomatoso), com linfonodos normais. Recebeu alta hospitalar 48h depois, em bom estado geral, sem complicações pós-operatórias.

**Discussão:** O bócio nodular é a doença endócrina mais comum, afetando entre 500-600 milhões de pessoas no mundo. Suas manifestações são muito variáveis e dependem do tamanho e da localização dos nódulos. Se muito grandes, alguns bócios podem causar compressão de estruturas como a traqueia, disfagia, tosse, disфонia de sensação de enforcamento. A cirurgia é o tratamento de escolha para bócios grandes, quando há crescimento progressivo do nódulo, sintomas compressivos, desvio ou compressão de traqueia. As complicações da cirurgia (disфонia por lesão dos nervos laringeos recorrentes e hipocalcemia por lesão das glândulas paratireoides) são as mais frequentes e esperadas em bócios grandes e mergulhantes.

**Considerações Finais:** Em virtude do seu grande volume, trata-se de um caso raro de bócio adenomatoso gigante, com característica mergulhante, que atingiu suas dimensões sem provocar sintomas. Além disso, foi ressecado cirurgicamente na ausência de complicações intra ou pós-operatórias.

## P 154 CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO

Paulo Tinoco, Marina Bandoli de Oliveira Tinoco, Lucas Sieburger Zarro, Amanda Monteiro Pina Queiroz, Diogo Araujo Silveira, Fagner De Souza

*Universidade Iguazu - Campus V, Itaperuna, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** E.F.G., 69 anos, masculino, natural de Alegre-ES, procurou o serviço apresentando “formigamento” em região maxilar esquerda há 5 meses, realizado tomografia de seios da face que evidenciou uma tumoração em região de seio maxilar esquerdo. Oroscopia - sem alterações. Rinoscopia – sem alterações. Foi submetido à técnica cirúrgica de Caldwell-Luc sendo feita a ressecção da tumoração e, nesse momento, observada erosão óssea adjacente ao tumor.

**Discussão:** É uma neoplasia maligna de glândula salivar que acomete principalmente as parótidas, as submandibulares e as salivares acessórias, sendo raro nas sublinguais, ocupa o quinto lugar das lesões epiteliais malignas das glândulas salivares. Com crescimento lento e natureza infiltrativa, clinicamente apresenta-se como um nódulo de consistência endurecida. Origina-se das células ductais e mioepiteliais provenientes dos ductos intercalares. Acomete frequentemente adultos na quinta, sexta e sétima décadas de vida, sendo incomum em jovens. As neoplasias malignas de glândulas salivares são raras, contabilizando menos de 7% dos cânceres de cabeça e pescoço.

**Considerações Finais:** O carcinoma adenoide cístico de seio maxilar tem pior prognóstico por invadir frequentemente estruturas adjacentes. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica completa da lesão, com margem de segurança. A irradiação é um tratamento adjunto preconizado por ser útil no controle da doença microscópica, após cirurgia inicial ou em casos de recorrência local.

## P 155 CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO DE SUBGLOTE: RELATO DE CASO

Emanuele Caroline Miola, Nédio Steffen, Marina Matuella, Luíse Sgarabotto Pezzin, Bruna Machado Köbe, Juan José Pineda Garcia, Juliana Soares Vieira Araujo

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Feminino, 47 anos, não tabagista, referia disfonia de início há três anos e dispneia aos moderados esforços. À videolaringoscopia, apresentava lesão submucosa em subglote, acometendo face inferior das pregas vocais, mais proeminente à direita. Estroboscopia mostrou preservação da onda mucosa bilateralmente. À palpação cervical, não se identificaram linfonodomegalias. Submetida à microcirurgia de laringe para biópsia, com diagnóstico de carcinoma epidermoide. Devido à apresentação clínica indolente e à localização deste tumor, foi realizada segunda biópsia, seguida de exame Imunohistoquímico, sendo firmado o diagnóstico de carcinoma adenoide cístico de baixo grau. Investigação de metástases a distância por meio de tomografia de tórax e crânio mostrou-se negativa. Foi indicado tratamento cirúrgico, sendo recomendada laringectomia total, devido à extensão do tumor. A paciente optou por acompanhamento clínico.

**Discussão:** O Carcinoma Adenoide Cístico é uma neoplasia maligna das glândulas salivares menores e representa menos de 1% de todas as neoplasias malignas que acometem a laringe. Na laringe, ocorre mais frequentemente na subglote, acometendo especialmente mulheres, entre os 50 e 60 anos, não sendo descrita associação com tabagismo. Os sintomas incluem dispneia e disfonia. É caracterizado por apresentar crescimento lento, tumores grandes, múltiplas recorrências, invasão perineural e metástases a distância tardias. Metástases cervicais são raras. A diferenciação entre carcinoma epidermoide variante basaloide, adenocarcinoma e carcinoma adenoide cístico pode ser difícil, sendo necessária imunohistoquímica. A taxa de sobrevida global em cinco anos é de cerca de 64%. O tratamento de eleição é cirúrgico, a radioterapia adjuvante mostra-se controversa na literatura.

**Considerações Finais:** O carcinoma adenoide cístico da laringe é uma neoplasia rara, no entanto, o diagnóstico deve ser sempre considerado em casos de tumor subglótico e firmado pela imunohistoquímica. É importante notar que as metástases podem ocorrer muitos anos após o tratamento, entretanto, esse tumor mostra crescimento lento, sendo que os pacientes sobrevivem com a doença por vários anos.

## P 156 CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS SARCOMATOIDE DE LARINGE PÓS-RADIOTERAPIA

Adriana Torres da Silva, Sérgio Edriane Rezende, Bárbara Andrade Lima, Camilla Magalhães de Almeida Ganem, Leonardo Petrone Castro, Bruno Magalhães de Pinho Tavares, Cheng T-Ping

*Instituto de Orl de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente 79 anos, ex-tabagista, com diagnóstico de carcinoma de células escamosas (CEC) de laringe (T2N0M0). Foi iniciada radioterapia exclusiva. O paciente não tolerou bem o tratamento devido aos efeitos colaterais, que foi interrompido por vontade do paciente. A tomografia computadorizada (TC) no início do tratamento radioterápico evidenciava presença de tumor centrado em região supraglótica da laringe, sem planos de clivagem com as cordas vocais verdadeiras, medindo 2,2x2,2 cm. As cartilagens tireoide e cricoide encontravam-se preservadas. Houve crescimento rápido da lesão, em três meses. Nova TC mostrou acometimento da hipofaringe, região supraglótica, glótica e infraglótica da laringe, obliterando os espaços pré-epiglótico e paralaríngeo, estendendo-se além dos limites da cartilagem tireoide, obstruindo a coluna aérea local, aparentemente invadindo o palato mole e medindo 11x7,5x5,2 cm, com sinais de erosão da cartilagem cricoide. Linfonodos com dimensões aumentadas nas áreas II, III e IV, notadamente à direita, os maiores medindo até 20x12 mm. Foi submetido à laringectomia total de resgate + esvaziamento cervical bilateral com rotação de retalho peitoral à direita. O exame anatomopatológico sugeriu sarcoma radioinduzido e o exame imunohistoquímico demonstrou carcinoma de células escamosas sarcomatoide pós-radioterapia. Apresentou recidiva na base da língua, foi tentada ressecção em um segundo tempo cirúrgico, sem sucesso. O paciente foi encaminhado ao CTI e faleceu alguns dias depois.

**Discussão:** O carcinoma de células escamosas sarcomatoide de laringe é um tumor raro de cabeça e pescoço, com uma incidência aproximada de 1%. O diagnóstico é confirmado por imunohistoquímica e o tratamento considerado um desafio, dada a agressividade da doença.

**Considerações Finais:** A falha do tratamento radioterápico do câncer de laringe é uma realidade e pode resultar em piora do prognóstico por indução de transformações moleculares, acelerando o crescimento tumoral e tornando o tumor mais agressivo.

## P 157 CARCINOMA DE OROFARINGE E HPV - RELATO DE CASO EM ADOLESCENTE

Luíse Sgarabotto Pezzin, Juliana Mazzaferro Krebs, Marina Matuella, Jéssica Lima Coelho, Juan Jose Piñeda, Luciane Mazzini Steffen, Nédio Steffen

*Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 15 anos, consulta otorrinolaringologista por placa branca na amígdala, sem odinofagia ou febre. Hemograma sem leucocitose. Antibioticoterapia sem melhora. TC compatível com de abscesso periamigdaliano. Realizadas punção sem drenagem de pus e amigdalectomia cujo anatomopatológico foi negativo para neoplasia, cultura negativa. Solicitada nova TC que evidenciou progressão das áreas de necrose. Paciente encaminhado para abordagem do abscesso cervical. Exame pré-operatório: loja amigdaliana endurecida à palpação, rinofaringe com abaulamento, suspeita de neoplasia. Levado à cirurgia com congelação intraoperatória que revelou neoplasia maligna. Solicitado PET-CT: lesão em contato com carótida esquerda e base do crânio. Estadiamento T4a, sem gânglios positivos. Imunohistoquímica: carcinoma epidermoide sarcomatoide, p16 positivo. Encaminhado para QT neoadjuvante, plano de RT.

**Discussão:** Apesar do declínio do carcinoma espinocelular (CEC) de cabeça e pescoço desde a década de 1980, os CEC de orofaringe aumentaram sua incidência. Homens jovens sem exposição ao álcool e ao tabaco, com maior nível socioeconômico são mais afetados, sugerindo nova causa: o papilomavírus humano (HPV). O diagnóstico de carcinoma tonsilar é comum em estágios avançados: massa cervical indolente (apresentação submucosa) ou formações profundas oligossintomáticas, acarretando risco de falso-negativo à biópsia. Na pesquisa do HPV, a imunohistoquímica identifica o regulador do ciclo celular p16. A presença de DNA/RNA de HPV e a superexpressão do p16 são excelentes marcadores prognósticos especialmente se associados ao não tabagismo. Com as vacinas anti-HPV, estudo na população feminina sueca comprovou redução significativa não só do HPV de colo do útero, mas também do oral após a introdução da vacinação.

**Considerações Finais:** Com o aumento da incidência de CEC de orofaringe em um diferente perfil populacional, o HPV se destaca como fator de risco a ser investigado. Priorizar a vacinação da população jovem é alternativa promissora que visa reduzir a incidência desta infecção e de sua potencial morbimortalidade.

## P 158 CARCINOMA DE RINOFARINGE EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

Natalia Andrade Costa, Lise Barreto Oliveira, Grasielle Souza Figueredo, Alice Karoline de Oliveira, Mariana Matos de Almeida, Ana Clara Gordiano Carneiro, Nilvano Alves Andrade

*Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 18 anos, sexo masculino, católico, estudante, solteiro, natural e procedente de Paulo Afonso-BA, com queixa de cefaleia em região frontal há 9 meses. Relatou roncos noturnos e respiração predominantemente bucal durante o período. Referiu anorexia, odinofagia e perda ponderal. História de sangramento de grande volume através da fossa nasal esquerda há 6 meses do atendimento. Oroscopia: massa em parede posterior de orofaringe se estendendo da porção posterior do pilar posterior da amígdala esquerda até a parede lateral direita da orofaringe. Otoscopia: líquido seroso em caixa média do ouvido esquerdo. Pescoço: massa de consistência endurecida, pouco móvel, média de 3-4 cm de diâmetro em região cervical nível II e III bilateralmente. Nódulo de consistência endurecida, pouco móvel, média de 1 a 2 cm de diâmetro em nível IV e V à direita. Nasofibrosopia: tumoração de superfície lisa e irregular em rinofaringe. TC de face realizada há 3 meses do atendimento evidenciou pólipos obliterando o seio esfenoidal e o recesso esenoetmoidal esquerdo. Exuberante aumento da tonsila faríngea. Biópsia da lesão evidenciou CEC não queratinizante invasivo. Cytokeratin positivo; EBV positivo. TC de abdome superior revelou lesões hepáticas suspeitas de acometimento secundário e TC de tórax evidenciou derrame pleural à direita, nódulos pulmonares e linfonodos mediastinais. Foi indicada realização de quimioterapia pelo serviço de oncologia. Paciente evoluiu com piora do padrão respiratório, sendo internado para suporte e cuidados paliativos.

**Discussão:** Os tumores de nasofaringe têm incidência de 0,5 a 2 casos por 100.000 habitantes, acometendo mais o sexo masculino, com pico de incidência na sexta década de vida. A maioria dos cânceres de nasofaringe origina-se do recesso faríngeo (fosseta de Rosenmüller). Frequentemente associado à infecção pelo EBV.

**Comentários finais:** Os carcinomas de nasofaringe não têm a cirurgia como tratamento inicial, devido à dificuldade de acesso e obtenção de margens cirúrgicas adequadas, elevada morbidade e boa resposta à radioterapia.

## P 159 CARCINOMA EPIDERMOIDE DE AMÍGDALA, PALATO E ÚVULA: RELATO DE CASO

Larissa Odilia Costa Binoti, Camila Bae Uneda, Natalia Mello Vale, Bernardo Relvas Lucas, Juliana Cagliari Linhares, Alonço Viana Júnior, Daniella Leitão Mendes

*Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.S.F., feminina, 58 anos, tabagista pesado, apresentou primariamente, pequenas lesões ulceradas em amígdala direita, indicando após biópsia carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, sendo indicada radioterapia como tratamento terapêutico. Após sete anos, apresentou novas lesões ulceradas, com área de necrose em palato mole e úvula, sendo evidenciado carcinoma epidermoide bem diferenciado, infiltrante e ulcerado, evoluindo para maxilarectomia de infraestrutura e palatetectomia, com boa evolução pós-operatória.

**Discussão:** As manifestações bucais são muito comuns e podem ser os primeiros ou únicos sinais e sintomas de doenças sistêmicas ou locais. Houve no Brasil, nos últimos anos, aumento significativo da taxa de câncer oral, sendo o sétimo câncer mais comum no país. As lesões bucais, de diferentes formas e tamanhos, principalmente quando encontradas no paciente tabagista, podem indicar o início ou evolução desta enfermidade. A grande maioria dos tumores malignos da cavidade bucal é constituída pelo carcinoma epidermoide, que se classifica como: bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado.

**Considerações Finais:** É importante a orientação das pessoas para que realizem periodicamente o autoexame de boca e também consultem médicos especializados regularmente. Infelizmente, observa-se demora no diagnóstico do câncer bucal, o que dificulta o tratamento e produz nos pacientes prejuízos anatômicos e funcionais. Dependendo do local e extensão do tumor primário e do status dos linfonodos cervicais, o tratamento do câncer da cavidade bucal pode ser cirúrgico, radioterápico, ou uma combinação de ambos. A cirurgia para ressecção dos tumores primários deve incluir sempre toda a lesão tumoral e uma margem de tecido livre de tumor em todas as dimensões.

## P 160 CARCINOMA EX ADENOMA PLEOMÓRFICO: UM RELATO DE CASO

Byanca Hekavei Hul, Melissa do Rocio Regazzo Porto, Flávia Caroline Klostermann, Carolina Pedrassani de Lira, João Paula Orejana Contieri, Carolina Branco Andreatta, Gustavo Fabiano Nogueira

*Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.A.S., masculino, 50 anos, evolução de 11 anos de massa endurecida com crescimento lento e progressivo em região de parótida esquerda. Biópsia em outro serviço há 10 anos, cujo resultado indicava lesão benigna. Paciente hipertenso controlado, negava tabagismo. Ao exame físico: massa endurecida de 10 cm de extensão em região de parótida esquerda, imóvel, aderida a planos profundos, indolor a palpação, linfonodos endurecidos e indolores aderidos a planos profundos posteriores a esternocleidomastoideo, sendo caracterizado por T4N3M0. Realizada parotidectomia total e linfadenectomia. No anatomopatológico diagnosticou-se carcinoma ex-adenoma pleomórfico de alto grau com comprometimento de cadeias linfonodais 5 e 6. Tomografias de crânio, tórax e abdome no pós-operatório imediato sem metástases. Encaminhado para quimioterapia e radioterapia. Doze meses após, diagnosticou-se metástase em coluna torácica e em etmoide direito com compressão de órbita e nervo óptico com alteração da acuidade visual, sendo submetido à depuração tumoral para redução dos sintomas oculares.

**Discussão:** O carcinoma ex adenoma pleomórfico é um tumor maligno de glândulas salivares maiores, 81,7% ocorre na glândula parótida, 18% na glândula submandibular e 0,3% na glândula sublingual. Acomete geralmente homens na sexta década de vida e se relaciona com o aumento do risco de câncer pulmonar. Dentre os sinais e sintomas de uma neoplasia de parótida, destacam-se: paralisia e dor facial, crescimento rápido, tumor 3 cm, infiltração e ulceração de tecidos, gânglios linfáticos cervicais aumentados. Para investigação, é utilizada a tomografia computadorizada e o diagnóstico definitivo é por anatomia patológica. O tratamento consiste em ressecção cirúrgica com dissecação cervical e radioterapia pós-operatória. Os locais mais comuns para metástase são: gânglios linfáticos, pulmões, ossos (corpos vertebrais). Metástases para seios paranasais são raras. O tratamento destes sítios metastáticos é paliativo. O prognóstico depende do grau e tamanho do tumor; invasão perineural ou de tecidos moles e metástases linfonodais, sendo a extensão da infiltração tumoral além da cápsula o marcador prognóstico mais confiável.

**Considerações Finais:** Os sintomas de apresentação desta enfermidade são bastante semelhantes aos do adenoma. É importante que os médicos mantenham um alto nível de suspeita clínica, o que pode ser desafiador, considerando a raridade desse câncer.

## P 161 CARCINOMA INDIFERENCIADO DE NASOFARINGE - RELATO DE CASO

Luiz Roberto Tomasi Ribeiro, Betina Napoleão Ferreira, Henrique Candeu Patrício, Gabriel Cesa Possamai, Jorge Antônio Braun Rizkalla, Lidia de Lorenzi da Silva

*Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, branca, 69 anos, encaminhada ao serviço de Otorrinolaringologia com queixa de obstrução nasal bilateral e hipoacusia associada, ambos iniciados há 8 meses. Relatou perda ponderal de 10 kg nos 6 meses anteriores, sem demais queixas, nega tabagismo. À rinoscopia, evidenciou-se lesão de aspecto tumoral envolvendo *cavum* e narinas bilateralmente, com lesão polipoide por sobre a lesão tumoral. Na ressonância magnética a paciente apresentou lesão de grandes proporções, envolvendo região esfenoidal e rinofaringe, com acometimento sugestivo da carótida interna. Foi realizada abordagem cirúrgica ampla, sem intercorrências cirúrgicas e sem complicações pós-operatórias. Com a anatomopatologia, houve a confirmação de carcinoma de nasofaringe indiferenciado. Paciente foi encaminhada à Oncologia, onde realizou radioterapia e quimioterapia. Paciente em acompanhamento pós-cirúrgico há 6 meses, sem recidiva tumoral, odinofagia e disfagia.

**Discussão:** A neoplasia maligna de nasofaringe corresponde a 2% dos tumores de cabeça e pescoço e a 0,25% de todos os tumores, sendo raro. É mais comum nos homens (2:1) e apresentando dois picos de incidência: 20% dos tumores ocorrem em jovens menores de 30 anos e o restante entre indivíduos entre a 4ª e 5ª década de vida. Dentre os subtipos de carcinomas de nasofaringe, o indiferenciado é o mais comumente encontrado, mais associado ao Epstein-Barr vírus e de melhor prognóstico.

**Considerações Finais:** No caso relatado, pelo diagnóstico em tempo da neoplasia, da realização precoce da cirurgia para ressecção do carcinoma e realização de radioquimioterapia e ausência de metástases, conferiram-lhe um melhor prognóstico. Sendo assim, ainda que tenhamos avanços na terapia e novos acessos cirúrgicos, o diagnóstico e tratamento precoce permanecem sendo o melhor prognóstico de sobrevida.

## P 162 CARCINOMA INDIFERENCIADO DE PARÓTIDA - RELATO DE CASO

Gabriel Liria Juares, Daniela Vieira Martins, Letícia Helena de Sousa Marques, Lara Emy Mukai, Flávia Caldini Pissini, Fernanda Fruet, Fábio Tadeu Moura Lorenzetti

*Hospital de Otorrinolaringologia de Sorocaba (BOS), Sorocaba, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** O.L.C., 71 anos, iniciou acompanhamento otorrinolaringológico devido à tumoração endurecida de 4,5 cm de diâmetro, indolor, aderida a planos profundos, de crescimento progressivo em região parotídea esquerda, acompanhada de paralisia facial ipsilateral. TC pescoço demonstrou massa expansiva e heterogênea em glândula parótida esquerda no lobo superficial, com captação de contraste e linfonodomegalia nível IIB. Biópsia evidenciou carcinoma indiferenciado parotídeo primário. O tumor foi classificado como estágio IVa. O paciente foi então submetido à ressecção tumoral e esvaziamento cervical à esquerda. No intraoperatório realizou-se esvaziamento cervical em níveis 3, 2A e 2B, 1A e 1B. A peça tumoral foi retirada juntamente com secção parcial do zigoma, músculo masseter, músculo temporal, parte do lóbulo da orelha esquerda e parte anterior do MAE. As margens tumorais encontravam-se livres. Atualmente, o paciente está em acompanhamento oncológico e já realizou tratamento com radioterapia, porém apresentou comprometimento de cadeia linfonodal contralateral.

**Discussão:** Tumores malignos das glândulas salivares correspondem a 3% de todos os tumores de cabeça e pescoço, sendo a parótida a localização mais comum. Carcinoma indiferenciado de parótida é entidade incomum de grau elevado de malignidade, associado com um prognóstico sombrio. A taxa de sobrevivência de tumores parotídeos é de 55% em 5 anos. O diagnóstico é clínico, confirmado pelo anatomopatológico. Aproximadamente 95% de massas palpáveis em parótida correspondem a tumores e fatores indicativos de malignidade correlacionam-se com massas de crescimento rápido, com invasão de pele ou mucosa, fixação à estruturas adjacentes e paralisia facial. TC com contraste e RNM podem auxiliar no diagnóstico e planejamento cirúrgico. O tratamento é cirúrgico (parotidectomia), sendo a radioterapia usada como tratamento adjuvante.

**Considerações Finais:** Massas palpáveis em parótida quase sempre correspondem a tumores locais, sendo primordial avaliação por cirurgião de cabeça e pescoço. Carcinoma indiferenciado de parótida é uma entidade incomum e de prognóstico ruim, cujo tratamento é parotidectomia.

## P 163 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE EM TONSILA PALATINA - RELATO DE CASO

Gabriela Oliveira Monteiro, Thamiris Cristina Santos Lopes, Sara Costa Gomes, Guilherme Duque Silva, Leonardo Hoehl Carneiro, Wallace Nascimento de Souza, Patricia Tramontano Fraiha

*Hospital Central da Polícia Militar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 24 anos, sexo feminino, sem comorbidades, procurou a emergência devido à otalgia à esquerda há 3 dias. Negava outros sintomas. Ao exame: rinoscopia e otoscopias sem anormalidades; oroscopia evidenciava lesão expansiva em tonsila palatina esquerda, de superfície lisa e contornos regulares, com apagamento das criptas. A ressonância magnética do pescoço demonstrou lesão expansiva, heterogênea, com sinal predominantemente intermediário em T1, alto em T2, com realce pelo meio de contraste, medindo 39x36x22 mm (L x T x AP), em região de tonsila palatina esquerda. Realizada biópsia da lesão, cujo exame histopatológico demonstrou tratar-se de carcinoma mucoepidermoide de baixo grau. Submetida a cirurgia para ressecção da lesão com laser de diodo.

**Discussão:** O carcinoma mucoepidermoide é um tumor maligno originário do epitélio do ducto excretor das glândulas salivares. Afeta glândulas salivares maiores e menores intraorais, entretanto, tem sido encontrado em associação a outros epitélios glandulares, como revestimento dos seios maxilares, nasofaringe, orofaringe, pregas vocais, laringe, traqueia, glândulas lacrimais e tireoide. Acomete geralmente adultos jovens, sem predileção por sexo. Manifesta-se como aumento de volume de evolução lenta, normalmente assintomáticos, mas eventualmente, associam-se à ulceração, dor e parestesia. O exame histopatológico evidencia três tipos celulares (células mucosas, intermediárias e escamosas) organizados em ilhas, lençóis e formações císticas. O tratamento consiste em cirurgia associada ou não à esvaziamento cervical e, eventualmente, a radioterapia pós-operatória. O prognóstico relaciona-se ao tamanho da lesão primária, gradação histológica e presença de metástases.

**Considerações Finais:** A região da tonsila palatina trata-se de localização rara para o carcinoma mucoepidermoide. Destaca-se, ainda, a apresentação clínica do caso, com otalgia como primeiro sintoma, sem qualquer desconforto relatado em orofaringe, além da abordagem cirúrgica com ressecção da lesão utilizando laser de diodo.

## P 164 CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS DE LARINGE: RELATO DE CASO

Pedro Augusto Pessoa de Abreu, Luciana Brito Corrêa, Erica Cristina Campos e Santos, Natália Maria Couto Bem Mendonça, Rodrigo Betelli Alves, Paulo Sergio Lins Perazzo, Washington Luiz Almeida

*Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 63 anos, ex-tabagista importante (40 cigarros/dia), apresentando obstrução nasal e disфонia há três meses, com lesão vegetante de bordos irregulares limitada a prega vocal esquerda à videonasofaringolaringoscopia. Tomografia computadorizada com contraste sem achados adicionais. Procedeu-se à biópsia, análise histopatológica e imunohistoquímica da lesão, tipificando-a como carcinoma neuroendócrino de pequenas células, tendo-se optado por submeter o paciente ao tratamento com radioterapia e quimioterapia adjuvante.

**Discussão:** O carcinoma neuroendócrino de laringe é uma neoplasia rara que corresponde a menos de 1% de todas as neoplasias primárias da laringe. Ainda assim, constitui o segundo grupo mais comum de neoplasias nesta localização, depois dos carcinomas de células espinocelulares. Os tumores neuroendócrinos podem ser classificados em quatro grupos patológicos bem definidos: tumor carcinoide típico, tumor carcinoide atípico, carcinoma neuroendócrino de pequenas células e paragangliomas. Cada qual com um espectro de evolução clínica dependente do subtipo histológico, tornando a tipificação essencial para o planejamento terapêutico. O tumor neuroendócrino de pequenas células caracteriza-se pela agressividade, com metástases frequentes e baixa taxa de sobrevida em cinco anos, a despeito da busca ativa por metástases locais e a distância, bem como da terapêutica precoce.

**Considerações Finais:** Não há consenso absoluto sobre o protocolo terapêutico do carcinoma neuroendócrino de pequenas células, porém a combinação de radioterapia local e quimioterapia adjuvante tem sido bem aceita, já que os dados da literatura apontam para uma maior taxa de sobrevida com esta modalidade de tratamento. O tempo de sobrevivência em casos de completa remissão foi significativamente melhor do que de parcial. No presente caso, o paciente apresentou completa remissão da lesão e não foram surpreendidas metástases locais ou a distância no período de seguimento de 18 meses, quando infelizmente perdemos o *follow-up*.

## P 165 CARCINOMA POUCO DIFERENCIADO DE PADRÃO INSULAR DE TIREOIDE - RELATO DE UM CASO

Nedio Steffen, Luciane Mazzini Steffen, Lucas Pastori Steffen, Júlia Tonietto porto, Shelby Dulac Steffen, Marina Matuella, Pedro Henrique Dall Agnol

*Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** V.R.Q., 33 anos, masculino, branco, natural e residente em Porto Alegre– RS. Em fevereiro de 2017 consultou com equipe de cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital São Lucas da PUC-RS referindo aumento progressivo e rápido da região cervical ântero-lateral direita, indolor com aproximadamente 1 mês de evolução. O exame clínico do pescoço mostrava volumosa adenopatia nos níveis III/IV à direita e adenopatia esquerda nível IV, sem outros sinais. À laringoscopia, apresentava paralisia da prega vocal direita. Ecografia de região cervical revelou lobo direito de tireoide com imagem nodular hipoecoica, sólida, heterogênea, medindo 5,4x3,4 cm. Em cadeia lateral direita, foram identificadas imagens nodulares, sólidas, lobuladas, com áreas císticas, compatíveis com linfonodomegalias atípicas. Exames laboratoriais alterados: tireoglobulina 428,99. Realizado PAAF de ambas adenopatias que se revelaram com Bethesda IV. Realizada tireoidectomia total com sacrifício deliberado do nervo recorrente esquerdo por infiltração neoplásica, esvaziamento cervical dos níveis IIA/B, III, IV e VA/B, bilateralmente e nível VI e traqueostomia. Exame anatomopatológico: sugestivo de carcinoma pouco diferenciado de padrão insular, com infiltração da cápsula, tecidos moles, extratireoidiano e nervo laríngeo recorrente, com metástases em massa de linfonodos fusionados. Exame de imunohistoquímica compatível com carcinoma pouco diferenciado de padrão insular – carcinoma insular de tireoide (CIT), com TTF-1, Ki67, Bcl-2 positivos. Estadiamento pT4a, pN1b (AJCC- UICC 2017).

**Discussão:** CIT é um tipo raro de neoplasia maligna de tireoide, pouco diferenciado, agressivo e elevadas taxas de recorrência. Seu prognóstico é intermediário entre os tipos bem diferenciados e indiferenciados. Incidência maior em mulheres (2:1) e idade média de 50 anos.

**Considerações Finais:** O caso referido está no quarto mês de pós-operatório, destaca-se por ser um diagnóstico raro, em homem, jovem, com evolução clínica e cirúrgica estável, sem traqueostomia.

**P 166 CASE REPORT: TONGUE SQUAMOUS CELL CARCINOMA**

Marina Colares Moreira, Alice Angélica Siqueira Rocha Colares Moreira, Júlia Colares Moreira, Rayanne Pereira Chalub, Ana Luiza Costa Iage, Fabíola Donato Lucas, Lígia Arantes Neves de Abreu

*Núcleo de Otorrino BH, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Case Presentation:** Patient J.G.S., male, 59 years old, smoker, born in São João da Ponte. He appears with complaint of painful tongue injury, preceded by leukoplasy plaque, approximately 20 days ago. He denied comorbidities. At the examination: ulcer-vegetative, friable lesion with leucoplastic borders in the left lateral region of the tongue measuring approximately 0.5x0.5x0.3 cm. Incisional biopsy and anatomopathological analysis were performed showing squamous cell carcinoma moderately differentiated invasive of the tongue. Patient referred to the head and neck surgery service.

**Discussion:** Among cancers of the mouth, squamous cell carcinoma (SCC) is the most prevalent and the tongue is the most affected site (44% of cases). Tumors of the tongue and / or floor of the mouth may present more aggressive behavior than lesions of the oral cavity, with greater lymph node involvement. More prevalent in men between the sixth and eighth decade of life. In Western countries, the main risk factors are smoking and alcoholism. Tobacco agent is a potentiating agent with worsening prognosis. The main basic modalities of treatment for oral SCC: surgery, radiotherapy and chemotherapy. The choice depends on the stage, the type of tumor, the bone involvement, the general health of the patient and the specialist's qualification.

**Final Considerations:** Tumors of the tongue are frequent in medical practice. Early diagnosis and correct management influence the prognosis.

## P 167 CISTO DE ARCO BRANQUIAL: RELATO DE UM CASO COM ACOMETIMENTO CERVICAL BILATERAL

Aline Silvestre Alves Ferreira, Vanessa Carvalho de Oliveira, Mariana Santana Xavier, João Fabio Sadao Sato, Atilio Maximino Fernandes

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.S.C., 56 anos, feminina. Paciente atendida em primeira consulta no Ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital de Base/FAMERP em dezembro/2014 com queixa de nodulação pré-auricular desde infância a esquerda e crescimento progressivo há 2 anos. Pela anamnese, paciente referia como comorbidades hipertensão arterial e transtorno do pânico, fazia uso de nortriptilina e clonazepam, negava alergias e etilismo e apresentava uma carga tabágica de 20 maços/ano. Pelo exame físico, evidenciou-se abaulamento pré-auricular à esquerda, de 4x4 cm e à direita de 4x3 cm, císticos, móveis, indolores e não aderidos a planos profundos. Cavidade oral e região cervical, não apresentaram alterações. Realizada PAAF em jan/2015 que evidenciou processo cístico benigno compatível com cisto de arco branquial. Biópsia de março/2016 apresentou material constituído exclusivamente por escamas córneas. Indicado, por equipe otorrinolaringologia, exérese dos cistos com lipo enxertia. Paciente no momento, em seguimento ambulatorial, aguardando programação cirúrgica.

**Discussão:** Anomalias das fendas branquiais são a segunda causa de lesão cervical congênita. É uma anomalia da infância, com cerca de 90% dos casos descritos abaixo dos 10 anos de idade. Decorre da obliteração incompleta das fendas e arcos branquiais. As do primeiro e segundo arcos são as mais prevalentes e sua manifestação ocorre, geralmente, na segunda e terceira década de vida. Crescem lentamente, são indolores e se localizam na borda anterior do músculo esternocleidomastoideo. Seu tratamento pode ser expectante ou cirúrgico, com exérese completa do cisto.

**Considerações Finais:** O caso descrito mostra um quadro de cisto branquial com acometimento cervical bilateral, de manifestação clínica tardia, diferente do esperado para esta afecção. Sua constituição citológica porém, é típica. De acordo com a literatura, 90% dos cistos são constituídos por epitélio estratificado. Apesar do caráter benigno, o diagnóstico preciso, com a realização de exames de imagem e laboratoriais, é essencial para afastar outras causas de massa cervical.

## P 168 CISTO DE DUCTO DA GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO

Valéria Barcelos Daher, Ana Paula Valeriano Rêgo, Alda Linhares de Freitas Borges, Sara Anieli da Costa Braz Fonseca, André Valadares Siqueira, Hugo Valter Lisboa Ramos, Claudiney Cândido Costa

*Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, Goiânia, GO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente J.J.P.B., gênero masculino, 12 anos, relata abaulamento em região submandibular à direita há 1 ano, inicialmente com sinais flogísticos. Realizada antibióticoterapia e tomografia de pescoço, que mostrou cisto submandibular, heterogêneo, à direita, com adenomegalia satélite. Foi feita hipótese diagnóstica de rânula mergulhante. Após compensado quadro infeccioso, o paciente foi submetido à exérese da lesão cística. O anatomopatológico descreveu a lesão como cístico benigno associado à fibrose e reação xantomatosa, quadro sugestivo de cisto de ducto salivar. Paciente segue bem, sem queixas, sem recidiva da lesão.

**Discussão:** O cisto de ducto salivar é um cisto de desenvolvimento verdadeiro, internamente delimitado por epitélio. Ocorrem usualmente em adultos e podem surgir em glândulas salivares maiores ou menores, sendo mais comuns nas parótidas. São caracterizados por aumento de volumes flutuantes de consistência amolecida, semelhantes às mucocelos, sendo difícil a diferenciação clínica. As lesões raramente apresentam resolução espontânea, sendo a excisão cirúrgica o tratamento mais indicado.

**Considerações Finais:** Devido à localização da lesão na glândula submandibular e a idade do paciente, aventou-se o diagnóstico de cisto da glândula salivar, o que foi confirmado pelo exame histopatológico. O presente caso relatado mostra a importância de se ter o cisto de glândula salivar como diagnóstico diferencial das lesões das glândulas salivares.

## P 169 CISTO EM DUCTO TIREOGLOSSO - UMA INFREQUENTE APRESENTAÇÃO - RELATO DE CASO

Alexandre de Souza Cury, Ana Paula Cavaliere, Rafael Pontes, Diego Amorim Nantes, Murilo de Barros Baruki, Beatriz Schorro Gianini, Giovanna Moreschi Peres Silva

*Universidade Anhanguera Uniderp, Campo Grande, MS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 10 anos, masculino, compareceu referindo disфония leve há 2 anos além de dispneia e disfagia há 10 dias. Relata sensação de corpo estranho, principalmente à deglutição. Ao exame, foi visualizada uma tumoração na base de língua (região da linha média), vascularizada e sem ulcerações. Não foi observada alteração na tireoide ou adenopatias cervicais à palpação. A dosagem dos hormônios tireoideanos estava sem alterações e a TC evidenciou lesão cística de paredes finas, hipodensa, bem definida, medindo 2x1,8x3,2 cm. Foi feita intervenção cirúrgica para excisão transoral e encaminhado para exame histopatológico. O paciente permaneceu em UTI por 12h e recebeu alta em 48h.

**Discussão:** O cisto em ducto tireoglosso (CDTG) é uma anomalia congênita de desenvolvimento tireoidiano pouco comum. A apresentação em base da língua é a mais rara (0,6-3% dos casos de CDTG) sendo a forma mais sintomática, especialmente na infância. Pode causar sintomas devido ao tamanho ou à processos inflamatórios, podendo formar fístula. Em um exame ambulatorial superficial eles podem não ter detecção clínica e diagnóstico correto. O diagnóstico de 65% dos casos é feito até os 30 anos, devido a aumento progressivo e inflamações mais frequentes. Usualmente, a técnica de Sistrunk é eleita para a remoção, porém é substituída pela excisão transoral quando o cisto não tem proximidade com o osso hioide. A técnica cirúrgica de escolha depende, também, da localização na língua, tamanho e extensão.

**Considerações Finais:** A peculiaridade do caso baseia-se no fato de a apresentação do cisto na base da língua ser extremamente rara e o diagnóstico ser mais difícil em comparação com apresentações em locais habituais, exigindo um exame minucioso e criterioso. Os profissionais de saúde precisam estar atentos, pois a intervenção precoce minimiza os danos decorrentes das complicações e a necessidade do acompanhamento multidisciplinar.

## P 170 COMPLETA CALCIFICAÇÃO DO LIGAMENTO ESTILO-HIOIDEO LEVANDO À SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO

Gustavo Pegos Rodrigues Coy, Marcos Nobuo Tan Miyamura, José Eduardo Faria Martins, Nayana da Silva Cunha, Silvio Antonio Monteiro Marone, Natalia Cerqueira Rezende

*Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino de 57 anos, procurou o serviço de otorrinolaringologia com queixa de dor cervico-facial intensa e diária à esquerda, que piorava à rotação cervical, sensação de corpo estranho em orofaringe e disfagia há 5 anos, além de abaulamento em região submandibular à esquerda no último ano. O exame físico revelou massa endurecida de consistência óssea, discretamente dolorosa à palpação submandibular esquerda. Tomografia computadorizada de pescoço evidenciou a completa calcificação do ligamento estilo-hioideo a esquerda, com importante aumento de sua espessura, medindo aproximadamente 8,1 cm de extensão. Calcificação parcial do mesmo à direita. Optou-se então pela estiloidectomia por um acesso cervical. A paciente evoluiu com melhora total dos sintomas compressivos, porém, apresentou como complicação paresia do ramo marginal do nervo facial à esquerda.

**Discussão:** A síndrome de Eagle é uma condição rara causada pela calcificação do ligamento estilo-hioideo ou pelo processo estiloide alongado, levando a sintomas compressivos das estruturas adjacentes. Ela ocorre em apenas 0,16% da população. A conduta pode ser conservadora por meio de medicações, porém a estiloidectomia é o tratamento mais eficiente e pode ser realizada tanto por um acesso cervical quanto por um acesso transoral. O acesso cervical possibilita uma maior exposição do processo estiloide e do ligamento estilo-hioideo, contudo, tem como desvantagens a cicatriz cervical, o risco de lesão inadvertida de pares cranianos e o maior tempo de recuperação. Devido ao tamanho da lesão, optou-se neste caso pelo acesso cervical para sua melhor exposição no intraoperatório.

**Considerações Finais:** A síndrome de Eagle é uma condição rara que apresenta sintomas inespecíficos e deve ser incluída nos diagnósticos diferenciais das dores faciais. A completa calcificação do ligamento estilo-hioideo é uma complicação raramente descrita dentro desta síndrome e pode determinar sintomatologia intensa.

## P 171 CONDRORADIONECROSE DE LARINGE: RELATO DE CASO

Roberta D. L. Moss, Mariana B. Mazotti, José Antônio Pinto, Kelly Elia Abdo, Gabriella Spinola Jahic, Davi Knoll Ribeiro, Gabriel Freitas

*Núcleo de Otorrinolaringologia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 72 anos, apresentando disфония progressiva e dispneia. Submetido à cordectomia endoscópica tipo III por carcinoma pouco diferenciado (T3N0M0) sem margens cirúrgicas. Realizada radioterapia na dose de 70Gy e quimioterapia. Após 10 meses, apresentou dispneia, tosse com expectoração fétida e perda de 22kg. A laringoscopia evidenciou edema de anel laríngeo, condrite e necrose. RNM evidenciou massa disforme em laringe. A biópsia evidenciou necrose laríngea, sem neoplasia. Foi submetido à laringectomia total e identificada extensa área necrótica. O estudo da peça operatória evidenciou margens livres de neoplasia, necrose cartilaginosa e mucosa de laringe com neoplasia intraepitelial escamosa grau II. Submetido à oxigenoterapia hiperbárica e antibioticoterapia. Encontra-se assintomático e com voz esofágica após fonoterapia.

**Discussão:** A radiação tem sido usada no tratamento de carcinomas laríngeos há mais de 60 anos. Pode culminar em 4 principais complicações: edema, danos cutâneos, pericondrite e condroncrose. A condroradionecrose (CRN) laríngea é uma complicação rara e grave da radioterapia, devendo ser suspeitada quando houver sintomas como hiperemia cutânea local, rouquidão, disfagia, dor intensa local, dispneia e perda de peso em pacientes submetidos à radioterapia em doses de 70Gy ou mais. Em 1979, Chandler propôs um sistema de classificação para radionecrose laríngea que propõe relação direta entre a intensidade de radiação e a gravidade da reação, tendo maior incidência quando associado à quimioterapia. A oxigenoterapia em câmara hiperbárica tem efeito reparador nos leitos vasculares do tecido irradiado, aumentando a neovascularização e cicatrização de feridas, sendo útil no tratamento.

**Considerações Finais:** A condroradionecrose laríngea é uma complicação grave da radioterapia para tratamento de carcinoma laríngeo. Tem sua incidência aumentada em doses radioterápicas iguais ou superiores a 70Gy e associadas ao tratamento quimioterápico. Na falha de medidas conservadoras a laringectomia total faz-se mandatória.

## P 172 CONDIROSSARCOMA EM ORELHA ESQUERDA: RELATO DE CASO

Thays Fernanda Avelino dos Santos, Ludmilla Emilia Martins Costa, Marília Batista Costa, Rafael Freire de Castro, Taynara Oliveira Ledo, Thales Xavit Souza e Silva, Climerio Pereira do Nascimento Junior

*Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente A.B.C., do sexo masculino, 63 anos de idade, admitida no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, apresentou-se com quadro de prurido em orelha esquerda em outubro/2016, que evoluiu para lesão ulcerada, que não cicatrizava. História previa de HIV positivo, hepatite C em tratamento. Procurou o serviço em janeiro de 2017 por neoplasia maligna de histologia indeterminada, encaminhado de serviço externo. Ao exame físico, apresentava uma lesão vegetante em pavilhão auricular esquerdo de +/- 6 cm, pediculada em simba da concha e ramo da antihélix. Foi submetido a tratamento cirúrgico com ressecção subtotal de pavilhão auricular esquerdo em janeiro/2017, tendo diagnóstico de sarcoma de alto grau de orelha com margens positivas (pT1b Pnx M0) à histologia. Devido ao comprometimento das margens e invasão de partes moles, foi encaminhado à radioterapia adjuvante com o total de 29 sessões.

**Discussão:** Na região de cabeça e pescoço, tal neoplasia é considerada rara, há evidências de que apenas 10-12% dos condrossarcomas estejam localizados nesta região. O sítio mais frequente é a laringe, seguido pela maxila e base de crânio. Apresenta uma incidência maior em pacientes do sexo masculino, numa razão de 2:1, sendo geralmente diagnosticado ao redor da terceira e quarta décadas de vida. A forma de tratamento mais utilizada para os condrossarcomas de cabeça e pescoço é a remoção cirúrgica com adequada margem de segurança. Terapias adjuvantes são empregadas a depender do subtipo histológico, local, idade e estadiamento do tumor. É recomendado um acompanhamento mínimo de dez anos.

**Considerações Finais:** Apesar de não ser uma afecção comum, o diagnóstico diferencial do condrossarcoma deve ser considerado para que o tratamento mais adequado seja instituído em tempo hábil, melhorando o prognóstico do doente.

## P 173 CONDUTA CONSERVADORA NO TRATAMENTO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA POR IOT PROLONGADA EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DE SÃO PAULO

Isabela Tavates Ribeiro, Ney Penteado de Castro Neto, Thiago Xavier de Barros Correia, David Roberto Claro, Thiago Ribeiro de Almeida, Isabella Cristina Ragazzi Quirino Cavalcante, Amanda Melim Bento

*Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A fístula traqueoesofágica (FTE) é uma comunicação anormal da árvore traqueobrônquica com o aparelho digestivo, sendo a intubação orotraqueal prolongada uma das suas principais causas. Sabe-se que a correção cirúrgica é a opção de escolha para tratamento, desde que seja possível desmame da ventilação mecânica e tratamento de comorbidades. A terapêutica conservadora fica reservada aos casos em que não sejam contemplados tais pre-requisitos. O objetivo desse estudo foi avaliar retrospectivamente a incidência e o manejo de FTE diagnosticadas durante a traqueostomia de pacientes indicados por ventilação mecânica prolongada em um hospital público de São Paulo.

**Discussão:** Foram avaliados todos os pacientes submetidos a traqueostomia por IOT prolongada entre março de 2015 a março de 2016 no Hospital Geral do Grajaú. Foram realizadas 393 traqueostomias. Destas, 212 (53,95%) eram do sexo feminino e 181 (46,05%) do sexo masculino. A média de idade foi de 48,8 anos para homens e 60,9 anos para mulheres. O tempo médio de IOT foi de 16 dias para homens e 15 dias para mulheres. A FTE foi identificada como complicação em 3 (0,76%) pacientes, um deles com 16 anos, outros com 59 e 78 anos. Todos seguiram conduta conservadora. Um deles evoluiu para resolução espontânea. Dois vieram a óbito. A incidência de FTE do presente estudo está em conformidade com os dados da literatura. Devido à impossibilidade de desmame da ventilação mecânica, optou-se por conduta conservadora em todos os casos, com medidas paliativas para prevenir complicações: gastrostomia para drenagem e alimentação, atropina para inibir produção da saliva e cabeça elevada.

**Considerações Finais:** Apesar da baixa incidência, a FTE é uma complicação não desprezível, de forma que o cirurgião deve estar atento ao seu diagnóstico para optar pela conduta mais conveniente, levando em consideração a dependência de ventilação mecânica, o status clínico do paciente e seu prognóstico geral.

## P 174 DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO: RELATO DE CASO

Roseana Netto Pereira, Fernando Antônio Maria Claret Arcadipane, André Afonso Nimtz Rodrigues, André Luis Maion Casarim, Camila Guimarães Aguiar, Leticia Castruchi Kamei, Luisa Raña de Aragão

*Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** G.D., 71 anos, masculino, história de abaulamento cervical bilateral há 1 mês sem regressão, associado a quadro de febre, rash cutâneo em áreas do corpo fotoexpostas e artralgia. Solicitada tomografia cervical que evidenciou linfonodomegalia cervical bilateral níveis II e IV à esquerda e II à direita. Sorologias IgG reagente para toxoplasmose, rubéola e EBV e não reagentes para mononucleose, hepatite C, hepatite B e HIV. Realizada biópsia, que evidenciou linfadenite necrotizante, podendo corresponder a doença de Kikuchi-Fujimoto ou linfadenite lúpica. Encaminhado para avaliação reumatológica: PCR 0,8, FAN, anti-DNA, anti-Ro, anti-La, anti-SM e anti-RNP não reagentes, sendo concluído o diagnóstico de doença de Kikuchi-Fujimoto. Paciente apresentou piora da artralgia nos meses seguintes, com sinais flogísticos, dispneia e aumento de PCR e VHS, mantendo investigação com reumatologia e atualmente em uso de prednisona e hidroclicoroquina.

**Discussão:** A doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF), também conhecida como linfadenite histiocítica necrosante, é rara, usualmente de curso benigno e de causa desconhecida. É mais comum na Ásia, mas casos isolados foram relatados na América, África e Europa. Pode ter curso agudo ou subagudo, se desenvolve em 1 a 3 semanas e tem resolução espontânea em 1 a 4 meses. O principal sintoma é a linfonodomegalia cervical posterior, dolorosa, unilateral em 79% dos casos e frequentemente associada com febre. Apresenta algumas características comuns com o lúpus eritematoso sistêmico (LES), como o sexo, idade, assim como as alterações histológicas. A diferença diagnóstica é estabelecida clínica e laboratorialmente, com anticorpos negativos. Tem sido raramente relatada em associação com doenças autoimunes, especialmente LES, doença mista do tecido conjuntivo, síndrome anti-fosfolípideo, tireoidite, polimiosite, esclerodermia, hepatite autoimune e doença de Still, podendo precedê-las ou anteceder-las.

**Considerações Finais:** A DKF é uma doença rara e de resolução espontânea. Os pacientes devem ser acompanhados mesmo após melhora, devido à possibilidade de manifestar alguma doença autoimune.

## P 175 ECTOPIC LINGUAL THYROID REMOVAL WITH CO<sub>2</sub> LASER - A CASE REPORT

Beatriz Silveira Zalla, Caue Duarte, José Antonio Pinto, Heloisa dos Santos Sobreira Nunes, Mariana Baptistella Mazzotti

*Nucleo de Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Case Presentation:** A 19-year-old female patient, presented flu symptoms evolving with odynophagia with level 7 pain scale and intense dry cough for 30 days. Nasofibrolaryngoscopy examination showed a bulging in the middle region of the tongue base with smooth vascularized surface, occupying the entire vallecula and pushing the epiglottis into the laryngeal vestibule. Surgical treatment was performed with direct laryngoscopy with 0 degree optic and microscope aid and resection of total thyroid mass with CO<sub>2</sub> laser, evolving with good healing.

**Discussion:** Ectopic thyroid tissue forming a mass at the tongue base is termed lingual thyroid. It is a developmental anomaly due to interrupted descent of the embryologic gland anlage. Otorhinolaryngology through laryngeal microsurgery was one of the first medical specialties to benefit from the use of laser in surgical procedures. The CO<sub>2</sub> laser is the most used in the medical field. CO<sub>2</sub> laser offers the advantages of precise cutting, haemostasis and minimal morbidity.

**Final Considerations:** The lingual thyroid is a rare case and should be included in the practice of otorhinolaryngologists through clinical examination, nasofibrolaryngoscopy and scintigraphy. The surgical procedure for removal of the ectopic thyroid can easily be done through laryngoscopy and resection with CO<sub>2</sub> laser.

## P 176 ESTESIONEUROBLASTOMA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIAS MALIGNAS DA CAVIDADE NASAL

Gabriela de Andrade Meireles Bezerra, André Alencar Araripe Nunes, Viviane Carvalho da Silva, Monique Barros Brito da Conceição, Clara Mota Randal Pompeu, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Ulisses Meireles Figueiras Filho

*Hospital Universitário Walter Cantídio - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** F.F.F.R., 47 anos, apresentava queixa obstrução nasal esquerda há cerca de 1 ano associada a epistaxe de moderada monta ipsilateral e rinorreia. À rinoscopia anterior, evidenciou-se lesão de aspecto polipoide obstruindo fossa nasal à esquerda e rinorreia de aspecto purulento. Ressonância magnética de crânio evidenciou imagem com intensidade de sinal intermediário na ponderação T1 e alto sinal na ponderação T2, com discreta captação de contraste, em topografia de seio frontal e maxilar esquerdos, de aspecto inespecífico, podendo representar formação polipoide ou cisto de retenção. Realizou-se exérese cirúrgica da lesão. O histopatológico de fragmentos retirados de fossa nasal e etmoide esquerdo foi indicativo de neuroblastoma ofatório grau 3. Paciente foi encaminhado para radioterapia adjuvante.

**Discussão:** O neuroblastoma olfatório ou estesioneuroblastoma é um tumor de ocorrência pouco frequente que se origina do epitélio olfatório da placa cribiforme. Representa cerca de 3% das neoplasias intranasais. A apresentação inicial mais comum é obstrução nasal unilateral seguida pelo aparecimento de epistaxe. Disseminação regional ou metastática do tumor pode ocorrer, com cerca de 8 a 20% dos pacientes apresentando envolvimento cervical nodal ao diagnóstico. A remoção cirúrgica e a radioterapia adjuvante constituem as terapias mais aceitas, porém o uso da quimioterapia associada tem sido crescente.

**Considerações Finais:** O estesioneuroblastoma constitui um raro tipo de tumor maligno da cavidade nasossinusal. Não é infrequente o encontro de formas clínicas avançadas ao diagnóstico. Representa importante diagnóstico diferencial das neoplasias de cavidade nasal.

## P 177 EVOLUÇÃO FAVORÁVEL DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DE PALATO MOLE APÓS TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E RADIOTERÁPICO: RELATO DE CASO

Nicole Martuscelli de Almeida, Gabriella Soares de Souza, Fatima Regina Abreu Alves, Kamila Satomi Haida, Cibele Madsen Buba, Erica Tamires Gomes de Araújo, Carolina Mazzini Baby

*Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** D.A.F., 57 anos, sexo masculino, tabagista, previamente hígido, procurou atendimento em um hospital de São Paulo, com quadro de odinofagia, há 20 dias. Refere nódulo cervical palpável à esquerda e perda ponderal de 5 Kg em 2 meses. Tratamento prévio com azitromicina e anti-inflamatórios não esteroidais, sem melhora dos sintomas. À oroscopia, visualizada lesão de aspecto vegetante, granulomatosa e infiltrativa em úvula, palato mole, pilares amigdalianos e amígdalas. À nasofibroscopia, visualizada lesão infiltrativa superior à úvula, estendendo-se à região posterior de orofaringe. Realizada biópsia de palato mole, cujo resultado foi carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado invasivo. À tomografia computadorizada de pescoço, base de crânio e tórax, o estadiamento foi T4a N2c M0. Devido à extensão da lesão, paciente foi encaminhado à Oncologia, que optou por tratamento paliativo com quimioterapia e radioterapia. Porém, após reavaliação, foi evidenciada remissão total, clínica e radiológica, das lesões.

**Discussão:** O câncer de boca e orofaringe está relacionado principalmente ao tabagismo e etilismo. Acometem sobretudo indivíduos do sexo masculino e acima de 50 anos. São representados, em geral, por neoplasias epiteliais do tipo carcinoma espinocelular (CEC) que acometem as vias aerodigestivas superiores. O comportamento é bastante agressivo, apresentando metástase cervical precoce e, com frequência, contralateral. O diagnóstico, muitas vezes, é tardio, devido à pouca sintomatologia no início do quadro.

**Considerações Finais:** No Brasil, a incidência do câncer bucal é considerada uma das mais altas do mundo, estando entre os seis tipos de câncer mais comuns que acometem o sexo masculino e entre os oito mais comuns que atingem o sexo feminino. Deve-se enfatizar a importância do atendimento inicial e do reconhecimento das lesões, para que se possa estabelecer o diagnóstico e tratamento precoce.

## P 178 FASCEÍTE NECROTIZANTE DE REGIÃO CERVICAL POSTERIOR: RELATO DE CASO

Tamires Ferreira Siqueira, Dândara Bernardo Siqueira, Lucas Spina, Cintia Vanette, Camila Sá de Melo Campos, Carlos Segundo Paiva Soares, José Vicente Tagliarini

*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.M.G., 53, masculino, diabetes mellitus desconhecido, refere história do corte de cabelo com máquina elétrica 20 dias antes de entrar no serviço. Refere que apresentou um pequeno corte na região cervical posterior/central occipital que evoluiu com dor e hiperemia. O mesmo evoluiu com piora progressiva do estado geral e necrose da pele por 15 dias, além de saída de secreção purulenta retroauricular e redução do movimento cervical. No exame de admissão, o paciente apresentava uma faixa necrótica abaulada e escurecida na região occipital de 15 cm de largura x 10 cm de altura até região cervical anterior (níveis bilaterais de I a V) e região infraclavicular. Foram realizadas um total de três abordagens cirúrgicas com desbridamento da área necrótica e uso de clindamicina, cefepima e vancomicina. As culturas foram positivas para *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus agalactiae*. O paciente permaneceu na Unidade de Terapia Intensiva por 35 dias. Após a melhoria da ferida, ele foi submetido à reconstrução.

**Discussão:** A fascíte necrotizante é uma infecção bacteriana destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo e fáscia superficial associada a altos índices de morbimortalidade. Os agentes mais frequentes são *Streptococcus pyogenes* hemolítico do grupo A e *Staphylococcus aureus*. Na maioria dos casos o acometimento cervical é secundário à infecção odontogênica. No caso relatado a fascíte necrotizante acometeu a região cervical posterior, o que é incomum, além de ter origem não odontogênica em paciente cujo único fator de imunossupressão era do diabetes mellitus não diagnosticado previamente.

**Considerações Finais:** Inicialmente, a fascíte necrotizante pode apresentar-se apenas uma infecção superficial, desse modo torna-se imprescindível a suspeição clínica para a realização precoce do diagnóstico e tratamento da doença, o qual é extremamente agressivo para conter a infecção.

**P 180 HIGROMA CÍSTICO GIGANTE EM ADULTO - UM RELATO DE CASO**

Nathalia Tenorio Fazani, Fernanda Fruet, Mariana Fidelis Solla, Gislaíne Patricia Coelho, Gabriella Macedo Barros, Larissa Borges Richter Boaventura, Luiz Eduardo Florio Junior

*Pontifícia Universidade Católica (PUC), Sorocaba, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 41 anos, sem afecções prévias foi encaminhado para o ambulatório de CCP do CHS para diagnóstico e tratamento de tumefação supraclavicular direita, com aparecimento há 2 anos. Sem sintomas história de trauma, infecções ou quaisquer outras queixas. Ao exame físico, apresentava tumefação de aproximadamente 18 cm x 8 cm de tamanho, de superfície lobulada, consistência fibroelástica e indolor à palpação, em região supraclavicular direita, que se estendia desde a clavícula até posteriormente ao músculo esternocleidomastoideo. A tomografia computadorizada a confirmou a natureza multicística da massa. Realizou-se tratamento cirúrgico, com incisão ampla da pele, e retirada completa da massa com leve rompimento da cápsula. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. O paciente realiza atualmente seguimento ambulatorial. O exame anatomopatológico confirmou a hipótese de higroma cístico.

**Discussão:** Higroma cístico consiste em proliferação linfática benigna, frequentemente vista na região cérvico-facial e diagnosticada nos primeiros dois anos de vida. Atualmente, tem-se usado várias modalidades de tratamento para linfangiomas, entre elas aspiração repetida do conteúdo cístico; embolização percutânea do cisto utilizando substâncias esclerosantes com picivanil, corticoides ou cola de fibrina; radioterapia. A ressecção cirúrgica total da lesão, quando possível, é o tratamento de escolha, diminuindo assim as recidivas.

**Considerações Finais:** O higroma cístico resulta de desenvolvimento anormal do sistema linfático, cuja etiologia exata ainda é desconhecida. O diagnóstico se baseia no exame físico, juntamente com radiografia simples de tórax, ressonância magnética, entre outros. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica da lesão por oferecer a melhor chance de cura.

## P 181 HISTOPLASMOSE ORAL E NASAL EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO: RELATO DE CASO

Tamires Ferreira Siqueira, Dândara Bernardo Siqueira, Camila Sá de Melo Campos, Lucas Spina, Cintia Vanette, Eliana Maria Minicucci, Bruno Marcos Zeponi Fernandes de Mello

*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** W.S.G., 34 anos, masculino, paciente soropositivo em tratamento, apresentou disfagia significativa e presença de uma única úlcera na ponta da língua, além de uma lesão granulomatosa, friável no palato, intercalada com áreas de secreção purulenta. Na rinoscopia anterior observou-se uma lesão profunda no septo nasal bilateralmente com necrose da mucosa de 0,5 cm de diâmetro, na área I de Cottle, exposição de cartilagem septal, ausência de perfuração. Apresentava linfonodomegalia em nível V bilateral. Realizou-se punção por agulha fina dos linfonodos acometidos e biópsia da lesão no palato. Ambos os resultados, citológicos e anatomopatológicos, concluíram histoplasmose (*Histoplasma* sp). Paciente permaneceu internado para tratamento com anfotericina B por via intravenosa e apresentou resolução completa de lesões orais, tendo alta hospitalar em uso de Itraconazol via oral.

**Discussão:** A histoplasmose é uma micose sistêmica causada por um fungo dimórfico, o *Histoplasma capsulatum*. Com o advento da AIDS, centenas de casos, principalmente na forma disseminada, foram diagnosticados no Brasil. A infecção se dissemina principalmente para órgãos ricos em macrófago e pele. Neste caso, paciente soropositivo com lesões orais e nasais, apresenta diagnósticos diferenciais de rinossinusite fúngica invasiva, sarcoma de Kaposi, e demais infecções fúngicas.

**Considerações Finais:** Deve-se atentar para a forte relação entre a presença de tais micoses sistêmicas em pacientes imunossuprimidos soropositivos. Além da obrigatoriedade da realização da biópsia das lesões para o correto diagnóstico e tratamento adequado.

## P 182 LEIOMIOSSARCOMA DE LARINGE: RELATO DE CASO

Athina Hetiene de Oliveira Irineu, Mariana Delgado Fernandes, Marília Batista Costa, Thays Fernanda Avelino dos Santos, Larissa Denadai Raffa de Souza, Monica Andrea Aben-Athar Oliveira, Carlos Neutzling Lehn

*Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** O paciente aqui relatado tem 58 anos, sexo masculino, foi previamente tratado com radioterapia devido a uma neoplasia de laringe em 2013 e evoluiu com novo tumor diagnosticado como leiomiossarcoma de laringe em 2016. Foi submetido à laringectomia simples pela equipe de cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo e está em acompanhamento ambulatorial nesse serviço atualmente.

**Discussão:** O leiomiossarcoma de laringe é uma neoplasia maligna extremamente rara e agressiva, representando menos de 1% das neoplasias malignas de laringe. Até 2015, apenas 50 casos foram descritos na literatura médica. O diagnóstico é histológico e, com o avanço das técnicas de imunohistoquímica disponíveis, é possível atualmente a diferenciação do leiomiossarcoma de laringe com os carcinomas espinocelulares de laringe. O tratamento ainda não está sistematizado, porém a laringectomia total permanece sendo o tratamento de escolha. A maioria dos casos de leiomiossarcoma de laringe relatados são de região supraglótica ou glótica e, clinicamente, tais tumores são indistinguíveis dos carcinomas de laringe, sendo a disфонia uma queixa comum. Os fatores etiológicos envolvidos nesse tipo de lesão maligna ainda não estão esclarecidos. Raramente apresentam metástase linfonodal.

**Considerações Finais:** Devido à ocorrência rara do leiomiossarcoma na laringe, há poucas informações sobre o tratamento, gerando dificuldade de sistematização do mesmo. Sobreposto a isso, o comportamento agressivo desse tumor contribui para que o prognóstico continue desfavorável.

## P 184 LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO EM ANEL LINFÁTICO DE WALDEYER: NEOPLASIA AGRESSIVA

Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos, Monique Barros Brito da Conceição, Viviane Carvalho da Silva, André Alencar Araripe Nunes, Erika Ferreira Gomes, Ulisses Meireles Filgueiras Filho, Caio Calixto Diógenes Pinheiro

*Hospital Universitário Walter Cantídio - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, masculino, 71 anos, obstrução nasal bilateral intermitente há 6 meses. Disfagia progressiva para sólidos e hipoacusia à direita há 1 mês. Tratamento há 3 anos (cirurgia e quimioterapia) para linfoma difuso de células B em palato duro infiltrando medula óssea. Ao exame: tonsilas palatinas grau IV de Brodsky com abaulamento em palato duro, e septo anterossuperior bilateral e membrana timpânica com retração bilateral. À nasofibroscopia: tecido linfoide ocupando 90% da nasofaringe. Tomografia computadorizada de seios paranasais: formação expansiva com atenuação de partes moles de morfologia irregular, limites imprecisos e realce homogêneo pelo meio de contraste ao longo do palato duro e espaços parafaríngeos com extensão para nasofaringe obliterando os óstios faríngeos das tubas auditivas. Realizadas biópsia incisional septal e excisional de tonsilas faríngea e palatina e miringotomia com aposição de tubo de ventilação. Análise histopatológica evidenciou linfoma em todos os sítios e imunohistoquímica do material da tonsila compatível com linfoma da zona do manto.

**Discussão:** Linfomas são neoplasias malignas linforreticulares. Segunda causa mais frequente de tumores de cabeça e pescoço e 2,5% destes acometem região oral e paraoral, principalmente, o anel linfático de Waldeyer, 60% são do tipo não Hodgkin, sendo o difuso de células B o mais comum. O linfoma de células do manto, proveniente da zona do manto do folículo linfoide, é um subtipo distinto incomum de linfoma difuso de células B com curso clínico agressivo e recidiva frequente. O tratamento de escolha é a quimioterapia, entretanto, a abordagem cirúrgica pode ser individualizada a depender da extensão e influência na qualidade de vida.

**Considerações Finais:** Linfoma de células do Manto é um subtipo incomum do difuso de células B com comportamento agressivo. Relata-se seu aparecimento como recidiva de linfoma de células B em palato duro. Esta entidade deve ser reconhecida devido à sua maior agressividade comparada aos outros subtipos.

## P 185 LINFOMA NÃO HODGKIN EM SEIO PARANASAL: RELATO DE CASO

Adriano Sérgio Freire Meira, Alvaro Vitorino de Pontes Junior, Yuri Ferreira Maia, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho, Rebeca Maurera Almeida Cyrillo, Lorena Pinto de Souza Pontes

*SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil*

**Apresentação do Caso:** V.L.S., 73 anos, masculino, hipertenso e diabético, iniciou quadro progressivo de edema, hiperemia e dor em região malar direita há cerca de 8 meses da admissão em serviço de urgência otorrinolaringológica. Referia melhora dos sintomas com o uso de corticoide sistêmico em altas doses. Negava obstrução nasal, rinorreia, epistaxe, sintomas B e demais queixas. Ao exame físico, apresentava hiperemia e edema em região malar direita, sem alterações significativas à oroscopia, rinoscopia anterior, otoscopia e palpação de região cervical. À videoendoscopia nasal, foi visualizada lesão esbranquiçada ocupando meato médio direito. A tomografia computadorizada de face evidenciou formação expansiva, infiltrativa e heterogênea, de contornos lobulados e limites imprecisos acometendo tela subcutânea de região maxilar direita e sulco nasogeniano, estendendo-se ao seio maxilar direito com erosão óssea e fossa nasal direita, além da gordura extraconal da órbita direita. A tomografia de tórax e abdome e exames laboratoriais não evidenciaram alterações significativas. O paciente foi submetido à biópsia de maxila em abril de 2017, tendo como resultado anatomopatológico e imunohistoquímico linfoma não Hodgkin de grandes células “B”, padrão difuso, infiltrando tecido mole. Encaminhado à Hematologia, que iniciou tratamento quimioterápico com esquema CHOP e radioterápico.

**Discussão:** Dentre os principais grupos de neoplasias da cabeça e pescoço, destacamos os carcinomas de células escamosas e os linfomas. A incidência dos Linfomas não Hodgkin extranodais tem apresentado aumento importante nos últimos anos. Os linfomas não Hodgkin dos seios paranasais são entidades incomuns e costumam apresentar sintomatologia inespecífica e variada, retardando o diagnóstico e tratamento.

**Considerações Finais:** A abordagem diagnóstica rápida e adequada é fundamental para redução de morbimortalidade e aumento de sobrevida e qualidade de vida do paciente.

## P 186 MELANOMA CUTÂNEO COM METÁSTASE PARA TONSILA PALATINA: RELATO DE CASO

Olivia Egger de Souza, Andreza Mariane de Azeredo, Maiana Zanchetta Scherer, Camila Degen Meotti

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 43 anos, diagnóstico de melanoma cutâneo em região pré-auricular esquerda em 2011; com múltiplas metástases para sistema nervoso central sendo submetida à metastasectomia de lesão expansiva cerebelar direita, em outubro de 2016, com margens livres. Encaminhada para otorrinolaringologista devido à lesão em tonsila palatina (TP) direita visualizada durante ato anestésico para neurocirurgia. Ao exame, visualizada lesão em TP direita, enegrecida, endurecida à palpação, pouco aderida a planos profundos e ausência de nódulos cervicais. Paciente submetida à tonsilectomia direita sem intercorrências, com margens macroscópicas livres. O anatomopatológico da lesão confirmou melanoma metastático, com margens radiais comprometidas. Após seis meses de seguimento, paciente mantém-se sem sinais de recidiva em orofaringe e com palpação cervical negativa. Atualmente, em vigência de tratamento sistêmico devido à progressão cardiopulmonar da doença.

**Discussão:** Os locais mais comuns de metástase de melanoma cutâneo são pele, linfonodos, pulmões, ossos, outros órgãos viscerais e sistema nervoso central. Metástases de melanoma cutâneo para orofaringe são raras, existem poucos casos relatados na literatura. Uma vez que as tonsilas palatinas não possuem linfáticos aferentes, lesões metastáticas neste sítio indicam disseminação hematogênica da neoplasia e mau prognóstico. Alguns casos de melanoma apresentam metástases no diagnóstico da lesão inicial e outros as desenvolvem após o tratamento inicial do tumor primário. O tratamento baseia-se em cirurgia, imunoterapia, terapia alvo, radioterapia e quimioterapia citotóxica. A metastasectomia cirúrgica é uma opção terapêutica para pacientes com uma ou mais metástases isoladas, podendo atrasar a necessidade de uso de terapia sistêmica e em alguns casos oferecer benefícios duradouros ao paciente, bem como redução de morbidade secundária ao crescimento tumoral.

**Considerações Finais:** Melanoma metastático para orofaringe permanece raro, potencialmente mórbido pelo crescimento local da lesão, além de ser marcador de mau prognóstico. Exame físico completo possui papel fundamental no seguimento dos pacientes com tal neoplasia.

## P 187 MELANOMA MALIGNO DA MUCOSA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO

Eduardo de Araujo Silva, Josy da Silva Rodrigues, João Victor de Andrade Águas, Juliana Gonçalves Silveira, Karen Liz Araujo Souza, Filipe Pouzas Cardoso, Gerson Schulz Maahs

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 74 anos, parda, compareceu ao ambulatório de Cabeça de Pescoço do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com queixa de tumor no nariz, ressecado cirurgicamente há um ano atrás em outro hospital, e que há três meses recidivou. Refere sangramento excessivo da lesão, dificuldade para respirar e perda ponderal de 8 kg nos últimos três meses. Ao exame físico, observou-se lesão polipoide de aspecto enegrecido e sangrante em fossa nasal esquerda. Realizou-se biópsia da lesão e o exame anatomopatológico evidenciou neoplasia maligna pouco diferenciada em mucosa respiratória, com imunohistoquímica compatível com melanoma. Realizou-se dissecação cirúrgica, porém três meses depois a lesão recidivou em ambas fossas nasais, especialmente direita. Tomografia de crânio mostrou extensa lesão expansiva, porém sem comprometimento intracraniano. Exames complementares não identificaram metástases. Paciente realizou tratamento radioterápico, bem como nova cirurgia, seguindo em acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** O melanoma maligno da mucosa nasossinusal é um tumor indubitavelmente raro e agressivo que acomete pacientes acima dos 60 anos e não tem associação com o sexo. Apesar da biologia diferente, o melanoma da mucosa é atualmente tratado da mesma maneira que o melanoma cutâneo. A abordagem tradicional tem sido o tratamento cirúrgico; a radioterapia é também utilizada, entretanto sua eficácia ainda é discutida. No entanto, pacientes com melanoma mucoso foram excluídos da maioria dos recentes ensaios clínicos. Resultados moleculares recentes oferecem novas esperanças para o desenvolvimento de uma terapia sistêmica mais efetiva.

**Considerações Finais:** O melanoma de fossa nasal, embora raro, deve ser incluído no diagnóstico diferencial das neoplasias unilaterais de fossa nasal, sobretudo na presença de obstrução nasal e epistaxe em pacientes idosos que apresentem, ao exame físico, lesões polipoideas de aspecto enegrecido ou amarelado em fossa nasal. Ademais, o diagnóstico precoce da lesão é de extrema importância, podendo determinar um melhor prognóstico para o paciente.

## P 188 METÁSTASE PARA CAVIDADE ORAL E PESCOÇO DE NEOPLASIA MALIGNA PANCREÁTICA

Mayra Coelho Bócoli, Aline Silvestre Alves Ferreira, Ana Paula Giusti de Campos, Alexandre Ramos Caiado Filho, João Fábio Sadão Sato

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 61 anos, ex-tabagista e ex-etilista, atendido no Hospital de Base em outubro/2016 devido a síndrome consumptiva, icterícia, colúria e acolia fecal. Evidenciado em tomografia massa em cabeça de pâncreas com nódulos hepáticos e pulmonares associadas. Realizada biópsia de massa em cabeça de pâncreas sem evidência de malignidade. Internado novamente em dezembro/2016 devido a aparecimento de lesões em língua, pescoço e tórax de crescimento rápido e dolorosas. Ao exame, apresentava duas lesões ulceradas em língua, de aproximadamente 5x4 cm, circulares, coalescentes, com necrose central, dolorosas. Em região cervical lateral direita e tórax apresentava nodulação elevada, de bordos definidos e com necrose central, semelhante a goma. Realizada biópsia e cultura das lesões com diagnóstico de carcinoma metastático para mucosa oral, compatível com sítio primário no pâncreas/vias biliares. Imunohistoquímica: CK7 positivo, CA19.9 positivo, CK5/6 positivo. Em TC de abdome (2/1/2017): Progressão de lesões hepáticas pré-existentes, surgimento de lesões peritoneais, esplênicas e peritonite. Realizado diagnóstico de adenocarcinoma de pâncreas metastático EC IV, colestase, suboclusão intestinal. Paciente foi a óbito dia 6/1/2017.

**Discussão:** Metástases para cavidade oral são raras, correspondendo a 1-3% das neoplasias malignas orais. Os sítios primários de metástases são mama, pulmões, rins e ossos. São mais comuns em indivíduos de 40-70 anos, homens 2:1 mulheres. Os sintomas que acompanham o quadro são dor, odinofagia, disfagia e sangramento intermitente, levando à piora da qualidade de vida. Não há relatos na literatura evidenciando metástases de câncer de pâncreas para a língua.

**Considerações Finais:** Metástases para cavidade oral representam geralmente doença avançada e de prognóstico reservado. Se o tratamento da doença primária tiver sucesso, a lesão secundária em cavidade oral deve ser tratada agressivamente. Caso represente um caso avançado, quimioterapia e radioterapia podem ser associadas ao tratamento para diminuição de dor e melhora da qualidade de vida.

## P 189 METÁSTASE LARÍNGEA DE CARCINOMA RENAL: CASO RARO TRATADO COM LARINGECTOMIA PARCIAL

Gustavo Barreto da Cunha, Fabio Pupo Ceccon, Noemi Grigoletto de Biase, Leonardo Haddad

*Santa Casa da Bahia - Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.C.A.A., sexo masculino, 54 anos, com história de carcinoma de células claras de rim direito há três anos, tratado com nefrectomia parcial, foi encaminhado ao departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço há dois anos devido à presença de área hipermetabólica em lesão de aspecto lítico em cartilagem tireoide à direita evidenciada em exame de PET-CT. História de metástase óssea umeral no período, ressecada cirurgicamente. Negava queixas vocais, disfágicas ou cervicais. Exame físico apresentava-se normal, sem massas ou linfonodomegalias palpáveis. RNM de pescoço demonstrou lesão de aspecto infiltrativo em asa direita de cartilagem tireoide e a punção aspirativa por agulha fina confirmou metástase de células claras em cartilagem tireoide. Foram realizadas, portanto, laringectomia parcial com remoção da porção acometida da cartilagem tireoide, preservando pregas vocais bilateralmente, e traqueostomia temporária. Anatomia patológica demonstrou aspectos morfológicos compatíveis com metástase do tumor renal e margens cirúrgicas livres da doença. Após dois anos de acompanhamento, não houve sinais de recidiva tumoral, avaliado por novas laringoscopias e exames de PET-CT e o paciente mantém-se assintomático, com qualidade vocal satisfatória, mobilidade laríngea preservada e bom padrão respiratório.

**Discussão:** Metástases para a laringe são entidades muito raras, representando apenas 0,09 a 0,4% de todos os tumores laríngeos, e podem causar sintomas como disфонia ou estridor ou serem completamente assintomáticas. Existem casos relatados de metástase para a laringe proveniente de rim, pulmão, mama, próstata, cólon e melanoma, sendo a supraglote a região mais acometida. Os sítios mais frequentes de metástase do câncer renal são pulmão, osso e fígado e casos de disseminação para a laringe são descritos como excepcionais.

**Considerações Finais:** Apesar da metástase para a laringe ser rara, deve ser considerada entre os diagnósticos diferenciais de pacientes com história de câncer em outros sítios, principalmente quando apresentarem sintomas laríngeos.

## P 190 METÁSTASE MANDIBULAR DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA: RELATO DE CASO

Maiana Zanchetta Scherer, Andreza Mariane de Azeredo, Olívia Egger de Souza, Konrado Massing Deutsch, Jorge Alexandre Gobbi Manfrin

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, branco, 61 anos, atendido em novembro de 2016 no ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, apresentando aumento de região parotídea esquerda com 10 meses de evolução, com parestesia perioral eventual e dor lombar concomitantes. Negava tabagismo ou etilismo. Trazia tomografia computadorizada com aumento importante de volume de ramo mandibular esquerdo, porém com completa perda de anatomia e arquitetura ósseas, com hipótese principal de osteossarcoma. Ao exame físico, massa em região parotídea esquerda com 7 cm de diâmetro, sem outras anormalidades ao exame físico e laringoscopia. Cintilografia óssea com atividade osteoblástica aumentada, compatíveis com metástases ósseas. Realizada biópsia sob anestesia local, não diagnóstica (material de glândula salivar sem alterações). Submetido à exploração em bloco cirúrgico em dezembro de 2016 com hipóteses de osteossarcoma ou doença linfoproliferativa. Exame transoperatório de congelação evidenciando adenocarcinoma pouco diferenciado invasivo. Anatomopatológico com perfil imunohistoquímico compatível com metástase de neoplasia primária de próstata. Realizado PSA: 11.560. Ao toque retal, pequeno nódulo em lobo esquerdo, próstata pouco aumentada. Parecer da Oncologia como neoplasia prostática estágio IV, metastática e incurável, iniciada quimioterapia paliativa e bloqueio hormonal com leuprorrelina. Após seis meses de seguimento, ausência de progressão das metástases, com boa tolerância ao tratamento. Apresenta redução importante do volume da lesão mandibular ao exame físico. Paciente mantém acompanhamento ambulatorial regular.

**Discussão:** Paciente apresentou lesão mandibular como primeira manifestação de neoplasia de próstata, apesar do pequeno volume da doença primária. Cerca de 1% dos cânceres orais, localizados em tecidos moles e mandíbula, são metástases de tumores primários de outras localizações, sendo a próstata origem rara.

**Considerações Finais:** Há poucos relatos na literatura de massa mandibular como primeira manifestação de tumores de próstata, porém esta apresentação é indicativo de doença avançada e incurável, restando tratamento apenas paliativo.

## P 191 MICROCIRURGIA DE LARINGE COM LASER DE DIODO NO TRATAMENTO DE LARINGOCELE MISTA

Mayara Celentano Laporta, Ligia Tedde de Moraes, José Henrique Frizzo Burlamaqui, Thamyris Rosati Servilha

*Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 67 anos, branca, trabalhadora rural, com queixa de rouquidão e pigarro há 6 meses. Referia quadro de disфонia progressiva e *pitch* agravado com piora progressiva, associada a globus faríngeo, pigarro e tosse. Queixava-se também de dispneia aos grandes esforços, que melhorava ao repouso. De antecedentes, a paciente era portadora de HAS e ex-tabagista 30 anos/maço. Ao exame, apresentava discreto abaulamento da cartilagem tireóidea a esquerda. À nasofibrolaringoscopia, apresentava abaulamento em vestíbulo esquerdo, sendo feita hipótese diagnóstica de laringocele mista à esquerda, que foi confirmada pela tomografia de pescoço. A paciente foi submetida à microcirurgia de laringe a laser, com laser diodo, para ressecção da laringocele mista, tendo boa evolução após a cirurgia. Evoluiu com melhora importante da disфонia e da dispneia, satisfeita com a voz e com o resultado estético, uma vez que não houve necessidade de abordagem externa.

**Discussão:** Laringoceles são dilatações do sáculo do ventrículo de Morgani, contendo ar, que se comunicam com a luz laríngea. Podem expandir-se medialmente, resultando em diminuição do espaço supraglótico, sendo chamada laringocele interna. Também podem expandir-se lateralmente, saindo pela membrana tireóidea próximas ao ramo interno do nervo laríngeo superior, causando tumoração cervical, recebendo o nome de laringocele externa. Metade das laringoceles é mista, apresentando componente interno e externo. O tratamento preconizado para laringocele mista é o acesso combinado (microcirurgia de laringe e abordagem externa por meio da membrana tireóidea). Nesse caso o uso do laser de diodo permitiu que fosse feita apenas abordagem via microcirurgia de laringe, sem necessidade do acesso externo, permitindo uma recuperação pós-operatória mais eficaz e rápida.

**Considerações Finais:** Há poucas informações na literatura sobre o uso do laser diodo em casos de laringocele mista. Esse caso de sucesso cirúrgico mostra que devem ser feitos mais estudos acerca desse assunto.

## P 192 MIXOFIBROSSARCOMA DA GLÂNDULA TIREOIDE: PRIMEIRO CASO DAS AMÉRICAS

Carolina Maria Simon, Aloysio Enck Neto, Rafaela Guimarães, Micaela Bianchini Souza

*Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Mulher, caucasiana, 66 anos, com abaulamento cervical visível há cerca de 2 anos, crescimento progressivo, sensação de irritação na garganta e disfagia para sólidos. Exame físico: massa volumosa na topografia da glândula tireoide. Solicitado ultrassom, que mostrou tireoide de parênquima heterogêneo, padrão grosseiramente nodular. O nódulo apresenta halo hipoeocogênico, áreas centrais de degeneração cística e vascularização predominantemente capsular ao Doppler, medindo 6,5x5,8x5,0 cm. Diante do crescimento nodular e sintomas compressivos foi submetida à tireoidectomia total. Procedimento sem intercorrências, alta hospitalar no dia seguinte. Exame anatomopatológico: achados consistentes com mixofibrossarcoma de baixo grau - lesão ocupando a subtotalidade do lobo esquerdo da tireoide, com raras figuras de mitose e sem necrose associada. Nódulo folicular adenomatoide concomitante no lobo direito. Retorno ambulatorial sem queixas. Encaminhada à radioterapia para tratamento adjuvante.

**Discussão:** Mixofibrossarcoma é um tumor fibroblástico maligno, apresentando estroma mixoide e pleomorfismo celular, considerado um dos tipos mais agressivos de neoplasia de tecidos moles. Raramente surgem na cabeça e pescoço. Em extensa revisão, encontramos apenas 3 casos relatados com origem na glândula tireoide. Relatamos o primeiro caso diagnosticado no Brasil e no continente americano. Geralmente, apresenta crescimento indolente e indolor. Tipicamente, acomete idosos, predominantemente homens. A avaliação com ressonância magnética deve preceder o tratamento sempre que possível. Devido ao baixo grau de suspeita diagnóstica até o exame anatomopatológico, no presente caso não foi realizada esta avaliação previamente. A ressecção tumoral agressiva com margens adequadas é o pilar de tratamento do mixofibrossarcoma. A radioterapia adjuvante é importante no controle de recidiva local.

**Considerações Finais:** Mixofibrosarcoma é um subtipo de sarcoma de partes moles de rara ocorrência na região cervical, mais ainda a partir da tireoide. Quando diagnosticado, exige acompanhamento regular com ressonância magnética devido ao alto índice de recidiva local e perspectiva de evolução histológica.

## P 193 NASOANGIOFIBROMA JUVENIL - UM RELATO DE CASO

Nathalia Tenorio Fazani, Fernanda Fruet, Gislaine Patricia Coelho, Larissa Borges Richter Boaventura, Gabriella Macedo Barros, Mariana Fidelis Solla, Gilson Espinola Guedes Neto

*Pontifícia Universidade Católica (PUC), Sorocaba, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente hebiátrico, 16 anos, foi encaminhado para o ambulatório de CCP do Conjunto Hospitalar de Sorocaba com queixa de obstrução nasal, disфония e epistaxe recorrente unilateral há aproximadamente 8 meses. A tomografia revelou lesão expansiva, heterogênea, ocupando o segmento posterior das fossas nasais, obliterando a rino e orofaringe, seio esfenoidal direito, comprometendo a lâmina pterigoide. O paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico. Na cirurgia realizou-se o acesso Weber-Ferguson para o lado direito, dissecação por planos e ampla visualização do tumor. A remoção radical foi desafiadora devido à extrema vascularização e extensão ao seio cavernoso, fossa média e fossa anterior. O tumor foi totalmente retirado, e o pós-operatório não apresentou intercorrências. Até o presente momento, o paciente não apresentou recidiva.

**Discussão:** A ressecção do angiofibroma nasofaríngeo juvenil é classicamente considerada uma cirurgia de alto risco no que diz respeito à hemorragia e pode requerer transfusão sanguínea, o que não está livre de morbidades. Além disso, o sangramento intraoperatório pode dificultar a excisão do tumor. A literatura preconiza a cirurgia radical como o tratamento mais eficaz. A embolização pré-operatória, embora apresente riscos, é efetiva na redução de sangramento intraoperatório. Os altos índices de recidiva nos estágios tumorais avançados justificam o cuidadoso seguimento pós-operatório.

**Considerações Finais:** O nasoangiofibroma juvenil é mais frequentemente na área do forame esfenopalatino, e cresce estendendo-se inicialmente à porção posterior da cavidade nasal e teto da rinofaringe. A cirurgia é o tratamento de escolha na vasta maioria dos pacientes com angiofibroma nasofaríngeo juvenil.

## P 194 NOVA ÁREA DOADORA DE GORDURA PARA ENXERTO LIVRE EM PACIENTES SUBMETIDOS À PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL

Eduardo Vieira Couto, Arthur Justi Cassettari, Guilherme Vianna Coelho, Agnaldo José Graciano, Flávio Mignone Gripp, Carlos Takahiro Chone

*Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A parotidectomia superficial é o procedimento padrão para a ressecção de tumores benignos envolvendo o lobo superficial da parótida. Das possíveis sequelas, a síndrome de Frey e as deformidades pré-auricular ou retromandibular estão associadas ao procedimento. Técnicas são utilizadas para evitá-las, o enxerto de gordura é um deles. O estudo apresenta nova área doadora para lipoenxertia, a região axilar. A técnica consiste em tricotomia adequada, incisão em região axilar seguindo as linhas de tensão, perpendicular à linha axilar média. O tecido gorduroso é descolado da pele utilizando uma tesoura Mayo curva por aproximadamente 10 cm em região axilar. O tecido é apreendido com pinça Allis e descolado da fáscia que recobre a musculatura torácica. Após, é fixado no leito cirúrgico de maneira a proteger os ramos do nervo facial e suturado ao restante do tecido parotídeo e ao músculo ECM com Vicryl® 4-0. São colocados drenos de sucção em região parotídea e de Penrose na axila e as incisões são fechadas em dois planos.

**Discussão:** Dentre os sítios doadores de gordura, temos mais comumente descrito a região periumbilical, com diversos relatos de complicações cicatriciais e até mesmo necrose do enxerto. A literatura é imprecisa na taxa real de reabsorção da gordura implantada no pós-operatório, 30% segundo Conger. Não há na literatura dados sobre enxertia da região axilar. A utilização de enxerto de gordura axilar tem sua aplicação na reconstrução do contorno facial de maneira favorável por ser de fácil captação, com danos mínimos na área doadora e a topografia favorece a estética, coberta por pelos e raramente exposta, com cicatriz praticamente inaparente.

**Considerações Finais:** A lipoenxertia axilar é satisfatória do ponto de vista estético para reconstrução de parotidectomias superficiais. Técnica simples, com baixa morbidade e cicatriz inaparente.

## P 195 OSTEOSSARCOMA DE MANDÍBULA E PROGNÓSTICO APÓS RESSECÇÃO CIRÚRGICA COM MARGENS LIVRES

Jéssica Lima Coelho, Luciane Mazzini Steffen, Luíse Sgarabotto Pezzin, Juliana Mazzaferro Krebs, Bruna Machado Köbe, Juliana Soares Vieira Araújo, Nédio Steffen

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 21 anos, caucasiano, procedente de Porto Alegre. Procurou atendimento emergencial no Hospital São Lucas (HSL) com dor forte em mandíbula esquerda que o impedia de dormir. Referiu que há aproximadamente dois meses percebeu aumento. No primeiro mês, com edema local somado a dor, procurou o dentista. Realizou extração dos sisos esquerdos, porém sem qualquer alívio dos sinais e sintomas. Apresentava aumento significativo local, acompanhado de limitação da abertura e da oclusão bucal, ulceração da mucosa com supuração e afrouxamento dentário. Foram solicitados exame de imagem e biópsia da lesão. O resultado evidenciou osteossarcoma. Paciente foi encaminhado para Serviço de Oncologia. Iniciou sessões de quimioterapia com Cisplatina (DDP) + Doxorubicina (ADR). Após quatro ciclos, foi realizada a cirurgia citorrredutora: pelvihemimandibulectomia à esquerda via comissurotomia labial. O anatomopatológico confirmou osteossarcoma com limites cirúrgicos livres e linfonodo nasogeniano negativo. Um ano pós-operatório, paciente está em vias de finalizar tratamento adjuvante (DDP+ADR) na ausência recidiva local.

**Discussão:** Osteossarcoma é o tumor primário ósseo maligno mais comum. É a terceira neoplasia maligna mais prevalente em crianças e adolescentes e a quinta em adultos jovens. Predomina no sexo masculino. Origem principal é na metáfise de ossos longos, apenas 7% ocorrem na região da cabeça e pescoço, sendo a mandíbula e a maxila as regiões mais acometidas. A ressecção cirúrgica adequada é a sua principal forma de abordagem.

**Considerações Finais:** Esse caso contribui para consolidar a importância da obtenção de margens cirúrgicas negativas para efetividade do tratamento adjuvante dos osteossarcomas de cabeça e pescoço.

## P 196 PARALISIA DE PREGA VOCAL ASSOCIADA À MIGRAÇÃO CERVICAL DE ESPINHA DE PEIXE: RELATO DE CASO

Bárbara Andrade Lima, Cheng T-Ping, Paulo Augusto Kfuri de Araújo, Gabriel Rabelo Guimarães, Adriana Torres da Silva, Brunna Paulino Maldini Penna, Sérgio Edriane Rezende

*Instituto de Orl de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 49 anos, procurou o pronto-atendimento por suspeita de ingerir espinha de peixe. Após a realização de videolaringoscopia rígida, que estava sem alterações, o paciente foi liberado. Retornou após 20 dias com disfonia, dispneia, tosse, vômitos, disfagia progressiva e persistência da sensação de corpo estranho (CE) em hipofaringe. Foi realizada nova videolaringoscopia rígida que evidenciou paralisia da prega vocal direita. A tomografia computadorizada cervical e torácica mostrou imagem retilínea e hiperdensa em região cervical direita, medial à carótida, envolvida por tecido inflamatório e sem sinais sugestivos de abscesso. Optou-se por iniciar clindamicina e ceftriaxona e foi programada exploração cervical cirúrgica. Encontrou-se espinha de peixe de aproximadamente 2 cm de comprimento, envolvida por tecido fibrótico em região paracarotídea direita. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, mas manteve a paralisia de prega vocal direita e a disfonia.

**Discussão:** A ingestão de CE é uma queixa frequente nos atendimentos de urgência da Otorrinolaringologia. Cerca de 80 a 90% são eliminados espontaneamente pelo trato gastrointestinal, mas em 1% dos casos será necessária intervenção cirúrgica. Complicações como perfuração esofágica, formação de abscesso cervical, migração do CE e broncoaspiração podem acontecer em até 22% dos casos. Na maioria das vezes o tratamento é conservador, porém, pode ser necessário procedimento cirúrgico para remoção e/ou resolução das complicações. As espinhas de peixe são potencialmente mais lesivas à mucosa e são capazes de penetrar os planos mais profundos.

**Considerações Finais:** Diante da suspeita de ingestão de CE é necessário acompanhamento clínico e com exames de imagem quando houver dúvidas ou possibilidade de complicações, pois os casos podem evoluir lentamente e apresentar desfechos tardios e graves.

## P 197 PLEOMORPHIC ADENOMA OF THE SUBMANDIBULAR GLAND IN CHILDREN: A CASE REPORT

Eustáquio Nunes Neves, Rayanne Pereira Chalub, Ana Luiza Costa Lage, Marina Colares Moreira, Fabíola Donato Lucas, Lígia Arantes Neves de Abreu

*Núcleo de Otorrino BH, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Case Presentation:** E.C.N., 12 years, presents swelling in the left submandibular region with three months of evolution, painless and with interrupted growth. Ultrasound: lesion suggestive of cyst. Computed tomography: multinodular cystic nodule adhered to the left submandibular gland. Surgical treatment was chosen and the material sent to the anatomopathological: histological findings suggestive of mixed salivary gland tumor with predominance of myoepithelial component and associated cavitory area. For the definitive diagnosis, an immunohistochemical study was performed and revealed pleomorphic adenoma.

**Discussion:** Salivary gland tumors are rare and correspond to only 3% of head and neck tumors. Pleomorphic adenoma is the most common neoplasm of salivary glands and correspond to 80– 90% of all parotid gland tumors. However, as all the other salivary gland tumors, they are uncommon in submandibular gland. In childhood, pleomorphic adenoma is rare and presents different pattern from that found in adults. A cervical mass in the pediatric population presents extensive differential diagnosis and varied presentations: viral lymphadenopathies, acute or chronic sialoadenitis, sialolithiasis, congenital anomalies, benign and malignant neoplasms.

**Final considerations:** Although pleomorphic adenoma is a benign tumor, it has a tendency to recur and the accompanying risk of malignant transformation. The long life expectancy of children makes the recurrence risk significant. Surgical excision with clear margins is the best option for children with salivary gland pleomorphic adenoma.

**P 198 RABDOMIOSSARCOMA DE NASOFARINGE**

Diogo Lacerda Pereira de Medeiros, Mariana Meireles Teixeira, Priscila Silvia Monteiro, Eduarda Costa Alves, Marina Moraes Loepert, Amanda de Almeida Souza, Pedro Ricardo Milet

*Hospital Federal dos Servidores do Estado/Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.C.V., 10 anos, negro, iniciou em abril de 2016 edema periorbital à esquerda, emagrecimento, sonolência, tontura, cefaleia holocraniana e cansaço aos esforços. Em agosto, diagnosticado com rinosinusite, evoluiu com disfonia, voz anasalada, disfagia e rebaixamento de palato mole à esquerda, sendo tratado para abscesso periamigdaliano com amoxicilina. Em setembro, iniciou-se antibioticoterapia venosa devido à piora, com respiração oral, zumbido e hipoacusia à esquerda. TC evidenciou tumor nasofaríngeo. Apresentou hemorragia importante, sendo necessária ligadura de artéria carótida externa esquerda, traqueostomia e gastrostomia. Submetido à quimioterapia com granulokine, apresentando melhora do estado geral e regressão tumoral. Segue em acompanhamento clínico.

**Discussão:** Os tumores de nasofaringe correspondem a 0,25% de todos os tumores e 2% dos tumores de cabeça e pescoço. 75 a 85% são tumores de linhagem epitelial, 10 a 15% linfática e menos de 5% sarcomas. São tumores agressivos, de prognóstico reservado devido às relações anatômicas da região. O rabdomiossarcoma é o subtipo derivado de musculatura esquelética e o tipo mais comum de sarcoma de partes moles em crianças. O rabdomiossarcoma de nasofaringe acomete principalmente negros do sexo masculino no final da primeira e segunda década de vida. 60% são do subtipo embrionário, 20% alveolares, 15% não tipados e 5% pleomórficos. Apresenta elevada morbimortalidade, atingindo 33% de mortalidade, dependente do sítio primário subtipo histológico, tamanho e estágio tumoral. Sua apresentação primária depende das estruturas acometidas, sendo necessário exame de imagem - TC com contraste para avaliação. Opções terapêuticas dependem do grau de invasão tumoral e incluem cirurgia, quimioterapia e radioterapia.

**Comentários Finais:** O rabdomiossarcoma é um tumor maligno de elevada morbimortalidade. O tumor nasofaríngeo apresenta sintomas variáveis de acordo com as estruturas envolvidas, necessitando elevado grau de suspeição para o diagnóstico. Apresentamos um caso grave com boa resposta ao tratamento.

## P 199 RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO DE CAVIDADE ORAL EM ADULTO: RELATO DE CASO

Andreza Mariane de Azeredo, Konrado Massing Deutsch, Larissa Petermann Jung, Alice Lang Silva, Thomas Peter Maahs, Eduarda Montenegro Morettie, Gerson Schulz Maahs

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 39 anos, procurou atendimento odontológico por dor e afrouxamento dentário. Referia lesão em mucosa jugal inferior esquerda com crescimento rapidamente progressivo em 1 mês. Submetido à biópsia por dentista com anatomopatológico compatível com neoplasia maligna de células fusiformes; imunohistoquímica exibindo rabdomiossarcoma. Encaminhado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre para tratamento. Referia orquidopexia aos 9 anos e orquiectomia por neoplasia testicular aos 25 anos - sem documentação. Relatava óbito de avô e 2 tios por neoplasia pulmonar. Negava tabagismo e/ou etilismo. À oroscopia, lesão mandibular à esquerda, em face jugal, estendendo-se da linha média até dois terços do segmento horizontal, dolorosa; infiltração de pele em região mentoniana ipsilateral. Tomografia cervical e face exibia lesão expansiva com densidade de partes moles comprometendo tecidos moles anteriores à mandíbula esquerda, medindo 4,1x1,4 cm; infiltrativa osteolítica comprometendo metade esquerda do corpo da mandíbula, destruição cortical; estendendo-se desde ângulo da mandíbula até linha média. Submetido à hemimandibulectomia esquerda e traqueostomia com reconstrução da mandíbula com fíbula autóloga microvascularizada com ilha de pele. O anatomopatológico revelava neoplasia maligna de células fusiformes, ulcerada em mucosa jugal, envolvendo arco mandibular, partes moles anteriores e do assoalho da boca e pele; comprometendo limite no nível do assoalho da boca; demais limites livres; metástase em 2 dentre 7 linfonodos isolados; imunohistoquímica compatível com rabdomiossarcoma embrionário. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória; submetido à radioterapia adjuvante. Paciente mantém acompanhamento ambulatorial, sem sinais de recidiva de doença.

**Discussão:** Os sarcomas de partes moles constituem menos de 1% de todas as neoplasias malignas em adultos e o rabdomiossarcoma representa 3% de todos os sarcomas de tecido mole, sendo extremamente raro em adultos. O prognóstico varia de acordo com idade, subtipo histológico e estágio clínico.

**Considerações Finais:** Embora o prognóstico seja melhor para o subtipo embrionário; nos adultos tende a ser bem pior, independentemente do subtipo.

## P 200 RÂNULA MERGULHANTE - RELATO DE CASO

Nathália Anaissi Rocha Pessoa, Adriana Xavier Tavares, Ana Elizabeth de Santana Carneiro Vilela, Bianca de Lucena Ferreira Lima, Mariana Sancho de Macedo, Thiago Emanuel Souza de Freitas, Paulo Bentes de Carvalho Neto

*Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 27 anos, sexo masculino, procurou atendimento médico por tumoração submandibular esquerda há 3 anos com crescimento progressivo e abaulamento sublingual ipsilateral, ambos de consistência amolecida. Ultrassonografia cervical: imagem hipocogênica em região submandibular esquerda, ovalada, homogênea, com vascularização habitual, sem distorção do parênquima, contornos regulares, medindo 7,3x2,8 cm em seus maiores eixos. Tomografia computadorizada cervical: presença de volumosa formação de aspecto expansivo, conteúdo cístico, medindo cerca de 9,0x5,0 cm, que se estende de região submentoniana e submandibular até a topografia do músculo esternocleidomastóideo, de contornos regulares e conteúdo homogêneo. Punção aspirativa com agulha fina compatível com cisto epidérmico. Realizada exérese da lesão e da glândula submandibular esquerda por acesso cervical devido a sua extensão. Anatomopatológico confirmou diagnóstico de rânula. O paciente permanece em acompanhamento ambulatorial há 1 ano sem novas queixas.

**Discussão:** Rânula é um termo genérico, representa uma afecção não hereditária, indolor, caracterizada por formação de uma bolsa preenchida geralmente por líquido mucinoide, resultante de trauma ou obstrução da glândula salivar associada. Frequentemente, apresenta-se como um alargamento translúcido, flutuante e em forma de cúpula. Dependendo da profundidade da lesão, pode ser muito semelhante ao saco vocal de um sapo, daí a sua denominação. A variante mergulhante diseca o músculo milohióideo, podendo causar tumefação na região cervical correspondente. O diagnóstico pode ser feito usando a apresentação clínica, ultrassonografia, tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética nuclear, além de aspiração com agulha fina para citologia ou análise bioquímica. O tratamento é cirúrgico, entretanto, não há consenso na literatura sobre qual método é o mais adequado, sendo as mais usadas a marsupialização concomitante ou não à excisão cirúrgica da lesão e da glândula salivar envolvida.

**Considerações Finais:** É importante para atentar para o diagnóstico diferencial que são considerados tumores de glândulas salivares, neoplasias benignas dos tecidos sublinguais mesenquimais e cisto dermoide.

## P 201 RECIDIVA ENDOLARÍNGEA DE CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE: RELATO DE CASO

Luciana Brito Corrêa, Tércio Guimarães Reis

*Hospital Otorrinolaringológico, Feira de Santana, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 66 anos, feminina, acompanhada em um serviço de cirurgia de cabeça e pescoço por carcinoma papilífero de tireoide, submetida à tireoidectomia total, esvaziamento cervical nível VI bilateral, remoção de anéis traqueais com tireoplastia, ampliação de margens em muscular do esôfago e ressecção de nervo laríngeo recorrente esquerdo em 2010 por doença localmente avançada, com realização de radioiodoterapia no pós-operatório. Dois anos após a cirurgia, cursou com metástase em linfonodos cervicais em nível IV, sendo submetida a esvaziamento cervical de II a IV à esquerda. Evoluiu com nova recidiva local seis anos após o tratamento inicial, com invasão maciça de subglote, sendo indicada traqueostomia de urgência. No momento está em programação para nova abordagem cirúrgica.

**Discussão:** O carcinoma invasivo de tireoide é caracterizado pela projeção para além da cápsula da glândula e, apesar de rara, a invasão extratireoidiana está associada a um pior prognóstico e maior risco de morbidade. Pode se disseminar por extensão direta do tumor primário ou através de metástases paratraqueais.

**Considerações Finais:** Os objetivos do tratamento para o carcinoma invasivo de tireoide incluem a prevenção de hemorragia e obstrução de vias aéreas, a preservação do trato aerodigestivo funcional, a preservação da recidiva locorregional e a sobrevida a longo prazo. Vários autores têm defendido uma abordagem mais conservadora do tumor, com preservação das estruturas da linha média, seguida de iodo radioativo, enquanto outros defendem abordagens mais agressivas, com a remoção extensa do tumor em bloco.

## P 202 RECONSTRUÇÃO ESOFÁGICA NO TRAUMA: RELATO DE CASO CLÍNICO

José Luis Serrano Barba, Mariana de Landa Moraes Teixeira Grossi, Brena Cardoso de Azêdo, Kalil Braga Ferreira, Ana Elisa de Landa Moraes Teixeira Grossi, Fabiana da Silva Rodrigues, Denison Clark Correa de Miranda

*Fundação Adriano Jorge, Manaus, AM, Brasil*

**Apresentação do Caso:** R.B.A., masculino, 21 anos. Ingressou na urgência do Hospital Geral de Roraima vítima de esgorjamento com trauma cervical provocado por arma branca (terçado) com secção de 90% do esôfago, lesão total de laringe, a nível de cartilagem tireoide e lesão no segmento de cartilagem aritenóidea bilateral. O feixe vaso-nervoso cervical não apresentava dano. Na admissão constatou-se paralisia unilateral na PVE. Paciente encontrava-se eupneico em ar ambiente, consciente, estável hemodinamicamente, taquicárdico. Foi realizada cirurgia de emergência para reconstrução das lesões: traqueostomia no terceiro anel traqueal com cânula 8, anastomose terminoterminal do esôfago com fio de sutura mononylon e reparo de extensa abertura em hipofaringe e laringe (aproximação da cartilagem tireoidea por plano com fio vicryl) e colocação de dreno suctor a vácuo. O paciente foi mantido na UTI por 13 dias. Retirou-se o dreno com 10 dias no DPO e realizaram testes de deglutição, sem sinais de fístula esôfágica. No 14 dia foi trocada a cânula plástica pela metálica e encaminhado para enfermaria, onde evoluiu sem intercorrências.

**Discussão:** O diagnóstico precoce e tratamento apropriado são fundamentais para um bom prognóstico. Reconstrução esofágica no trauma é um procedimento complexo pela peculiaridade anatômica. Lesões de laringe são raras comparadas com lesões de cabeça e pescoço: 1 para cada 22.900 admissões na emergência. Nesse relato o paciente apresentava trauma laringoesofágico complexo com secção do NLR. Tratado cirurgicamente evoluindo com desfecho favorável.

**Considerações Finais:** Os traumas cervicais são caracterizados pela elevada complexidade anatômica e enfatizam-se pela alta mortalidade e necessidade de rápida decisão e intervenção. A Lesão traumática do esôfago é decorrente da agressões com armas de fogo e branca, lesando o esôfago em sua porção cervical, torácica e abdominal. A terapêutica almeja assegurar a via aérea, deglutição e fonação.

## P 203 RELATO DE CASO: CARCINOMA VERRUCOSO DE CAVIDADE ORAL

Daniel Villela e Silva, Simone Sant´Anna Gonçalves Barbosa, Andre Bezerra de Pinho, Cláudia Márcia Malafaia de Oliveira Velasco, Sabrina Trindade Fernandes, Luciana Mendes Oliveira, Priscila Castricini Mendonça Pimentel

*Hospital Central do Exército, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** E.P.A.C., 94 anos, feminina, hipertensa, diabética, dislipidêmica, hipotireoidea, cardiopata em uso de marca-passo, ex-tabagista (30 maços/ano), em uso de prótese total superior desadaptada por 10 anos. Há 5 anos observou lesão em rebordo alveolar superior, desde então foram realizadas 4 biópsias em serviços diferentes, obtendo resultados negativos para malignidade. Em decorrência do crescimento progressivo da lesão, buscou o Serviço de Odontologia Hospitalar do Hospital Central do Exército (HCE) em maio de 2017. Ao exame, notava-se área leucoplásica verrucosa, com áreas exofíticas em rebordo alveolar, dolorosa à manipulação associada à candidíase pseudomembranosa. Realizada nova biópsia incisional, obteve-se o resultado histopatológico de carcinoma verrucoso (CV), iniciando acompanhamento conjunto com o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço deste hospital, sendo indicada maxilectomia de infraestrutura e colocação de prótese obturadora. Realizado o procedimento, a paciente evolui bem, com prótese obturadora bem adaptada.

**Discussão:** O CV é considerado uma variante infrequente e bem diferenciada do carcinoma de células escamosas (CCE). Sua etiopatogenia está relacionada com carcinógenos biológicos (HPV), químicos (tabagismo) e físicos (trauma constante). Apesar de ser um tumor maligno, são observadas características de benignidade, como lento crescimento, evolução mais expansiva do que invasiva e boa diferenciação celular. No entanto, quando não adequadamente tratado, pode se tornar localmente agressivo. Clinicamente, apresenta-se com aspecto vegetante, superfície verrucosa, variando do leucoplásico ao róseo. Devido a seu alto grau de diferenciação, o diagnóstico histopatológico é difícil, sendo necessárias cuidadosa avaliação pelo patologista e biópsia adequada a fim de diferenciar de outras causas de hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

**Considerações Finais:** Este relato de caso busca ilustrar a importância da investigação adequada da história do paciente, da avaliação minuciosa das lesões orais, assim como da realização de biópsia adequada. O CV, apesar de apresentar algumas características benignas, pode apresentar malignização, de forma que deve ser preferencialmente abordado em seu estágio inicial.

**P 204 RELATO DE CASO: DERMATOFIBROSSARCOMA PROTUBERANTE**

Sabrina Trindade Fernandes, Luciana Mendes Oliveira, Danielle Cabral Ciafrone, Daniel Villela da Silva, Jeová Oliveira de Araújo, Priscila Castricini Mendonça Pimentel, Paulo Araújo

*Hospital Central do Exército, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente N.T.O., 19 anos, masculino, solteiro, tabagista e etilista social, natural e residente no Rio de Janeiro, avaliado pela dermatologia em outubro de 2015 com história de lesão em couro cabeludo de crescimento lento em região frontoparietal de aspecto nodular, eritematosa, exofítica, endurecida, contornos irregulares, móvel, doloroso e com folículos pilosos preservados. Biópsia incisional com laudo histopatológico e imunohistoquímica com diagnóstico de dermatofibrossarcoma protuberante. Foi encaminhado à Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Feita tomografia computadorizada de crânio e seios paranasais que não mostrou invasão de calota craniana. Realizada ressecção cirúrgica com margens livres. Segue em acompanhamento.

**Discussão:** O dermatofibrossarcoma protuberante é um sarcoma cutâneo raro, com baixo grau de malignidade, baixo potencial de metástase, alto índice de recorrência, que apresenta-se agressivo quanto ao crescimento e contiguidade. Acomete mais comumente homens adultos na faixa de 20 a 50 anos. Inicia-se como nódulo pequeno, indolor, em cabeça, tronco e pescoço. Está indicada ressecção do tumor com 3-5 cm de margens livres. Seguimento semestral pela alta taxa de recorrência. O pulmão é o principal local de acometimento metastático. Entretanto, lesões cerebrais e ósseas foram descritas.

**Considerações Finais:** O objetivo deste trabalho consiste enfatizar que é essencial uma abordagem cirúrgica adequada e acompanhamento pós-operatório, já que há possibilidade de metástase, mesmo que rara, e a chance de recidiva é grande.

## P 205 RELATO DE CASO: MICROCARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE COM METÁSTASE PARA CALOTA CRANIANA

Gabriela Marie Fukumoto, Sulene Pirana, Antônio Fernando Salaroli, Luis Antônio Brandi Filho, Gabriel Zorron Cavalcanti, Natalie Cristina Oliveira Mendes, Thais Matsuda Assunção

*Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 62 anos, apresentando abaulamento parietal direito com cefaleia há 5 meses. Tomografia computadorizada (TC) de crânio mostrando lesão heterogênea (8,1x7,3x7,2 cm) com erosão da calota craniana frontoparietal posterior direita, com compressão parênquimatosa. Realizada exérese de tumor em calota craniana, cujo anatomopatológico mostrou neoplasia papilífera com invasão óssea e imunohistoquímica carcinoma metastático de tireoide com padrão papilífero. Ultrassonografia de tireoide evidenciou nódulo sólido (0,9x0,9x0,8 cm) em lobo direito ATA V (alto grau de suspeita de malignidade - *American Thyroid Association*), sem identificação de linfonodomegalia cervical. Realizada tireoidectomia parcial, cujo anatomopatológico mostrou carcinoma papilífero de tireoide (CPT), de 0,7 cm de diâmetro, capsulado, variante folicular, e em seguida realizada tireoidectomia total. Pesquisa de corpo inteiro com captação cervical anterior <1%. Houve boa evolução, sem sinais de recidiva um ano e meio após.

**Discussão:** O microcarcinoma papilífero de tireoide (MCPT) é um carcinoma inferior a 1,0 cm que apresenta bom prognóstico e sobrevida de 80 a 95% dos casos em 10 anos. O MCPT é habitualmente assintomático e descoberto durante análise histológica de tireoides retiradas por doenças benignas. Predomina em mulheres na quarta e quinta década de vida, tem crescimento lento e metástases raras, 40% para linfonodos cervicais principalmente centrais e 2,5% correspondem a metástases à distância. Metástase é fator de risco para mau prognóstico. No caso descrito, houve metástase à distância para calota craniana, sem metástase linfonodal, o que está relacionado à disseminação por via hematogênica, apresentação rara e de pior prognóstico.

**Considerações Finais:** A importância do caso relatado reside na apresentação rara de MCPT, em paciente do sexo masculino de faixa etária acima do esperado, com metástase, por via hematogênica, à distância para a calota craniana sem metástase linfonodal.

## P 206 RELATO DE CASO: REMOÇÃO DE ESPINHO DE PEIXE EM CAVIDADE ORAL COM AUXÍLIO DE ULTRASSONOGRRAFIA

Émilly Cristina de Bulhões, Denilson Stork Fomin, Marcelo Ferreira dos Anjos, Cesar Augusto Simões, Thiago Nouer Frederico, Ralph Dibbern

*Hospital Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** H.P.W., 68 anos, Natural e procedente da Alemanha, sem comorbidades, deu entrada na emergência queixando-se de letargia, confusão mental, ataxia e odinofagia há 2 dias. Feita hipótese diagnóstica inicial de AVC, afastada após exaustiva investigação, sendo os sintomas atribuídos à desidratação. Durante anamnese paciente relatou alimentação prévia a base de peixe, sendo a língua perfurada por espinho. A equipe otorrinolaringológica foi acionada e durante avaliação não visualizou-se CE ou outras alterações, exceto dificuldade relativa de movimentação lingual durante a fala. Solicitada tomografia computadorizada para complementação diagnóstica. Visualizada formação hiperdensa linear localizada profundamente na musculatura lingual medindo cerca de 1,5 cm. Paciente encaminhado para cirurgia, não sendo visualizado corpo estranho (CE) à laringoscopia ou à palpação lingual. Realizada ultrassonografia intraoperatória identificando-se massa linear hiperecoica (CE), totalmente imersa em musculatura lingual, seguida de punção próxima ao CE e infiltração de 0,1 ml de azul de metileno (AM). Seguiu-se com glossotomia e dissecação até visualização de AM, sendo possível localizar CE e removê-lo. Passada sonda nasoenteral para suporte nutricional, a qual foi removida no 2º PO, evoluindo sem complicações com rápida recuperação.

**Discussão:** Apesar da utilização de ultrassonografia na otorrinolaringologia, a familiaridade encontra-se mais no pré-operatório/diagnóstico do que no intraoperatório. Há poucos casos semelhantes descritos na literatura, entretanto, em todos foi realizada ultrassonografia intraoperatória. Este exame em mãos experientes traz segurança em precisar a localização do CE, diminui o tempo de cirurgia, sangramento, extensão da incisão e, conseqüentemente, reduz morbidade pós-operatória.

**Considerações Finais:** A presença de CE alojado em vias aéreas superiores corresponde a uma significativa porcentagem das emergências otorrinolaringológicas. Dentre eles, os espinhos de peixe são comumente relatados porém de fácil visualização e remoção ambulatorial. Ocasionalmente, há necessidade de intervenção cirúrgica com exames auxiliares não habituais que, apesar de fugirem da rotina otorrinolaringológica, devem ser lembrados a fim de otimizar o tratamento.

## P 207 RELATO DE CASO: TUMOR ODONTOGÊNICO CÍSTICO CALCIFICANTE DE MAXILA

Aline Togeiro Ferreira, Sérgio Edriane Rezende, Adriana Torres da Silva, Fernando Jairo Araújo de Souza, Camilla Magalhães de Almeida Ganem, Bárbara de Melo Torres Alves, Leonardo Petrone Castro

*Instituto de Orl de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminino, 81 anos, apresentou queixa de nódulo em gengiva, identificado pelo dentista durante avaliação para colocação de implantes dentários. Na oroscopia foi visualizado abaulamento na arcada dentária superior à direita, região de canino e molares, indolor e sem sinais flogísticos. A tomografia da face mostrou lesão expansiva em maxila, região alveolar dos dentes 14 ao 18 à direita, multilocular, com invasão da cortical óssea do seio maxilar. A biópsia excisional confirmou diagnóstico de tumor odontogênico cístico calcificante (TOCC).

**Discussão:** O TOCC é uma neoplasia benigna, rara, originada do epitélio odontogênico, que incide principalmente em adultos jovens e sem predileção por gênero. Manifesta-se como um tumor indolor, de crescimento lento, que acomete tanto a maxila quanto a mandíbula, com maior frequência na região dos caninos. O diagnóstico é definido pelo exame histopatológico, que é caracterizado pela presença de revestimento epitelial e células fantasmas, passíveis de calcificação. O tratamento preconizado é a enucleação cirúrgica, cujo prognóstico é bom, sendo raras as recidivas.

**Considerações Finais:** O TOCC é uma lesão muito semelhante às outras encontradas na cavidade bucal, sendo de grande importância o conhecimento desta entidade para que o médico consiga diagnosticá-la precocemente, impedindo a invasão de estruturas adjacentes. É importante ressaltar que apesar da TOCC ser mais frequente em adultos jovens, a paciente em questão tem 81 anos. Isso mostra a importância dos relatos de caso para apresentar exceções, que podem acrescentar mais informações ao conhecimento médico.

## P 208 SCHWANNOMA DE ÓRBITA - RELATO DE CASO

Matheus Pires Braga, Vanessa Carvalho de Oliveira, Alexandre Ramos Caiado Filho, Luiz Sergio Raposo

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 43 anos, atendida no dia 03/12/2016 devido queixa de edema e abaulamento progressivo em região medial de órbita a esquerda, com 2 meses de evolução, sem alteração de acuidade visual, mobilidade ocular extrínseca, mímica facial ou queixas nasais. Na ocasião, foram realizados ressonância de crânio e tomografia de face, com evidência de lesão expansiva em canto medial de órbita à esquerda, causando abaulamento do septo nasal para direita. A nasofibrosopia visualizou-se abaulamento de teto e parede lateral de cavidade nasal à esquerda, sem lesão evidente. Mediante tais alterações, indicou-se realização de meatotomia medial à esquerda com exérese de lesão em cavidade nasal esquerda e etmoidectomia anterior. A paciente foi submetida à cirurgia no dia 19/01/2017, e o estudo anatomopatológico da lesão evidenciou schwannoma. Após a cirurgia, a paciente apresentou melhora clínica e no momento aguarda realização de procedimento cirúrgico definitivo.

**Discussão:** O schwannoma, também conhecido como neurinoma, é um tumor que deriva das células de Schwann originárias do tubo neural. Pode acometer qualquer fibra nervosa mielinizada, tendo como principal alvo a região do ângulo pontino cerebelar e o VIII par intracraniano. Está presente em cerca de 1% dos tumores orbitários, acometendo pacientes entre a 2ª e 6ª década de vida, sem associação racial ou por gênero identificado e que raramente sofre malignização. Seu quadro clínico é bastante variável, dependendo da localização e extensão. O diagnóstico é feito pela história clínica com ajuda de exames complementares, sendo o principal a ressonância magnética, e a confirmação pelo anatomopatológico.

**Considerações Finais:** Apesar de raro, a hipótese de schwannoma deve ser sempre aventada em casos de abaulamento orbitário, neuropatia óptica ou diplopia. Os exames de imagem devem ser solicitados tão logo possível, a fim de um diagnóstico precoce e preservação dos nervos e estruturas adjacentes.

## P 209 SCHWANNOMA LINGUAL: RELATO DE CASO

Cassiano Mangini D. Malpaga, Carla Margonari Silvestre, Emerson Thomazi, Clovisa Reck de Jesus, Eduardo Espindola Zomer Alves, Ellen Alves Pinto

*Hospital CEMA, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente C. P., 15 anos, masculino, residente de São Paulo, procura o Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital CEMA com queixa de abaulamento na ponta da língua há um ano e meio. Refere crescimento lento, sem fatores desencadeantes conhecidos e discreto desconforto ao se alimentar. Não apresenta sangramento ou dor local. Realizou-se biópsia excisional, com anestesia local. O resultado do anatomopatológico e imunohistoquímica foi schwannoma lingual.

**Discussão:** Os schwannomas são lesões tumorais benignas, de crescimento lento e etiologia desconhecida. Estes têm origem nas células de Schwann que se encontram na bainha dos nervos. Podem ocorrer em qualquer nervo que seja revestido por esta célula. Aproximadamente um quarto destes estão localizados em cabeça e pescoço, sendo que 1% apresenta-se na cavidade oral. São classicamente encapsulados e assintomáticos, mas podem comprimir nervo e estruturas adjacentes. Os neurinomas não apresentam predileção por gênero e acometem mais entre a 3ª e 6ª década de vida, porém, na cavidade oral incidem especialmente na 2ª e 3ª década. Apresentam-se como lesão única, firme, indolor, de tamanho e localização variável. A partir de 3 cm podem produzir sintomas como desconforto, disfagia e dislalia. Faz-se diagnóstico diferencial com afecções benignas como lipoma, fibroma traumático, leiomioma, neuroma, adenoma, hemangioma e papiloma. Quando em múltiplas lesões, é necessário excluir o diagnóstico de neurofibromatose, em que a chance de malignização é em torno de 15%.

**Considerações Finais:** A presença de schwannoma na cavidade bucal é incomum. Quando presente, a localização mais frequente é em língua e o diagnóstico se faz por histopatologia. A biópsia excisional é suficiente na maioria dos casos como tratamento.

## P 210 SÍNDROME DE LEMIERRE, RELATO DE CASO

Carolina Pedrassani de Lira, Flávia Caroline Klostermann, Gustavo Fabiano Nogueira, Lourenço Sabo Muller, Luiz Eduardo Nercolini, Rodrigo de Oliveira Veras, Linda Luísa Barasuol

*Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 37 anos, referiu edema e dor em hemiface direita há 3 dias com fadiga e dispneia progressiva há 1 dia. História de trauma dentário do elemento 48 há 3 dias com extração e tratamento de canal. Nega comorbidades. À admissão: taquipneica, saturando 60% em ar ambiente, edema em ângulo da mandíbula à direita. Redução difusa do murmúrio vesicular à ausculta pulmonar, panturrilhas livres de empastamento; laboratório apresentava leucócitos 16.050 e PCR 263. Angiotomografia de tórax sugeriu embolia séptica. A tomografia cervical mostrou-se compatível com tromboflebite séptica de veia jugular ou síndrome de Lemierre, e demonstrou coleção em espaço submandibular direito. Foi realizada drenagem cirúrgica associada ceftriaxona e clindamicina, além de dexametasona e analgesia.

**Discussão:** Síndrome de Lemierre é caracterizada por tromboflebite séptica da veia jugular, com embolização séptica para o pulmão ou outros órgãos. As amígdalas são o foco infeccioso em 87% dos casos; mas infecções odontogênicas, mastoidites, parotidites, sinusites, otites ou pele também o são. O patógeno em 80% dos casos é o *Fusobacterium necrophorum*. Afeta homens jovens, com incidência de 3,6 por milhão de pessoas por ano e mortalidade 5%. No quadro clínico constam febre, dor e rigidez no pescoço, linfadenopatia cervical. Presença de edema e dor no ângulo da mandíbula ou anterior e paralelo ao músculo esternocleidomastoideo são comuns, podendo evoluir com dor pleurítica, dispneia, hemoptise. A TC cervical com contraste demonstra edema de partes moles ou trombo no interior da veia jugular interna. O tratamento é antibioticoterapia. A exploração cirúrgica, com ligadura e excisão da veia jugular interna, é rara. O uso de anticoagulantes é controverso, mas a oxigenioterapia hiperbárica é favorável.

**Considerações Finais:** É importante considerar a síndrome de Lemierre como diagnóstico diferencial nos quadros clínicos com infecções odontogênicas, abscesso cervical com sinais e sintomas sugestivos de sepsis.

## P 211 TUBERCULOSE LARÍNGEA ASSOCIADA A CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LARINGE - RELATO DE CASO

Marina Matuella, Nédio Steffen, Luciane Mazzini Steffen, Frederico Ludwig da Costa, Luciana Kunde, Bruna Machado Kobe, Juan José Pineda Garcia

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 76 anos, caucasiano, procedente de Campo Bom-RS. Paciente foi encaminhado por médico infectologista por queixa de disfonia persistente após diagnóstico e tratamento de tuberculose laríngea, sem outros achados clínico-laboratoriais significativos. Na chegada ao nosso serviço, além do sintoma acima, apresentava dispneia e cervicalgia; notou, também, perda ponderal não proposital. Ao exame físico, apresentava adenopatia fibroelástica, não aderida e dolorosa, de 2-3 cm em nível III à direita. À videolaringoscopia, apresentava região glótica e supraglótica com aspecto infiltrativo, seios piriformes abaulados bilateralmente, pregas vocais e vestibulares edemaciadas e hiperemiadas, além de redução da luz glótica. Foi levantada a hipótese diagnóstica de carcinoma espinocelular associado a tuberculose laríngea. Nesse momento, foi indicada microcirurgia de laringe para biópsia associada à traqueostomia. O diagnóstico histopatológico foi de carcinoma epidermoide. Durante o seguimento, solicitou-se tomografia computadorizada e ressonância magnética cervical e de tórax. O estadiamento do paciente foi T4N0M0, devido à provável invasão infraglótica e sinais sugestivos de invasão da cartilagem cricoide esquerda. O tratamento proposto foi com quimioterapia e radioterapia.

**Discussão:** A tuberculose laríngea é uma condição rara e normalmente está associada a tuberculose pulmonar. A inflamação crônica decorrente da infecção por *Micobacterium tuberculosis* pode predispor à malignidade por alterações na morfologia celular. A correlação inversa também é encontrada na literatura – lesões sugestivas de malignidade podem, na verdade, ocultar um quadro de tuberculose extrapulmonar. O diagnóstico diferencial é dificultado devido à semelhança clínico-radiológica, portanto, a avaliação anatomopatológica se torna essencial.

**Considerações Finais:** Condições inflamatórias e neoplásicas podem coexistir, ao risco de atrasar o diagnóstico de ambos, complicando tanto prognóstico quanto tratamento. O relato acima contribui para evidenciar a coexistência entre essas duas condições e para aventar maior suspeita clínica na formulação do diagnóstico diferencial.

## P 212 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO (TFS) NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO

Gustavo Pereira Lima Lang, Nédio Atolini Junior, Luis Fernando Melotti, Vanessa Lunelli, Tatianny Tiemi Yamamoto, Tiago Braganholi Silva, Maurício Goelzer da Silva

*Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 34 anos, com quadro de obstrução nasal, hiposmia e roncos noturnos há 1 ano. Ao exame clínico, apresentava massa de aspecto polipoide em narina esquerda. Realizada tomografia computadorizada de seios da face, que evidenciou volumosa lesão expansiva com destruição óssea comprometendo parte dos seios paranasais, predominantemente à esquerda. Ressonância magnética de face evidenciou volumosa lesão expansiva sólida com impregnação marcadamente heterogênea, com epicentro localizado na cavidade nasal esquerda, com obstrução das coanas e extensão à rinofaringe, com sinais de destruição óssea, de natureza indeterminada, de aspecto suspeito. O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica da lesão por abordagem aberta, apresentando boa evolução pós-operatória, com melhora da respiração. O anatomopatológico da lesão mostrou proliferação fusocelular nodular. O estudo imunohistoquímico evidenciou tumor fibroso solitário (TFS). No seguimento a médio prazo, o paciente relatou resolução completa dos sintomas iniciais, sem recidiva da lesão.

**Discussão:** O TFS representa um tumor raro de origem mesenquimatosa. Apesar de a maioria dos casos ocorrerem na pleura, esse tipo de lesão tem sido descrito em inúmeros sítios extrapleurais. O TFS na cavidade nasal e nos seios paranasais é extremamente raro. Os TFS nasais tipicamente levam à obstrução nasal e casualmente à epistaxe, rinorreia e anosmia. O diagnóstico definitivo é feito pelo exame histológico e imunohistoquímico, geralmente após a remoção cirúrgica. O tratamento deste tumor é cirúrgico, devendo a sua remoção ser total.

**Considerações Finais:** O TFS é um tumor raro que na região nasossinusal apresenta sintomatologia insidiosa e sem características específicas. Embora incomum, deve ser lembrado no diagnóstico diferencial das neoplasias da cavidade nasal, sendo o diagnóstico definitivo realizado por meio de estudo imunohistoquímico associado à histopatologia compatível, geralmente após a remoção cirúrgica.

## P 213 DIVERTÍCULO FARINGOESOFÁGICO: AVALIAÇÃO DAS MODALIDADES TERAPÊUTICAS

Rodrigo Dias Godinho, Ernani Oliveira Avelar, Paulo Roberto Rodrigues Bicalho, Amarildo Nunes da Costa, Thiago Alessi Rabelo Marinho, Paulo Almeida Rocha, Luiz Paulo Monteiro Santos

*Centro Universitário de Caratinga, Caratinga, MG, Brasil*

**Objetivo:** Relatar três casos clínicos em que foram empregadas modalidades diferentes de tratamento comparando suas técnicas e resultados com a literatura corrente.

**Método:** Foram analisados 3 casos clínicos de divertículo de Zenker, atendidos no Hospital Municipal de Governador Valadares durante o ano de 2015, em que foram empregadas diferentes técnicas terapêuticas. No caso 1 foi empregada a técnica de diverticulotomia endoscópica com uso de grampeador linear. No caso 2 o paciente foi submetido à diverticulectomia por cervicotomia com miotomia do músculo cricofaríngeo. No caso 3 foi realizada a diverticulotomia via endoscopia flexível com uso de papilótomo eletrocautérico. Observado pós-operatório por um período de 3 meses, com consulta pós-operatória para 30 dias, comparando seus resultados.

**Resultados:** No caso 1 houve reintrodução da dieta oral no 2º DPO, alta hospitalar no 3º DPO e retorno no 30º DPO, com remissão completa dos sintomas. No caso 2 a reintrodução da dieta oral no 5º DPO, cursando com alta hospitalar no 6º DPO. Paciente assintomático no 30º DPO. No caso 3 a dieta oral foi reintroduzida no 2º DPO e houve alta hospitalar no 3º DPO. Paciente assintomático no 30º DPO.

**Discussão:** Várias técnicas com excelentes resultados têm sido propostas para o tratamento do DFE. O tratamento endoscópico (método de Dohlman) foi utilizado pela primeira vez no Brasil por Barreto (1970) e desde então sua técnica é refinada. Corroborando a casuística, observou-se a reintrodução da dieta oral e alta hospitalar mais precoces nas técnicas endoscópicas, empregadas no caso 1 e 3. Apesar disso, a cervicotomia como via de acesso ainda é uma técnica com resultados satisfatórios.

**Conclusão:** Em todos os casos os resultados obtidos foram similares aos encontrados na literatura, com alto índice de remissão dos sintomas e baixa taxa de complicações e recorrência.

## P 214 NEUROPATIA COM COMPROMETIMENTO AUDITIVO E VISUAL: RELATO DE DOIS CASOS

Luciene Mayumi Sato, Emi Zuiki Murano, Maria Flávia Bonadia Bueno de Moraes, Mariana Maldonado Loch, Myriam de Lima Isaac, Robinson Koji Tsuji, Sulene Pirana

*Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Apresentamos o relato de 2 irmãs, com 9 (caso 1) e 6 anos (caso 2) atendidas por dificuldades de aprendizagem e trocas na fala. Diagnóstico prévio de perda auditiva neurossensorial bilateral, adaptadas com aparelho auditivo. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Avaliação audiológica mostra perda auditiva progressiva com flutuação dos limiares. Apresentam fala inteligível com algumas trocas fonêmicas e coordenação motora preservada. Exame de processamento visual alterado em funções corticais superiores. Estão em acompanhamento psicopedagogo, fonoaudiólogo e psicológico, com evolução. Descrevemos a seguir as diferenças em avaliação foniátrica e demais exames complementares: Caso 1 – Dificuldades na escrita e leitura. PEATE com limiares em 80 dBHL à direita e 90 dBHL à esquerda, morfologia pobre, latência aumentada bilateralmente. C-VEMP normal e O-VEMP alterado. Neuropsicológico apontou inteligência média- inferior, rebaixamento em tarefas de planejamento e integração visuoperceptual. Caso 2 – Alteração em discriminação visual. PEATE com limiares em 50 dBHL bilateral, morfologia semelhante a exame da irmã. Pela agitação, não foi possível realizar avaliação de VEMP e de neuropsicológico.

**Discussão:** Tratam-se de casos familiares de transtorno de aprendizagem secundário à neuropatia auditiva e alteração de processamento visual. Estudos têm demonstrado que na presença de perda auditiva, há alteração da maturação do sistema auditivo através das chamadas plasticidade cortical *cross-modal* e da plasticidade intramodal. Este conhecimento é importante no período da infância para o processo de desenvolvimento da linguagem e também para o aprendizado. A avaliação foniátrica inclui o exame de processamento visual, auxiliando na investigação e elucidação das dificuldades de aprendizagem.

**Considerações Finais:** Avaliação foniátrica é importante no diagnóstico de transtornos de aprendizagem. Exame de processamento visual, apesar de ainda pouco conhecido e realizado por poucos profissionais, deve ser lembrado como um exame de investigação.

## P 215 SÍNDROME DE FLOATING HARBOR: RELATO DE CASO

Mariana Maldonado Loch, Sulene Pirana, Maria Flávia Bonadia Bueno de Moraes, Luciene Mayumi Sato, Myriam De Lima Isaac, Robinson Koji Tsuji, Emi Zuiki Murano

*Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Trata-se de um caso raro de síndrome de Floating Harbor, que compareceu ao ambulatório de Foniatria do HCFMUSP com queixa de voz anasalada e dificuldades no aprendizado. Sexo feminino, 14 anos, falou palavras apenas aos 3 anos. Alimenta-se adequadamente, porém regurgita alimentos líquidos pelo nariz. Vem acompanhada da mãe, e ao longo da avaliação nota-se comportamento infantilizado, não correspondendo à sua faixa etária. Apresenta hipernasalidade importante à fala espontânea, com palato íntegro à palpação. Visualizada oclusão dentária cruzada à inspeção da cavidade oral. Sabe distinguir cores, segura lápis corretamente e escreve seu próprio nome em letra de forma; demais palavras apenas em cópia. Consegue reconhecer letras e números de 1 a 10, no entanto, não sabe realizar cálculos ou ler. À avaliação neuropsicológica, diagnosticado retardo intelectual leve e transtorno do desenvolvimento de fala. À nasofibroscopia flexível, visualizado fechamento velofaríngeo incompleto aos sons fricativos e plosivos, com articulação assistemática e sem automatização dos movimentos.

**Discussão:** A síndrome de Floating Harbor é uma desordem genética rara caracterizada por baixa estatura, dismorfismos faciais e atraso no desenvolvimento da fala, com mutações no gene SRCAP, nos éxons 33 e 34, de provável herança autossômica. Pode haver também associação com déficits fonológicos e disfunções motoras orais. No caso descrito, a alteração velofaríngea mostra-se ímpar nesta síndrome, que acarreta hipernasalidade e pode prejudicar a inteligibilidade. Além disso, como se tem apenas mais um caso na literatura discorrendo sobre a relação desta síndrome com disfunção velofaríngea, não se sabe se tal demonstração tem relação direta de causalidade.

**Considerações Finais:** Esta síndrome é uma causa importante de comprometimento cognitivo global. Portanto, é necessário estabelecer o diagnóstico precoce, para poder diferenciá-la de outras doenças que também ocasionem atraso na fala e disfunção dos órgãos fonoarticulatórios, afim de direcionar os tratamentos específicos para cada caso.

## P 216 A ASSOCIAÇÃO ENTRE DRGE E AS QUEIXAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS DOS PACIENTES ATENDIDOS NA AÇÃO SOCIAL DO BAIRRO JARDIM VENEZA EM JOÃO PESSOA/PB

Adriano Sérgio Freire Meira, Alvaro Vitorino de Pontes Junior, Yuri Ferreira Maia, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, Rebeca Maurera Almeida Cyrillo, Lorena Pinto de Souza Pontes, Taiza Luiza Bezerra Salgado

*SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil*

**Objetivos:** Associar os sintomas extraesofágicos, mesmo que isolados e/ou na ausência de sintomas típicos, à DRGE, propiciando e norteando o início do tratamento eficaz e otimizado.

**Método:** Estudo analítico da anamnese e exame físico de um grupo de 70 pacientes da ação social do bairro Jardim Veneza, em João Pessoa/PB.

**Resultados:** O estudo verificou que em 70 pacientes avaliados, 34% (n = 24) relataram sintomas relacionados à DRGE, dos quais 54% (n = 13) eram homens e 45% (n = 11) mulheres, 68% (n = 48) apresentavam outras queixas otorrinolaringológicas e 12% (n = 9) mulheres e 8% (n = 6) homens foram medicados com Inibidores de Bomba de Protons (IBPs) e orientados ao acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) atinge cerca de 12% da população brasileira, gerando grande impacto na qualidade de vida dos pacientes acometidos pela afecção. Possui caráter crônico, ocasionada devido ao fluxo retrógrado do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes. A DRGE pode provocar variados sintomas, os quais são abordados com frequência nas consultas otorrinolaringológicas. A disfonia crônica ou intermitente, pigarro, tosse crônica, disfagia, desconforto na garganta e sensação de corpo estranho ou *globus* faríngeo são sintomas atípicos e prevalentes, podendo dificultar e atrasar o diagnóstico quando não avaliados adequadamente.

**Conclusão:** Quando da abordagem, os sintomas apresentados devem ser investigados adequadamente e a hipótese da DRGE deve ser fortemente considerada, visando à otimização do tratamento e possibilitando a redução das queixas otorrinolaringológicas dos pacientes.

## P 217 ADENOCARCINOMA DE LARINGE: CASO RARO DE ENVOLVIMENTO SUBGLÓTICO

Mariana Matos de Almeida, Ana Clara Gordiano Carneiro, Mariana Mascarenhas Assis, Emílio Salviano Neto, Gustavo Barreto Cunha, David Greco Varela, Maíra Kalil Fernandes

*Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** E.S.S., 59 anos, sexo masculino, admitido em emergência geral de hospital terciário há 10 meses com quadro de hemoptise volumosa associada a dispneia severa após realização de esforço físico de grande intensidade. AngioTC negativa para tromboembolismo pulmonar. Submetido, então, a broncoscopia e laringoscopia, que revelaram massa hipervascularizada em região posterior de subglote, obstruindo aproximadamente 35% da luz da via aérea. Pregas vocais mantinham mobilidade preservada. Tomografia de pescoço evidenciou lesão nodular na parede posterior da laringe subglótica de 2,8 cm, com sinais de invasão da cartilagem cricoide, porém sem realce significativo ao contraste. Realizada biópsia excisional da lesão sob microlaringoscopia de suspensão, com auxílio do laser de diodo, cuja anatomia patológica revelou adenocarcinoma polimórfico de baixo grau de glândula salivar menor. Indicada laringectomia total, porém o paciente não aceitou realização da cirurgia, sendo indicada radioterapia.

**Discussão:** A maioria das neoplasias malignas da laringe são carcinomas de células escamosas (96-99%). Os carcinomas não escamosos de laringe são raros (menos que 1% dos casos), sendo mais comumente representados pelo carcinoma adenoide cístico, carcinoma mucoepidermoide e adenocarcinoma. Apesar de controverso, a maioria dos estudos sugerem que as glândulas salivares menores são encontradas em toda a cavidade oral, orofaringe, hipofaringe e laringe, possuindo maiores concentrações nas região da glote e supraglote. Os sintomas variam a depender da localização do tumor, sendo que os tumores de subglote geralmente se apresentam com dispneia, enquanto que os de glote se apresentam inicialmente com rouquidão. É incomum a apresentação de hemoptise volumosa como no caso descrito. Devido à propagação submucosa do tumor e a ocorrência de sintomatologia normalmente em estágios avançados, a maioria dos paciente são diagnosticados tardiamente.

**Considerações Finais:** O adenocarcinoma de glândulas salivares menores localizado na laringe é raro, sendo incomum sua apresentação em subglote com hemoptise como sintoma inicial.

## P 218 AMILOIDOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO

Thaise Cesca, Gabriela Soraya Martini, Ricardo Maurício Favaretto, Rodrigo Dors Sakata, Mauricio Gusverti, Débora Caliani de Vincenzi, Paulo Eduardo Przysieszny

*Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** S.R.S, 64 anos, sexo masculino. com queixas de disfonia, sensação de corpo estranho laríngeo, ausência de outros sintomas sistêmicos. Procurou nosso ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital Angelina Caron com exame de videolaringoscopia de outro serviço sugestivo de cisto mucoso em prega vocal esquerda (PVE). Realizado novo exame com lesão em banda ventricular esquerda de base séssil, lisa, bordos irregulares, encobrendo ventrículo de Morgani. Realiza microcirurgia laríngea de suspensão, com retirada completa da lesão e anatomopatológico de amiloidose laríngea.

**Discussão:** A amiloidose é caracterizada por um grupo de doenças de depósito de proteínas que possuem natureza fibrilar e propriedades tintoriais específicas. A sua apresentação laríngea é considerada rara, abrangendo 1% dos tumores benignos da laringe com causa desconhecida. Classificada em localizada ou sistêmica sendo a forma localizada com incidência mais comum em laringe. Está relacionada à produção monoclonal de imunoglobulinas de cadeia leve, principalmente I e k. Quadro clínico de disfonia, dispneia, estridor, disfagia. O exame inicial é a videolaringoscopia e diagnóstico definitivo é histopatológico com depósitos amiloides extracelulares homogêneos, amorfos e eosinofílicos, usa-se ainda a coloração de Vermelho Congo e imunohistoquímica. Pela evolução lenta e pouca sintomatologia, deve ser realizada retirada da lesão em casos sintomáticos, sem ressecções amplas, podendo ocorrer recidivas.

**Considerações Finais:** Amiloidose laríngea deve ser sempre lembrada com um diagnóstico diferencial de lesões benignas laríngeas.

## P 219 AMILOIDOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO

Alessandro Fernandes Guimarães, Lorrane Caroline Braga Rodrigues, Luiz Felipe Bartolomeu Souza, Jessica Maia Couto, Isamara Simas de Oliveira, Karine Vieira Goncalves de Oliveira, Gustavo Meyer de Moraes

*Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** V.S.A., sexo masculino, 29 anos, paciente avaliado no Ambulatório de Laringe do HC-UFMG encaminhado pela equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, com quadro de disfagia, sangramento intermitente em traqueostomia e relato de disfonia progressiva de início há 3 anos. Ao exame físico otorrinolaringológico, não apresentava alterações significativas. A primeira avaliação trazia TC de pescoço de 2013 com: lesão expansiva sólida laríngea esquerda com cerca de 30x27 mm, heterogênea, mal delimitada, ocupando as regiões glóticas e vestíbulo laríngeo, invadindo a comissura anterior e espaço paralaríngeo, condicionando deformidade do seio piriforme ipsilateral e resultado de anatomopatológico de biópsia de laringe de 2013 com: epitélio respiratório exibindo abundante depósito de material eosinofílico, finamente granular, formando nódulo de córion, presença de discreto infiltrado linfocitário, achados consistentes com amiloidose. Optou-se pela realização de videolaringoscopia, que evidenciou: abaulamento submucoso em prega ariepiglótica esquerda, associado a tumoração supraglótica, aparentemente ocluindo luz glótica.

**Discussão:** Amiloidose é um tumor benigno da laringe, responsável por menos de 1% das lesões laríngeas, acomete principalmente pregas vocais, falsas pregas vocais e vestíbulo. De etiologia indefinida, com predomínio no sexo masculino, na faixa etária dos 40 aos 60 anos. Tem como principal manifestação a rouquidão, podendo apresentar associado disfagia, dispneia, tosse e estridor. Na avaliação complementar, deve-se considerar a videolaringoscopia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

**Considerações Finais:** Trata-se de condição rara, que necessita de biópsia para diagnóstico definitivo, podendo ao exame endoscópico ser confundida com pólipos vocais e laringocele. Apesar de incomum, deve-se investigar manifestação sistêmica da doença, considerando como diagnóstico diferencial mieloma múltiplo e plasmocitoma. Atualmente, é preconizado tratamento cirúrgico com remoção parcial ou total da lesão, pode ser realizada traqueostomia para estabilidade de via aérea e deve-se manter acompanhamento regular, pois apresenta recorrência frequente.

## P 220 AMILOIDOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO - HOSPITAL OTORRINOS FEIRA DE SANTANA - BA

Patrícia Góes Prado, Erica Cristina Campos e Santos, Natalia Maria Couto Bem Mendonça, Rodrigo Betelli Alves, Paulo Sergio Lins Perazzo, Washington Luiz Almeida, Raissa de Carvalho Borges

*Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 51 anos, do sexo masculino, acompanhado no Hospital Otorrinos – Feira de Santana-BA, de setembro/2013 a maio/2017, em uso de traqueostomia em virtude de dispneia e estridor laríngeo. A videolaringoscopia apresentou lesão circunferencial em glote e supraglote com redução da luz glótica, e paresia de pregas vocais. Realizou-se biópsia da lesão e, após diagnóstico etiológico, microcirurgia de laringe que identificou fixação da laringe.

**Discussão:** A amiloidose é uma doença caracterizada por depósitos extracelulares de uma substância de natureza proteica em um ou mais sítios do organismo, sendo a sua etiologia desconhecida. Esta afecção pode acometer qualquer parte do corpo, mas raramente surge nas vias aerodigestivas superiores, nestas, a laringe é o seu principal sítio, representando aproximadamente 1% dos tumores benignos deste órgão. Predomina no sexo masculino e na quinta década de vida. A disфонia é o principal sintoma e o diagnóstico histopatológico é o padrão ouro. Tem um comportamento benigno quando localizada, mas pode ter mau prognóstico nos casos sistêmicos.

**Considerações Finais:** O caso visa demonstrar a diversidade clínica da doença, bem como alertar para os diagnósticos diferenciais e seguimento. Salienta-se a necessidade de elevado grau de suspeição clínica pelo otorrinolaringologista, pois a doença apresenta evolução lenta e bom prognóstico na maioria dos casos.

## P 221 AMILOIDOSE SISTÊMICA COM MANIFESTAÇÃO LARÍNGEA

Ana Carolina Lopes Belem, Renato Oliveira Martins, Marcia dos Santos da Silva, Nina Raisa Miranda Brock, Augusto Benedito Oliveira Rodrigues, Bruna Raísa Jennings da Silveira Soares, Erich Ken Yoshida

*Hospital Universitário Getúlio Vargas - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil*

**Apresentação do Caso:** R.R.N.A., 51 anos, masculino, há quatro anos iniciou dispneia aos grandes esforços, associada à rouquidão progressiva. Negou tabagismo, perda ponderal, história de intubação orotraqueal. Após piora progressiva dos sintomas, procurou pneumologista em maio/2016, e iniciou tratamento para asma. Na ocasião, foi requisitada videofaringolaringoscopia. Neste exame, apresentou voz rouca e áspera e evidenciou-se lesão expansiva em região subglótica. Foi solicitada TC de pescoço e submetido à biópsia da lesão. Após revisão do anatomopatológico com coloração vermelho congo, obteve-se o diagnóstico de amiloidose. Procedeu-se investigação de amiloidose sistêmica com ecocardiograma, tomografia de tórax, VHS, fan, fator reumatoide, proteína de bence-jones, eletroforese de proteínas, PPD, BAAR no escarro, todos dentro da normalidade, exceto a biópsia de gordura periumbilical com resultado positivo para amiloidose. Foi submetido à ressecção parcial de lesão subglótica, com melhora importante da dispneia e disфонia. Realizando acompanhamento multidisciplinar desde então.

**Discussão:** A amiloidose é caracterizada pela deposição de amiloide, uma proteína fibrilar extracelular. Pode ser classificada em: primária (idiopática); secundária a uma infecção ou inflamação crônica; associada a mieloma múltiplo; familiar; ou associada a hemodiálise. A amiloidose laríngea contribui com menos de 1% de todas as neoplasias laríngeas benignas. Acomete indivíduos entre 40 e 60 anos, preferência pelo sexo masculino, tendo a rouquidão como sintoma mais comum. Neste caso, a doença é associada a forma sistêmica, porém sem manifestação em outro órgão ou associação com outras comorbidades ou história familiar, tendo a lesão laríngea como única manifestação.

**Considerações Finais:** A amiloidose localizada nas vias aerodigestivas superiores, apesar de rara, surge muitas vezes como um achado em um doente com sintomatologia inespecífica que procura o auxílio do otorrinolaringologista. O seu diagnóstico é histológico, e a exclusão de amiloidose sistêmica é imperativa dada a variabilidade prognóstica destas duas formas de manifestação da mesma doença.

## P 222 ANEURISMA AÓRTICO DIAGNOSTICADO A PARTIR DE UMA DISFONIA - RELATO DE CASO DE PARALISIA DE PREGA VOCAL ESQUERDA

Lilian de Carvalho Cid, Nahyane Lacerda dos Santos, Juliana Lopes Alfaia, Nina Raisa Miranda Brock, Ana Carolina Lopes Belem

*Hospital Geral do Exército de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 77 anos, hipertensa, apresentando disfonia progressiva há 4 meses e leve disfagia a líquidos, sem dispneia. Avaliação vocal: G2 R1 B2 A0 S0 I0, *pitch* agravado, *loudness* diminuído, tempo máximo fonatório diminuído. À laringoscopia, evidenciou-se paralisia de prega vocal esquerda em posição paramediana. A investigação diagnóstica prosseguiu com tomografia de crânio, pescoço e tórax com contraste. A tomografia de tórax mostrou volume cardíaco aumentado e aneurisma sacular de arco aórtico de 8,0x5,2 mm. A paciente foi encaminhada para avaliação do vascular, sendo submetida à angio TC de arco aórtico e vasos cervicais, com indicação de correção endovascular da lesão. Evoluiu no pós-operatório imediato com *endoleak* tipo IV, corrigido após reversão de heparina. Angio TC de controle mostrou prótese bem posicionada e sem vazamentos, porém a paciente apresentou hipertensão de difícil controle. Após um mês da alta, intercorreu com insuficiência renal aguda, sendo necessário hemodiálise. Durante investigação complementar, foi evidenciada estenose bilateral de artéria renal. Programada, então, correção endovascular posterior à estabilização do quadro clínico da paciente.

**Discussão:** A paralisia de prega vocal pode ter causa central ou periférica e ser uni ou bilateral. Anamnese, exame físico e laringoscópico detalhados são indispensáveis. Na ausência de achados estruturais na laringoscopia ou dados na anamnese que justifiquem o quadro, torna-se imprescindível avaliação do trajeto do nervo vago, na busca do topodiagnóstico. Tomografia de crânio, pescoço e tórax com contraste cumprem bem esse objetivo. O aneurisma aórtico é causa incomum de paralisia de prega vocal, descrito em 5% dos pacientes. Apesar de raro, deve ser lembrado pelo seu potencial de gravidade e eventos fatais.

**Considerações Finais:** A paralisia de prega vocal não deve ser diagnóstico definitivo e sim sinal de uma doença que requer investigação. A atuação multidisciplinar é essencial para condução desses casos.

## P 223 AVALIAÇÃO DE CASO DE EDEMA DE REINKE SOB NOVA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL, 2017

Eduardo de Araujo Silva, Rômulo Marx, João Victor de Andrade Águas, Filipe Pouzas Cardoso, Josy da Silva Rodrigues, Juliana Gonçalves Silveira, Leonardo Palma Kuhl

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, sexo feminino, 58 anos, apresentava queixa de rouquidão crônica há mais de 15 anos. Relatou piora progressiva desde o final de 2016, com desconforto importante, além hipoacusia bilateral há 15 anos, mais acentuada em orelha direita, sem outras queixas. Era tabagista e diagnosticada com doença do refluxo gastroesofágico, hipertensão arterial sistêmica e depressão maior. Realizava tratamento farmacológico para todas as suas comorbidades. Ao exame videolaringoscópico, apresentava base de língua, valécula, seios piriformes e epiglote sem alterações. Pregas vocais móveis evidenciando presença de edema de Reinke (ER), caracterizado como lesão polipoide expansiva ocupando de 25 a 50% da via aérea glótica - Grau 2- segundo nova classificação que gradua de 1 a 4 o ER de acordo com o percentual ocupado de via aérea glótica e característica morfológica da lesão. Optou-se pelo tratamento cirúrgico, seguido de sessões de fonoterapia, além do abandono do tabagismo.

**Discussão:** Edema de Reinke é um distúrbio da laringe na qual as pregas vocais edematosas bloqueiam parcial ou totalmente as vias aéreas. O fator etiopatogênico mais importante apontado pela maioria dos autores é o fumo, associado ao uso excessivo e abusivo da voz. Em 2017, foi publicada uma nova classificação do ER baseada em laringoscopia, com o intuito de tornar a metodologia validada e útil para prognóstico e tratamento, além de buscar possuir uma comunicação universal.

**Considerações Finais:** A nova classificação internacional de ER é praticável na clínica, auxiliando no prognóstico e abordagem terapêutica. Ademais, a utilização de tal classificação nos serviços de Otorrinolaringologia poderá facilitar a produção de futuros trabalhos de importância epidemiológica sobre esse distúrbio que, apesar de não raro, não tem literatura vasta a respeito.

## P 224 CARCINOMA SARCOMATOIDE DE LARINGE: DESAFIO TERAPÊUTICO

Fernando Liess Krebs Rodrigues, Flávia Rodrigues Ferreira, Roberto Campos Meirelles, Beatriz Figueiredo Brandão, Raquel Faria Vasconcellos, Shiro Tomita, Ana Helena Pereira Correia Carneiro

*Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 55 anos, caucasiano, hipertenso e obeso, procura atendimento especializado por disfonia progressiva há cerca de 1 ano, além de dispneia eventual. Relata tabagismo prévio, cessado há mais de 20 anos. À videolaringoscopia, evidenciada lesão pediculada, arredondada, móvel e com inserção em prega vocal esquerda, ocupando totalmente a região fonatória e projetando-se para área respiratória. Superfície da lesão de aspecto rugoso e friável, com coloração rósea e áreas leucoplásicas. Indicada ressecção da lesão por meio de microcirurgia de laringe, procedimento que se deu sem intercorrências e revelou o seguinte resultado anatomopatológico: carcinoma escamoso moderadamente diferenciado, associado a extenso componente de células fusiformes. Avaliação complementada com análise imunohistoquímica, que confirmou o diagnóstico: carcinoma escamoso fusocelular. Após o diagnóstico definitivo e avaliação subsequente, optou-se por complementação do tratamento com radioterapia adjuvante.

**Discussão:** O carcinoma escamoso fusocelular, também conhecido como carcinoma sarcomatoide, ou carcinossarcoma, ou ainda pseudossarcoma, é um tumor cuja gênese é explicada por um carcinoma escamoso que sofreu uma metaplasia mesenquimal, de modo que possui em seu estroma células com componente tanto carcinomatoso (células epiteliais) quanto sarcomatoso (células fusiformes). Sua característica imunohistoquímica é a expressão variável de citoqueratinas (marcadores de origem epitelial) e marcadores de natureza mesenquimal, como vimentina ou até mesmo actina. É tumor laríngeo raro, com maior incidência na região glótica e mais comum em homens na sexta década de vida, sendo que ainda não há consenso sobre o manejo mais adequado para tais casos.

**Considerações Finais:** O caso acima trata de um tumor de laringe com origem mista, bastante raro, porém mais agressivo do que a maioria dos tumores malignos de laringe. Após revisão na literatura foi escolhida modalidade radioterápica de complementação do tratamento após ressecção cirúrgica sem margens livres.

## P 225 CONDROMA DE CARTILAGEM CRICOIDE

Thairine Reis de Oliveira, Giliane Gianisella, Renato Roithmann, Gisiane Munaro, Bruno Marcacini, Vanessa Schmitz Reis, Otto Henrique Nienov

*Hospital Universitário da Ulbra, Canoas, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** I.P., feminino, 70 anos, consulta com queixa de disфонia, além de dispneia e ruído inspiratório. Nega alteração na deglutição ou perda de peso. Como história médica progressiva, havia realizado iodoterapia há 13 anos, para tratamento de tireoidopatia. Exame médico geral sem alterações. Na laringoscopia indireta, visualiza-se massa submucosa em região posterolateral da área subglótica à esquerda. Paciente encaminhada para a avaliação da cirurgia torácica. Na broncofibroscopia, observa-se ausência de lesões glóticas, com tumoração ocluindo cerca de 70% da região infra glótica. Realizada laringoscopia de suspensão com vistas à biópsia diagnóstica da lesão, cuja análise anatomopatológica revelou tratar-se de cartilagem madura com inflamação crônica da mucosa e ausência de neoplasia, característica de condroma. Realizada pela equipe de cirurgia torácica traqueoplastia cervicotorácica com ressecção endoluminal do tumor. Paciente apresenta adequada evolução pós-operatória.

**Discussão:** O condroma de laringe consiste em doença de caráter benigno, raro (1% dos tumores cartilagosos), mais frequente em idosos do sexo masculino e na cartilagem cricoide (75% dos casos). Disфонia e dispneia são frequentes nas lesões da cartilagem cricoide, que ocorrem como conseqüências da obstrução infraglótica com redução da luz laríngea. Neste caso, o diagnóstico realizado pela associação de exames laringoscópico e fibrobroncoscópico combinados com a biópsia permitiu tratamento adequado, que foi a remoção cirúrgica de parte da cartilagem cricoidea associada à traqueostomia temporária.

**Considerações Finais:** O tratamento indicado para condroma de cartilagem cricoide deve ser primariamente cirúrgico, porém particularizado para cada caso, no qual a extensão cirúrgica dependerá da localização e do tamanho do tumor.

## P 226 CORPO ESTRANHO ANIMADO (FORMIGA) EM VALÉCULA: RELATO DE CASO

Ananda de Carvalho Menezes Santos, Otavio Marambaia dos Santos, Lorena Carneiro Amado, Marcela Coelho Marques Valente, Camila Kalil Silva, Taiana Barbosa da Silveira, Luciana Santos França

*INOOA, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente R.C.R., sexo feminino, 56 anos, sem comorbidades, com relato de entrada de objeto animado em região oral, não identificado, enquanto estava conversando ao ar livre, o qual gerou desconforto em região da orofaringe. Refere que na tentativa de aliviar os sintomas ingeriu água e alimento sólido, porém não obteve sucesso. No momento da consulta referia desconforto durante deglutição, principalmente do lado direito da orofaringe. Negou outras queixas ORL. Ao exame físico, sem alterações. Foi realizado LD para avaliação do quadro, que evidenciou presença de uma formiga impactada em região da valécula à direita. Foi realizada remoção sem intercorrências e visualizada presença de edema local, sendo orientado uso de corticoide sistêmico por alguns dias.

**Discussão:** A presença de corpo estranho em cavidades otorrinolaringológicas é uma queixa comum nas consultas de urgência e emergência. Tem baixas taxas de complicações e pouca necessidade de anestesia geral para remoção, porém é necessário o seu devido reconhecimento, estudo e manejo. A demora do tratamento está associada à maior extensão e gravidade das lesões locais, com maior frequência de complicações.

**Considerações Finais:** Apesar de pouco frequente, as valéculas e seios piriformes também são locais que podem sediar diversos tipos de corpos estranhos, estando, na maioria das vezes, relacionados à alimentação. Apesar da remoção do CE ser comumente simples, o potencial para complicações durante o procedimento torna fundamental a atuação do médico especialista otorrinolaringologista.

## P 227 CRIPTOCOCOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO

Rubianne Ligório de Lima, Lorena Cristina Peres Rodrigues Gomes, Vinicius Ribas Fonseca, Rafaela Mabile Ferreira dos Santos Sobreiro, Mariele Lovato, Lisiane Cristine da Mota Cabral

*Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Sexo masculino, 74 anos, procura atendimento otorrinolaringológico por disфонia progressiva há 4 meses associado a cansaço ao falar. Nega queixas dispépticas e disfágicas. Ex-tabagista há 40 anos, de baixa carga tabágica por 10 anos. Sem alterações ao exame físico. À videolaringoscopia, apresentou: lesão nodular hiperemiada, levemente irregular, abaulando terço médio de prega vocal direita, sem causar reação contralateral, hiperemia de toda prega vocal direita e laringite crônica moderada. Foi submetido à laringoscopia de suspensão para biópsia de lesão em prega vocal direita. O anatomopatológico evidenciou: mucosite crônica granulomatosa fúngica compatível com *Cryptococcus*. O raio X de tórax descartou doença pulmonar e as sorologias foram negativas para HIV e imunossupressão. Realizou tratamento com fluconazol e encontra-se em acompanhamento clínico do quadro.

**Discussão:** Criptococose laríngea é uma condição rara. Causada pelo *Cryptococcus neoformans* e *Cryptococcus gattii*. O primeiro aflige frequentemente indivíduos imunossuprimidos, causando infecção pulmonar primária e disseminação para outros órgãos. Está associado a hábitos e excrementos aviários. Já o segundo afeta principalmente imunocompetentes e relaciona-se com espécies de eucaliptos. O comprometimento laríngeo pode ocorrer por disseminação hematogênica, linfática ou por implantação direta inalatória do organismo. Disфонia persistente, assim como no caso descrito, é o principal sintoma. As lesões laríngeas apresentam-se de diversas formas: edematosas, eritematosas, leucoplásicas ou císticas, podendo mimetizar carcinoma laríngeo. O diagnóstico é realizado por estudo histopatológico. O tratamento é realizado em conjunto com a infectologia. Doenças sistêmicas e imunossupressoras devem ser afastadas. A droga de escolha é fluconazol, com dose e duração dependendo da gravidade da doença.

**Considerações Finais:** Criptococose laríngea é uma condição rara, poucos casos foram descritos na literatura até o presente momento. Ressalta-se a importância desse diagnóstico diferencial em lesões laríngeas, pois pode apresentar-se sob diversas formas macroscópicas. É fundamental estudo histológico para diagnóstico e exclusão de neoplasias.

## P 228 DISFAGIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE PATOLOGIA OSTEOARTICULAR CERVICAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Clara Capucho, Ana Rita Lameiras, Pedro Escada

*Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal*

**Objetivos:** Relacionar a disfagia faríngea por obstrução mecânica com patologia osteoarticular da coluna cervical.

**Método:** Revisão e discussão de caso clínico de osteocondroma/hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH), cuja manifestação inicial foi disfagia progressiva.

**Resultados:** Doente do sexo masculino, 26 anos de idade, com queixas de disfagia progressiva, associada à regurgitação do conteúdo alimentar, sialorreia e sensação de aperto laríngeo. Não apresentava dispneia ou disfonia. A avaliação por laringoscopia mostrou estase salivar e abaulamento exuberante da parede posterior da faringe, com consequente redução do espaço supraglótico. As cordas vocais visualizavam-se apenas parcialmente, tendo aspecto e mobilidade aparentemente normais. A palpação cervical não revelou alterações. O estudo imagiológico por tomografia computadorizada (TC) cervical (coluna cervical e tecidos moles) mostrou volumosa formação óssea em topografia cervical, anterior a C4, em continuidade com o corpo vertebral e com extensão superior e inferior. Apresentava densidade globalmente homogênea, com preservação da estrutura óssea, diferenciando-se a medular e cortical ósseas.

**Discussão:** Pelas suas dimensões, a deformação óssea apresentava repercussão obstrutiva supraglótica e consequentemente associava-se à disfagia faríngea. Estabeleceram-se como possíveis diagnósticos a hipótese de osteocondroma, apesar de raramente descrito nesta topografia, e, dado o grupo etário, a hipótese de DISH, embora perante à clínica progressiva uma anomalia congênita seja menos provável.

**Conclusão:** Este caso clínico alerta-nos para a relação entre a patologia osteoarticular da coluna cervical, associada à compressão externa da faringe e do andar supraglótico da laringe, e o compromisso da fase faríngea da deglutição, que pode ter uma instalação progressiva e ser a manifestação inicial deste grupo de afecções.

## P 229 ESTENOSE LARINGOFARÍNGEA - RELATO DE CASO

Nathália Manhães Távora, Mariana Olívia da Costa, Cristiane Gonçalves da Silva, Adão Henrique Gomes Diniz, Marcos André de Sarvat, Nathane Zanineli Ré, Felipe Marques de Oliveira

*Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** P.R.O., masculino, 58 anos, etilista crônico, iniciou quadro de disfagia para sólidos e emagrecimento, após episódio de libação alcoólica com perda de consciência, em março/2016. Em setembro/2016, procurou atendimento, quando foram visualizados, à laringoscopia, estenose supraglótica entre epiglote e paredes laterais e posterior faríngeas, pequeno espaço faríngeo posterior e demais estruturas laríngeas dentro dos padrões de normalidade. Foi submetido à traqueostomia (TQT), gastrostomia (GGT) e faringoplastia. A histopatologia revelou área de fibrose, estruturas glandulares e tecido cartilaginoso. A TQT foi removida após 1 mês e a GGT após 2 meses do procedimento, período em que realizou fonoterapia para reabilitação alimentar por via oral. Após 8 meses da cirurgia, observou-se reestenose entre epiglote e paredes laterais, com satisfatório espaço faríngeo, e ganho de peso de 14 kg.

**Discussão:** Lesões traumáticas, infecciosas, tumorais e iatrogênicas estão entre as principais causas de estenose faringolaríngea adquirida. A incidência da ingestão de substâncias cáusticas pela população é imprecisa. Moore et al. estimam que anualmente 1 em cada 200.000 habitantes procura tratamento médico por ingestão de ácido ou alcali. São consideradas cáusticas as substâncias químicas que promovem a destruição dos tecidos. O tipo de lesão provocada no organismo depende da quantidade, concentração e tempo de contato com a mucosa. A epiglote é a estrutura mais comprometida da laringe, principalmente a borda livre. As áreas internas da laringe, principalmente as falsas cordas vocais e as cordas vocais, em geral não são afetadas. Os objetivos do tratamento da estenose laringotraqueal consistem no desenvolvimento de uma via aérea adequada, com preservação ou melhoria da qualidade vocal. Diferentes técnicas cirúrgicas e endoscópicas têm sido utilizadas no tratamento desta afecções.

**Considerações Finais:** As lesões faringolaríngeas não são homogêneas, são gradativamente mais intensas na transição rinofaringe-orofaringe, orofaringe-hipofaringe e hipofaringe. A esofagofaringoplastia nos parece mais indicada para corrigir estenose de faringe, embora reestenose possa ocorrer.

## P 230 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS ACHADOS SOBRE A SEMANA DA CAMPANHA DA VOZ DO ESTADO DO AMAZONAS

Súnia Ribeiro, Mariana de Landa Moraes Teixeira Grossi, Thayana Pessoa Takemura, Alvaro Siqueira da Silva, Viviane Saldanha Oliveira, Andreza Andreatta de Castro, Dayse Kelle Ribeiro, Josias Torres de Siqueira Filho

*Fundação Adriano Jorge, Manaus, AM, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na V Semana da Voz realizada na Fundação Hospital Adriano Jorge no ano de 2016.

**Método:** Trata-se de um estudo descrito retrospectivo dos prontuários dos pacientes submetidos a videolaringoscopias rígidas, tendo como variáveis investigadas: sexo, faixa etária, sintomas clínicos e achados dos exames videolaringoscópicos.

**Resultados:** Dos 218 pacientes estudados, 155 eram do sexo feminino e 63 do sexo masculino, sendo a média etária mais prevalente a de 51 a 60 anos de idade (25,2% dos casos). Dentre as queixas clínicas, as principais foram: rouquidão (82,6%), alterações da voz (70,6%), pigarro (69,3%), guturalgia (52,3%) e disfagia (41,7%). Hiperemia e edemas em região posterior de laringe foram encontrados em 85,3% dos examinados, seguidos de fendas glóticas (8,3%), cistos em prega vocal (3,7%), nódulos (2,7%), pólipos (2,3%), alteração estrutural mínima (2,3%), paralisia de prega vocal (1,8%) e edema de Reinke (1,4%).

**Discussão:** Conforme os achados de Araújo et al. (2009) e Alves et al. (2010), a amostragem deste estudo também demonstrou maior prevalência no sexo feminino. Wilkins et al. (2010) relatam que as indicações mais comuns para videolaringoscopia são rouquidão (51,3%), *globus* faríngeo (32,0%) e tosse crônica (17,1%). Neste estudo, dos 218 pacientes, 180 apresentavam como queixa principal a rouquidão (82,5%). Entre as lesões apresentadas, as mais frequentes foram hiperemia e edema em região posterior de laringe (85,3%) número superior àqueles encontrados por Forbes et al. (2007) e Melo et al. (2001), que relataram a presença desses sinais em 33% e 40% de suas amostras, respectivamente.

**Conclusão:** A análise do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na Semana da Voz de 2016 demonstrou maior prevalência de mulheres, pacientes na quinta década de vida, apresentando como principal sintoma clínico a disфонia tipo rouquidão e tendo como achado mais incidente a hiperemia e edema de laringe posterior.

## P 231 GRANULOMA LARÍNGEO RETROCRICOIDE PÓS-INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM PACIENTE USUÁRIA DE ANTICOAGULANTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Paulo André Carvalho de Sousa, Mauro Becker Martins Vieira, Marcos Alexandre de Almeida, Hannah Damasceno Barreto, Kenia Rabelo Santana de Faria, Sarah Maciel Augusta Morato, Maycon Sabino Souza e Silva

*Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente A.P.S., sexo feminino, 18 anos, submetida à transplante cardíaco com uso de anticoagulante no intra e perioperatório e intubação orotraqueal durante o procedimento e pós-operatório. Ao receber alta do CTI 60 dias após a cirurgia, passou a queixar-se de disфонia e desconforto orofaríngeo, sem dispneia ou disfagia. A fibronasolaringoscopia evidenciou assimetria laríngea e deslocamento anterior da aritenóide esquerda. Foi submetida à laringoscopia direta, que evidenciou lesão ulcerada em porção retrocricóide à esquerda. Durante acompanhamento ambulatorial, a laringoscopia demonstrou lesão granulomatosa retrocricóide esquerda.

**Discussão:** Granulomas laríngeos são raros. Dentre os fatores de risco, pode-se destacar a intubação orotraqueal. O uso de anticoagulantes no peri e intraoperatório vem sendo relacionado a maior chance de formação de granuloma. Kumai et al. observaram que metade dos granulomas laríngeos pós-intubação estavam relacionados à cirurgia cardiovascular, que requer uso de anticoagulantes. Cerca de 70-90% dos granulomas pós intubação têm sido relatados em pacientes do sexo feminino. Clinicamente, há disфонia, desconforto laríngeo, tosse, dispneia e disfagia. A paciente é do sexo feminino e foi submetida à cirurgia cardiovascular, em concordância com a literatura revisada, bem como a sintomatologia apresentada. A evolução da lesão, de ulcerada para granulomatosa, também é esperada. O tratamento conservador consiste no uso de inibidor de bomba de próton, corticoide e fonoterapia. A abordagem cirúrgica é possível, porém, com taxas de recorrência relevantes. A paciente encontra-se em uso do omeprazol, fonoterapia e em observação clínica, com melhora progressiva dos sintomas.

**Considerações Finais:** Apesar de raro, é de interesse do otorrinolaringologista atentar para a possibilidade de um granuloma laríngeo em pacientes com queixas faringolaríngeas após intubação orotraqueal, principalmente em caso de cirurgia cardiovascular e uso de anticoagulantes. A observação clínica parece ser o melhor manejo, mantendo acompanhamento frequente e levando em consideração a evolução dos sintomas e da lesão granulomatosa.

## P 232 HANSENÍASE CAUSANDO DISFONIA E DISFAGIA: RELATO DE CASO DESTA ENTIDADE POUCO PREVALENTE NO SUL DO BRASIL

Maiana Zanchetta Scherer, Andreza Mariane de Azeredo, Konrado Massing Deutsch, Larissa Petermann Jung, Olívia Egger de Souza, Gabriel Kuhl

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino 65 anos, procedente do interior do estado do Rio Grande do Sul, encaminhado ao ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por disfonia e disfagia, associadas à odinofagia e perda ponderal, há 7 meses, com piora progressiva. Afirmava anestesia de metade distal das pernas. Referia insuficiência cardíaca, ex-tabagismo e ex-etilismo há 20 anos. Ao exame físico, ponta e dorso nasal infiltrados e hiperemiados; infiltrado difuso em face, orelhas, dorso, membros superiores e metade inferior de ambas as pernas, associado à diminuição da sensibilidade; edema cervical difuso; máculas hipocrômicas não descamativas em abdome e dorso; esplenomegalia palpável abaixo do rebordo costal esquerdo. À oroscopia, exibia lesão hiperemiada, arredondada com bordos ativos e centro esbranquiçado plano, indolor ao toque em palato mole. Na rinoscopia com ótica de 0º: septo nasal infiltrado com lesão hiperemiada, lobulada, com obstrução nasal parcial. A telarinoscopia revelava epiglote com edema difuso bilobulada, aritenoides extremamente edemaciadas, impedindo visualização completa de seios piriformes, valécula e base de língua infiltrada; lesão ulcerada em ambas as pregas vocais. Apresentava sorologias (anti-HIV, HBsAg, anti-HCV, VDRL, FTA-Abs) não reagentes; CRAG e hemocultura negativa. Marcadores reumatológicos sem alterações (FAN, ANCA, VSG, fator reumatoide e proteína C reativa). Submetido à biópsia ambulatorial sob anestesia local. Enviado material de biópsia de palato mole e septo nasal para microbiologia e histopatologia. A análise histopatológica apontou micobacteriose atípica compatível com hanseníase. Paciente foi encaminhado ao centro de tratamento de hanseníase no RS. Paciente mantém acompanhamento em ambulatório da Otorrinolaringologia e Infectologia.

**Discussão:** A hanseníase é uma doença crônica, granulomatosa, proveniente de infecção pelo *Mycobacterium leprae*. Apresenta baixa prevalência no Rio Grande do Sul, fator que favorece o subdiagnóstico.

**Considerações Finais:** Portanto, ressaltamos por meio deste relato de caso, com apresentação atípica, a importância do diagnóstico precoce desta entidade clínica, com impacto na prevenção de incapacidades físicas.

## P 233 HEMANGIOMA DE LARINGE

Paulo Tinoco, Lucas Sieburger Zarro, Marina Bandoli de Oliveira Tinoco, Amanda Monteiro Pina Queiroz, Diogo Araujo Silveira, Gabriel Pereira Machry

*Universidade Iguçu - Campus V, Itaperuna, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.T.B., 55 anos, feminina, natural de Itaperuna-RJ, procurou o serviço de Otorrinolaringologia relatando rouquidão associada a episódios de sangramento oral há 5 meses, nega outras queixas. Oroscopia – sem alterações Videolaringoscopia – apresentando em região epiglótica tumoração de aspecto azulado, séssil. Paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para microcirurgia de laringe com ressecção de tumoração e posterior análise anatomopatológica da peça. Após a ressecção total, evoluiu satisfatoriamente no pós-cirúrgico. A Patologia do serviço ratificou o diagnóstico de hemangioma laríngeo.

**Discussão:** Acometem a região da cabeça e pescoço em 60% dos casos, sendo raro na laringe. São geralmente classificados em duas variedades: os da infância e os dos adultos. Os da infância são mais comuns, a razão entre sexos é de 3:1 em meninas. O hemangioma de laringe, em adulto, é mais comum no sexo masculino. Os sintomas, em geral, estão ausentes ou restritos a quadros leves como disfonia ou disfagia, podendo apresentar episódios de pequenas hemorragias intraorais.

**Considerações Finais:** O hemangioma de laringe em adultos é uma doença relativamente rara. O diagnóstico pode ser realizado pela endoscopia e/ou laringoscopia direta. Devido ao risco de sangramento, a biópsia geralmente não é indicada. O tratamento definitivo é cirúrgico.

**P 234 HEMANGIOMA DE LARINGE: PATOLOGIA VASCULAR BENIGNA**

André Jaeger de Belli, Caroline Grandini Costa, Ana Paula Pinzon, Júlia Yumi Fábrica Hassegawa, Luísa Gallas Eickhoff, Aline Silveira Martha, Viviane Feller Martha

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, nascida no dia 31/12/13, chegou à emergência do HSL no dia 16/02/14 apresentando dificuldade respiratória, estridor laríngeo inspiratório e expiratório e disfagia desde o dia 14/02/14. Ao exame físico, ela exibia áreas de coloração vinhosa em lábios e hemitórax e braço direitos. Manifestava, ainda, lesão ulcerada na região cervical posterior. Em avaliação laringoscópica, evidenciou-se lesão compatível com hemangioma submucoso em região glótica, atentando ao risco de hemorragia. Exames de RM de crânio, região cervical e tórax foram realizados para avaliação detalhada do hemangioma na laringe. Iniciou-se tratamento para dispneia e acompanhamento ambulatorial do hemangioma.

**Discussão:** Hemangioma é neoplasia vascular da derme, coloração vermelho-azulada ou vinhosa. Tem fases distintas: proliferação e involução, e é de natureza autolimitada. É o tumor benigno de tecidos moles mais comum da infância (12% das crianças), acometendo principalmente cabeça e pescoço. Ao exame físico, observa-se massa vinhosa hemorrágica ou não. O hemangioma capilar é mais prevalente em crianças e o cavernoso, tecido conjuntivo com infiltrado mononuclear, em adultos. Se acomete cordas vocais, causa disфонia.

**Considerações Finais:** A paciente apresentava lesão evidenciando hemangioma de laringe, com sintomas característicos: disfagia, disфонia, dispneia e estridor respiratório. Apesar de sua natureza benigna e autolimitada, alguns hemangiomas podem causar complicações - como ulceração (5 a 13%) ou desfiguração. Além disso, podem anunciar anomalias de desenvolvimento subjacentes no sistema nervoso central. O diagnóstico é clínico, com auxílio da laringoscopia, e baseado em exames de imagem - TC, RM e arteriografia-, demonstrando densidade semelhante ao parênquima cerebral, ossificada ou não. Na arteriografia observamos “*blush* vascular”. No caso relatado, tratou-se com corticoterapia. Entretanto, considera-se idade do paciente, tamanho, número e localização das lesões, estágio evolutivo e presença de sintomas associados. Tratamentos são corticoterapia, injeções esclerosantes de morruato ou salicilato de sódio a 20%, interferon-alfa, embolização, crioterapia, radiação ou exérese cirúrgica.

## P 235 HEMATOMA DE PREGAS VOCAIS EM PACIENTE EM USO DE AINE E ANTICOAGULANTE ORAL - RELATO DE CASO

Gustavo Meirelles dos Santos, Vanessa Akemi Minassaki, José Henrique Frizzo Burlamaqui, Ana Paula Ivata Mori, Renata Santos Bittencourt Silva, Daniela Akemi Tateno

*Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** P.B.A., 73 anos, masculino, procura PS de Otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo com disфонia de início súbito há 3 dias. Paciente com história de hipertensão pulmonar associada a tromboembolismo pulmonar crônico em uso de varfarina sódica 5 mg nas segunda e sextas feiras e 2,5 mg nos demais dias, relatou uso atual de nimesulida 100 mg durante 3 dias após episódio de lombalgia. Ao exame de nasofibrolaringoscopia, evidenciou-se hematoma de pregas vocais bilateralmente. Tratado com repouso vocal absoluto e hidratação oral. Melhora do aspecto do hematoma após 15 dias, acompanhado por 45 dias com resolução completa. INR de 4,88 com dose de varfarina reduzida para 5 mg as segundas feiras e 2,5 mg diário, com retorno do INR à faixa terapêutica.

**Discussão:** A varfarina sódica atua inibindo a síntese de fatores de coagulação dependente da vitamina K, incluindo fatores II, VII, IX e X, e as proteínas anticoagulantes C e S. Pacientes com idade superior a 60 anos parecem apresentar uma resposta de INR maior que o esperado. A complicação mais frequente da terapia anticoagulante oral é o sangramento, com uma incidência de 4,1 a 5,2% ao ano. Sangramentos envolvendo a laringe, apesar de já descritos em literatura, são raros. A probabilidade de ocorrência de sangramento aumenta com o uso em dose alta ou prolongada do AINE, administração concomitante de anticoagulantes, fonotrauma e trombólise.

**Considerações Finais:** O hematoma de pregas vocais deve ser pesquisado em pacientes anticoagulados que apresentem disфонia. O tratamento é conservador e não há necessidade de corticoterapia.

## P 236 HERPES-ZÓSTER COM APRESENTAÇÃO MUCOCUTÂNEA DISSEMINADA E PARALISIA DE PREGA VOCAL DIREITA: RELATO DE CASO

Bruno Alexandre Barbosa do Nascimento, Aline Emer Faim, Leonardo Biselli da Costa Monteiro, Rafael Calsoni Gomes, Rony da Silva Lederer, Natascia Lumi Adati, Camila de Giácomo Carneiro Barros

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Descrever caso de uma paciente de 51 anos, tabagista (1 maço/dia há 30 anos), dislipidêmica em uso de AAS 100 mg/dia e sinvastatina 20 mg/dia, que deu entrada em nosso serviço com queixa de tosse seca, odinofagia, disfagia, dispneia leve e rouquidão de 2 semanas de evolução, associado a surgimento de lesões vesico-bolhosas em região de dermatomo retroauricular direita. Após exame físico completo, nasofibrosopia e endoscopia digestiva alta, evidenciou-se lesões aftoides e ulceradas acometendo desde mucosa de orofaringe até laringe e esôfago distal, além disso apresentara também paralisia de prega vocal direita em posição paramediana. Paciente foi diagnosticada com herpes-zóster disseminado.

**Discussão:** O herpes-zóster é decorrente da reativação do vírus varicela-zóster, que encontra-se em estado de latência após a primo-infecção viral. Ocorre principalmente em indivíduos imunocomprometidos, tais como portadores de doenças crônicas, usuários de drogas imunossupressoras, portadores de neoplasias e AIDS. Apresenta quadro clínico pleomórfico, causando desde doença benigna até formas graves e disseminadas. O diagnóstico é clínico, podendo ser realizado em casos selecionados, a pesquisa citológica de Tzanck, por meio da qual pode-se notar, através de raspagem de lesão vesicular, as mudanças citopáticas em células infectadas pelo vírus. O objetivo da terapêutica antiviral é evitar a ocorrência de complicações agudas e crônicas.

**Considerações Finais:** Foi realizada investigação sorológica, hematológica e infecciosa na paciente, que descartou qualquer tipo de imunossupressão ou outras comorbidades que predispuessem a paciente a apresentar esta forma disseminada da doença. Tomografia de tórax e pescoço descartou doença pulmonar intersticial ou massa mediastinal comprimindo feixes nervosos. Paciente não permitiu realização de RNM encéfalo, referiu claustrofobia e agitação durante tentativa de exame. O tratamento instituído foi aciclovir 800 mg/dia, 5x ao dia durante 7 dias. Após os 7 dias de tratamento, as lesões regrediram satisfatoriamente, havendo também reversão completa da paralisia de prega vocal direita.

## P 237 IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA NAS ALTERAÇÕES DE MOBILIDADE LARÍNGEA

Gustavo Barreto da Cunha, Welber Chaves Mororó, Carolina Santos Bosaipo, Pablo Alves Auad Moreira, Renata Farias Souto, Grazzia Guglielmino, Noemi Grigoletto De Biase

*Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** D.L.A., sexo feminino, 73 anos, com queixa de disфония de início súbito há 1 ano, não relacionada a abuso vocal. Referia sintomas dispépticos, negava sintomas otológicos. Exame físico de vias aéreas superiores, cervical e otorrinolaringológico geral sem alterações. À laringoscopia, apresentava imobilidade de prega vocal direita, em posição paramediana, com fenda glótica à fonação. Após avaliação inicial, paciente evolui com melhora da qualidade vocal, sem necessidade de tratamento específico ou fonoterapia, em consulta subsequente em 2 meses, a laringoscopia evidenciou pregas vocais móveis, porém com redução de mobilidade de prega vocal direita. Tomografia computadorizada de pescoço mostrou aumento de calibre de veia jugular direita com captação heterogênea de contraste. Dessa forma, foi aventada a suspeita diagnóstica de paraganglioma como causa da imobilidade e posterior redução de mobilidade.

**Discussão:** Alterações da mobilidade laríngea podem ser resultantes de fixação de articulações laríngeas ou de alterações no nervo laríngeo recorrente em seu percurso do nervo vago até a musculatura laríngea. Em cerca de 50% dos pacientes, não encontramos a causa da alteração, sendo estes casos classificados como idiopáticos, tóxicos ou infecciosos, tendo a maioria (80%) uma evolução favorável, com resolução espontânea em até 6 meses. Na investigação diagnóstica devemos pesquisar alterações no nervo laríngeo recorrente em todo seu percurso, por meio de exame de imagem. Os paragangliomas são tumores neuroendócrinos raros que se originam de tecido derivado da crista neural. Apresentam crescimento lento, alta vascularização e são majoritariamente benignos. Na região de cabeça e pescoço são parassimpáticos e tipicamente não secretores, e se originam da bifurcação carotídea, bulbo jugular, cavidade timpânica ou nervo vago.

**Considerações Finais:** Apesar da maioria dos casos de imobilidade laríngea apresentar resolução espontânea em 6 meses e não apresentar uma etiologia definida, destacamos a importância da investigação diagnóstica por exame de imagem, mesmo em casos que apresentem melhora clínica na laringoscopia.

## P 239 LESÕES HIPERCRÔMICAS OBSERVADAS EM LARINGOSCOPIA DE PACIENTE TRATADA COM CLOROQUINA POR SUSPEITA DE VASCULITE P-ANCA POSITIVA

Gabriela de Andrade Meireles Bezerra, Viviane Carvalho da Silva, Monique Barros Brito da Conceição, André Alencar Araripe Nunes, Ulisses Meireles Figueiras Filho, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Sheila Márcia de Araújo Fontenele

*Hospital Universitário Walter Cantídio - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** G.M.S.R., sexo feminino, 19 anos, com queixas de disфонia progressiva e persistente iniciada após quadro de infecções de vias aéreas superiores, em abril de 2015, evoluindo com episódios de afonia. Em primeiro atendimento otorrinolaringológico, foi realizada laringoscopia, que evidenciou lesão de aspecto papilomatoso em face glótica de epiglote e pregas vocais bilaterais com extensão para subglote, promovendo fenda glótica irregular e coaptação incompleta, apesar de mobilidade preservada. Paciente foi submetida à biópsia excisional das lesões. Análise histopatológica de fragmentos de lesão retirada de borda ventricular de prega vocal esquerda evidenciou pólipo inflamatório. Paciente apresentava Fator Antinuclear (FAN) positivo, padrão nuclear pontilhado fino (1:160), além de positividade de anticorpo P-ANCA (1:20). Foi encaminhada para Reumatologia com investigação de provável vasculite P-ANCA positiva. Iniciou uso de prednisona e cloroquina. Nova laringoscopia, de dezembro de 2016, evidenciou duas lesões hiperocrômicas em bandas vestibulares à esquerda e uma à direita, além de lesão hiperocrômica em terço médio de prega vocal esquerda.

**Discussão:** As vasculites que se associam ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilo padrão perinuclear (P-ANCA) são desordens do tecido conjuntivo que se caracterizam histologicamente por vasculite necrotizante de vasos de pequeno calibre. Alterações laríngeas em pacientes com desordens reumatológicas têm sido descritas e podem se manifestar de diversas formas. Lesões de pregas vocais relacionadas a doenças autoimunes já foram relatadas, apesar de infrequentes. A cloroquina constitui uma droga amplamente usada para tratamento de doenças autoimunes. Sabe-se que tal droga pode se depositar na córnea, em epitélio e estroma subepitelial, além de poder gerar retinotoxicidade.

**Considerações Finais:** Manifestações laríngeas de doenças reumáticas são descritas, apesar de pouco frequentes na literatura. A associação das lesões hiperocrômicas constatadas na laringoscopia da paciente podem se relacionar com a presença de depósitos de cloroquina na região.

## P 240 LIPOSSARCOMA MIXOIDE SUPRAGLÓTICO

Prisciliano Thiago da Cruz Gomes, Maria Isabela Alves Ramos, Sophia Cerceau Pinto Coelho, Veruska Tavares Terra Martins, Valmir Tunala Junior

*Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente A. R. S., sexo masculino, 75 anos, encaminhado de outro serviço ao Hospital de Clínicas da UFU, já traqueostomizado há 3 meses, devido a quadro de insuficiência respiratória por compressão extrínseca traqueal e obstrução do adito laríngeo. Em tomografia, constatou-se lesão em hipofaringe com extensão para supraglote à direita. Realizada videonasolaringoscopia com visualização de lesão de aspecto cístico em face lingual de valécula direita com extensão para a prega glossoepiglótica direita que abaulava sobre o adito laríngeo. Realizada microcirurgia de laringe com laringoscopia direta e visualização de três lesões císticas. Paciente submetido à exérese completa de lesões em bloco único com cautério monopolar. Material enviado para estudo anatomopatológico foi sugestivo de lipossarcoma mixoide sem margens comprometidas.

**Discussão:** O lipossarcoma mixoide é um tumor lipogênico originado de tecidos moles profundos e raramente originado de lipomas benignos. Corresponde a aproximadamente metade lipossarcomas, com prognóstico de cinco anos de sobrevida maior que 88% após completa excisão e apresenta rara metastatização, que pode ocorrer para pulmões e fígado. Predomina por volta dos 50 anos de idade e é rara sua ocorrência na região da cabeça e pescoço. Manifesta-se com crescimento lento e indolor de uma massa em região cervical anterior, em geral com sintomas compressivos traqueais, como dispneia e respiração ruidosa, disfonia e disfagia ao diagnóstico.

**Considerações Finais:** Estudos de imagem por tomografia de lipossarcoma mixoide mostram massas homogêneas ou moderadamente heterogêneas após contraste. O grau de malignidade é diretamente proporcional à homogeneidade ou à captação de contraste. A terapia adjuvante com radioterapia e quimioterapia é reservada, na maioria dos casos, a casos de ressecções incompletas.

## P 241 MÉTODOS DE LARINGOSCOPIA DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIA DA VOZ: VANTAGENS E LIMITAÇÕES

Clara Capucho, Gustavo Almeida, Mariana Donato, Gabriela Pinto, Pedro Escada

*Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal*

**Objetivos:** A laringoscopia pode ser direta (LD) ou indireta (LI) consoante a utilização ou não de instrumento ótico. O objetivo da revisão é descrever as vantagens e limitações dos métodos de visualização da laringe.

**Método:** Revisão da literatura baseada em pesquisa PubMed. Seleção dos artigos que descrevem os Métodos: de LI e LD, comparação entre ambas. Parâmetros utilizados: 1) capacidade de visualizar o trato vocal nas posições fisiológicas; 2) qualidade e ampliação de imagem; 3) equipamento e experiência exigida para realizar o procedimento.

**Resultados:** A LI pode ser realizada com recurso a espelho laríngeo ou a endoscópios rígido ou flexível, podendo ser funcionalmente avaliada realizando estroboscopia. A LD trata-se da visualização direta por meio da introdução do laringoscópio na via aérea. Apresentam-se os resultados da comparação entre as técnicas.

**Discussão:** Entre os métodos de LI, a laringoscopia com espelho é o que melhor avalia cores, apresentando elevada nitidez, sendo mais rápida, barata e disponível. Contudo negligencia alterações sutis e não grava imagem. A LI rígida revela melhor custo-efetividade, permitindo excelente visualização da laringe e gravação. A tração das estruturas supraglóticas impede a avaliação durante a fonação. A fibroscopia transnasal é o método de LI que implica mais custos e experiência. Mas é o único que permite observar a nasofaringe, faringe e laringe nas posições fisiológicas, e avaliação dinâmica e funcional. É também a que menos estimula o reflexo nauseoso. A videostroboscopia possibilita uma avaliação do padrão vibratório, e da onda mucosa. A LD permite avaliação minuciosa das estruturas laríngeas, e manipulação bimanual. Por ser realizado sob anestesia geral, não permite avaliar mobilidade.

**Conclusão:** Nenhuma forma de visualização laríngea é, individualmente, adequada a todos os doentes. É fundamental o conhecimento dos diferentes métodos, para uma criteriosa seleção dos métodos na avaliação do doente.

## P 242 NEUROFIBROMA EPITELIOIDE EM CORDA VOCAL. RELATO DE CASO

Isabele Araújo Tavares, Luciana Brito Correa, Erica Cristina Campos e Santos, Rodrigo Betelli Alves, Natália Maria Couto Bem Mendonça, Washington Luiz de Cerqueira Almeida, Paulo Sérgio Lins Perazzo

*Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, sexo masculino, 59 anos, com queixa inicial de disфонia persistente, progressiva, com 1 ano de evolução. Realizou videolaringoscopia, na qual foi evidenciada lesão cística hemorrágica em prega vocal esquerda. Foi submetido à microcirurgia de laringe com descolamento e exérese da lesão; a avaliação histopatológica do material proveniente do procedimento cirúrgico teve como resultado neurofibroma epitelióide.

**Discussão:** Neurofibromas são tumores benignos formados por componentes neurais como células de Schwann e células perineurais. Sua etiologia ainda é desconhecida. O acometimento de laringe é extremamente raro, tendo uma prevalência de 0,1 a 1,5% de todos os tumores benignos dessa região. A maioria dessas lesões foi relatada na população pediátrica e clinicamente acomete mais mulheres.

**Considerações Finais:** Apesar da raridade do neurofibroma localizado em laringe, devemos tê-lo em mente como parte do diagnóstico diferencial de tumores da laringe. A remoção por microcirurgia de laringe é uma conduta adequada para o tratamento deste tipo de lesão.

## P 243 PAPILOMATOSE LARÍNGEA RECORRENTE EM IDADE PEDIÁTRICA - CASO CLÍNICO

Clara Capucho, Luís Castelhana, Nuno Verdasca, Martinha Chorão, Pedro Escada

*Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal*

**Objetivos:** Demonstrar a importância que o diagnóstico e tratamento da papilomatose respiratória recorrente assumem na idade pediátrica.

**Método:** Revisão e discussão do caso clínico de uma criança vinda de Cabo Verde e submetida à microlaringocirurgia em suspensão para o tratamento de papilomatose respiratória recorrente, apresentando imagens pré e pós-operatórias, bem como um vídeo intraoperatório.

**Resultados:** Criança do sexo feminino, 9 anos de idade, referenciada à consulta externa de Otorrinolaringologia por disfonia progressiva, dispnéia de esforço e roncopatia com dois anos de evolução. A laringoscopia rígida direta revelou a presença de uma massa vegetante a ocupar os dois terços anteriores de ambas as cordas vocais. A mãe desconhece infeção genital por vírus do papiloma humano (HPV) latente ou condiloma acuminado. Procedeu-se à exérese da lesão por microlaringoscopia de suspensão. No mesmo tempo operatório, por hipertrofia adenoideia, foi realizada adenoidectomia.

**Discussão:** A análise histológica confirmou a presença de papilomas malpighanos da laringe sem atipia citológica, com expressão positiva de p16 e com tipagem positiva para HPV 6. O tecido rinofaríngeo não revelou aspectos papilomatosos. Não se verificaram quaisquer complicações. Foi efetuada vacinação (Gardasil9®) para diminuir a possibilidade de recidiva. Procedeu-se à reabilitação vocal com sessões de terapia da fala, recuperando de “desvozeamento” a disfonia com percepção das palavras.

**Conclusão:** A papilomatose respiratória recorrente é a neoplasia laríngea benigna mais comum em crianças e a segunda causa mais frequente de disfonia na infância. A cirurgia é o tratamento de eleição, embora acabe por se revestir de um cariz paliativo já que a afecção é tipicamente recorrente. É importante que o tratamento passe por um equilíbrio entre a exérese da lesão, com o intuito de evitar a traqueostomia, e um mínimo de sequelas, preservando a lâmina própria das cordas vocais.

## P 244 PAPILOMATOSE RESPIRATÓRIA RECORRENTE COM DISSEMINAÇÃO PULMONAR - RELATO DE CASO

Marina Moraes Loepert, Priscila Silva Monteiro, Diogo Lacerda Pereira de Medeiros, Eduarda Costa Alves, Amanda de Almeida Souza, Mariana Meireles Teixeira, Pedro Ricardo Milet

*Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 29 anos, procurou atendimento por disфония e dispneia. Realizada a videolaringoscopia com evidência de lesões papilomatosas (LP) difusas em laringe. Já totalizou mais de 30 ressecções, a primeira com um ano de vida. Na penúltima abordagem, foi realizada broncoscopia que evidenciou lesões em via aérea (VA) inferior. Solicitada TC do tórax com evidência de massa de contornos irregulares no pulmão esquerdo. Submetida à ressecção incompleta de lesões com uso de laser diodo, devido à dificuldade de acesso. Segue em acompanhamento com ORL, CCP e pneumologia e investigação de transformação em neoplasia maligna.

**Discussão:** A papilomatose laríngea (PL) é neoplasia benigna da laringe, associada com a infecção pelo HPV, principalmente subtipos 6 e 11, caracteriza-se pela presença de lesões proliferativas exofíticas e recidivantes sobre a mucosa das vias aéreas. Em geral, é limitada à laringe, mas eventualmente se estende para a árvore traqueobrônquica e o parênquima pulmonar. Esta forma disseminada é chamada de papilomatose laringotraqueobrônquica (PLTB). Os achados clínicos iniciam-se com uma disфония progressiva que pode ser acompanhada de estridor e dispneia. O diagnóstico é feito por intermédio da broncoscopia com biópsia de lesões, mas pode ser sugerido pelos achados na TC. O tratamento tem como objetivo a manutenção de uma VA patente, melhora da voz, além da prevenir complicações. A terapia de escolha é a cirurgia, por meio de microcirurgia a frio, laser ou microdebridador. Entretanto, não previne quanto às recidivas; o que abre precedentes para as terapias adjuvantes.

**Considerações Finais:** A PLTB é rara, poucos casos em adultos. É usualmente limitada à laringe, podendo se tornar agressiva e resultar em envolvimento persistente e recorrente da nasofaringe, laringe e árvore traqueobrônquica. A disseminação para o parênquima pulmonar ocorre em menos de 1% dos casos. Pode ocorrer vários anos após o diagnóstico de papiloma de laringe.

## P 245 PARACOCCIDIOIDOMICOSE LARÍNGEA COM DISSEMINAÇÃO CEREBRAL: RELATO DE CASO

Tamires Ferreira Siqueira, Dândara Bernardo Siqueira, Camila Sá de Melo Campos, Lucas Spina, Carlos Segundo Paiva Soares, José Vicente Tagliarini, Cintia Vanette

*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** V.O., masculino, 55 anos, tabagista, queixa de tosse crônica, hemoptise e rouquidão há 4 meses, excluiu-se causas pulmonares. No exame otorrinolaringológico observou-se presença de leucoplasia em toda extensão de ambas as pregas vocais; uma lesão com aspecto exofítico no terço posterior da prega vocal direita e uma lesão granulomatosa em nasofaringe. A biópsia da lesão nasofaríngea foi realizada e resultou em infiltrado linfoplasmocítico inespecífico com triagem fúngica negativa e BAAR negativo. A laringoscopia direta foi indicada para elucidação diagnóstica. No entanto, o paciente apresentou sintomas de provável origem central (disartrofonía, desvio de rima labial, sonolência excessiva) e foi então encaminhado para avaliação neurológica. Foi visualizada uma massa cerebral no giro pré-central a esquerda. O resultado da biópsia cerebral foi positivo para a paracoccidiodomicose. Desse modo, realizou-se uma nova nasolaringoscopia na qual observaram-se lesões granulomatosas na face laríngea da epiglote e em toda extensão de ambas as pregas vocais, a biópsia de tais lesões também com resultados anatomopatológicos de paracoccidiodomicose.

**Discussão:** A paracoccidiodomicose é a micose sistêmica mais frequente da América Latina, causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. As lesões mais frequentes da forma crônica disseminada estão no pulmão e mucosa oral. A relevância do caso baseia-se na presença de uma lesão laríngea com diagnóstico diferencial de neoplasia maligna, e durante a evolução do caso foram identificadas lesões sincrônicas cerebrais, com diagnóstico de paracoccidiodomicose.

**Considerações Finais:** Deve-se atentar para o exame físico geral do paciente, não focando somente na avaliação otorrinolaringológica, além da necessidade de avaliação multidisciplinar, para realização do diagnóstico definitivo e tratamento.

**P 246 PARACOCCIDIOIDOMICOSE LARÍNGEA, RELATO DE CASO**

Ana Carolina Lopes Belem, Nina Raisa Miranda Brock, Lilian De Carvalho Cid

*Hospital Universitário Getúlio Vargas - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.M.O.V., feminino, 26 anos, Coari-AM, há 2 anos, iniciou odinofagia, dispneia, disфония, febre, tosse produtiva. Houve piora destes há cerca de 6 meses, evoluindo com perda ponderal (aproximadamente 10 quilos). Procurou serviço de Otorrinolaringologia, onde foi realizado laringoscopia que evidenciou lesão infiltrativa em epiglote, glote com edema, hiperemia e aspecto moriforme. Negou ferimentos em pele, sem lesões em cavidade. História patológica prévia de piebaldismo. Apresentou RX de tórax com infiltrado reticulonodular difuso, maior em ápices. Sorologia para histoplasma, HIV, hepatite B e C, HTLV, fator reumatoide, FAN, C-Anca, PPD, BAAR no escarro/cultura, EAS todos dentro da normalidade. Biópsia de mucosa laríngea evidenciou hiperqueratose, acantose com hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Na lâmina própria, observaram-se formações granulomatosas, constituídas por células epitelioides, linfócitos, células gigantes multinucleadas, a par dos plasmócitos. Colorações Wade e Grocott não evidenciaram parasitas. E devido ao quadro sintomático da paciente, iniciou-se tratamento empírico para paracoccidiodomicose, evoluindo com melhora dos sintomas. Aguarda imunohistoquímico para confirmar o diagnóstico. E esta realizando acompanhamento ambulatorial regular desde então.

**Discussão:** A paracoccidiodomicose é uma afecção sistêmica grave, causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*. Trata-se de um fungo dimórfico-térmico adquirido por inalação de conídios no ar. A disфония, dispneia, odinofagia/disfagia, perda ponderal, febre e tosse podem apresentar-se como os sintomas iniciais da doença. Homens, trabalhadores rurais, acima dos 40 anos, tabagistas são os mais acometidos. Comum nas regiões centro-oeste e sul do Brasil. Acomete principalmente os pulmões, mucosa das vias aéreas superiores, pele e adrenais. Verificou-se o comprometimento laríngeo em 42% dos casos. Paracoccidiodomicose em nossa região não é comum e a paciente esta fora dos padrões epidemiológicos, foi aventada a hipótese por exclusão. Em decorrência dos sintomas exuberantes, iniciou-se itraconazol.

**Considerações Finais:** Paracoccidiodomicose sempre deve ser pensada como hipótese diagnóstica de lesões laríngeas, apesar de haver uma maior prevalência de tuberculose e leishmaniose em nossa região.

## P 248 PARALISIA IDIOPÁTICA DE PREGA VOCAL COM RETORNO DA MOBILIDADE APÓS TIREOPLASTIA DO TIPO 1

Welber Chaves Mororó, Débora Neves Costa Joi, Grazzia Guglielmino, Pablo Alves Auad Moreira, Renata Farias Souto, Noemi Grigoletto De Biase

*Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.G.P., 52 anos, sexo feminino, com queixa de redução súbita da projeção vocal há um ano, de caráter progressivo, associada a cansaço vocal. Negava intubação orotraqueal ou trauma cervical. Apresentava voz de característica muito soprosa. Exame otorrinolaringológico geral e de pescoço sem alterações. A laringoscopia evidenciou imobilidade de prega vocal esquerda em posição intermediária/lateral, anteriorização de aritenóide e fenda glótica durante a fonação. Tomografia computadorizada de crânio, pescoço e tórax sem alterações. Diante disto, foi aventada a hipótese de paralisia idiopática de prega vocal esquerda e insuficiência glótica e proposta tireoplastia do tipo 1. Em dois meses foi submetida ao procedimento e apresentou melhora da projeção vocal, da qualidade da voz, sem queixa de fadiga vocal. Permaneceu em seguimento e, um ano após o procedimento, a laringoscopia evidenciou mobilidade de ambas as pregas vocais, discretamente diminuída à esquerda, com boa coaptação glótica.

**Discussão:** A tireoplastia do tipo 1 tem mostrado ser uma das melhores opções nos casos de paralisia definitiva para a medialização da prega vocal paralisada, principalmente nos casos em que a fenda glótica é grande e a qualidade vocal ruim. Os casos de paralisia idiopática geralmente recuperam a mobilidade em até 6 meses, com raros relatos após 8 ou 12 meses. A cirurgia foi indicada, considerando o tempo de evolução, qualidade vocal ruim e a posição desfavorável da prega vocal paralisada. De modo inesperado, houve recuperação da mobilidade após um ano da cirurgia, o que não é comum. No entanto, não houve necessidade de reabordagem para a retirada da prótese, pois esta não interferiu com a fonação e fisiologia laríngea e a paciente evoluiu sem queixas.

**Considerações Finais:** Apesar da volta de mobilidade da prega vocal paralisada, não houve necessidade de reintervenção após tireoplastia tipo 1, que se mostrou um procedimento seguro mesmo diante da recuperação da motricidade laríngea.

## P 249 PLASMOCITOMA LARÍNGEO

Natália Stela Sandes Ferreira, Maria Richelle Rufino Cecílio, Felipe Barbosa Madeira, Flávia Varela Capone, José Eduardo Esposito Almeida, Thais de Araújo Freitas Gomes, Jordana Cossetin Antonello

*Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 53 anos, internada para tratamento de mieloma múltiplo e com disfonia associada, avaliada pelo ambulatório de Otorrinolaringologia. Negava queixas de disfagia ou outros sintomas, videolaringoscopia evidenciou abaulamento em região subglótica posterior esquerda, sem comprometimento da mobilidade de pregas vocais. Indicada biópsia em centro cirúrgico, obtendo resultado histopatológico compatível com plasmocitoma laríngeo. Paciente evoluiu com melhora da voz no pós-operatório e segue em acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** A neoplasia de células plasmáticas representa um espectro de doenças que varia desde condições benignas, como a gamopatia monoclonal, até condições malignas, como o mieloma de células plasmáticas e a leucemia. O mieloma múltiplo é a neoplasia plasmática mais comum, caracterizada pelo acometimento da medula óssea em vários sítios. O plasmocitoma solitário é uma neoplasia plasmática localizada que pode ocorrer tanto na medula óssea ou em tecidos moles (extramedular); é uma variante rara do mieloma múltiplo, que, quando afeta tecidos de partes moles, a região de cabeça e pescoço é o sítio mais acometido. Esse tipo de plasmocitoma pode ser a primeira evidência de um mieloma generalizado ou uma lesão solitária independente, caracterizada pela produção monoclonal de imunoglobulinas.

**Considerações Finais:** A paciente em questão obteve diagnóstico de plasmocitoma laríngeo em decorrência de mieloma múltiplo IgG kappa. Realizou a primeira fase do tratamento (indução) com 5 ciclos de bortezomibe + ciclofosfamida + dexametasona (VCD) e encaminhada para segunda fase (consolidação) com transplante de medula óssea. O diagnóstico de plasmocitoma laríngeo é feito com microcirurgia de laringe para biópsia e o exame histopatológico revela depósito amiloide e proliferação de células plasmáticas monoclonais. Apesar da paciente citada já ter diagnóstico prévio de mieloma múltiplo, deve-se destacar a importância da investigação de doenças sistêmicas nos casos de amiloidose laríngea. O tratamento pode ser realizado com ressecção cirúrgica com margens amplas, preservando a função laríngea, e/ou radioterapia adjuvante.

## P 250 PREVALÊNCIA DAS QUEIXAS LARINGOLÓGICAS ENCONTRADAS DURANTE A CAMPANHA NACIONAL DA VOZ EM MACEIÓ

Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Cleide de Sousa Araújo, João Vitor Aguiar Monteiro, Maria Thereza Patury Galvão Castro, Katianne Wanderley Rocha, Therezita Maria Peixoto Patury Galvão Castro

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Objetivos:** Determinar a prevalência das queixas laringológicas na população estudada durante a campanha da voz em Maceió-AL.

**Método:** Trata-se de um estudo observacional transversal realizado com três grupos populacionais durante o mês de abril de 2017.

**Resultados:** Foram entrevistadas 114 pessoas em três locais diferentes da capital alagoana: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Shopping Maceió e Comunidade Denisson Menezes. Foram 42 homens (36,52%) e 72 mulheres (62,61%) entrevistados, e a média da idade foi de 44,57 anos. Na amostra, 5 (4,55%) entrevistados relataram ser tabagistas e 8 (6,96%) ex-tabagistas, 12 (10,43%) eram diabéticos, 29 (25,22%) eram hipertensos e 38 (33,33%) afirmaram ser portadores de transtornos de ansiedade e/ou depressão. Quanto às queixas, a prevalência dos sintomas, prévios e atuais, foi: disfonia (7,83%), rouquidão (30,43%), perda da voz (16,54%), cansaço vocal (17,39%), tosse (27,83%), dor na garganta (29,57%), sensação de “*globus*” na garganta (10,43%) e pigarro (6,09%). 34 (29,57%) dos indivíduos também relataram ter rinite alérgica, 17 (14,78%) rinossinusite e 4 (3,48%) referiram já terem sido submetidos à cirurgia otorrinolaringológica. Metade dos entrevistados relataram fazer uso da voz durante seu trabalho, e afirmaram estar expostos à poeira (41,74%), mofo e ácaros (13,91%). Apesar disso, apenas 47,83% de todos entrevistados relataram terem ido ao otorrinolaringologista alguma vez na vida.

**Discussão:** Em 16 de abril é comemorado o dia nacional da voz, e neste ano de 2017, a Liga alagoana de Otorrinolaringologia decidiu realizar ações de extensão na comunidade durante o mês de abril com o objetivo de promoção da saúde vocal e de conscientização da população sobre a importância da voz.

**Conclusão:** As Campanhas da Voz alcançam o seu objetivo de promover ações de saúde, conscientizar a população sobre os sinais e sintomas que favoreçam o diagnóstico precoce de doenças e fornecer estratégias para se manter uma voz saudável.

## P 251 QUEIMADURA DO TRATO AERODIGESTIVO SUPERIOR POR INGESTÃO ACIDENTAL DE ALIMENTO QUENTE; UM RELATO DE CASO.

Leonardo da Silva, Ivan Taylor Ribeiro, Priscila de Mello Papa, Melina Pinillos Marambaia

*Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 62 anos, gênero feminino, deu entrada no serviço de emergência queixando-se de que, após ingestão de um pedaço quente de carne, o alimento ficou “parado” na garganta. Referia que ao sentir o alimento extremamente quente na boca engoliu de forma reflexa e sem mastigar. Imediatamente após o ocorrido a paciente apresentou quadro de desconforto associado à sensação de corpo estranho na garganta, além de disfagia para qualquer tipo de alimento e até mesmo a saliva. Negava dificuldade respiratória ou mudança do padrão vocal. Foi encaminhada então para avaliação otorrinolaringológica, apresentando oroscopia sem alterações e submetida à nasofibrosopia. O exame evidenciou edema acentuado nas regiões aritenóidea e retrocricofaríngea. Não havia sinais de comprometimento de pregas vocais bem como de diminuição da luz glótica. A paciente foi tratada com corticoide oral (prednisona 40 mg dose única matinal por sete dias). Após uma semana do início do tratamento a paciente referia melhora dos sintomas. Na nasofibrosopia realizada 1 mês após o acidente não foi observada alteração na anatomia ou função da laringe e a paciente referia melhora completa.

**Discussão:** Embora sejam considerados acidentes raros, as queimaduras do trato aerodigestivo superior devem ser prontamente avaliados pelo otorrinolaringologista tendo em vista os riscos associados ao quadro. Tais quadros podem ser decorrentes da ingestão de produtos com temperaturas extremas (queimadura térmica) ou mesmo com pHs fora do limite de tolerância da mucosa (queimadura química), bem como da inalação de gases que emanam de explosões e incêndios. As queimaduras térmicas por ingestão, embora menos frequentes do que as cáusticas, também trazem grande potencial de risco, a depender da intensidade e local do dano.

**Considerações Finais:** A depender do agente causador da lesão térmica, o médico otorrinolaringologista deve estar preparado para identificar a extensão dos danos associados, tais como estenoses laringotraqueais e esofágicas, bem como aqueles associados à árvore brônquica e parênquima pulmonar.

## P 252 RELATO DE CASO: ESTENOSE LARÍNGEA PÓS-TRAUMA

Sabrina Trindade Fernandes, Luciana Mendes Oliveira, Danielle Cabral Ciafrone, Daniel Villela da Silva, Jeová Oliveira de Araújo, Priscila Castricini Mendonça Pimentel, André Bezerra de Pinho

*Hospital Central do Exército, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente 23 anos, masculino, branco, trauma laríngeo em acidente motociclístico. Traqueostomia de emergência sem possibilidade de decanulação no seguimento hospitalar. Ambulatorialmente, o exame de videolaringoscopia mostrou: estenose glótica e subglótica. Foi tentada laringoplastia microcirúrgica e dilatação com balão para decanulação, sem sucesso. Programada laringotraqueoplastia com colocação de *stent* de Montgomery e enxerto cartilaginoso condrocostal esquerdo. Apresentando-se, no seguimento, após a retirada do *stent*, sem dificuldades respiratórias, eufônico, e à videolaringoscopia pregas vocais móveis, ausência de sinequias ou estenoses ou granulomas.

**Discussão:** A lesão traumática da laringe é pouco comum. A prioridade inicial no atendimento de trauma laríngeo contuso é manter as vias aéreas superiores desobstruídas com traqueostomia de emergência. O diagnóstico tardio pode complicar com estenose local. A reparação cirúrgica deve ocorrer nas primeiras 24h pós trauma ou aguardar de 3 a 5 dias para regressão do edema. Após o 15º dia, não é aconselhável qualquer tentativa cirúrgica, pois a fibrose impede a reparação anatômica.

**Considerações Finais:** Este relato destaca a importância da correta abordagem do trauma laríngeo tanto nos primeiros socorros quanto nas abordagens subsequentes, evitando-se complicações como a estenose.

**P 253 RELATO DE CASO: HEMANGIOMA LARÍNGEO**

Henrique de Mello Barletta, Ana Paula Assunção Cecílio, Gabriel Matos, Guilherme Bonadia Bueno de Moraes, Beatriz Villano Krentz, Bruno Rezende Pinna, Grazzia Guglielmino

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.R.S.C., 29 anos, com queixa de disфония há 2 anos, com piora progressiva da voz neste período. Sem outras queixas dignas de nota. Como antecedentes, tabagista 10 anos/maço, sem outras comorbidades. Na laringoscopia indireta, visualizada lesão de aspecto polipoide basculante em prega vocal esquerda, rósea-avermelhada, não infiltrativa, sem lesão contralateral. Realizada laringoscopia de suspensão para exérese de lesão, com visualização de lesão granulomatosa ocupando toda luz glótica, sendo difícil a visualização das pregas vocais. A lesão tinha inserção em toda extensão de prega vocal esquerda. O anatomopatológico teve como resultado hemangioma de prega vocal. Paciente evoluiu bem, com melhora importante da qualidade vocal e nova laringoscopia, um mês após exérese, mostrando leve edema e hiperemia de pregas vocais, com boa coaptação de pregas à fonação. Optamos por não realizar investigação de outros hemangiomas, já que em adultos a incidência de outros hemangiomas sincrônicos é menor do que em crianças.

**Discussão:** Hemangioma é um tumor vascular benigno e comum, em que há acometimento da região da cabeça e pescoço em 60% dos casos, porém raramente acomete a região da laringe. No adulto, a região supraglótica é o local mais acometido e o paciente apresenta-se assintomático ou com quadros leves de disфония ou disfagia. Na grande parte dos casos, o diagnóstico ocorre por exame endoscópico, e o tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica.

**Considerações Finais:** Trata-se de uma afecção rara em adultos, sendo 85% dos casos vistos em crianças, geralmente durante o primeiro ano de vida.

## P 254 RELATO DE CASO: LARINGOCELE

Reinaldo Fernando Cóser Neto, Luciana Barros Augé, Jader Franci Carvalho Oliveira, Érica Batista Fontes, Marlon Luiz Maders, Luana Carolina Fontana, Juliano Vicente Rodrigues

*Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.P.F., feminina, tabagista e hipertensa, 60 anos, encaminhada ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) para avaliação do serviço de Otorrinolaringologia devido à disfonia e perda ponderal há 2 meses sem queixas de disfagia/odinofagia ou dispneia. À nasofibrolaringoscopia, foi visualizada lesão arredondada de superfície lisa e brilhante com origem aparente em prega ariepiglótica direita. Paciente foi orientada a cessar o tabagismo, solicitada TC de pescoço (imagem sugestiva de laringocele) e encaminhada para cirurgia, em que foi realizada ressecção endoscópica da lesão, com boa evolução pós-operatória.

**Discussão:** Laringoceles são dilatações ou herniações preenchidas de ar no sáculo do ventrículo laríngeo formadas, geralmente, por aumento da pressão intraglótica. Podem ser classificadas em internas, limitadas pela membrana tireo-hioidéia, e externas, avançam através da membrana tireo-hioidéia. Clinicamente, podem se manifestar como massas cervicais laterais ou superiores à cartilagem tireoidéia aumentando de tamanho à manobra de Valsalva. Tosse, estridor, dispneia, sensação de corpo estranho e disfagia podem ser relatados pelo paciente. O diagnóstico é eminentemente clínico e os exames de imagem auxiliam nos casos de dúvida. O principal diagnóstico diferencial deve ser feito com neoplasia da região supraglótica, sendo a investigação endoscópica mandatória nesses casos. O tratamento da laringocele é cirúrgico por via endoscópica, mais utilizada nos dias de hoje, ou por cervicotomia, para os casos de lesões de grande volume. Por fim, apesar de ser uma condição benigna, em raros casos a laringocele pode causar obstrução aguda da via aérea e morte por asfixia.

**Considerações Finais:** Embora tenha caráter benigno, a laringocele deve ser corretamente diagnosticada e tratada principalmente devido ao seu diagnóstico diferencial com neoplasia da região supraglótica e por afetar consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes.

## P 255 RELATO DE CASO: SÍNDROME DE ORTNER: DISFONIA E ANEURISMA DE AORTA

Daniela Akemi Tateno, Taciane Brinca Soares Saliture, George Caldas Dantas

*Santa Casa de São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** G.A.P., 79 anos, diabética e hipertensa, refere disfonia súbita há um ano sem fatores de melhora ou piora. Nega infecção de vias aéreas ou trauma vocal prévio. Nega dispnéia, pirose. Refere engasgos com todos os tipos de consistência no mesmo período. Apresentou acidente vascular cerebral há um ano, com hemiparesia direita. Ao exame físico, apresentava diminuição do reflexo nauseoso, com preservação de outras estruturas e nervos cranianos. A nasofibrolaringoscopia apresentava hipomobilidade de prega vocal sem outras alterações anatômicas. Radiografia de tórax evidenciou nódulo com limites imprecisos, projetando-se no VII arco costal anterior direito, medindo 1,1 cm. Tomografia computadorizada de tórax demonstrou aneurisma sacular parcialmente trombosado no aspecto anteroinferior do arco aórtico (topografia do ducto arterioso), medindo 3,6x3,5 cm, obliterando a janela arteriopulmonar e comprimindo o tronco pulmonar e a artéria pulmonar esquerda. A paciente foi encaminhada para avaliação cirúrgica, está em programação de tratamento endovascular.

**Discussão:** A síndrome de Ortner é caracterizada por uma alteração do trajeto do nervo laríngeo recorrente. Tais alterações variam desde causas neoplásicas, vasculares, iatrogênicas, inflamatórias ou infecciosas. A literatura aponta linfadenite e tecido cicatricial como alguns dos mecanismos originários da paralisia de prega vocal. Aqueles causam fixação do nervo e compressão deste pelo brônquio esquerdo, gerando hipertrofia ventricular direita, alteração da anatomia do ligamento arterial e da artéria pulmonar. O diagnóstico da síndrome de Ortner consiste na investigação de lesões no trajeto do nervo laríngeo recorrente por meio de exames de imagem como tomografia computadorizada de crânio, pescoço, tórax. O tratamento consiste no controle da doença de base.

**Considerações Finais:** Esse caso mostra um sintoma laríngeo, presente frequentemente nos atendimentos otorrinolaringológicos como sinal consequente a uma alteração vascular pouco usual. Dessa forma, é fundamental a investigação detalhada de pacientes com disfonia e paralisia de pregas vocais e suas possíveis alterações no trajeto dos nervos laríngeos envolvidos.

## P 256 REPERCUSSÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE MIASTENIA GRAVIS: RELATO DE CASO

Monik Souza Lins Queiroz, Ana Laura Carneiro Santos, Eliana Freitas Cardoso, Dario Hart Signorini, Alexandra Torres Cordeiro Lopes de Souza, Mauro Luiz da Costa Araújo Junior

*Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.C.S., feminino, 16 anos, evolui há um ano com disartria, disfagia e dispneia com piora progressiva. Há 6 meses evoluiu com diplopia e dificuldade para exercer atividades físicas. À endoscopia nasal, visualizou-se fechamento incompleto de véu palatino, com paresia de elevação bilateral. À videolaringoscopia, estase salivar em valécula e seios piriformes, fenda fonatória e aspiração de saliva. Solicitado parecer da Neurologia e identificados paresia facial periférica bilateral, redução da mímica facial e da força dos músculos orbiculares dos olhos. Sem déficits motores em membros, sensibilidade superficial e profunda e coordenação motora preservadas. Marcha, equilíbrio estático e dinâmico conservados. Realizada TC de tórax sem alterações tímicas. Eletro-neuromiografia dos 4 membros e face compatível com doença da junção neuromuscular (JNM). Diagnosticada miastenia gravis (MG) e iniciado tratamento com piridostigmina e prednisona, esta substituída posteriormente por deflazacort.

**Discussão:** A MG resulta da ligação de autoanticorpos aos componentes da JNM, principalmente o receptor de acetilcolina (AChR). A incidência varia de 0,3 a 2,8 por 100.000 pessoas. O início da MG pode ocorrer em qualquer idade, incomum antes da primeira década, correspondendo a 10% dos casos. O acometimento das mulheres representa 60-70% dos diagnósticos. Pode atingir um ou mais grupos musculares e as dificuldades com a fala e deglutição são sintomas iniciais em mais de 27% dos casos. O diagnóstico geralmente é clínico. O eletrodiagnóstico pode auxiliar na detecção e avaliação da MG, bem como a evidência de anticorpos contra os AChR no soro de alguns pacientes. Muitos tratamentos estão disponíveis, cuja aplicabilidade varia entre os indivíduos.

**Considerações Finais:** A MG é uma doença autoimune que se manifesta em adultos jovens ou em idosos, caracterizada por fraqueza dos músculos esqueléticos de uso repetitivo. O diagnóstico e início de tratamento precoces possibilitam melhora dos sinais e sintomas e até remissão total destes, prevenindo complicações e proporcionando melhor qualidade de vida.

## P 257 SARCOMA DE LARINGE: NEOPLASIA LARÍNGEA MESENQUIMAL RARA

Clara Mota Randal Pompeu, Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos, Érika Ferreira Gomes, Monique Barros Brito da Conceição, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Viviane Carvalho da Silva, André Alencar Araripe Nunes

*Hospital Universitário Walter Cantídio - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 35 anos, referindo disfonia intermitente e odinofagia, há dois anos, com piora há 6 meses. Nega tabagismo, etilismo e história familiar de câncer, relata doença do refluxo. Videolaringoscopia mostrou lesão vegetante, em terço anterior de prega vocal esquerda. Aproximadamente após dois meses, apresentou estridor inspiratório e expiratório, nova videolaringoscopia evidenciou lesão lisa, exofítica, proveniente do ventrículo de Morgani esquerdo e anterior, volumosa, ocluindo glote. Realizada traqueostomia, exérese de lesão, descrita como volumosa, endurecida, granulomatosa e vegetante, inserida em supraglote esquerda. Histopatológico mostrou neoplasia mesenquimal, com epitélio escamoso hiperplásico e ulceração, constituída por células fusiformes atípicas, padrão fasciculado, sugerindo neoplasia fusocelular (NF). Imunohistoquímica mostrou anticorpo actina músculo-específica, actina músculo liso e vimentina positivos, sugerindo NF de alto grau, provável leiomiossarcoma pouco diferenciado, não podendo ser excluído carcinoma sarcomatoide de laringe. Paciente encaminhado para radioterapia adjuvante.

**Discussão:** Sarcomas são neoplasias mesenquimais, com comportamento clínico variável e extensa diversidade histopatológica. Representam 1% das malignidades, 4-10% localizam-se na cabeça e pescoço, 1% na laringe. Tipo histológico mais comum é condrossarcoma. Sarcomas laríngeos apresentam predominância masculina, na 6ª e 7ª décadas. Geralmente, visualiza-se uma lesão submucosa de evolução incerta, com efeito de massa. Disfonia é sintoma inicial mais comum; podendo apresentar estridor e dispneia, disfagia é incomum, exceto se houver extensão hipofaríngea. Costumam ser lesões pedunculadas ou lobuladas, sem ulceração, nas pregas vocais, com raro acometimento contralateral.

**Considerações Finais:** Sarcomas laríngeos são raros e exigem diagnóstico precoce. Tratamento é inicialmente cirúrgico e depende do tipo histológico, estadiamento, localização, idade e comportamento. Metástases surgem em estágios avançados. Radioterapia é adjuvante, reduzindo recorrência em lesões de alto grau, margens cirúrgicas positivas, tumores maiores que 5 cm e recidivas. Quimioterapia não tem eficácia documentada. Prognóstico é melhor do que os de outros tumores de cabeça e pescoço, com taxa de sobrevivência de 50-76% em cinco anos.

## P 258 SARCOMA DE MÚSCULO LISO DA LARINGE - A PROPÓSITO DE UM CASO

Maria Clara Capucho, Rita Albuquerque Sousa, Lucilia Monteiro, Pedro Alberto Escada

*Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal*

**Apresentação do Caso:** Doente do sexo masculino com 55 anos de idade, enviado a consulta de Voz por disfonia há 3 meses. Na laringoscopia apresentava lesão pediculada no terço médio da corda vocal esquerda mantendo mobilidade laríngea. A tomografia computadorizada confirmou a lesão polipoide medindo 8 mm inserida na corda vocal esquerda moldando a mesma banda ventricular. Realizada microcirurgia endolaríngea com biópsia excisional da lesão, sendo o resultado anatomopatológico e imunohistoquímico de sarcoma de baixo grau de diferenciação em músculo liso compatível com leiomiossarcoma bem diferenciado ou sarcoma miofibroblástico de baixo grau.

**Discussão:** Os leiomiossarcomas/sarcomas miofibroblásticos são neoplasias malignas raras manifestando-se em apenas 3% dos casos na região da cabeça e pescoço. O local mais frequente de envolvimento é a glote. O sintoma mais frequente é a disfonia. Fatores de risco conhecidos são a imunossupressão e pós-tratamento de radioterapia. Devido ao número reduzido de casos, não há um tratamento padronizado. O tratamento por excisão cirúrgica seguido de radioterapia adjuvante é o tratamento que apresenta melhores resultados e a quimioterapia fica reservada para o tratamento paliativo.

**Considerações Finais:** Tumores malignos de músculo liso da região da cabeça e pescoço são raros, representando um desafio tanto no diagnóstico como no tratamento. No caso clínico apresentado o prognóstico do doente foi influenciado por apresentar um segundo tumor primário hepático compatível com carcinoma hepatocelular com metastização pulmonar. O doente foi encaminhado para consulta de Oncologia para tratamento paliativo. Após a cirurgia, houve uma melhoria da disfonia, não se observando recidiva local até à data.

## P 259 SEMANA DA VOZ COM PROFESSORES DA CIDADE DE MANAUS-AMAZONAS

Ana Carolina Lopes Belem, Nina Raisa Miranda Brock, Rozana de Oliveira Teixeira, Renato Oliveira Martins, Marcia dos Santos da Silva, Augusto Benedito Oliveira Rodrigues, Bruna Raísa Jennings da Silveira Soares, Stephanie Cella de Souza Franco

*Hospital Universitário Getúlio Vargas - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil*

**Objetivos:** Demonstrar a importância dos cuidados com a voz no uso diário e profissional na prevenção de agravos e para a reabilitação vocal.

**Método:** Como promoção ao evento mundial do dia da voz, foi realizada uma triagem relacionada às queixas laríngeas em 8 escolas selecionadas pela Secretaria de Educação do Estado Amazonas. O Simpósio 'De bem com a Voz' marcou o início das atividades da Semana da Voz. Todos os professores, com e sem queixas relacionados a voz, receberam orientações de cuidados otorrinolaringológicos/fonoterápicos. Aqueles que apresentavam queixa específica foram encaminhados para atendimento médico especializado, e submetido ao exame videolaringoscópico. Após avaliação, pacientes que tinham lesão orgânica/organofuncional ao exame receberam tratamento médico e fonoterápico.

**Resultados:** Do total de 300 professores abordados durante a triagem nas escolas da rede estadual, 120 apresentavam queixas vocais. Entretanto, compareceram 77 professores para a realização da videolaringoscopia. A faixa etária variou dos 27 aos 63 anos. O gênero feminino prevaleceu, correspondendo a 82% dos atendimentos. As queixas mais comuns apresentadas foram disфонia persistente, quebra sonora e queixas dispépticas. O diagnóstico mais prevalente foi laringite posterior, apresentado em 59% dos professores, seguido por nódulos vocais (15%). Apenas 2% apresentou Edema de Reinke, assim como 2% apresentou granuloma em pregas vocais. Lesões estruturais mínimas ficaram em torno de 7% e alterações inespecíficas por volta de 3%. 12% apresentou exame dentro dos padrões de normalidade.

**Discussão:** Há significativa prevalência de problemas vocais em categorias de profissionais da voz, especificamente sobre o professor, caracterizando as disfonias funcionais e organofuncionais, nas quais o mau uso da voz causa ou acentua distúrbios vocais.

**Conclusão:** A maioria dos professores examinados apresentaram distúrbios vocais. A falta de preparo e o uso incorreto da voz contribuem para comprometer o bem-estar vocal do professor e podem ameaçar o rendimento profissional, assim como a longevidade da carreira.

## P 260 TIREOIDE ECTÓPICA EM TOPOGRAFIA SUBGLÓTICA

Amanda Bueno de Araújo, Maria Cláudia Mota Pedroso, Norton Tasso Júnior, Agrício Nubiato Crespo

*Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 50 anos, sexo feminino, com quadro de dispneia aos grandes esforços de início há 4 anos e piora progressiva no período, não associada a outras queixas respiratórias. Em nasofibrosopia flexível foi visualizado abaulamento de característica nodular, róseo, em região subglótica à direita, com redução da luz. Realizada cintilografia para investigação diagnóstica, sendo observado nódulo hipervascularizado, em topografia subglótica, correspondendo provavelmente à tireoide ectópica. Evoluiu com piora da dispneia, associada a estridor em repouso, sendo necessária a realização de traqueostomia. Em um segundo momento, foi submetida a nova abordagem cirúrgica, por meio de cervicotomia horizontal, para ressecção da lesão. Laudo anatomopatológico confirma hipótese de tireoide ectópica.

**Discussão:** Os sítios de localização do tecido tireoidiano ectópico incluem base da língua, sendo esse o mais comum, submandibular, sublingual e pré-laríngeos. Raramente localizada em faringe, esôfago, traqueia, e demais sítios extracervicais. Grande parte do tecido tireoidiano ectópico é assintomático e não requer terapia específica, sendo a sintomatologia associada ao crescimento da glândula. São relatados sintomas como disfagia, disфония, dispneia ou sangramento. A excisão cirúrgica é o tratamento definitivo dos sintomas compressivos agudos ou sangramento.

**Considerações Finais:** Embora a tireoide ectópica constitua uma entidade clínica pouco frequente, deve ser considerada como diagnóstico diferencial de nodulações ou massas em cabeça e pescoço. Em geral, os pacientes são assintomáticos, podendo ser acompanhados clinicamente. Eventualmente, entretanto, como no caso descrito, podem cursar com aumento das lesões e obstrução de via aérea, requerendo uma abordagem mais precoce.

## P 261 TUBERCULOSE PULMONAR COM MANIFESTAÇÃO FARINGOLARÍNGEA - RELATO DE CASO

Rebeca Alevato Donadon, Matheus Alves Farah, Natália Barros de Melo, Nathalia Parrode Machado Barbosa, Bertha Catherine Corrêa Pereira, Juliano Molina Pellicano, Luciana Miwa Nita Watanabe

*Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 24 anos, trabalhador rural, tabagista, atendido no pronto-socorro da Otorrinolaringologia do HBDF em janeiro/2017 com queixa de odinofagia, disfagia, perda ponderal (12 Kg) há 7 meses, tosse, sudorese noturna e febre diária não aferida nos últimos 4 meses. Fez uso de diversos antibióticos e antifúngicos orais sem melhora. Ao exame, havia placas esbranquiçadas em lojas amigdalíneas, aspecto infiltrado de base de língua e epiglote. Foram solicitados exames laboratoriais, sorologias (HIV, citomegalovírus, hepatite e toxoplasmose negativos) e radiografia de tórax, que evidenciou infiltrado pulmonar bilateral difuso, sendo então encaminhado para Infectologia. No escarro, o teste gene xpert foi positivo para tuberculose. O diagnóstico de tuberculose miliar com manifestação faringolaríngea foi realizado e iniciado esquema RIPE, com melhora total dos sintomas.

**Discussão:** Tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, cuja transmissão na grande maioria dos casos ocorre pela inalação de aerossóis. No Brasil, aproximadamente 70 mil novos casos são notificados anualmente. Acomete principalmente os pulmões, porém outros sítios extrapulmonares podem ser agredidos: cavidade oral, laringe, linfonodos. Fluxo de ar contínuo e mucosa respiratória lisa dificultam o estabelecimento da micobactéria no trato respiratório, exceto em áreas de aprisionamento de ar como a laringe, fazendo com que este local seja acometido em 15% a 37% dos casos de tuberculose pulmonar. O diagnóstico baseia-se na presença de: tosse por mais de 3 semanas, febre vespertina, sudorese noturna, perda ponderal – todos presentes no paciente supracitado – associado à baciloscopia positiva no escarro e radiografia pulmonar sugestiva. No acometimento faringolaríngeo pode haver disфонia, odinofagia, disfagia, presença de manchas brancas na cavidade oral, edema, envolvimento granulomatoso da mucosa laríngea, entre outros.

**Considerações Finais:** Ainda é um grave problema de saúde pública relacionada com más condições de vida, habitação e responsável por grande número de mortes em adultos, devendo ser diagnosticada e tratada precocemente.

## P 262 TUMOR DE WARTHIN DA LARINGE: UM RELATO DE CASO RARO- HOSPITAL OTORRINOS FEIRA DE SANTANA - BA

Lorena Mascarenhas Veneza, Erica Cristina Campos e Santos, Natália Maria Couto Bem Mendonça, Rodrigo Betelli Alves, Raissa de Carvalho Borges, Washington Luiz Almeida, Paulo Sergio Lins Perazzo

*Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 64 anos, tabagista, do sexo feminino, admitida no Hospital Otorrinos – Feira de Santana-BA em agosto/2016 com queixa de disfonia há três meses. Negou disfagia, dispneia e perda ponderal. À videolaringoscopia, apresentou lesão de aspecto cístico com origem em banda ventricular direita, ocupando seus terços médio e anterior. Foi submetida à microcirurgia de laringe para remoção da lesão e enviado material para anatomopatológico, confirmando o diagnóstico de cistoadenoma oncocítico. Mantém acompanhamento no serviço, sem evidências de recorrência.

**Discussão:** O tumor de Warthin ou cistoadenoma oncocítico é um tumor benigno que acomete quase que exclusivamente a glândula parótida. Na literatura, poucos casos são descritos com acometimento laríngeo. Consistem em células epiteliais oncocíticas e folículos linfoides contendo estroma linfático com centros germinativos reativos. O diagnóstico exato requer exame histopatológico. Sua excisão com margem adequada é essencial para minimizar o risco de recorrência, sem comprometer a via aérea, a voz ou a deglutição.

**Considerações Finais:** O relato visa demonstrar um caso raro de tumor benigno de laringe, com enfoque no seu diagnóstico e tratamento, bem como discutir a importância do seguimento clínico no pós-operatório.

## P 263 TUMOR LARÍNGEO DE CÉLULAS GRANULARES: RELATO DE CASO

Gabriela Soraya Martini, Thaise Cesca, Ricardo Mauricio Favaretto, Rodrigo Dors Sakata, Mauricio Gusberti, Débora Caliani de Vincenzi, Paulo Antonio Monteiro Camargo

*Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** B.C.M., 8 anos, sexo masculino. Paciente com queixas de disфонia progressiva há 6 meses, com lesão de aspecto pético, esbranquiçada, ocupando terço médio anterior de prega vocal esquerda com peduculo subglótico e região anterior de pregas vocais ao exame de videolaringoscopia. Realizada microlaringoscopia de suspensão e biópsia laríngea com retirada parcial da lesão, primeiro anatomopatológico, tumor de células granulares. Realizada nova cirurgia para retirada completa da lesão e segundo anatomopatológico confirmatório.

**Discussão:** Tumor de células granulares (TCG) é um tipo de neoplasia laríngea de caráter benigno, podendo ser maligno, incomum, maior frequência no sexo masculino, na raça negra, entre a 4ª e 5ª décadas de vida. Possui lenta evolução, encontrado em outras regiões do corpo, mais comum na região da cabeça e pescoço, rara em região laríngea. Muito rara na população pediátrica, com apenas 20 casos descritos na literatura mundial, com origem inicial não descoberta. Quadro clínico de evolução lenta, principal queixa disфонia, podendo apresentar dispneia, estridor, disfagia. O exame inicial é a videolaringoscopia, com lesões de tamanho pequeno, sésil ou pediculada, não ulcerada, de coloração esbranquiçada, bem circunscrita, endurecida. Diagnóstico definitivo é histopatológico com granulações citoplasmáticas características e positividade para a imunoperoxidase S100 e para a enolase neurônio-específica. O tratamento do TCG laríngea é cirúrgico com retirada da lesão.

**Considerações Finais:** O TCG, apesar de raro, deve ser lembrado com um diagnóstico diferencial de lesões laríngeas.

## P 264 VARIANTE RARA DE TUMOR SUPRAGLÓTICO

Gabriela Massume Ichiba, Guilherme Paiva Gabriel, Norton Tasso Júnior, Graziela de Oliveira Semenzati, Agrício Nubiato Crespo

*Universidade Estadual de Campinas(UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 45 anos, com disfonia e disfagia há 6 meses. Em nasofibrosopia, apresentava lesão supraglótica extensa, invadindo glote. A biópsia inicial demonstrou carcinoma adenoide cístico, e a tomografia não apresentou metástases cervicais ou à distância. Foi submetido à ressecção com laser de CO<sub>2</sub> e cricotireoidostomia. O anatomopatológico evidenciou carcinoma escamoso basaloide, devido à queratinização, que afastou a hipótese inicial de adenoide cístico. Entre as margens avaliadas, duas vieram comprometidas. Paciente melhorou da disfagia dez dias após o procedimento, e foi decanulado no quinto dia pós-operatório. Foi submetido à nova cirurgia para ampliação de margens, com laser de CO<sub>2</sub>. O anatomopatológico de todas as margens avaliadas foi negativo. O paciente não apresentou disfagia ou dispneia e não necessitou traqueostomia.

**Discussão:** O carcinoma escamoso basaloide (CEB) corresponde a menos de 1% dos carcinomas de laringe. É um tumor agressivo, que se apresenta frequentemente na população idosa, predominantemente masculina (14:1). Clinicamente, é indistinguível do carcinoma epidermoide, entretanto, a diferenciação anatomopatológica é importante, devido à maior frequência de metástases regionais e à distância. A taxa de metástase em linfonodos cervicais é de até 64%, metástases à distância de 44%, e a sobrevivência de 17,5% em 5 anos. O tratamento preconizado é uma combinação de cirurgia e radioterapia, além de quimioterapia para casos metastáticos. No caso, optou-se por tratamento conservador com ressecção transoral com laser de CO<sub>2</sub> a fim de preservação funcional máxima – o que foi demonstrado pela ausência de disfagia ou necessidade de traqueostomia no pós-operatório.

**Considerações Finais:** O carcinoma escamoso tipo basaloide é uma neoplasia com comportamento e características histológicas específicas e, por seu caráter mais agressivo, é importante o diagnóstico e terapêutica precoces. Apresentamos um caso desta variante rara de tumor laríngeo, tratado com técnica cirúrgica inovadora e bons resultados pós operatórios, com preservação de órgão e função.

## P 265 ABSCESSO CEREBRAL COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE EXTERNA NECROTIZANTE: RELATO DE CASO

Debora Lilian Nascimento Lima, Isnara Mara Freitas Pimentel, Camila Gabriella da Silva Queiroz, Yuri Rodrigues Rocha, Andressa Rolim Freitas, Juliana Teixeira de Souza, João Deodato Diógenes Carvalho

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 64 anos, sexo masculino, previamente hígido, apresentou história de otalgia lancinante, otorreia purulenta e hiperemia do pavilhão auricular. Evolui subitamente com afasia, desequilíbrio e rebaixamento do sensório. TC de crânio visualizando coleção líquida com realce parietal pelo contraste medindo 3x3 cm, sugerindo abscesso cerebral; material com densidade de partes moles em mastoide direita, com sinais de erosão óssea na cortical externa, estendendo-se a fossa média; sinais de otite externa associada à osteomielite. Durante a internação, evidenciada em hemograma pancitopenia persistente e deficiência de vitamina B12, podendo estar relacionado à mielossupressão induzida pela ingestão de álcool – paciente grande etilista. Realizado tratamento com antibioticoterapia endovenosa e mastoidectomia para debridamento do processo infeccioso. Isolada *Pseudomonas aeruginosa* em cultura da peça cirúrgica. Paciente permaneceu em antibioticoterapia endovenosa, havendo melhora importante do quadro.

**Discussão:** A otite externa necrotizante é uma infecção potencialmente complicada, com altas taxas de mortalidade podendo chegar a 50% dos casos. Inicia-se como infecção do conduto auditivo externo e se estende a estruturas subjacentes, deflagrando osteíte temporal progressiva, paralisia de pares cranianos, abscesso cerebral, constituindo graves complicações. Possui maior incidência em pacientes diabéticos, idosos e imunossuprimidos. O germe causador é a *Pseudomonas aeruginosa* em 95% das vezes. O diagnóstico é estabelecido quando há associação de achados clínicos, laboratoriais e exames de imagem, sendo a cintilografia por tecnécio o exame mais sensível, porém pouco disponível na rede pública. O tratamento inclui controle glicêmico, antibioticoterapia antipseudomonas e cirurgia em casos selecionados.

**Considerações Finais:** O presente caso destaca a importância do diagnóstico precoce da doença e instituição terapêutica adequada pela alta morbimortalidade e grande incidência de complicações graves. Vale salientar que a maioria dos casos ocorre em pacientes diabéticos, no entanto outras formas de imunossupressão, nesse caso paciente idoso e grande etilista, também são fatores que predisõem à ocorrência dessa afecção.

## P 266 ABSCESSO DE BEZOLD - RELATO DE CASO

Danilo Minuceli Vilvert, Maurício Schreiner Miura, Guilherme Kasperbauer, Rodrigo Andre Soccol, Talita Lopes Silva, Mariele Bressan, Iazmim Samih Hamed Houdali

*Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Homem, 34 anos, 3 semanas apresenta abscesso cervical e otorreia esquerda. Otoscopia obstrução da luz por protrusão da parede posterior do meato acústico externo, região cervical esquerda, nível V, hiperemia, drenando secreção purulenta. História de otorreia e perda auditiva desde infância, abscessos cervicais de repetição há 4 anos. Internado e iniciado tratamento com cefepime e metronidazol. Tomografia evidenciando lesão expansiva comprometendo mastoide esquerda, erosão da cortical óssea da ponta da mastoide projetando para músculo esternocleidomastoideo. Região cervical lateral e posterior esquerda com pequena coleção. Submetido à timpanomastoidectomia e drenagem cervical. Ficou internado após procedimento 4 dias em antibióticoterapia endovenosa. Anatomopatológico evidenciou colesteatoma.

**Discussão:** Abscesso de Bezold, descrito em 1881 por Friedrich Bezold, é complicação da otite média (OM) decorrente da ruptura da cortical da ponta da mastoide com disseminação de pus para músculo esternocleidomastóideo, no caso descrito observamos essa disseminação na tomografia. Apresenta maior prevalência em adultos, principal etiologia OM crônica colestatomatosa. Introdução dos antibióticos, complicações da otomastoidites reduziram. Apesar de raro, pode ocorrer pelo atraso do diagnóstico, terapia antibiótica inadequada, aumento da resistência bacteriana e presença de colesteatoma. O paciente em questão parou seguimento da OM crônica durante 27 anos, procurando atendimento agora por complicação. Presença de coleção cervical e otite média ipsilateral sugere diagnóstico, podendo apresentar sintomas variáveis incluindo febre, otalgia, cervicalgia, torcicolo, paralisia do nervo facial e hipoacusia. Em suspeita de abscesso de Bezold, uma tomografia deve ser solicitada para confirmação, avaliação e planejamento cirúrgico. Microrganismos podem ser *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Proteus sp*, *Pseudomonas aeruginosa*, entre outros. Tratamento inclui cirurgia e antibióticoterapia de amplo espectro com cobertura para anaeróbio.

**Considerações Finais:** Abscesso de Bezold é uma complicação rara da OM, devemos estar atentos quando otite média associada a edema cervical. Tomografia confirma presença do abscesso, sendo essencial antibióticoterapia endovenosa e manejo cirúrgico evitando complicações como mediastinite e mortalidade.

## P 267 ABSCESSO EXTRADURAL POR OTITE MÉDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA: UM RELATO DE CASO

Clarice Naya Loures, Bárbara Ribeiro de Belmont Fonseca, Debora Neves Costa Joi de Almeida, Felipe Costa Neiva, José Ricardo Gurgel Testa

*Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal Paulista (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.L.L.M., 83 anos, feminina, procurou Pronto-Socorro de Otorrinolaringologia da UNIFESP relatando otorreia e otalgia à direita há 30 dias. Apresentou flutuação retroauricular, sem resposta à tetraciclina e cefalexina. Antecedentes de otorreia ipsilateral desde a infância, três abscessos subperiosteais e uma craniotomia por complicação otológica. Ao exame, paralisia facial periférica (PFP) à direita grau II (classificação de House-Brackmann), abaulamento retroauricular e da parede posterior de meato acústico externo, perfuração timpânica com debris epiteliais e otorreia fétida à direita, nistagmo semiespontâneo horizontal para esquerda, Weber para a esquerda. Tomografia de ossos temporais evidenciou lesão expansiva em mastoide direita com realce periférico pelo contraste, compressão de fossas posterior e média, coleção retroauricular em partes moles com volume estimado em 44,5 cm<sup>3</sup>. Ressonância magnética de orelhas internas demonstrou também gliose de lobo temporal direito. Procedeu-se internação hospitalar, antibioticoterapia endovenosa, drenagem de abscesso subperiosteal e extradural e mastoidectomia aberta à direita. Identificados deiscência do canal do nervo facial, erosão de labirinto posterior e tegme mastoideo, bulbo jugular exposto. Evoluiu com melhora clínica e radiológica, sem alteração da PFP, recebendo antibioticoterapia oral e seguimento ambulatorial. Anatomopatológico confirmou colesteatoma.

**Discussão:** O colesteatoma é uma lesão epitelial, localizada no osso temporal, capaz de erodir estruturas ósseas circunvizinhas. Pode ser suspeitado diante de otorreia fétida e perda auditiva progressiva. Suas complicações ainda são frequentes e, se intracranianas, implicam em maior risco de morte, sendo necessária drenagem precoce do conteúdo da orelha média, para melhora do prognóstico.

**Considerações Finais:** O colesteatoma pode ter comportamento localmente agressivo, com complicações, como surdez, disfunção vestibular, paralisia facial e abscesso intracraniano. Mesmo diante de um abscesso extradural extenso, a precisa suspeição diagnóstica e intervenção adequada podem promover um desfecho positivo.

## P 268 ADENOMA PLEOMÓRFICO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO

Bárbara de Melo Torres Alves, Vanessa Ribeiro Orlando Galli, Marcelo Mattos Garcia, Leonardo Petrone Castro, Cheng T-Ping, Adriana Torres da Silva, Sérgio Edriane Rezende

*Instituto de Orl de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 60 anos, queixava-se de hipoacusia e otalgia à direita há um ano, sem otorreia, sintomas vestibulares ou otorragia. Passado de otite média crônica e timpanoplastia bilateral há 20 anos. Otoscopia: lesão endurecida em conduto auditivo externo (CAE) à direita, indolor à palpação, fixa, com superfície lisa. Audiometria: hipoacusia condutiva direita. Ressonância magnética de encéfalo e tomografia de ouvidos: lesão nodular em CAE, margeando os limites do osso timpânico, com impregnação pelo contraste, sem restrição à difusão. O paciente foi operado por via retroauricular, com objetivo de remover completamente a lesão. O exame anatomopatológico foi compatível com adenoma pleomórfico. Está em acompanhamento há sete meses e não apresenta indícios de recorrência.

**Discussão:** O adenoma pleomórfico do CAE é um tumor misto cutâneo, benigno, das glândulas ceruminosas. Apresenta-se como um tumor de consistência firme, único, indolor e de crescimento lento, subcutâneo ou intradérmico. Pode haver queixa de hipoacusia, otite externa e otalgia. É raro, com poucos casos descritos na literatura. As glândulas ceruminosas podem originar tumores benignos e malignos, que devem ser diferenciados por meio do anatomopatológico. A tomografia de ouvido geralmente mostra material com densidade de partes moles, restrito ao CAE, sem erosão óssea adjacente. A ressonância magnética evidencia margens bem definidas, hipointensidade em T1 e hiperintensidade em T2. O tratamento de escolha é cirúrgico, com rara recorrência se ressecção for total.

**Considerações Finais:** Diante de hipoacusia condutiva e tumor em CAE, estão indicados exames de imagem, que auxiliam avaliar a extensão, a possibilidade de malignidade e o planejamento cirúrgico. É importante conhecer a afecção para que haja suspeição clínica em sequência, com abordagem e tratamento corretos.

## P 269 AMILOIDOSE LOCALIZADA EM RINOFARINGE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Cristiane Harumi Ikebe, Gabriela Ricci Lima Luz, Ektor Tsuneo Onishi, Fernanda Pires Gallardo, Fernanda Carneiro Corujeira de Britto, Giuliano Bongiovanni

*Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.I.S., feminino, 30 anos, previamente hígida, apresenta zumbido não pulsátil, em chiado, e hipoacusia à esquerda há 5 meses. Ao exame, membrana timpânica íntegra e opaca à esquerda e sem outras alterações. Audiometria e imitânciometria à esquerda mostraram perda auditiva condutiva leve, curva tipo B e ausência de reflexo estapediano. Nasofibrolaringoscopia evidenciou lesão submucosa, não ulcerada, limitada à parede lateral esquerda da rinofaringe, obstruindo o óstio da tuba auditiva ipsilateral. Tomografia computadorizada com contraste demonstrou abaulamento na parede lateral esquerda da rinofaringe e conteúdo de partes moles preenchendo cavidade timpânica e mastoide esquerdas, sem sinais de destruição óssea. Anatomopatológico evidenciou material amorfo e eosinofílico em hematoxilina-eosina, com resultado positivo para a coloração Vermelho do Congo e observou-se substância amorfa com birrefringência verde-maçã à microscopia com luz polarizada. Encaminhada ao reumatologista, sendo descartada amiloidose sistêmica. Para o tratamento da otite média serosa, foi proposta miringotomia para colocação de tubo de ventilação de longa duração, porém a paciente optou por seguimento clínico, já que os sintomas não comprometiam a qualidade de vida.

**Discussão:** A etiologia e patogênese permanecem desconhecidas. Forma localizada é rara e apresenta-se na rinofaringe em 3% dos casos que envolvem cabeça e pescoço. Manifestações clínicas são variadas e dependem da localização e tamanho da lesão. É benigna, de crescimento lento, porém pode ser localmente agressiva em poucos casos. Não há consenso sobre o tratamento, a cirurgia é opção, porém a excisão completa na rinofaringe pode prejudicar as funções fisiológicas. Assim, devido ao crescimento lento, o tratamento conservador com observação cuidadosa pode ser considerado. Não há relatos mostrando progressão de amiloidose localizada para a forma sistêmica.

**Considerações Finais:** Apesar de rara, a amiloidose em rinofaringe deve ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes que apresentem otite média serosa, epistaxe, rinorreia posterior ou obstrução nasal.

## P 270 ANÁLISE DOS LIMIARES AUDITIVOS DE PACIENTES COM OTOSCLEROSE APÓS ESTAPEDOTOMIA EM SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Gisiane Munaro, Roberto Dihl Angeli, Thairine Reis de Oliveira, Octavia Carvalho Castagno, Vanessa Schmitz Reis, Felipe Raasch de Bortoli, Rodrigo Basso Da Sois

*Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil*

**Objetivo:** Analisar e descrever os limiares auditivos de pacientes submetidos a estapedotomia enquanto tratamento da otosclerose, a fim de mensurar o ganho auditivo nestes pacientes.

**Método:** Estudo retrospectivo, com análise dos resultados audiológicos de pacientes operados entre janeiro de 2011 e dezembro de 2016 por meio de estapedotomia com prótese de Teflon, em serviço de residência médica em Otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Canoas-RS.

**Resultados:** Neste período, foram realizadas 18 estapedotomias em 16 pacientes com idades entre 24 e 64 anos, média de 50,7 anos. Três pacientes do sexo masculino e 13 feminino, sendo 15 pacientes com acometimento bilateral. Os pacientes com perda de seguimento, prontuário incompleto ou cirurgias revisionais, foram excluídos. Os pacientes foram diagnosticados com otosclerose pela combinação de anamnese, achados clínicos, acumetria, audiometria e tomografia computadorizada. Esta mostrou focos na região anterior da janela oval em 9 pacientes e rarefação óssea na espira basal da cóclea em 1. Não apresentou alterações em 6 pacientes e o diagnóstico foi confirmado transoperatório. As análises audiológicas demonstraram melhora dos limiares por via aérea em todas as frequências avaliadas (5KHz, 1KHz, 2KHz,4KHz), variando de 5 dB a 75 dB para os limiares da via aérea e de 5 dB a 45 dB na via óssea. Em 8 pacientes, houve piora nos limiares por via óssea, variando de 0 dB até 10 dB.

**Discussão:** Observou-se melhora importante tanto nos limiares de via aérea quanto via óssea dos pacientes avaliados. A piora nos limiares de via óssea de ate 10 dB em 8 pacientes remete à variabilidade nas respostas subjetivas da audiometria. Estes achados sofrerão tratamento estatístico posteriormente para verificar significância.

**Considerações Finais:** A análise dos limiares auditivos dos pacientes com otosclerose submetidos à estapedotomia neste serviço de residência médica demonstrou resultados satisfatórios na melhora dos limiares aéreos e ósseos, de acordo com a literatura.

## P 271 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE OTITES MÉDIAS ENTRE PACIENTES COM FISSURA LABIOPALATINA

Lucas Resende, José Fernando Polanski, Bruna Tramontina, Rita Tonocchi

*Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** Este estudo visa a correlacionar os diversos tipos de fissura labiopalatina e a ocorrência das diferentes formas de otite média.

**Método:** Estudo clínico transversal, retrospectivo, do tipo caso-controle, baseado na análise de 359 prontuários de indivíduos nascidos entre os anos de 2005 e 2008 e acompanhados num serviço terciário de atendimento ao paciente com fissura labiopalatina.

**Resultados:** 53% dos pacientes apresentou algum registro de problema otológico, sendo o tipo mais prevalente a otite média crônica com efusão (42% do total). Cinco pacientes (1,39%) apresentaram outro tipo de otite média crônica durante o período de observação. Pacientes com fissuras posteriores ao forame incisivo, do tipo transforame ou combinadas pré- e pós-forame apresentaram significativamente ( $p$ -valor < 0,05) mais problemas otológicos que aquelas com acometimento isolado pré-forame.

**Discussão:** O espectro de implicações às funções estomatognáticas nos pacientes com fissura labiopalatina é amplo e parece depender do subtipo de malformação encontrada. O mesmo parece ocorrer quando se avalia o acometimento otológico e, conseqüentemente, a função auditiva desses indivíduos. Pacientes com envolvimento de estruturas posteriores ao forame incisivo estão mais sujeitos às morbidades otológicas. Esse fato sustenta a hipótese de que a musculatura velofaríngea é fundamental para o correto funcionamento da tuba auditiva e conseqüentes mecanismos de ventilação e proteção da orelha média.

**Conclusão:** Problemas otológicos são frequentes em crianças com fissura labiopalatal. A presença de acometimento pós-forame está relacionada à maior prevalência de problemas otológicos e, por isso, deve ser considerada quando da abordagem diagnóstica e terapêutica desses pacientes.

## P 272 ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS TIMPANOPLASTIAS REALIZADAS NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR

Ane Trento Burigo, Yasser Jebahi, Rafael Martins Kayano

*Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** A timpanoplastia é o procedimento de escolha para reparar a perfuração da membrana timpânica. A cirurgia tem como objetivo a eliminação de anormalidades da orelha média, de tornar a orelha média seca e devidamente ventilada, e a melhora da audição. O objetivo deste estudo é avaliar a taxa de sucesso das cirurgias realizadas em nosso serviço.

**Método:** Estudo retrospectivo, transversal, dos resultados das timpanoplastias por meio da análise de prontuários, entre os anos de 2014 e 2017.

**Resultados:** Ao avaliar a otoscopia dos pacientes um ano após a cirurgia, observou-se que o enxerto ficou íntegro em 94% dos casos. O fechamento do *gap* aéreo-ósseo ocorreu em 89% dos casos, sendo 30% menores que 5dB e 59% menores que 10dB.

**Discussão:** O enxerto ficou íntegro em 94% dos casos, e 6% com perfuração residual. Nossa taxa de sucesso foi acima do estudo de certos estudos, mas similar a outros. Fechamento do *gap* aéreo-ósseo em 89% dos casos. Isso mostra que as timpanoplastias não são capazes de fechar o *gap* aéreo-ósseo completamente.

**Conclusão:** A timpanoplastia é um procedimento com taxa de sucesso alta, considerando tanto o fechamento da perfuração quanto a melhora do *gap* aéreo-ósseo.

## P 273 ANGIOMA CAVERNOSO EM CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO

Gabriella Soares de Souza, Nicole Martuscelli de Almeida, Maria Carmela Cundari Boccalini, Kamila Satomi Haida, Cibele Madsen Buba, Erica Tamires Gomes de Araújo, Carolina Mazzini Baby

*Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente sexo masculino, 69 anos, hipertenso, deu entrada no serviço de ORL de um hospital público de São Paulo referindo hipoacusia em ouvido direito há anos. Nega otalgia, otorreia e outras queixas. À otoscopia: abaulamento em teto de conduto auditivo externo (CAE) direito com obstrução de cerca de 70% do mesmo, massa compressível e visualização parcial da membrana timpânica em bom aspecto. Tomografia de ossos temporais: abaulamento em CAE à direita com ausência de comprometimento da membrana timpânica. Ressonância magnética de crânio sem alterações. Paciente foi submetido a procedimento cirúrgico de meatoplastia. Anatomopatológico sugestivo de angioma cavernoso. Imunohistoquímica evidenciando CD34 positivo, cromogranina negativo e KI-67 positivo em 1% das células endoteliais consistente com angioma cavernoso. Paciente apresentou boa evolução, com cicatrização do CAE e ausência de recidiva da lesão.

**Discussão:** Angioma cavernoso, tumor benigno de origem vascular, geralmente localiza-se na derme, ocorrendo mais frequentemente em crianças. Pode ser classificado em capilar, vasos organizados em estruturas tipo capilares, ou em cavernoso, caracterizado pela presença de grandes espaços vasculares. A tomografia pode auxiliar a delimitar, localizar e avaliar o grau de invasão da lesão. O tratamento é essencialmente cirúrgico, com mínima chance de complicação e bom prognóstico.

**Considerações Finais:** Tumores benignos em CAE são pouco frequentes, sendo importante determinar o diagnóstico etiológico, uma vez que o achado otoscópico não diferencia lesão benigna de maligna. A realização de biópsia é de suma importância para elucidar o diagnóstico. Dessa forma, na existência de massa compressível no CAE, a possibilidade de lesão vascular deve ser considerada, independentemente da coloração da pele.

## P 274 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DO SCHWANNOMA DO NERVO FACIAL

Ronny da Silva Lederer, Aline Emer Faim, Bruno Alexandre Barbosa do Nascimento, Rafael Calsoni Gomes, Natascia Lumi Adati, Mônica Sofia Padilha de Barros, Eduardo Tanaka Massuda

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 53 anos, com queixa de hipoacusia a direita há 2 anos, progressiva e associada a zumbido ipsilateral, não pulsátil e flutuante. Otoscopia à esquerda sem alterações e à direita havia massa rósea, não friável, não pulsátil, ocupando todo canal auditivo externo, não permitindo visualização da membrana timpânica (MT). Sem alterações da mímica facial, rinoscopia, oroscopia ou pescoço. Audiometria com perda mista severa à direita e limiares normais à esquerda. Tomografia de pescoço sem alterações, a de ouvidos com os seguintes achados: massa em conduto auditivo externo (CAE) direito protruindo para a orelha média (OM) e erosão ósseas de estruturas adjacentes, com discreto realce pós contraste, 2,6x1,8 cm, deiscência de porção mastoidea do nervo facial (N VII). Laudo da ressonância nuclear magnética de ouvido descrevendo neoplasia de natureza indeterminada: lesão expansiva lobulada ocupando CAE e OM à direita, circundando porção mastoidea do N VII, realce pós-contraste e reforço salteado no gânglio geniculado (GG) e segmento timpânico. Biópsia: neurinoma circunscrito solitário da pele. Intraoperatório: massa amolecida, lobulada, amarelada e em topografia de porção mastoidea do nervo, não sendo distinguível nervo nesta região e poupando porção timpânica. Perfuração de MT presença de debris em CAE. Biópsia de congelação: schwannoma. Anatomopatológico: schwannoma. Na recuperação anestésica havia paralisia facial periférica (PFP) grau 3 de House-Brackmann, evoluindo para grau 5 em 1 mês.

**Discussão:** O schwannoma do nervo facial (SNF) é incomum e representa menos de 1% dos tumores do osso temporal. Majoritariamente, acometem GG e segmento timpânico. Sua apresentação clínica usual são PFP e perda auditiva neurosensorial ou mista. Diagnósticos diferenciais são: colesteatoma, meningioma, meningocele, adenoma, *glomus*, hemangioma e tumores malignos.

**Considerações Finais:** O início do quadro sem PFP e seu achado cirúrgico são atípicos se confrontados com a literatura.

## P 275 APRESENTAÇÃO SIMULTÂNEA DE OTOSCLEROSE E DEISCÊNCIA DO CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR

André Serra Mota, João Paulo Lins Tenório, Mirella Kalyne Cavalcante Magalhães, Janine Silva Carvalho, Sâmella Cavalcanti Monteiro, Iara de Vasconcelos Gonçalves Ferreira, Ravena Barreto da Silva Cavalcante

*Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Mulher, 65 anos, comparece a consulta com queixas de zumbido bilateral e hipoacusia progressiva com piora há 5 anos. Otoscopia sem particularidades. Audiometria indicando disacusia condutiva assimétrica, leve à direita e moderada à esquerda, com reflexos estapedianos ausentes e curva tipo A bilateralmente. Tomografia computadorizada indicando focos de otoespongiose coclear e deiscência do canal semicircular superior bilateralmente. Optou-se pelo tratamento e seguimento clínico da paciente.

**Discussão:** A síndrome da deiscência do canal semicircular superior (SDCSS) consiste em uma doença rara, caracterizada principalmente por sintomas vestibulares induzidos por estímulos sonoros intensos ou por modificações na pressão intracraniana ou da orelha média, devido à deiscência da camada óssea que recobre o canal semicircular superior. As opções de tratamento devem ser consideradas com base no caráter e na gravidade dos sintomas do paciente. Nas situações em que a clínica é incapacitante o tratamento é cirúrgico. A otosclerose é uma osteodistrofia focal primária da cápsula ótica que acomete indivíduos geneticamente predispostos e promove o desarranjo metabólico da camada endocondral do osso labiríntico, caracterizando-se por reabsorção e neoformação óssea desordenadas, tendo como sintoma característico a perda auditiva progressiva. O tratamento é sintomático e pode ser realizado clinicamente com drogas inibidoras do metabolismo ósseo e/ou AASI; ou cirúrgico, por meio da estapedectomia ou estapedotomia.

**Considerações Finais:** Algumas afecções podem se apresentar como perda auditiva com membrana timpânica normal e devem ser lembradas no diagnóstico diferencial, devendo-se ter em mente a possibilidade de apresentação simultânea. Entre elas, destacam-se a otosclerose, outras osteodistrofias (doença de Paget, displasia fibrosa óssea e otossífilis), sequelas de processos crônicos da orelha média (provocando fixação e/ou erosão da cadeia ossicular), colesteatoma congênito, malformações da cadeia ossicular, síndrome da terceira janela labiríntica (deiscência do canal semicircular superior, aqueduto vestibular alargado).

## P 276 AVALIAÇÃO AUDITIVA APÓS 3 ANOS DA CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR

Eduardo de Sá Tschumi, Cláudio Márcio Yudi Ikino, Beatriz Luiza de Costa Remor

*Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a evolução das habilidades auditivas nos pacientes submetidos à cirurgia de implante coclear (IC).

**Método:** Estudamos pacientes adultos com perda auditiva bilateral que foram submetidos à cirurgia de IC unilateral de agosto de 2011 a novembro de 2013 com relação à idade, sexo, tempo e diagnóstico da perda auditiva, limiares audiométricos e porcentagem de discriminação de fala em conjunto fechado e aberto pré-implante e com 1 ano e 3 anos de cirurgia.

**Resultados:** Avaliamos 18 pacientes, com idade média de 45,0 anos, sendo 61,1% do sexo feminino e 38,9% masculino, com tempo médio de perda auditiva de 13,1 anos. Em 83,3% a perda era pós-lingual. Observou-se melhora estaticamente significativa após 1 ano de cirurgia, que se manteve após 3 anos nos limiares audiométricos e discriminação de fala. No pré-operatório e com 1 e 3 anos de pós-operatório as médias dos limiares auditivos foram de 95,76 dB, 27,22 dB e 24,51 dB, respectivamente, a discriminação de conjunto fechado foi de 10,00%, 88,89% e 95,56% e a de conjunto aberto foi de 1,11%, 66,11% e 81,06%.

**Discussão:** O principal objetivo do implante coclear é a aquisição de percepção da fala e reconhecimento de palavras. Observamos em nosso estudo uma melhora importante com relação aos limiares audiométricos e à discriminação de sentenças fechadas e abertas, suficiente para que os pacientes percebam e compreendam a fala humana e sons ambientes, favorecendo a comunicação, compatíveis com os encontrados na literatura.

**Conclusão:** Houve evolução significativa das habilidades auditivas no primeiro ano após a cirurgia de implante coclear, com redução dos limiares audiométricos e aumento na porcentagem de discriminação da fala, que se mantiveram após 3 anos de pós-operatório.

## P 277 AVALIAÇÃO DA COMBINAÇÃO DE PREDNISOLONA E PENTOXIFILINA NO TRATAMENTO DA SURDEZ SÚBITA

Marcela Coelho Marques Valente, Pablo Pinillos Marambaia, Hélder Macario, Otávio Marambaia dos Santos, Marina Barbosa Guimarães, Luciana Santos França, Taiana Barbosa da Silveira

*INOOA, Salvador, BA, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a efetividade do tratamento com prednisolona e pentoxifilina em pacientes com surdez súbita (SS) atendidos em um serviço de emergência otorrinolaringológica na cidade de Salvador-BA.

**Método:** 35 pacientes atendidos em uma emergência privada de Otorrinolaringologia em Salvador-BA, entre setembro de 2015 e março de 2017. Pacientes com queixa de perda auditiva, de instalação súbita ou com no máximo 72 horas foram submetidos a testes audiológicos imediatos e diagnosticados com SS (perda neurosensorial maior que 30 decibéis em pelo menos 3 frequências adjacentes). Solicitados exames complementares no momento do diagnóstico: laboratoriais e imagem (ressonância nuclear magnética de condutos auditivos internos e ângulo pontocerebelar) e terapêutica instituída (prednisolona 60 mg/dia, com redução gradativa após 4 dias e retirada ao final de 3 semanas, associada a pentoxifilina 400 mg de 12/12 horas, mantida durante 10 dias). Realizada nova audiometria após 15 dias da consulta inicial. Taxa de melhora (%) calculada como:  $\text{Limiar Inicial} - \text{Limiar Final} \times 100 / \text{Limiar Inicial} - \text{Limiar do ouvido contralateral}$ . Taxas de melhora com percentual acima de 90% foram definidas como recuperação total. Falha terapêutica foi definida quando a taxa de melhora foi inferior a 20%.

**Resultados:** 75% homens; média de idade entre 17 e 68 anos. 40 pacientes com exames laboratoriais sem alterações significativas; 1 paciente com exame de imagem alterado. Tratamento instituído entre 1 e 10 dias de instalação da perda. 71,4% apresentaram recuperação total após tratamento.

**Discussão:** O percentual de melhora espontânea varia, conforme a literatura, entre 45% a 65% e os tratamentos disponíveis apresentam resultados semelhantes. Taxas de recuperação acima de 90% foram consideradas como melhora auditiva completa. O índice de melhora observado foi de 71,4%, semelhante ao descrito na literatura.

**Conclusão:** Foi observada boa evolução, com melhora em 71,4% dos casos, sendo a associação de pentoxifilina e prednisolona uma boa alternativa para tratamento de SS.

## P 278 CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE OSSO TEMPORAL EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE OTITE MÉDIA CRÔNICA: RELATO DE DOIS CASOS

Debora Lilian Nascimento Lima, Yuri Rodrigues Rocha, Isnara Mara Freitas Pimentel, Camila Gabriella da Silva Queiroz, José Gumerindo Vasconcelos Rolim, Fernando Porto Carreiro Filho, Cesar de Araujo Carneiro

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** O presente trabalho relata dois casos, o primeiro de paciente do sexo feminino, 74 anos, com história de otorreia purulenta à direita há 7 meses, hipoacusia, fístula em região retroauricular ipsilateral e rigidez cervical. TC de mastoide e RNM de crânio evidenciando lesão expansiva envolvendo ouvido médio à direita, se estendendo para mastoide, assoalho da fossa média, C2 e C3 mesmo lado. Realizada biópsia, anatomopatológico evidenciando colesteatoma. Devido a aspecto destrutivo da lesão, realizada congelação em novo procedimento cirúrgico, sugerindo carcinoma de células escamosas bem diferenciado. Paciente encaminhada para radioterapia. O segundo trata de um paciente do sexo masculino, 61 anos, com história prévia de colesteatomatoma bilateral, realizou mastoidectomia a direita há 30 anos. Evolui com otorreia purulenta a direita há 3 meses e paralisia facial ipsilateral. TC e RNM evidenciando ampla cavidade à direita, erosão das estruturas ósseas que limitam a fossa jugular, seio sigmoide e tégmen timpânico, notando-se comunicação com fossa média. Laudo anatomopatológico evidenciando carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado. Encaminhado para radioterapia.

**Discussão:** O carcinoma de células escamosas de osso temporal é uma neoplasia maligna incomum e agressiva, com mau prognóstico em casos avançados. Acomete indivíduos entre a quinta e a sétima década de vida, predominantemente mulheres. A otite média crônica e o colesteatoma são comuns em pacientes com carcinomas de osso temporal, e têm sido implicados como fatores etiológicos. O diagnóstico é realizado por meio de biópsia da lesão, sendo importantes os exames de imagem para estadiamento. O tratamento cirúrgico é a escolha, embora não exista técnica padronizada. Radioterapia isolada é indicada para casos irressuscáveis.

**Considerações Finais:** As neoplasias malignas do osso temporal constituem um desafio para o otorrinolaringologista, visto que há um número limitado de casos, escassez de fatores prognósticos e tratamentos cirúrgicos não padronizados, necessitando de mais estudos dessa afecção.

## P 279 CARCINOMA MIOEPITELIAL EM CONDUTO AUDITIVO EXTERNO

Eduardo Andrade Vasconcelos, Sheilane de Oliveira Moura, Luiz de Castro Bastos Filho, Barbara Barros Leal, Flávio Carvalho Santos, Vitor Yamashiro Rocha Soares

*UNINOVAFAPI, Teresina, PI, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 43 anos, com quadro de otalgia e hipoacusia e lesão vegetante, exteriorizando-se pelo CAE esquerdo há 10 meses. Nega tabagismo e etilismo. Os estudos histopatológico e imunohistoquímico revelaram neoplasia maligna fusocelular vascularizada de baixo grau com áreas focais de necrose coagulação, compatível com carcinoma mioepitelial. Exames de imagens de mastoide detectaram massa hipodensa heterogênea sólida envolvendo a orelha externa esquerda com obliteração do CAE, erosão óssea adjacente e perda da definição da membrana timpânica, sem sinais de comprometimento do ouvido médio, mas com infiltração de parótida e côndilo mandibular. Audiometria revelou com perda condutiva de grau moderado em orelha esquerda. Optou-se pela ressecção tumoral por meio de temporalectomia parcial, parotidectomia parcial e acesso à fossa infratemporal tipo II de Fisch. Paciente apresentou crescimento do tumor residual após o 30º dia após a cirurgia. Tendo em vista esse padrão, não usual, de crescimento rápido e progressivo, a conduta cirúrgica estabelecida foi a remoção parcial do tumor e realização de radioterapia e quimioterapia adjuvantes. Após a cirurgia, paciente foi tratado por 7 semanas com quimioterapia, e 40 sessões de radioterapia, tendo sido a lesão, ainda volumosa, refratária ao tratamento.

**Discussão:** O carcinoma mioepitelial (CME) é uma neoplasia epitelial glandular rara da glândula salivar com incidência menor que 1% de todos os tumores das glândulas salivares. Geralmente, ocorre na glândula parótida, podendo afetar também seio maxilar, cavidade nasal, traqueia, laringe e glândula lacrimal. O proveniente do canal auditivo externo (CAE) é muito raro, tendo poucos casos relatados até o momento.

**Considerações Finais:** O carcinoma mioepitelial de CAE é raro, não existindo consenso sobre qual seria o tratamento ideal. Contudo, o tratamento de escolha é uma ressecção completa da lesão. Apresenta recorrência local comum, encontrada em até 35% dos casos. Diminui-se, assim, a escassez desse assunto na literatura científica ao relatá-lo.

**P 280 CASE REPORT: PYOGENIC GRANULOMA OF THE TYMPANUM.**

Lígia Arantes Neves de Abreu, Fabíola Donato Lucas, Rayanne Pereira Chalub, Ana Luiza Costa Lage, Marina Colares Moreira

*Núcleo de Otorrino BH, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Case Presentation:** Patient J.M.N.P., male, 66 years. Was admitted to the emergency room (ER) - January / 2017 - complaining of otorrhea and ear fullness in the left ear. He denied other associated symptoms and comorbidities. Physical examination: presence of hyphae, hyperemia and edema in the external acoustic meatus, without alteration in the tympanic membrane (TM). Diagnosed as external otitis and prescribed topical medication. Patient returned in three medical appointments, maintaining complaint of aural fullness and otorrhea. Diagnosis maintained, although evaluated by different doctors of the service, only modifying therapies. In February, opaque TM was observed and, after one month, otoscopy presented a polypoid aspect lesion in the atical region, which was cauterized with 30% silver nitrate using an optical microscope. Prescription: oral quinolone, corticoid and topical antifungal. Patient returns asymptomatic. Computed tomography was requested for evaluation of the middle ear, being discarded. Diagnostic hypothesis: pyogenic granuloma of the tympanum.

**Discussion:** Pyogenic granuloma is a skin lesion commonly found in medical practice, of a benign nature and unknown etiology (the literature suggests traumatic, infectious and hormonal agents). It presents as single or multiple nodule, sessile or polypoid and may involve an intravenous or subcutaneous region. It usually affects children and young adults, higher prevalence in females, due to hormonal factors.

**Final considerations:** Piogenic granuloma is a differential diagnosis in cases of external otitis resistant to conventional treatment. Clinical suspicion depends on prior knowledge and implies medical conduct.

**P 281 CERUMINOMA**

Fernanda Negrão Braga, Felipe Leite Feitosa, Luiz de Castro Bastos Filho, Flávio Carvalho Santos, Vitor Yamashiro Rocha Soares

*Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina, PI, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, sexo masculino, 76 anos, com lesão oclusiva de conduto auditivo externo (CAE) direito acompanhada de perda auditiva. Ressonância magnética (RMN) das mastoides revelaram tecido polipoide no interior do meato acústico externo direito, promovendo obliteração do mesmo, com maior componente na sua parte cartilaginosa com extensão laterolateral estimada de 2,5 cm, sem aparente comprometimento do ouvido médio. Decidiu-se pela abordagem cirúrgica com ressecção completa da lesão. No intraoperatório observou-se lesão tumoral mista com componente císticos, líquido amarelo-citrino, e sólido de consistência fibroelástica. Lesão estava restrita ao CAE sem acometimento de membrana timpânica e ouvido médio. Havia acometimento de parede anterior de CAE, estando aderida à porção posterior de cartilagem tragal, a qual foi removida durante a ressecção em bloco da lesão. Foi realizada ressecção do tumor com margem cirúrgica considerável. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório e encontra-se em acompanhamento regular e sem sinais de recidiva do tumor.

**Discussão:** O adenoma ceruminoso (ceruminoma) do meato auditivo externo é uma neoplasia benigna rara, acometendo igualmente ambos os sexos, e maior incidência de doença do lado esquerdo, mais comumente na quinta década de vida. Este tumor é composto principalmente das células das glândulas ceruminosas, glândulas sudoríparas apócrinas modificadas, localizadas profundamente na pele principalmente na parte cartilaginosa do CAE. O sintoma mais frequente é a perda auditiva condutiva unilateral. O tratamento cirúrgico é o tratamento de escolha, com ressecção completa da lesão com margens de segurança. Recidivas são raras e apresenta um bom prognóstico.

**Considerações Finais:** Ceruminomas são tumores raros, de crescimento lento e quadro clínico variável de acordo com o tamanho da lesão. A maioria dos casos apresenta perda auditiva condutiva. O tratamento por excelência é baseado na excisão cirúrgica da lesão, sendo as recidivas pouco frequentes.

## P 282 COCHLEAR IMPLANTATION IN FAR ADVANCED OTOSCLEROSIS: A CASE REPORT

Rogério Hamerschmidt, Lucas Resende, Gislaine Richter, Adriana Kosma, Mohamed Feras Al-Lahham, Valéria Kutianski

*Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil*

**Case Presentation:** A 44 year-old male attended our hospital complaining of hearing impairment which had begun several years before. Pure tone audiometry revealed bilateral profound sensorineural hearing loss (SNHL). High resolution temporal bone computed tomography showed extensive bilateral dystrophy, with lower density both at the fissula ante fenestram and around the vestibule, also with a double ring effect of the cochlea. These images corroborated the diagnosis of far-advanced otosclerosis. As the patient reported limited benefit with hearing aids and presented an aided open-set sentence score of 40%, the attempt of a cochlear implantation (CI) was offered as an option. The patient was then implanted with a CI422 device with perimodiolar electrode. Complete insertion of the electrode array was achieved without resistance despite the presumed cochlear ossification, and no perilymphatic gusher was encountered. After one month, the device was switched on and neural response telemetry showed robust responses in all electrodes. The pure tone threshold reached 20dBHL at sound-field testing two months after activation. As for monosyllabic and disyllable word discrimination evaluation, the patient scored 100% and 80%, respectively, at six-months follow-up. The open-set sentence score improved from 60% preoperatively to 90% six months after activation.

**Discussion:** Otosclerosis is a pathologic condition of increased bone turnover within the temporal bone. It commonly involves the otic capsule and might incur widespread demineralization, which leads to a progressive and often profound bilateral SNHL. In this scenario, CI might yield better hearing and communication skills than traditional approach, which involves stapedectomy and subsequent hearing aid fitting. However, surgical concerns regarding the insertion of electrodes into the ossified cochlea and theoretical poorer postoperative outcomes are usually reported as drawbacks.

**Final Considerations:** In our experience, placement of CI in far-advanced otosclerosis has proven feasible, safe and successful, with outcomes comparable to other similar cases reports and without complications.

## P 283 COLESTEATOMA CONGÊNITO BILATERAL: RELATO DE CASO

Marília Batista Costa, Athina Hetiene de Oliveira Irineu, Rafael Freire de Castro, Taynara Oliveira Ledo, Paula Santos Silva Fonsêca, Mônica Alcântara de Oliveira Santos, Lyara Kenia Fernandes Caprio

*Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 12 anos, sexo masculino, veio encaminhado para o Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo com queixa de otorreia em orelha esquerda decorrente de tecido de granulação em meato acústico externo. Após tratamento da otorreia e cauterização do tecido de granulação, foi possível visualizar uma massa esbranquiçada em quadrante posterossuperior posterior à membrana timpânica íntegra bilateral. Foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de ossos temporais, com visualização de material com baixos coeficientes de atenuação em cavidade timpânica e antro bilateral, com erosão de ambos os ramos longos da bigorna. O paciente foi submetido inicialmente à timpanomastoidectomia à direita. No entanto, apresentou recidiva deste lado após um ano de acompanhamento, com realização de mastoidectomia radical. Após mais um ano de seguimento, o lado esquerdo foi abordado por mastoidectomia radical. O paciente mantém o acompanhamento com a equipe, apresentando boa evolução.

**Discussão:** O colesteatoma congênito bilateral é extremamente raro e de etiologia desconhecida. Representa 3% de todos os colesteatomas congênitos. A maioria dos pacientes é assintomática, porém podem queixar de perda auditiva condutiva. Durante o exame otorrinolaringológico, pode-se visualizar uma massa esbranquiçada posterior à membrana timpânica íntegra. Para seu diagnóstico, deve-se descartar histórico de perfurações na membrana timpânica ou cirurgias otológicas prévias. TC é o exame inicialmente solicitado, pois ajuda na visualização do local e da extensão de acometimento. Histologicamente, é indistinguível do colesteatoma adquirido e é caracterizado por epitélio estratificado escamoso com tecido queratinizado. Sua localização mais comum é no quadrante anteroinferior, seguida do posteroinferior. Seu diagnóstico precoce é fundamental e o tratamento é cirúrgico.

**Considerações Finais:** O diagnóstico precoce do colesteatoma congênito bilateral é fundamental a fim de reduzir os índices de complicações. No entanto, muitas vezes não ocorre, já que se trata de uma entidade extremamente rara e normalmente assintomática.

## P 284 COLESTEATOMA CONGÊNITO DA MEMBRANA TIMPÂNICA - PRIMEIRO CASO DESCRITO OPERADO POR VIA ENDOSCÓPICA

Stefano Tincani, Camila Garcia Perini, Isabela Siqueira Guedes de Melo, Gerusa Pereira Foschini, George Eduardo Camara Bernarde

*Instituto Penido Burnier, Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Uma menina de 2 anos de idade foi encaminhada pelo pediatra com a hipótese de corpo estranho bilateral em orelhas. À otoscopia, ela apresentava pequenas pérolas brancas formando abaulamento ao redor do umbus do martelo, todas localizadas na pars tensa da membrana timpânica, com o lado esquerdo aparentando ser o mais acometido. A tomografia computadorizada dos ossos temporais confirmou a ausência de afecção na orelha média e mastoide com leve espessamento focal visível nas membranas timpânicas. A audiometria comportamental não demonstrou hipoacusia e a timpanometria aferiu curva tipo 'A'. Com hipótese diagnóstica de colesteatoma congênito da membrana timpânica, foi realizada exérese bilateral das lesões em um só tempo cirúrgico, via transcanal endoscópica. As lesões foram removidas sem violar a orelha média e o exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de colesteatoma. Após a alta hospitalar, a criança não necessitou de analgesia. Ela está em acompanhamento há dois meses após o procedimento, sem sinais de recidiva, e audição preservada.

**Discussão:** O colesteatoma congênito da membrana timpânica é uma afecção rara, com poucos casos descritos na literatura. Nestes, tanto a via retroauricular e endoaural – acessos cirúrgicos com incisão externa - quanto a via transcanal foram usadas. Todas sob visão do microscópio cirúrgico. Em revisão bibliográfica detalhada, não encontramos relato de tratamento endoscópico para colesteatoma congênito de membrana timpânica. Esta técnica possibilita ótima visualização do conduto auditivo externo e membrana timpânica, possibilitando um tratamento minimamente invasivo.

**Considerações Finais:** O tratamento endoscópico possibilitou tratamento resolutivo, sem violar a orelha média e sem incisões externas, características favoráveis no tratamento do colesteatoma congênito da membrana timpânica.

## P 285 COLESTEATOMA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Catarina Helena dos Santos Farias, Carolina Santos Bosaipo, Mariana Reis Enout, Marcos Luiz Antunes

*Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** R.M.L.A., feminino, 69 anos, atendida no ambulatório do Hospital Estadual de Diadema com queixa de hipoacusia e otorreia intermitente à direita há 10 meses, sem otalgia ou tontura. Otoscopia da orelha direita demonstrava acúmulo de debris epidérmicos no CAE e membrana timpânica íntegra. Audiometria tonal mostrava perda mista moderada à direita. TC de ossos temporais com formação expansiva com densidade de partes mole em região póstero-inferior da mastoide direita, alargando o forame jugular, associada a componente ósseo lítico, focos gasosos de permeio e rotura cortical da região anterior da mastoide, com insinuação para o CAE. RNM mostrava lesão expansiva de contornos lobulados, com hipersinal em T2 e na sequência de difusão, discreto realce periférico, em íntimo contato com o seio sigmoide. Submetida à mastoidectomia fechada, constatados no intraoperatório exposição do seio sigmoide, bulbo jugular, meninges da fossa posterior e média, e nervo facial desde a saída do ramo corda do tímpano até a ponta da mastoide. Paciente evoluiu bem, sem sinais de PFP e sem recidiva em pós-operatório de 10 meses.

**Discussão:** CCAE é uma condição rara que se apresenta com sintomas insidiosos, enquanto a extensão da destruição óssea progride. Paciente negava otalgia, diferentemente do encontrado em nossa revisão da literatura. O envolvimento de trajeto do nervo facial e presença de deiscência de seio sigmoide e meninges da fossa posterior e média poderiam ser causa de complicação intraoperatória ou sequela pós-operatória.

**Considerações Finais:** Apesar de raro, deve-se atentar para o diagnóstico de CCAE nos casos de otorreia crônica associada à otalgia sem alterações da membrana timpânica. Todos os pacientes devem ser submetidos a TC de ossos temporais para avaliar a extensão da lesão, bem como o envolvimento de estruturas adjacentes. O tratamento cirúrgico na maioria dos casos é o mais indicado e tem mostrado bons resultados na remoção e no controle da doença.

**P 286 COLESTEATOMA DE OUVIDO MÉDIO APÓS IMPLANTE COCLEAR**

Natascia Lumi Adati, Rafael Calsoni Gomes, Rony da Silva Lederer, Bruno Alexandre Barbosa do Nascimento, Fernando Massa Correia, Andréia Ardevino de Oliveira, Eduardo Tanaka Massuda

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente com 8 anos de idade, feminino, relata há 1 ano episódios de otorreia fétida à direita com melhora após uso de antibiótico tópico auricular. Nega otalgia, tontura ou zumbido. Refere ter realizado implante coclear (IC) à direita há 5 anos, com perfuração pequena de membrana timpânica (MT) inadvertidamente durante o procedimento, com fechamento espontâneo e boa evolução após. Relata histórico de tubo de ventilação à direita previamente ao IC. Na otoscopia apresentava debris e secreção purulenta, cuja remoção evidenciou corpo estranho no conduto auditivo externo direito (CAED) semelhante a eletrodo de IC. Na audiometria apresentava anacusia direita e perda sensorineural profunda esquerda (sem IC). Já em campo livre os limiões foram 30 dB (250 Hz), 35 dB (500 Hz), 30 dB (1000 Hz), 35 dB (2000 Hz) e 30 dB (4000 Hz). Em teste de reconhecimento de fala a viva voz sem pista visual teve acertos de 84% monossílabos, 92% dissílabos e 100% trissílabos. A tomografia computadorizada evidenciou erosão de CAED, sendo indicada mastoidectomia à direita com decisão intraoperatória da complementação cirúrgica (se subtotal ou radical; manutenção ou não de eletrodo à direita; caso seja necessária sua remoção, há indicação de IC a esquerda no mesmo tempo cirúrgico).

**Discussão:** A paciente apresentou 2 episódios de ruptura de integridade de MT iatrogênicos, no tubo de ventilação e na ocasião de IC. Um desses episódios pode ter colaborado para o desenvolvimento de colesteatoma secundário de ouvido médio, com deslocamento parcial de eletrodo de IC e já expandindo com erosão de CAED.

**Considerações Finais:** Apesar da extrusão parcial do eletrodo do IC, o mesmo tem sido suficiente no cotidiano e aprendizado da paciente. A mãe da paciente, mesmo ciente do quadro, está relutante com sua remoção. A decisão conjunta está na dependência do que será encontrado no intraoperatório (extensão da doença).

## P 287 COLESTEATOMA GIGANTE

Fernanda Negrão Braga, Vitor Yamashiro Rocha Soares, Fabiane Sousa Marques Leandro

*Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina, PI, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente 10 anos, sexo masculino, com história de otorreia crônica abundante à esquerda acompanhada de perda auditiva ipsilateral, evoluindo com drenagem de secreção purulenta retroauricular. A tomografia de mastoide demonstrou imagem hipodensa com densidade de tecidos moles preenchendo o ouvido médio, destruída cadeia ossicular, cóclea, estendendo-se ao conduto auditivo interno. Audiometria confirmou anacusia em ouvido esquerdo e audição preservada em orelha direita. Ressonância magnética revelou lesão ocupando toda cavidade mastoídea com acometimento de conduto auditivo interno tendo hipersinal em T2 e hiposinal em T1. Paciente recebeu antibioticoterapia e foi submetido à abordagem cirúrgica. Realizou-se uma petrosectomia parcial. No intraoperatório evidenciou-se extensa destruição da camada cortical da mastoide, identificando o trajeto fistuloso com a cavidade mastoídea, a qual estava ocupada por massa de coloração esbranquiçada. O exame histopatológico confirmou a hipótese diagnóstica pré-operatória de colesteatoma. O paciente apresenta em acompanhamento regular e sem sinais de recidiva da lesão.

**Discussão:** Colesteatomas são lesões císticas revestidas por epitélio escamoso estratificado, preenchido por queratina. São classificados em congênitos, cerca de 2,5%, e adquiridos, os quais são subdivididos em primários, a partir de uma retração timpânica, e secundário, originado da migração epitelial através de uma perfuração timpânica. São tumores com capacidade expansiva e de lise óssea com tendência a recorrência. Podem resultar em complicações intracranianas (meningites, abscessos, e trombose do seio venoso) e do osso temporal (mastoidite, fístula labiríntica, paralisia do nervo facial e destruição ossicular). O tratamento da otite média colesteatomatosa é essencialmente cirúrgico.

**Considerações Finais:** O colesteatoma é um tumor com capacidade invasiva e destrutiva, podendo resultar em graves complicações, que apesar de se tratar de uma lesão tumoral benigna pode trazer graves sequelas ao paciente caso o diagnóstico e o tratamento sejam tardios. O tratamento, dessa afecção, como no caso relatado, é essencialmente cirúrgico.

**P 288 COLESTEATOMA GIGANTE EM CRIANÇA DE 5 ANOS DE IDADE**

Carlos Eduardo Borges Rezende, Marina Ramos Jardim, Bárbara Carolina Miguel Jorge, Isabela Hohlenwerger Schettini, Gabriela Carolina Nazareth Pinto, Elaine Shizue Novalo-Goto, Breno Pinn de Castro

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** E.E.A.A.S., 5 anos, masculino, apresentava otites médias agudas supuradas de repetição em Orelha Direita (OD) desde os 7 meses. A partir dos 2 anos, passou a apresentar otorreia fétida, contínua e abundante, que impedia a visualização da membrana timpânica. A audiometria indicava perda auditiva condutiva moderada em OD. A tomografia computadorizada (TC) demonstrou sinais sugestivos de colesteatoma e a conduta foi mastoidectomia em OD com urgência, durante a qual se observou exposição do nervo facial em seguimento mastóideo e erosão do canal semicircular lateral. A criança segue em acompanhamento ambulatorial, com ausência de queixas otológicas, de equilíbrio e de mímica facial.

**Discussão:** Colesteatoma é uma massa composta de tecido epitelial a qual pode se expandir dentro da orelha média (OM), erodir a cadeia ossicular e a mastoide, culminando em complicações, tais como perda auditiva, disfunção vestibular e paralisia facial. O colesteatoma congênito é uma afecção rara cuja etiopatogênese é desconhecida. É mais diagnosticado entre crianças de 4 a 5 anos de idade. Já o colesteatoma adquirido, forma mais comum, é mais diagnosticado em crianças abaixo de 8 anos e adultos acima de 18 anos. O diagnóstico de colesteatoma congênito é o mais provável pela baixa idade da criança, embora cada processo infeccioso agudo na OM sirva como processo catalisador do desenvolvimento do colesteatoma, seja ele adquirido ou congênito. A criança apresentava episódios recorrentes de OMA supurada, que melhoravam parcialmente com tratamento antimicrobiano num primeiro momento. Para colaborar com o diagnóstico, a TC de ossos temporais demonstrou vastas extensão e destruição provocadas pela doença.

**Considerações Finais:** É incomum evolução tão rápida, precoce e destrutiva em colesteatomas adquiridos, o que reforçou a hipótese de se tratar de colesteatoma congênito, porém é sabido que o comportamento dos colesteatomas é mais agressivo na infância, independentemente do tipo. Diagnóstico preciso e tratamento precoce se fazem necessários.

## P 289 COLESTEATOMA INTRAMEMBRANOSO

Natascia Lumi Adati, Leonardo Biselli da Costa Monteiro, Bruno Alexandre Barbosa do Nascimento, Rafael Calsoni Gomes, Aline Emer Faim, Ronny da Silva Lederer, Eduardo Tanaka Massuda

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino com 54 anos refere há 1 dia início súbito de vertigem com náuseas e vômitos com duração de 5 segundos associado à hipoacusia e zumbido constante a esquerda. Nega queixas à direita. Nega otalgia, otorreia, otorragia, traumas ou cirurgias prévias. Portador de diabetes e dislipidemia. Ao exame, apresentava nistagmo semiespontâneo para esquerda. À otoscopia, apresentava massa esbranquiçada em membrana timpânica (MT) em quadrantes inferiores anterior e posterior a direita não pulsátil. Na audiometria apresentou perda auditiva mista moderada direita e perda sensorineural profunda esquerda, curva A bilateral, ausência de reflexo contralateral na orelha esquerda e presente na orelha direita. Na tomografia foram observados alargamento de conduto auditivo interno (CAI) esquerdo e espessamento de MT direita. Na ressonância magnética foram vistos espessamento na região de nervo coclear com realce mal definido em poro acústico de CAI esquerdo, podendo corresponder à neurite vestibular, e pequena área com hipossinal em T1 e hiperossinal em T2 junto à MT direita, podendo corresponder a colesteatoma intramembranoso. Exames sorológicos (sífilis, CMV, toxoplasmose, rubéola, HIV) e provas inflamatórias negativos. Hemograma normal. Paciente fez uso de prednisona e pentoxifilina, com melhora da vertigem. Paciente iniciou uso de aparelho de amplificação sonora individual.

**Discussão:** Colesteatomas intramembranosos são raros. Podem ocorrer por rupturas na lâmina basal que permitem a expansão de pseudópodes de células epiteliais para dentro da lâmina própria, formando cones epiteliais. Pode ocorrer subsequente reconstituição da lâmina basal. Os cones epiteliais posteriormente podem queratinizar formando colesteatomas. Tal sequência poderia explicar o surgimento de colesteatomas intramembranosos em casos sem histórico prévio de invaginação ou perfuração de MT.

**Considerações Finais:** São raros os casos de colesteatoma intramembranoso. O paciente em questão era assintomático e apenas teve seu diagnóstico realizado devido ao quadro de neurite vestibular contralateral.

## P 290 COMPLICAÇÃO EXTRATEMPORAL DE OTITE MÉDIA AGUDA: RELATO DE CASO

Camila Martins Brock, Marina Matuella, Emanuele Caroline Miola, Bruna Machado Kobe, Juan José Pineda Garcia, Juliana Mazzaferro Krebs, Luthiana Frick Carpes

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminino, um ano de idade, negra e procedente de Porto Alegre, procurou atendimento no Hospital Restinga devido à prostração, náusea, vômitos e picos febris (38,5°C) com evolução de duas semanas. Internou para investigação, sendo diagnosticada sepse de foco desconhecido. Iniciado tratamento empírico com vancomicina, cefepime e metronidazol. Solicitada transferência para UTIP do Hospital São Lucas da PUCRS. No nono dia de antibioticoterapia, observou-se flogose em região temporal direita. Requisitada avaliação otorrinolaringológica. À otoscopia direita, foi observado hiperemia e abaulamento em quadrante posterossuperior sem otorreia. Realizada timpanotomia para tubo de ventilação em UTIP. Tomografia de ouvidos e mastoides evidenciou opacificação de orelhas médias e células mastóideas bilateralmente com erosão do osso temporal à direita, sugerindo extensão para fossa craniana posterior. Solicitada ressonância magnética complementar, que confirmou suspeita da coleção craniana, sem descartar evento trombótico, nessa topografia. Realizada mastoidectomia radical com drenagem da fossa posterior craniana. Houve melhora significativa do quadro clínico após o tratamento cirúrgico. A criança recebeu alta hospitalar ao completar um mês de antibioticoterapia e mantém acompanhamento otorrinolaringológico semestral.

**Discussão:** As complicações da otite média aguda apresentam-se quando os mecanismos de defesa falham, mesmo com antibioticoterapia precoce, permitindo persistência do processo infeccioso e acometimento de mastoide, labirinto, estruturas nervosas locais, meninges, calota craniana ou massa encefálica. Mastoidite era uma complicação frequente antes do advento da antibioticoterapia e permanece hoje como um dos eventos de maior morbidade.

**Considerações Finais:** Este caso contribui para ratificar que presença de febre persistente com ou sem otorreia, flogose ou abaulamento retroauricular devem alertar para possível complicação de otite média aguda.

## P 291 COMPLICAÇÃO RARA DE OTITE MÉDIA AGUDA - RELATO DE CASO

Mariana Sancho de Macedo, Ana Elizabeth de Santana Carneiro Vilela, Nathália Anaissi Rocha Pessoa, Adriana Xavier Tavares, Patricia Santos Pimentel, Thiago Emanuel Souza de Freitas, Bianca de Lucena Ferreira Lima

*Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 57 anos, feminina, diabética, hipertensa, atendida no Hospital Agamenon Magalhães devido à otalgia direita há 60 dias, negava outros sintomas. Ao exame: edema de conduto e secreção, impossibilitando visualizar membrana timpânica. Iniciada ceftazidima. Após início do tratamento, houve melhora da otalgia, porém apresentou disfonia e dor hemicraniana direita. Realizados exames radiológicos e modificado antibiótico para meropenem e vancomicina. A ressonância evidenciou preenchimento de mastoide e cavidade timpânica direita, além trombose de seios sagital, transverso e veia jugular interna direita. Videolaringoscopia mostrou paralisia de prega vocal direita. Tomografia cervical evidenciou assimetria de prega vocal e conglomerados linfonodais em área II. Realizada mastoidectomia fechada e miringotomia. Observado bom aspecto de orelha média e mastoide, com presença de secreção purulenta, ausência de erosão óssea, além de conduto auditivo externo edemaciado com debris. Após a cirurgia, iniciada anticoagulação. Houve melhora completa da otalgia e cefaleia, e parcial da disfonia. Recebeu alta hospitalar com anticoagulante oral e acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** A trombose dos seios meníngeos é um rara complicação de infecções otológicas, geralmente decorre de otite media crônica ou mastoidite aguda. É descrita na literatura, sendo rara em adultos. Os principais seios acometidos por infecções otológicas são o transverso e o sagital. O quadro clínico é variável, podendo apresentar-se com cefaleia, febre, meningismo, náuseas/vômitos. A disfonia do caso pode ser explicada como um sintoma compressivo da adenomegalia cervical. O diagnóstico pode ser realizado pela história associada a exames radiológicos, sendo preferido angiorressonância por boa sensibilidade e ser não invasiva. O tratamento adequado é antibioticoterapia e abordagem cirúrgica para descompressão dos seios. A abordagem cirúrgica do trombo é controversa. A anticoagulação não é consenso, porém em discussão com neurologistas, optou-se por realizá-la.

**Considerações Finais:** A trombose dos seios meníngeos apresenta risco potencial de complicações, devendo ser diagnóstico diferencial de pacientes com otite média complicadas.

## P 292 COMPLICAÇÕES NA IMPLANTAÇÃO DE PRÓTESE AUDITIVA TRANSCUTÂNEA OSTEOANCORADA - BONEBRIDGE EM FOSSA MÉDIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Guilherme Solé Sampaio, Andressa Brunheroto, César Luiz Bertonha, Gabriela Strafacci, Henrique Penteado de Camargo Gobbo, José Fernando Gobbo, José Luiz de Campos

*Hospital Vera Cruz, Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.G.V.A., 7 anos, portadora de microtia à direita de grau III e disacusia condutiva moderada/severa na mesma orelha. Foi então proposto implante de prótese auditiva de vibração óssea, sistema Bonebridge (BB). O BB foi realizado na região da fossa média com sucesso. Logo após a cirurgia, a paciente iniciou queixa de dor local importante e posicionamento antálgico do pescoço, desviado para esquerda. Fez-se então tratamento com especialista em terapia da dor com diversas medicações, bloqueio muscular e neural. Também realizou tratamentos com outras especialidades médicas, porém sem melhora. Decidiu-se então pelo reposicionamento do implante, já que a postura antálgica iniciou-se logo após a cirurgia. Entretanto, devido ao desgaste psicológico, a paciente e seus familiares optaram pelo explante do BB. No momento, a paciente está em acompanhamento pós-operatório, referindo e demonstrando importante melhora postural e total da dor.

**Discussão:** A escolha pela região de fossa média foi decorrente do tamanho reduzido do osso temporal, comum em pacientes com microtia. Devido ao pequeno espaço, as opções seriam região retossigmoide e fossa média. A retossigmoide, em crianças pequenas, pode ser bastante desafiadora pela angulação do crânio e inserção da musculatura do pescoço (risco de sangramento). Na literatura médica, há poucos trabalhos sobre posicionamento de BB. Estão descritas complicações como: dor, infecções, cefaleia, cicatrização prolongada, tontura e *tinnitus*, sendo a maioria resolvida com tratamento conservador. Normalmente, a principal causa de remoção do aparelho é a dor local.

**Considerações Finais:** Mais estudos devem ser realizados para que saibamos qual o melhor posicionamento do BB em mastoides pequenas, que possibilite cirurgia mais segura e menor incidência de complicações.

## P 293 COMPORTAMENTO DO P300 EM PACIENTE COM NEURINOMA APÓS CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR

Maria Stella Arantes do Amaral, Victor Goiris Calderaro, Sarah Carolina Bernal, Carla Aparecida Urzedo Fortunato-Queiroz, Eduardo Tanaka Massuda, Ana Cláudia Mirândola Barbosa Reis, Miguel Angelo Hyppolito

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 62 anos, com perda de audição progressiva, bilateral, há 5 anos, pior à direita, com zumbido unilateral e vertigem. A audiometria tonal limiar revelou disacusia sensorineural de grau profundo à direita e severo à esquerda. A ressonância nuclear magnética diagnosticou a presença de neurinoma do VIII par craniano bilateralmente. O neurinoma foi removido do lado direito, sem preservação do nervo coclear, optando-se pela indicação da cirurgia de implante coclear (IC) na orelha esquerda. Foi implantado com o dispositivo Neurelec® - Evo. Foi submetido ao exame eletrofisiológico para obtenção do P300 com estímulo auditivo antes da cirurgia do IC, na ativação do dispositivo e 6 meses após o uso do mesmo. Como estímulo auditivo foi utilizado o *tone burst* nas frequências de 1000 Hz (estímulos frequentes) e 2000 Hz (estímulos raros). No pré-operatório do IC houve ausência de resposta, caracterizada pela não formação do P300. Logo após ativação do processador de fala, houve o aparecimento do P300, com redução de sua latência e aumento de sua amplitude após 6 meses do uso do dispositivo implantado.

**Discussão:** O Potencial de longa latência P3 ou P 300, é um potencial cortical que pode ser visual ou auditivo resultante da focalização da atenção a estímulos raros, dentre outros frequentes. Avalia a atenção e memória recentes, sendo útil para investigar o tempo de processamento cortical a partir do estímulo raro. Este exame é possível de ser realizado em campo livre com pacientes usuários de AASI ou implante coclear.

**Considerações Finais:** O P300 é um exame objetivo e não invasivo capaz de avaliar a função cognitiva cortical. No caso em questão mostrou-se dependente do estímulo auditivo para sua geração, sinalizando ser uma ferramenta útil para estimar a melhora na função cognitiva cortical após o restabelecimento da função auditiva pelo implante coclear.

## P 294 CORISTOMA NEUROGLIAL DE ORELHA MÉDIO: RELATO DE CASO

Rafaela Ximenes Almeida, Maria Tarcinara Rodrigues Sarmiento Oliveira, Ianna Radace Santiago de Araújo Vila, Aline Costa de Oliveira Cavalcanti, Renato Taumaturgo Dias Correia, João Igor de Paiva Cabral, Luiz Rodolpho Pena Lima Júnior

*Clinica Pedro Cavalcanti, Natal, RN, Brasil*

**Apresentação do Caso:** C.N.S.N., 67 anos, masculino, apresentou dois episódios de meningite bacteriana em agosto/2016. À otoscopia, apresentava otite média com efusão em ouvido direito (OD). Na TC de ossos temporais mostrou velamento em orelhas médias, opacificação de mastoide e erosão de tégmen timpânico em OD (colesteatoma em OD?). Realizada mastoidectomia, foi vista uma massa de superfície lisa, delimitada, que estendia-se do antro ao epítimpano e projetava-se para fossa cerebral média. Por ser uma lesão muito sangrante, foi ressecada parcialmente e feita biópsia, concluindo ser coristoma neuroglial. Logo após, foram feitas RNM e angiorressonância que mostraram sinais de trombose crônica no seio lateral. Foi reabordado, junto com a neurocirurgia, via transmastoidea e fossa média, ressecando completamente a lesão.

**Discussão:** O coristoma neuroglial é uma heterotopia cerebral rara denominada como tecido cerebral histologicamente normal presente em local isolado a partir do cérebro ou medula espinal. Sua ocorrência extracraniana é mais frequente nas estruturas da linha média, como nariz, nasofaringe e cavidade oral, mas também pode ser encontrada, ainda mais raramente, em estruturas não medianas, como ouvido médio. Geralmente, é encontrado em pessoas mais velhas, podendo ser assintomáticas até então. Até 2016, foram descritos na literatura pouco mais de 32 casos de coristoma neuroglial de orelha média e mastoide. Os sintomas incluem perda auditiva, otorreia, plenitude auricular, zumbido e otalgia. Embora a etiopatogenia não seja clara, a hipótese mais confiável para explicar essa heterotopia é um defeito congênito no osso temporal subjacente que permitiu a herniação do tecido cerebral. Os defeitos espontâneos do tégmen são menos comuns em adultos, sendo a otite média crônica, colesteatomatosa ou não, a causa mais comum. Outras causas incluem traumatismos no osso temporal, neoplasia e radioterapia. O tratamento é cirúrgico.

**Considerações Finais:** Por se tratar de doença rara, com baixa prevalência nessa localização, torna-se importante a documentação do caso para novos estudos.

## P 295 CORPO ESTRANHO EM MEATO AUDITIVO EXTERNO - ARANHA MARROM

Michel Balvedi Nomura, Alana Farias Miksza, Mariana Nagata Cavalheiro, Juliana Cristina Mesti, Vinicius Ribas Fonseca Duarte, Neilor Bueno Mendes, Rodrigo Guimaraes Pereira

*Hospital da Cruz Vermelha Filial Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, adulto, sensação de corpo estranho em orelha esquerda e *tinnitus* há 1 dia. Negava otalgia, traumas ou entrada de insetos em orelha. Início do quadro ao levantar pela manhã. Exame físico: visualizada aranha marrom em meato auditivo externo sem hiperemia, edema ou lesões associadas à picada da aranha. Realizada imobilização da aranha com otoxilodase e após retirado inseto sem intercorrências. Realizado seguimento para acompanhamento do paciente e em 15 dias não havia sinais de acidente a otoscopia.

**Discussão:** O acidente por loxsoceles, ou aranha-marrom, se denomina loxoscelismo. Seu habitat intradomiciliar facilita a ocorrência desses acidentes. São aranhas pequenas, com até 3 cm de envergadura. Apresentam coloração marrom, hábitos noturnos e os acidentes ocorrem na grande maioria quando são espremidas ao corpo. 95% das ocorrências com aranha marrom ocorrem na região sul e sudeste, e Curitiba é a cidade em que os acidentes mais acontecem. As áreas mais afetadas são: membros superiores e inferiores, sendo raros os casos de loxoscelismo em meato auditivo externo. Normalmente, os acidentes são negligenciados por serem poucos dolorosos durante a picada. A clínica comum é de febre, mal-estar geral, náusea, vômitos. A instalação da lesão é lenta e evolui com dor, edema endurecido, lesões hemorrágicas focais e ponto necrótico. Essas características ocorrem devido à enzima esfingomielinase D, presente no veneno, responsável pela agregação plaquetária, ativação da via do complemento. Não há rotina de exames laboratoriais para o diagnóstico, mas hemograma e LDH ajudam no acompanhamento. O prognóstico é bom, porém o processo cicatricial das lesões podem demorar meses.

**Considerações Finais:** A importância do diagnóstico precoce é de suma importância para o melhor prognóstico. O reconhecimento da aranha-marrom é fundamental para o otorrinolaringologista, principalmente em nossa região, onde a incidência é alta, mesmo que os relatos de loxoscelismo em Otorrinolaringologia não seja comum.

## P 297 DEISCÊNCIA DO CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR EM PACIENTE COM FISSURA LABIOPALATINA

Gustavo Pimenta de Figueiredo Dias, Guilherme Trindade Batistão, Emilio Gabriel Ferro Shneider, Rhaissa Heinen Peixoto, Regeane Ribeiro Costa, Fernanda Dias Toshiaki Koga, Eduardo Boaventura Oliveira

*Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) - Universidade São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 37 anos, portadora de fissura labiopalatina corrigida, atendida nesse serviço com queixas de hipoacusia bilateral progressiva, zumbido e vertigem. A otoscopia mostrou-se sem alterações, fenômeno de Túlio positivo para vertigem bilateralmente, além de lateralização de Webber para a esquerda. A audiometria evidenciou perda auditiva moderada à esquerda e leve à direita, com perda condutiva em frequências entre 250Hz e 2000Hz, além de componente neurossensorial nas frequências entre 3000Hz e 6000Hz, estando o reflexo do estapédio preservado bilateralmente. A tomografia de ossos temporais, realizada em cortes finos, incluindo a incidência oblíqua no plano de Pöschl, demonstrou deiscência dos canais semicirculares superiores.

**Discussão:** A deiscência do canal semicircular superior tem sintomatologia variada, cursando com deficiência auditiva condutiva e reflexo estapediano preservado, sintomas vestibulares e imagem característica em tomografia dos ossos temporais com defeito ósseo deste canal. A clínica comporta também hiperacusia, autofonia, e sintomas vestibulares, como vertigem induzida pelo som ou pressão. A hipoacusia está relacionada a um desvio da energia sonora da cóclea, geralmente manifesta por perda condutiva em baixas a médias frequências, mas pode cursar com perda auditiva mista ou neurossensorial. Fissura labiopalatal é a anomalia craniofacial congênita mais comum e resulta de um atraso no desenvolvimento dos processos de formação dos componentes da face relacionados à região frontal, maxilar e abóboda palatina. Este caso demonstrou a presença de deiscência de canal semicircular superior bilateralmente em paciente com fissura palatina.

**Considerações Finais:** Na literatura está bem estabelecido casos de deiscência de canal semicircular superior, porém a incidência dessa comorbidade em pacientes com anomalias craniofaciais não está definida. Mais estudos sobre essa afecção em pacientes com fissuras labiopalatinas são necessários.

## P 298 DESCOMPRESSÃO CIRÚRGICA BILATERAL DE OSSO TEMPORAL - RELATO DE CASO

Caroline Ribeiro Guimarães, Jéssica Marquet Silva, Fernando Andreiuolo Rodrigues

*Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.A.F., 35 anos, relata traumatismo craniano em julho de 2016, com epistaxe, otorragia bilateral, confusão mental. Apresentava anacusia à direita e paralisia facial periférica (PFP) bilateral Grau V na escala de House-Brackmann. Tomografia computadorizada de mastoides evidenciou fratura bilateral de ossos temporais, lesão de nervo facial à direita, desarticulação de cadeia ossicular à direita. Audiometria e imitanciometria com disacusia mista profunda à direita e normoacusia à esquerda, reflexos diminuídos bilateralmente. Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico evidenciou sinais de comprometimento retrococlear à direita. Eletromiografia demonstrou lesão axonal grave. Submetido à descompressão do nervo facial bilateral em dois tempos, sendo o direito associado à reconstrução de cadeia ossicular. No pós-operatório, iniciou fisioterapia facial. Três meses após os procedimentos, apresenta paralisia facial periférica grau III bilateralmente.

**Discussão:** Fraturas de ossos temporais ocorrem principalmente em indivíduos jovens do sexo masculino, causadas principalmente pelos traumatismos cranianos. Apesar das fraturas longitudinais serem as mais comuns, as transversais causam mais PFP. Esses pacientes devem ser avaliados pelo otorrinolaringologista e submetidos a estudo radiológico do osso temporal, avaliação audiológica, testes topográficos e de prognóstico elétrico. A descompressão do nervo facial está indicada nos pacientes com PFP com mais de 90% de degeneração das fibras nervosas na eletroneurografia com 6 dias após o início do quadro ou com denervação total na eletromiografia após 3 semanas do quadro. Ainda não está definido o intervalo ideal entre o início dos sintomas e a descompressão. Segundo estudos, quanto mais precoce a abordagem, melhores os resultados; outros demonstram bons resultados cirúrgicos em até alguns meses do trauma.

**Considerações Finais:** Discute-se o tempo de abordagem e seguimento ideais para essas fraturas. O caso apresentado demonstra uma evolução satisfatória da PFP após mais de 6 meses do trauma, o que poderá significar uma possibilidade de recuperação por meio da descompressão do nervo facial, mesmo que tardiamente.

## P 299 DISACUSIA NEUROSENSORIAL IMUNOMEDIADA: RELATO DE CASO

Athina Hetiene de Oliveira Irineu, Thays Fernanda Avelino dos Santos, Mariana Delgado Fernandes, Rafael Freire de Castro, Rodrigo Silverio Dias, Priscila Oliveira de Sousa, Monica Alcantara de Oliveira Santos

*Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** O caso apresentado discorre sobre paciente jovem (42 anos) do sexo feminino com quadro de perda auditiva neurossensorial bilateral, assimétrica, progressiva, há 2 anos, associada à plenitude aural e tontura rotatória. A paciente foi atendida no serviço de otologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo e está em acompanhamento ambulatorial desde então, tendo sido submetida a ciclos de terapia imunossupressora com corticoide sistêmico, com melhora momentânea e parcial do quadro. Tal quadro tem se tornado progressivamente relevante em nosso meio devido ao aumento de casos e à dificuldade diagnóstica que ainda persiste, o que atrasa muitas vezes o início do tratamento, limitando o prognóstico dos pacientes.

**Discussão:** A disacusia neurossensorial imunomediada é uma doença complexa que acomete em 65% dos casos as mulheres, na faixa etária dos 20 aos 40 anos, sendo caracterizada por perda auditiva neurossensorial bilateral, geralmente assimétrica, progressiva, flutuante, podendo estar associada a sintomas vestibulares, plenitude aural e zumbido. O exame otorrinolaringológico não revela anormalidades e as curvas audiométricas não apresentam alterações típicas. O diagnóstico baseia-se no curso clínico da doença, na investigação laboratorial e na resposta terapêutica ao uso de imunossupressores.

**Considerações Finais:** Apesar de estar sendo estudada há 40 anos, a disacusia neurossensorial imunomediada ainda não apresenta um exame de baixo custo com alta sensibilidade e especificidade capaz de facilitar seu diagnóstico, que até o momento tem sido realizado majoritariamente por meio da apresentação clínica e baseado nas respostas ao teste terapêutico com imunossupressores. A introdução precoce do tratamento é de suma importância para melhor prognóstico auditivo dos pacientes, bem como para o diagnóstico da doença.

## P 300 DISPLASIA FIBROSA DO OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO

Rafaela Ximenes Almeida, Maria Tarcinara Rodrigues Sarmiento Oliveira, Luiz Rodolpho Pena Lima Júnior, Ianna Radace Santiago de Araújo Vila, Aline Costa de Oliveira Cavalcanti, Renato Taumaturgo Dias Correia, João Igor de Paiva Cabral

*Clínica Pedro Cavalcanti, Natal, RN, Brasil*

**Apresentação do Caso:** F.M.O.M., 30 anos, masculino, apresentou otalgia e hipoacusia progressiva em ouvido direito, há 4 anos, até então sendo tratado como otite externa de repetição. Na otoscopia, apresenta estenose total de conduto auditivo externo direito. A tomografia computadorizada de ossos temporais mostrou imagem com aspecto de “vidro-fosco”, ocupando e destruindo a mastoide, estendendo-se até o ápice petroso, preservando a cápsula ótica e orelha média. A principal hipótese diagnóstica é a displasia fibrosa do osso temporal, com indicação cirúrgica devido aos sintomas clínicos e a estenose do conduto auditivo externo. Será submetido à cirurgia nos próximos dias.

**Discussão:** Displasia fibrosa é uma doença caracterizada por progressiva substituição dos elementos normais do osso por tecido fibroso. Afecção incomum, de etiologia desconhecida e considerada benigna. Manifesta-se principalmente por estenose progressiva do conduto auditivo externo e pela perda condutiva da audição. Com incidência maior no sexo masculino e raça branca. O exame radiológico característico demonstra um aspecto de “vidro-fosco” homogêneo envolvido por uma concha de tecido cortical denso. Quando a displasia fibrosa é acompanhada por sintomas clínicos significantes, o tratamento cirúrgico é recomendado.

**Considerações Finais:** Por se tratar de doença rara, torna-se importante a documentação do caso para novos estudos.

## P 301 DISPLASIA ÓSSEA ESFENOIDAL EM PACIENTE COM HIV SUGESTIVA DE MENINGIOMA

Monique Barros Brito da Conceição, Erika Ferreira Gomes, Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos, André Alencar Araripe Nunes, Gabriela de Andrade Meireles Bezerra, Viviane Carvalho da Silva, Raquel Crisóstomo Lima Verde

*Hospital Universitário Walter Cantídio - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, feminino, 45 anos, hipoacusia unilateral com 3 anos de evolução. Portadora de HIV há 17 anos, em uso de TARV (carga viral indetectável e CD4 de 772 cel/mm). Refere convulsões tônico-clônicas generalizadas há 6 anos. Há 1 ano e meio, vem apresentando cefaleia hemcraniana à esquerda e sensação de pressão em olho ipsilateral. À otoscopia: membrana timpânica retraída com nível líquido em orelha esquerda, compatível com otite média secretora. Tomografia computadorizada de seios paranasais evidenciou alteração da densidade óssea e da espessura do esfenoide, sugestiva de displasia óssea. Ressonância magnética de crânio mostrou formação expansiva extra-axial com sinal intermediário em T1 e alto sinal em T2/FLAIR, com captação intensa e homogenia de contraste, exibindo hiperostose das estruturas ósseas adjacentes, localizado na região do polo temporal esquerdo, medindo 2,5x3,2x1,5 cm e apresenta extensão extracraniana pelo forame oval. O quadro clínico-radiológico é compatível com meningioma em placa da asa maior do esfenoide. Aguarda avaliação neurocirúrgica.

**Discussão:** O meningioma representa 10-15% dos tumores primários intracranianos. É derivado do tecido aracnoide, sendo, na maioria das vezes, benigno e de crescimento lento. No entanto, cerca de 10% deles podem ser agressivos. Sua incidência é maior em pacientes de meia idade e idosos, com proporção de 2 mulheres para cada homem. O HIV é um retrovírus não transformador, o qual pode ter um papel na patogênese dos tumores. A proteína Tat pode interagir com diversos genes envolvidos na angiogênese e proliferação do meningioma.

**Considerações Finais:** A proteína Tat do HIV e a imunossupressão podem estar envolvidas na patogênese do tumor. Na literatura, foram achados 8 relatos de casos de associação HIV/AIDS e meningioma, mas a prevalência provavelmente é subestimada.

## P 302 DOENÇAS OTOLÓGICAS IMUNOMEDIADAS: QUANDO SUSPEITAR, COMO DIAGNOSTICAR E TRATAR?

Carlos Eduardo Borges Rezende, Bárbara Teixeira Dionysio, Gabriela Teixeira Dionysio, Ligia Salha Françolin, Nathália Beatriz Pagliarini Martoni

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Identificar os mecanismos fisiopatológicos envolvidos no acometimento da orelha interna, em pacientes com disacusia sensorineural imunomediada (DSNI) e estabelecer um protocolo a ser seguido para conduzir casos suspeitos de DNSI, desde o diagnóstico até o tratamento.

**Método:** Revisão bibliográfica, exploratória, envolvendo os anos compreendidos entre 2002 e 2014. Foram encontrados 275 artigos e selecionados 26.

**Resultados:** O índice de comprometimento da orelha interna nas doenças autoimunes sistêmicas é variável. Os principais mecanismos fisiopatológicos incluem hipersensibilidade imediata, depósitos de imunocomplexos na estria vascular e ligamento espiral, ação direta das células T citotóxicas na cóclea e hipersensibilidade tardia. Há predomínio do sexo feminino (65%) em relação ao masculino (35%). Dentre os exames laboratoriais que podem auxiliar no diagnóstico, estão: hemograma, velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa, pesquisa de anticorpo anticitoplasma de neutrófilos, fator antinúcleo, fator reumatoide e mucoproteínas. O Ac-anti 68kD é um teste altamente específico. À Ressonância magnética, nota-se hipersinal coclear, após infusão de contraste nas imagens obtidas em T1, quando na presença de processo inflamatório.

**Discussão:** A orelha interna pode ser lesada por diversos mecanismos autoimunes, sendo a manifestação mais frequente a disacusia sensorineural progressiva com boa responsividade a imunossupressores. O essencial no diagnóstico de DNSI é a história clínica. Deve-se iniciar o tratamento com corticosteroide ou imunossupressores quando existir suspeita clínica importante, podendo com isto haver reversão ou estabilização do processo, prevenindo a surdez irreversível. A terapia intratimpânica com corticosteroide permite ação direta e específica na orelha afetada a ser tratada, com resultados promissores.

**Conclusão:** As perdas auditivas sensorineurais podem ocorrer em pacientes com doença autoimune e devem ser sempre lembradas nos casos de disacusia sem causa aparente. O conhecimento das doenças autoimunes e sua correlação com quadro de disacusia sensorineural contribuiu na desmistificação deste tipo de perda auditiva, permitindo a instituição de tratamento específico.

### P 303 ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO SECUNDÁRIA À FRATURA DO CÔNDILO MANDIBULAR: RELATO DE CASO

Sâmella Cavalcanti Monteiro, João Paulo Lins Tenório, André Serra Mota, Iara de Vasconcelos Gonçalves Ferreira, Janine Silva Carvalho, Mirella Kalyne Cavalcante Magalhães, Ravena Barreto da Silva Cavalcante

*Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.I.S., masculino, 54 anos, com história de trauma facial por queda de bicicleta há 6 anos. Apresentou otorragia e hipoacusia à direita, oclusão dentária satisfatória, dor e limitação na mobilização mandibular. A TC de mastoide evidenciou fratura do côndilo mandibular direito, descontinuidade óssea de parede anterior, presença de material com densidade de partes moles obliterando CAE direito. Foi tratado conservadoramente com analgésicos, apresentando recuperação da função mandibular e otorragia. Procurou o serviço de Otorrinolaringologia após 6 anos do trauma devido à persistência de hipoacusia à direita, negou dor e limitação de abertura bucal. Ao exame, apresentou boa abertura bucal, oclusão estável, estenose do CAE direito e movimento condilar durante a mastigação na sua parede anterior. Audiometria com perda auditiva mista moderada unilateral à direita, IPRF normal. TC de mastoide atual com mastoide direita esclerótica, fratura condilar direita antiga. Foi reavaliado pelo bucomaxilofacial que optou por tratamento conservador. Foi indicado o PONTO pelo otorrinolaringologista como tratamento da perda auditiva.

**Discussão:** As fraturas mandibulares são muito frequentes no trauma de face devido a sua posição proeminente, sendo a fratura do côndilo correspondente a 26% a 57% delas. O côndilo fraturado quase sempre consegue se manter funcional, o que induz ao remodelamento, por isso, muitos podem ser tratados conservadoramente. Segundo a literatura, a cirurgia deve ser indicada se o paciente apresentar má oclusão, corpo estranho, lacerações e hemorragias no CAE, hemotímpano, otorreia liquórica, presença de outras fraturas faciais.

**Considerações Finais:** Nos casos de fratura de côndilo mandibular com laceração do CAE e otorragia a cirurgia deve ser indicada. Nesse caso levaram em consideração somente a função mandibular que estava preservada, conseqüentemente, o paciente evoluiu com estenose do CAE e hipoacusia. Por isso, a cirurgia deve ser considerada quando há acometimento auricular pelo trauma, para evitar morbidades que podem surgir por conseqüência ao tratamento conservador.

## P 304 EXOSTOSE DE CONDUTO AUDITIVO INTERNO É UMA CAUSA RARA DE HIPOACUSIA

Evaldo César Macau Furtado Ferreira, Vagner Antônio Rodrigues da Silva, Mayara Tabai, Nicolau Moreira Abrahão, Alexandre Caixeta Guimarães, Arthur Menino Castilho, Agrício Nubiato Crespo

*Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 17 anos, evoluindo há 2 anos com hipoacusia progressiva bilateral, sem fatores desencadeantes ou associados. Sem outros sintomas otorrinolaringológicos, história prévia de trauma, infecções ou uso de ototóxicos. Ausência de história familiar para surdez. Exame físico otorrinolaringológico, acúmetria e exames laboratoriais normais. Audiometria com hipoacusia sensorioneural bilateral grave a profunda, com discriminação ruim. Curva A bilateral e ausência de reflexos estapedianos. Tomografia computadorizada mostrou estreitamento bilateral dos condutos auditivos internos por lesão de densidade óssea, sem pedículo, com base ampla. Ressonância nuclear magnética com lesão hipointensa bilateral em CAI, tanto em T1, como em T2, compatível com conteúdo ósseo ou calcificação. Os achados clínicos e radiológicos levaram à suspeita de exostose de conduto auditivo interno. Paciente aguarda procedimento cirúrgico.

**Discussão:** Os osteomas e as exostoses são tumores benignos do osso, com prevalência estimada em 0,42% na população. As exostoses são lesões de crescimento lento, que podem se desenvolver na região da cabeça e pescoço, especialmente no conduto auditivo externo, onde são mais frequentes e melhor documentadas quando comparada às de conduto auditivo interno, raras, tendo 7 casos relatados. Os sintomas variam desde hipoacusia, distúrbios vestibulares, zumbidos ou assintomático. A hipoacusia pode ser condutiva, sensorioneural ou mista. O diagnóstico é feito pela clínica, avaliação audiológica e tomografia computadorizada, que mostra, geralmente, lesão com acometimento bilateral, de conteúdo ósseo, sem medula óssea em seu interior, com contornos definidos. O diagnóstico diferencial se dá principalmente com neuropatia auditiva e tumores do ângulo pontocerebelar. Etiologia desconhecida. O diagnóstico histopatológico foi documentado em 2 casos submetidos à cirurgia. A conduta pode ser expectante em casos mais indolentes, entretanto, naqueles onde há comprometimento importante, deve-se avaliar cirurgia.

**Considerações Finais:** A exostose de CAI é uma doença rara e desconhecida. O diagnóstico baseia-se na história clínica e em exames complementares. O tratamento deve ser individualizado, expectante ou cirúrgico.

## P 305 EXTRUSÃO DE PRÓTESE DE TITÂNIO EM OUVIDO COM ATRESIA DE JANELA OVAL - RELATO DE CASO

Ricardo Maurício Favaretto, Thaise Cesca, Gabriela Soraya Martini, Rodrigo Dors Sakata, Mauricio Gusberti, Débora Caliani de Vincenzi, Paulo Antonio Monteiro Camargo

*Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** B.C.S.M., 17 anos, atendida com queixa de hipoacusia à direita. Apresentava histórico de cirurgia prévia em ouvido direito com outro profissional. Ao exame, observou-se orelha externa direita mal formada, e perfuração timpânica posterossuperior, com extrusão de prótese de titânio. A audiometria mostrou perda auditiva condutiva com *gap* aéreo-ósseo de 50 a 60 dB em todas as frequências em orelha direita, e limiares dentro da normalidade em orelha esquerda. A tomografia computadorizada de mastoides mostrou atresia de janela oval direita, com prótese de titânio em orelha média, extruindo pela membrana timpânica. A paciente foi submetida à microcirurgia otológica, na qual visualizou-se presença de martelo, ausência de bigorna e estribo, e prótese de titânio extruindo por perfuração timpânica. Realizou-se a remoção da prótese, e fechamento da perfuração timpânica com enxerto de fásia temporal. No terceiro mês pós-operatório, observou-se sucesso no fechamento da perfuração timpânica, e manutenção da hipoacusia condutiva à direita, sendo a paciente encaminhada para reabilitação auditiva com prótese osteoancorada.

**Discussão:** A extrusão de implantes de orelha média é causada por diferentes fatores, dentre eles a biocompatibilidade do material implantado, o ancoramento do implante durante a cirurgia, a qualidade da mucosa da orelha média, dentre outros. A estabilização de um implante em casos de ausência da bigorna e supraestrutura do estribo é difícil. A atresia congênita de janela oval é uma malformação incomum. A associação entre atresia de janela oval e displasia ossicular está relacionada ao subdesenvolvimento dos derivados do segundo arco branquial, pois na embriogênese é o contato do estribo com a cápsula ótica que induz a formação desta janela.

**Considerações Finais:** A atresia de janela oval deve ser investigada como diagnóstico diferencial de perda auditiva condutiva, e uma tomografia computadorizada de mastoides de alta qualidade, com reconstrução de janela oval, é fundamental para o diagnóstico pré-operatório.

## P 306 É VÁLIDO REALIZAR CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE GLÔMUS TIMPÂNICO EM TODOS PACIENTES?

Nicole Kraemer Redeker, Islam Maruf Ahmad Maruf Mahmud, Roberto Dihl Angeli, Julia Tonietto Porto, Larissa Reginato Junges, Greta da Rocha, Paola Fonseca Minuzzi

*Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 65 anos, procurou o serviço de Otorrinolaringologia com queixas de zumbido pulsátil e perda auditiva em orelha esquerda. Foi realizada uma tomografia computadorizada de orelhas e mastoides, a qual apresentava material com densidade de partes moles em cavidade timpânica esquerda. Ressonância magnética de crânio diagnosticou glômus timpânico. A paciente mantinha acompanhamento ambulatorial e realizava exames de audiometria com imitanciometria (A+I) de controle que se mantiveram. A última A+I mostrou orelha direita(OD)/orelha esquerda(OE) perda neurossensorial a partir de 2000Hz, OD com SRT 25dB, IRF 70dB=92% e OE SRT 25dB, IRF 65dB=88%, curvas tipo A em ambas orelhas e reflexos acústicos ausentes. A paciente apresentou, na otoscopia, retração importante de membrana timpânica em OD e a presença de glômus timpânico, não pulsátil com movimentação da membrana timpânica em quadrante posterior e quadrante anterior superior em OE conforme respiração. A paciente é ciente do diagnóstico de glômus timpânico e optou por acompanhamento clínico, mesmo com indicação cirúrgica.

**Discussão:** O tumor glômico (paraganglioma) é uma neoplasia vascular, que pode se apresentar na forma jugular, timpânica ou jugulotimpânica. Este tumor pode comprometer a artéria carótida, a veia jugular e o nervo vago. Classicamente, apresentam-se como lesões vasculares de cor avermelhada na orelha média, caracterizada por zumbido pulsátil e perdas auditivas unilaterais. O tumor glômico sugere uma análise individual de cada caso, para que sejam consideradas as comorbidades do paciente em questão, o impacto dos sintomas na qualidade de vida deste e as características do próprio tumor. O tratamento deste tumor não é consensual. O espectro de opções terapêuticas consideradas válidas estende-se da simples vigilância clínica à radioterapia e à exereses cirúrgica com ou sem embolização prévia.

**Considerações Finais:** Assim, consideramos que, independentemente da opção terapêutica, faz-se necessário acompanhamento clínico devido ao alto índice de recidiva em 10 anos.

## P 307 FÍSTULA LIQUÓRICA ESPONTÂNEA OTOLÓGICA

Juan José Pineda García, Luthiana Frick Carpes, Emanuele Caroline Miola, Jéssica Lima Coelho, Juliana Soares Vieira Araujo, Camila Martins Brock, Luíse Sgarabotto Pezzin

*Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 86 anos, veio ao serviço de Otorrinolaringologia com queixa de hipoacusia e zumbido no ouvido direito, de 4 anos de evolução, iniciado após quadro de infecção de vias respiratórias superiores. Vinha em uso de AASI há 2 anos com melhora da audição. À otoscopia, a membrana timpânica estava opaca em ambos ouvidos, principalmente à direita. Na acumetria, a via aérea era maior à esquerda, o rinne mostrava-se negativo no ouvido direito e positivo à esquerda e o weber lateralizava para direita. O *cavum* e as tubas auditivas estavam livres à nasofibroendoscopia. Audiometria evidenciava perda auditiva mista moderada a severa no ouvido direito e curva B na imitanciometria, TC de ouvidos e mastoides com preenchimento da cavidade timpânica e mastoide por material de densidade intermediária. Foi indicada miringotomia para colocação tubo de ventilação e, no procedimento, houve drenagem abundante de líquido e incolor pulsátil. Foi colhida amostra do material para análise. O resultado foi compatível com líquido cefalorraquidiano. Realizou RMN de ouvidos e mastoides, que apontou descontinuidade na face anterior do teto timpânico, comunicando-se com o espaço subaracnóideo temporal, além hipodensidades nas asas esfenoidais, maior à direita, sugestivos de mieloma múltiplo. Iniciou acompanhamento com neurocirurgia, que iniciou tratamento com acetazolamida para diminuir a pressão liquórica.

**Discussão:** As fistulas de líquido cefalorraquidiano do ouvido médio ocorrem por defeitos ósseos e da dura mater da fossa média. As causas mais frequentes são as iatrogênicas e traumáticas. Neoplasias, infecções, congênicas também são etiologias possíveis. Os mecanismos fisiopatológicos não estão completamente esclarecidos, mas defeitos congênicos do osso temporal, granulações aracnoideias e aumento da pressão intracraniana parecem estar implicados no desenvolvimento de fistulas espontâneas.

**Considerações Finais:** A paciente está em acompanhamento com Hematologia e Neurocirurgia para investigação da origem da fistula, relação com mieloma múltiplo e posterior correção do defeito.

## P 308 FRATURA ATRAUMÁTICA DO CABO DO MARTELO

Vanessa Schmitz Reis, Gisiane Munaro, Hamilton Leal Moreira Ferro, Thairine Reis de Oliveira, Octávia Carvalhal Castagno, Ana Paula Limberger, Roberto Dihl Angeli

*Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de fratura atraumática do cabo do martelo, bem como suas possíveis causas, diagnóstico e tratamentos disponíveis atualmente. Trata-se de uma paciente feminina, 49 anos, médica, procedente de Canoas-RS, nuligesta/nulípara, previamente hígida e sem histórico familiar de hipoacusia ou doenças autoimunes. Procura serviço especializado com queixas de hipoacusia e zumbido não pulsátil em ouvido direito há dois anos após um episódio gripal. O inquérito auditivo minucioso excluiu exposição ocupacional a ruídos, trauma acústico, barotrauma, manipulação de conduto, medicações ototóxicas e infecções otológicas prévias. Ao exame otoscópico deste ouvido, visualizou-se o cabo do martelo posicionado em região anteroinferior da membrana timpânica, parecendo desinserido do umbigo da membrana, além da presença de uma protuberância no cabo do martelo. O exame audiométrico apresentou uma perda auditiva condutiva de grau leve bem como curva Ad na timpanometria. O exame tomográfico detectou a fratura de cabo do martelo sem repercussão no restante dos ossículos.

**Discussão:** A grande maioria das fraturas de cadeia ossicular é de natureza traumática, sendo a manipulação excessiva do conduto auditivo a maior causa. Apenas 80 casos no mundo detectaram fratura isolada do martelo, porém nenhuma de origem atraumática como o caso apresentado.

**Considerações Finais:** Cabe ao especialista investir em exames de alta qualidade, bem como uma anamnese extremamente detalhada para ser capaz de diagnosticar afecções incomuns ao nosso cotidiano, mas de grande valor científico, à comunidade médica e ao paciente.

## P 309 HEMANGIOMA CAPILAR - UM TUMOR VASCULAR RARO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO

Natália Barros de Melo, Matheus Alves Farah, Rebeca Alevato Donadon, Nathalia Parrode Barbosa, André Luis Lopes Sampaio, Juliana Gusmao de Araújo, Paulo Cesar Pezza Andrade

*Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.E.P.S, 36 anos, sem quaisquer queixas otológicas prévias, começou a apresentar zumbido, otalgia e otorreia em orelha esquerda há 8 meses, associados também a hipoacusia ipsilateral. Ao exame físico, foi visualizada massa rósea, não friável, de consistência amolecida preenchendo o conduto auditivo externo (CAE) esquerdo e impedindo visualização da membrana timpânica. Foi então realizada tomografia das mastoides, onde foi observado preenchimento das células mastoides e esclerose óssea parcial a esquerda, não sendo visualizada membrana timpânica. Realizou também audiometria, que mostrou perda mista severa em orelha esquerda. Foi submetida à timpanomastoidectomia no dia 15/05/17. Já no momento no descolamento do CAE já visualizava-se a lesão sólida preenchendo o mesmo. Observou-se que a lesão advinha da orelha média e se estendia até o CAE. Não foi visto plano de clivagem e também, devido ao sangramento abundante da lesão, optou-se por remoção de grande parte da mesma para melhor análise anatomopatológica. O resultado anatomopatológico mostrou lesão constituída de numerosas formações lobuladas constituídas por capilares, sem atipias no revestimento epitelial, compatível com hemangioma capilar. A paciente continua em seguimento no serviço aguardando nova abordagem cirúrgica após avaliação da Oncologia.

**Discussão:** Hemangioma capilar é um tumor altamente invasivo, de remoção difícil pelo fato de ser extremamente sangrante e poder envolver as estruturas vizinhas. São tumores vasculares benignos relativamente comuns na cabeça e no pescoço, mas muito raros no osso temporal. Pode ser confundido com outras massas vasculares, como o tumor glômico ou outras lesões da orelha média.

**Considerações Finais:** A avaliação clínica e radiológica do hemangioma capilar pode ser insuficiente para fazer um diagnóstico pré-operatório, sendo o diagnóstico muitas vezes baseado em espécimes de biópsia intraoperatória.

## P 310 HERPES ZOSTER ÓTICO COM ENVOLVIMENTO DE MÚLTIPLOS PARES CRANIANOS APRESENTANDO BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA SOBRE PROGNÓSTICO

Roseana Netto Pereira, Ligia Maria Olympio, Letícia Castruchi Kamei, Luisa Raña de Aragão, Ana Carolina Moreno de Campos, Jessyca Porto Santana, Plícia Maciel Carvalho

*Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** E.T., masculino, 60 anos, otalgia, vesículas em pavilhão auricular esquerdo e paralisia facial periférica esquerda (House-Brackmann V) há 7 dias, disfonia e disfagia há 5 dias. Iniciado tratamento com aciclovir e hidrocortisona. Telelaringoscopia: imobilidade de prega vocal esquerda. Audiometria: perda auditiva neurosensorial moderada bilateral, pior à esquerda. Endoscopia digestiva alta, TC de tórax e crânio sem alterações. Após 8 meses, apresentou melhora importante do quadro, paralisia facial periférica (House-Brackmann II) e pouca queixa de disfagia. Telelaringoscopia: prega vocal esquerda com mobilidade diminuída, arqueada. Videoendoscopia da deglutição: ausência de estase salivar ou aspiração, escape com alimento pastoso. Audiometria: mantida.

**Discussão:** A síndrome de Ramsay-Hunt (SRH) é caracterizada por paralisia facial, herpes ótico e perda auditiva. Corresponde a 12% dos casos de paralisia facial periférica. Há envolvimento do gânglio geniculado do VII par craniano. Embora o VIII par seja frequentemente acometido, o envolvimento de múltiplos pares cranianos é raro. O mecanismo da polineuropatia permanece incerto. Por isso, descrições sobre prognóstico em tais casos são escassas na literatura. Permanece desconhecido se a associação de SRH com polineuropatia tem pior prognóstico que a SRH isolada. A recuperação do nervo facial na SRH é ruim. Segundo Peitersen, somente 21% adquirem função normal e o tratamento com aciclovir não mostrou benefício. Não há relatos suficientes na literatura sobre qual tratamento instituir na SRH com polineuropatia. Segundo Kim et al., a recuperação dos nervos VI, V e IX foi favorável em seu estudo, enquanto VII e VIII não. Pacientes idosos apresentam pior recuperação e a polineuropatia associada resulta em prognóstico negativo para recuperação vocal.

**Considerações Finais:** A SRH com polineuropatia é rara e seu prognóstico ainda é pouco descrito na literatura. No caso relatado o paciente (com acometimento do VII, VIII, IX e X pares) apresentou bom prognóstico, apesar de ter sido tratado tardiamente e de ser idoso.

## P 311 HIPOACUSIA UNILATERAL NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA REDUTORA

Melissa Ern Benedet, Vinicius de O. Nitz, Taise de F. Marcelino, Felipe Pimmel, Laura M. Giraldi, Nicole Z. Machado, Rafaela P. Bacelar

*Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 27 anos, apresentou no pós-operatório imediato de uma cirurgia bariátrica de *bypass* gástrico em Y-de-Roux quadro de hipoacusia em ouvido direito associado à sensação de plenitude auricular ipsilateral e vertigem. Nega quaisquer outros sintomas e comorbidades. Descartadas causas neurológicas por meio de exames de imagem, a paciente foi encaminhada para o serviço de Otorrinolaringologia. Realizou audiometria, que demonstrou hipoacusia por distúrbio neurossensorial moderado à direita. Prescrito corticoide e pentoxifilina durante 10 dias, demonstrando melhora do quadro. Solicitada nova audiometria, porém a paciente não retornou para acompanhamento.

**Discussão:** Hipoacusia é definida como perda parcial ou total da audição, podendo ser passageira ou definitiva, uni ou bilateral, súbita ou progressiva. Existem estudos que correlacionam deficiências da tuba auditiva com a perda aguda de peso pós-cirurgias bariátricas, contudo, há uma escassez de estudos correlacionando sintomas auditivos com o pós-operatório imediato nas cirurgias redutoras. O tratamento mais efetivo diante da obesidade mórbida é a cirurgia redutora. Mesmo com segurança bem documentada, esta técnica possui complicações do ato operatório. O relato apresentado demonstra um caso incomum no pós-operatório de cirurgias bariátricas: hipoacusia.

**Considerações Finais:** Hipoacusia unilateral é inesperada no pós-operatório imediato de cirurgias bariátricas. A hipótese vascular decorrente da hipóxia da cóclea seja por trombose, embolia ou vasoespasmos da artéria labiríntica já foi relacionada a perdas transitórias da audição em outros tipos de procedimentos cirúrgicos. Nesse caso não é possível afirmar se a hipoacusia no pós-operatório imediato é decorrente de uma complicação do ato operatório ou das novas condições fisiológicas/metabólicas criadas com o procedimento. Evidencia-se na literatura que pacientes obesos com sintomas auditivos prévios tendem a melhorar após cirurgias redutoras e também há relatos de pacientes obesos que tinham normalidade auditiva pré-operatória e que apresentaram complicações auditivas no pós-operatório tardio devido à perda aguda de peso e, por conseguinte, perda de gordura peritubária.

## P 312 HISTIOCITOSE DAS CÉLULAS DE LANGERHANS EM OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO

Fernanda Marques de Melo Araújo, Flávia Marques de Melo, Fernanda Vidigal Vilela Lima, Mirian Cabral Moreira de Castro

*Fundação Ouro Branco, Ouro Branco, MG, Brasil/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.L.B.O., 2 anos, sexo feminino, procurou o serviço de Otorrinolaringologia com história de otorragia a esquerda há dias. Apresentava assimetria da face, pelos pais atribuída a queda recente. Mãe informa que criança não apresentava comorbidades e seu desenvolvimento ocorria conforme o esperado. À otoscopia, havia lesão que ocupava parcialmente conduto, de aspecto granulomatoso, sangrante. Iniciou-se imediatamente terapia com amoxicilina-clavulanato e ciprofloxacino-hidrocortisona tópico, sem melhora do quadro, com aumento da lesão e piora do sangramento. Iniciou-se, então, corticoterapia oral e tópica, com curativo, o que estabeleceu controle do sangramento, mas persistência da lesão. À tomografia computadorizada, constatou-se presença de lesão osteolítica com aparente origem junto à sutura temporal esquerda, projetando-se para a diploe escama temporal, estando ausente qualquer outro foco de lesão. Encaminhada para especialista em Belo Horizonte, foi realizada biópsia que revelou proliferação de células histiocitárias atípicas e imunohistoquímica positiva para CD1a, estabelecendo o diagnóstico de histiocitose de células de Langherans. Iniciou-se o tratamento instituído pela oncologia de ciclos de corticoterapia oral, com o qual obteve-se total remissão da lesão.

**Discussão:** A histiocitose de Langerhans é uma afecção rara, que acomete preferencialmente crianças, de etiologia incerta, caracterizada pela proliferação anormal dessas células associada a uma infiltração, principalmente na região de cabeça e pescoço. O envolvimento do osso temporal e sintomas otoneurológicos são observados em 4-25% dos casos e suas manifestações clínicas envolvem comumente a orelha externa e média, levando a sintomas associados a outras patologias mais prevalentes. A forma focal, como descrita no caso clínico, é a mais comum e de melhor prognóstico, podendo ter remissão espontânea nas formas unifocais.

**Considerações Finais:** Apesar de a histiocitose ser uma doença rara é preciso estar ciente de sua existência, estando apto, dessa forma, para a solicitação dos exames complementares necessários e diagnóstico, bem como tratamento precoce da doença.

### P 313 IMAGEM DAS OSTEODISTROFIAS DO OSSO TEMPORAL - REVISÃO DA LITERATURA

Gustavo Trindade Mury, Carla Margonari Silvestre, Cassiano Mangini Dias Malpaga, Eduardo Espindola Zomer Alves, Felipe Gabriel Garcia, Fernando Souza Lopes Antonio, Paula Dayani de Paiva Kasa, Andy Oliveira Vicente

*Hospital CEMA, São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Descrever as características radiológicas das principais osteodistrofias do osso temporal (OT).

**Método:** Revisão assistemática da literatura médica por meio de levantamento bibliográfico em bases de dados (Medline, Scielo, Lilacs, Capes) e selecionados artigos científicos com as palavras-chave “osteodistrofias” e “osso temporal”.

**Resultados:** Foram selecionados 3 artigos os quais satisfaziam ambos critérios de busca.

**Discussão:** A otosclerose é a osteodistrofia do osso temporal mais prevalente, responsável por 80% dos casos. Pode ser dividida em dois tipos – fenestral e retrofenestral. A região anterior à janela oval (*fissula ante fenestram*) é a localização mais comum da lesão otosclerótica, podendo ocorrer em até 83% dos pacientes. A osteogênese imperfeita é a forma mais agressiva de osteodistrofia, provocando desmineralização do OT. Se assemelha a otosclerose, porém de forma mais intensa e simétrica, acometendo toda a cápsula ótica. Doença de Paget resulta do supercrescimento devido ao rápido *turnover* ósseo. Com manifestações mono ou poliostóticas. O crânio e o osso temporal estão envolvidos em 2/3 dos casos. Apresenta desmineralização difusa da CO, de forma assimétrica, podendo provocar o estreitamento da região atical e/ou do meato acústico interno. A displasia fibrosa caracteriza-se pela proliferação óssea expansiva, lentamente progressiva que possui 3 padrões clássicos: pagetoide, cístico e esclerótico. Na TC é possível evidenciar áreas de luscência e esclerose no osso temporal.

**Conclusão:** Os exames de imagem, em especial a tomografia computadorizada, são ferramentas fundamentais no diagnóstico das osteodistrofias, contribuindo de forma relevante na conduta terapêutica nesses casos.

## P 314 IMPLANTE COCLEAR NA DISACUSIA PROFUNDA UNILATERAL E ZUMBIDO INCAPACITANTE

Eduardo Espindola Zomer Alves, Gustavo Trindade Mury, Cassiano Mangini Dias Malpaga, Mariane Dias Rezende, Mathias Antonialli Castoldi, Everton Cardoso da Silva, Andy de Oliveira Vicente

*Hospital CEMA, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminino, 44 anos, apresenta perda auditiva súbita acompanhada de zumbido incapacitante em ouvido esquerdo após parotidite. O quadro infeccioso foi confirmado com sorologia positiva para caxumba. A audiometria evidenciou disacusia neurossensorial profunda em ouvido esquerdo. Apesar do tratamento precoce com corticoesteroides e antiviral, a paciente não apresentou melhora da audição e do zumbido. Os exames de imagem não demonstraram alterações. Devido ao quadro de disacusia profunda associada à zumbido incapacitante, optou-se pela realização de implante coclear, sendo possível obter uma melhora significativa do zumbido.

**Discussão:** As opções de reabilitação nos casos de disacusia profunda unilateral incluem a prótese CROSS, implantes osseointegrados e mais recentemente os implantes cocleares. O zumbido incapacitante é um sintoma muito desagradável e que pode causar sérios problemas psicológicos ao paciente. Atualmente, existe uma tendência em utilizar o implante coclear nos casos de surdez profunda unilateral associada à zumbido intenso, pois o mesmo pode restabelecer a audição binaural, aprimorar a compreensão da fala em ambientes ruidosos e, principalmente, melhorar o zumbido. A diminuição do zumbido após a ativação do implante coclear foi evidente em nossa paciente, o que proporcionou uma melhora significativa da sua qualidade de vida.

**Considerações Finais:** O implante coclear provavelmente se tornará uma excelente alternativa de reabilitação em pacientes portadores de surdez profunda unilateral associada a zumbido incapacitante.

## P 315 IMPLANTE COCLEAR EM MALFORMAÇÃO DE CÓCLEA: ESTIMULAÇÃO ANÔMALA DO NERVO FACIAL

Guilherme Solé Sampaio, Andressa Brunheroto, José Fernando Gobbo,  
Henrique Penteado de Camargo Gobbo

*Hospital Vera Cruz, Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** I.A.M., 3 anos, feminino, com diagnóstico de perda auditiva neurossensorial profunda bilateral sem benefícios com aparelhos auditivos. Tomografia de ouvidos evidenciou malformação coclear bilateral, pior à direita. Foi indicado implante coclear. A cirurgia foi realizada via transmastóideia, com inserção de eletrodo curto através da janela redonda. Na telemetria de respostas neurais, houve estimulação do nervo facial. O eletrodo foi reposicionado por meio de cocleostomia, porém houve maior estimulação. Foi realizado um terceiro reposicionamento, desta vez com menos estimulação. Neste momento, optamos pelo término da cirurgia. Os posicionamentos foram avaliados por imagens. Na ativação, constatou-se estimulação do nervo facial durante o mapeamento. Após tentativas, conseguimos uma programação com menor estimulação facial e respostas auditivas para sons fortes.

**Discussão:** A estimulação do nervo facial (ENF) tem sido reconhecida na literatura como uma complicação do procedimento, incidindo em 0,9% a 14,6% dos casos. Alguns fatores de associação a uma maior incidência de ENF são: malformações cocleares, otosclerose, ossificação coclear e fraturas. A anatomia coclear anômala tem sido associada a um curso anômalo do nervo facial, o que pode deixá-lo mais próximo à cóclea e, conseqüentemente, ao eletrodo. Vários métodos foram sugeridos na literatura para eliminar a ENF. Alterar as estratégias de mapeamento e os modos de estimulação, diminuindo a amplitude e aumentando a largura do pulso, foram propostas como soluções. Pode ser necessário desligar a estimulação de alguns eletrodos, levando a uma redução na percepção da fala.

**Considerações Finais:** Fatores predisponentes da ENF devem ser levados em consideração para o aconselhamento pré-operatório e planejamento cirúrgico, incluindo escolha do dispositivo. Geralmente, ENF pode ser resolvida modificando o mapeamento, mas isso pode levar a uma redução no resultado auditivo em alguns pacientes.

## P 316 INFECÇÃO PELO ZIKA VÍRUS E A HIPOACUSIA

Thais Bratela Loss, Mariana Bastos Faria, Lais Cristina de Pin, Mário Pinheiro Espósito

*Hospital Otorrino de Cuiabá, Cuiabá, MT, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.P.S., 41 anos, atendida no PA do Hospital Otorrino, queixando-se de zumbido e estalos no ouvido direito. Relata contato com o vírus Zika em setembro de 2015 - exames otorrinolaringológicos normais. Em seu retorno ao PA, apresenta uma audiometria de 25 de outubro de 2016 feita exame admissional – normal, limiars normais. Nova audiometria solicitada + imitânciometria + BERA + ECHOG. Curva audiométrica assimétrica, do tipo sensorineural, de grau moderado com configuração descendente acentuada na orelha esquerda. IRF: monissílabos OD-92% OE-100% LRF: OD 15dB OE 15dB. Imitânciometria tipo A em ambas orelhas. Reflexos Ipsi lateral presentes em ambas orelhas. ECOG: não há evidência de hidropisia endolinfática em ambas orelhas. Ao PEATE, não há evidências de disfunção retrococlear em ambas orelhas. Em novo retorno com exames solicitados; prescrito Betaserc/exit e solicitada ressonância magnética – sem alterações. Relato de caso de paciente com surdez súbita, após contato com Zika vírus, com perda maior que 30dB em, pelo menos, três frequências consecutivas.

**Discussão:** Ministério as Saúde aponta como sequelas não neurológicas a hipoacusia transitória; hipotensão; sintomas geniturinários; alterações oftalmológicas; e hematospermia. A hipoacusia, mais conhecida como perda auditiva ou surdez, consiste na perda parcial ou total da audição, de caráter passageiro ou definitivo, estacionária ou progressiva, unilateral ou bilateral.

**Considerações Finais:** A infecção viral sempre foi considerada como uma das mais frequentes causas da perda auditiva neurosensorial de instalação aguda e que mais produzem destruição na orelha interna. Escassos, ainda, são os estudos que relacionam o vírus Zika e a hipoacusia.

## P 317 LESÕES DO ÁPICE PETROSO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Gustavo Trindade Mury, Cassiano Mangini Dias Malpaga, Eduardo Espindola Zomer Alves, Everton Cardoso da Silva, Fernando Souza Lopes Antonio, Guilherme De Vitto Betti Bottura, Wladival Sterzo de Carvalho, Andy Oliveira Vicente

### *Clinca*

**Objetivos:** Descrever as características radiológicas das principais lesões do ápice petroso.

**Método:** Revisão assistemática da literatura médica com levantamento bibliográfico em bases de dados (Medline, Scielo, Lilacs, Capes) com palavras-chave “ápice petroso”.

**Resultados:** Foram selecionados dez artigos que apresentam relevância na área. Discussão: As lesões do ápice petroso (AP) são avaliadas em conjunto com tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). Caso haja suspeita de lesão vascular, avaliação angiográfica faz-se necessária. Pneumatização assimétrica e efusão são as entidades mais comuns. Estima-se que a incidência de efusão do AP supera a de granulomas de colesterol (GC) em 500 para 1. Por sua vez, a incidência de granulomas de colesterol é de 0,6/1.000.000 de pessoas. Entretanto, os granulomas são mais prevalentes que os colesteatomas. Granuloma de colesterol é um cisto intra-ósseo preenchido com fluido escuro viscoso e tecido de granulação. Cristais birrefringentes podem ser vistos na microscopia. A efusão encontrada em ossos pneumatizados, tem incidência de 1% nas RM de crânio, sendo resultado do aprisionamento de líquido na mastoide. Mucocelos são lesões identificadas ocasionalmente no ápice petroso. Formam-se em ossos pneumatizados na base do crânio pela obstrução de células secretoras de muco.

**Conclusão:** O acompanhamento com imagens seriadas é o mais apropriado para os pacientes assintomáticos. RM é preferível pela ausência de radiação e melhor definição dos tecidos moles. Granuloma de colesterol é a única lesão que apresenta sinal hipertenso em T1 e T2 na RM e, caso evidencie erosão ou expansão óssea, está indicado abordagem cirúrgica. Na efusão, a TC evidencia opacificação das células sem evidência de coalescência. Embora possa mimetizar o GC pela imagem semelhante na RM, a efusão não causa expansão ou destruição das células do ápice petroso. A mucocela apresenta imagem semelhante à efusão. A TC evidencia leve erosão óssea e RM sinal hipointenso em T1 e hiperintenso em T2.

## P 318 LIPOMA EM MEATO ACÚSTICO INTERNO - RELATO DE CASO

Eduardo Espindola Zomer Alves, Cassiano Mangili Dias Malpaga, Diana Hammes de Carli, Mariane Dias Rezende, Gustavo Trindade Mury, Wladival Sterzo Carvalho, Andy de Oliveira Vicente

*Hospital CEMA, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.I.F., 67 anos, apresenta perda auditiva progressiva há 20 anos em ouvido direito. Nega zumbido ou tontura. A ressonância magnética (RM) evidenciou tumor em meato acústico interno direito, sugestivo de lipoma. De acordo com a RM, não houve alteração no tamanho da lesão em comparação ao exame realizado há 22 anos. A audiometria apresenta disacusia neurosensorial moderada-severa em ouvido direito com baixa discriminação vocal. Foi proposto seguimento radiológico, audiométrico e reabilitação auditiva.

**Discussão:** Os tumores do ângulo pontocerebelar correspondem a 10% das lesões de base de crânio, sendo 95% dessas compostas por schwannomas vestibulares. Dentre as demais formas, apenas 0,1% são representadas por lipomas. Os lipomas são malformações congênitas originárias preferencialmente da meninge primitiva que possuem crescimento lento e são propensos a envolver estruturas neurovasculares. Estes podem causar hipoacusia, vertigem e *tinnitus*. Optou-se pela conduta expectante, devido principalmente ao grau de estabilidade da lesão, que apresentou um crescimento lento e indolente ao longo dos anos. A ressonância magnética é o exame de eleição para o diagnóstico da lesão, na qual é possível observar um hiperssinal em T1, intensidade de sinal variável em T2 e hipossinal em T1 com supressão de gordura. No presente trabalho, apresentamos um relato de caso de lipoma de ângulo pontocerebelar que foi acompanhado por 22 anos, no qual não houve progressão do tamanho do tumor, dos sintomas clínicos e audiométricos.

**Considerações Finais:** O diagnóstico de lipoma no meato acústico interno requer alta suspeição clínica por tratar-se de afecção rara e sem sintomatologia específica. A relevância desse caso se deve ao fato do *follow-up* de mais de duas décadas, reforçando a possibilidade segura da conduta conservadora nos casos de lipoma em meato acústico interno, desde que devidamente monitorado com exames de imagem, mais especificamente com a ressonância magnética.

## P 320 MANIFESTAÇÕES OTOLÓGICAS DA SÍNDROME DE OKIHIRO

Lara Emy Mukai, Flávia Caldini Pissini, Gabriel Liria Juares, Daniela Vieira Martins, Letícia Helena de Sousa Marques, Rafael da Costa Monsanto, Fábio Tadeu Moura Lorenzetti

*Hospital de Otorrinolaringologia de Sorocaba (BOS), Sorocaba, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Um paciente de 12 anos, sexo masculino, comparece para avaliação otorrinolaringológica por respiração oral, roncos, apneia presenciada e hipoacusia, de início há 4 anos, sem melhora com tratamento clínico. A criança era primogênita de um casal não consanguíneo, sem antecedentes patológicos, assim como o irmão. Ao exame físico, eram evidentes sinais sugestivos de doença genética, que incluíam hipoplasia hemifacial à esquerda, fronte ampla, fendas palpebrais antimongoloides e leve hipertelorismo ocular. Oroscoopia demonstrava amígdalas ausentes (amigdalectomia prévia), palato ogival e apinhamento dentário. Rinoscopia evidenciou desvio septal anterior à direita, hipertrofia de cornetos nasais inferiores, e otoscopia mostrava estenose parcial de meato acústico externo à esquerda, com membrana timpânica levemente opacificada; à direita, observamos membrana translúcida com presença de líquido retrotimpânico. Nasofibrolaringoscopia demonstrou desvio septal grau 3 em zona II de Cottle, aumento volumétrico de cornetos nasais inferiores, adenoide obstruindo 60% das coanas, sem obstrução de óstios tubários. Audiometria demonstrou perda auditiva condutiva de grau leve à direita e severo à esquerda. Avaliação genética da criança revelou diagnóstico de “síndrome de Okihiro”.

**Discussão:** A síndrome de Okihiro é uma doença rara, de herança autossômica dominante, de penetrância variável, caracterizada clinicamente por malformações de arcos radiais associadas à anomalia de Duane. Alterações faciais são comuns e incluem microssomia hemifacial de grau variável, dobras epicânticas, hipertelorismo ocular, ponte nasal plana e ponta nasal proeminente. Perda auditiva neurossensorial ocorre em 16% dos pacientes com esta síndrome. Alterações como malformação do pavilhão auditivo e estenose de conduto auditivo já foram descritas, e podem levar à perda condutiva, embora não existam relatos demonstrando este tipo de perda secundário à síndrome de Okihiro.

**Considerações Finais:** A perda auditiva é uma manifestação comum na síndrome de Okihiro e deve ser investigada e tratada precocemente.

## P 321 MANIFESTAÇÕES OTOLÓGICAS NA SÍNDROME DE LARSEN

Leticia Helena de Sousa Marques, Daniela Vieira Martins, Gabriel Liria Juares, Flavia Caldini Pissini, Lara Emy Mukai, Rafael Monsanto, Fabio Tadeu Moura Lorenzetti

*Hospital de Otorrinolaringologia de Sorocaba (BOS), Sorocaba, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, masculino, 14 anos, com queixa de hipoacusia bilateral há 2 anos, progressiva com diagnóstico de síndrome de Larsen. Apresentou problemas ortopédicos devido a deformidades que foram corrigidas com procedimento cirúrgico, realizou tratamento com hormônio de crescimento (GH) decorrente à baixa estatura e apresentou pneumonias de repetição. Exame físico otorrinolaringológico apresenta-se normal e audiometria tonal e vocal detectou perda auditiva condutiva de grau moderado bilateralmente e imitânciometria com curva C bilateralmente. A tomografia de ossos temporais não evidenciou alterações. Após avaliação, foi indicado aparelho de amplificação sonora individual.

**Discussão:** Síndrome de Larsen foi descrita pela primeira vez como uma síndrome ortopédica em 1950 caracterizada por luxações articulares múltiplas e fácies incomum com uma ponte nasal baixa. Mutações genéticas no gene *FLNB* parece ser a causa da síndrome de Larsen. Os sinais e sintomas da síndrome de Larsen podem variar amplamente. Os indivíduos afetados geralmente nascem com luxações múltiplas de grandes articulações e com deformidade nos pés. Perda auditiva neurossensorial e condutiva têm sido relatadas e quando a última está presente uma anormalidade ossicular pode estar presente como displasia do incus ou da articulação incostapedial e fixação da estaca do estribo. A perda condutiva foi presumida em alguns artigos devido à efusão da orelha média que pode complicar com uma anormalidade ossicular. A perda neurossensorial pode indicar comprometimento congênito sensorial ou neural. Muito pouco se sabe sobre o manejo desses pacientes e envolve o uso de próteses auditivas e o tratamento de efusões de orelha média frequentes e recorrentes. O diagnóstico da síndrome é baseado em achados clínicos e achados específicos na ultrassonografia, mas exames genéticos devem ser feitos.

**Considerações Finais:** Os médicos devem estar cientes do acompanhamento multidisciplinar. Atentar-se à perda auditiva condutiva e neurossensorial e responder com o tratamento agressivo e precoce de otite média, avaliações audiológicas e acompanhamento periódico.

## P 322 MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DAS VASCULITES LIGADAS AO ANCA

Bárbara Ribeiro de Belmont Fonseca, Clarice Naya Loures, Thaís de Carvalho Pontes Madruga, Natalya de Andrade Bezerra, Manoela Paiva de Oliveira, Marcos Luiz Antunes

*Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal Paulista (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Caso 1: S.M.R.C., 56 anos, feminino, com otalgia e hipoacusia súbitas à direita, febre e obstrução nasal, sem melhora com antibiótico e corticoterapia orais. Evoluiu com os mesmos sintomas contralateralmente e paralisia facial periférica à direita (PFP). Foi internada para medicação endovenosa, com melhora da otalgia. Submetida à miringotomia com tubo de ventilação. Após três meses, manifestou quadro nasossinusal, dispneia, artralgia, hematúria, anemia e aumento de provas inflamatórias. Biópsia nasossinusal e ANCA-C confirmaram granulomatose com Poliangiíte ou de Wegener. Caso 2: EG, 41 anos, feminino, com otite média aguda (OMA) recorrente e hipoacusia bilaterais. Otoscopia: nível líquido retrotimpânico bilateral. Audiometria: perda auditiva condutiva leve e curva B bilaterais. Nasofibrolaringoscopia e dosagem de imunoglobulinas sem alterações. Submetida à miringotomia com tubo de ventilação. Evoluiu com otalgia e otorreia bilaterais. Nova audiometria evidenciou perda auditiva mista bilateral moderada a severa. Ressonância magnética de orelhas internas sem alterações. Apresentou dois episódios de anacusia e PFP responsivos à corticoterapia. Realizou-se mastoidectomia exploradora, com anatomopatológico do material obtido evidenciando processo inflamatório inespecífico. Apresentou radiografia pulmonar pré-operatória com aumento da trama vascular, marcadores inflamatórios elevados e ANCA-P positivo, com diagnóstico de poliangiíte microscópica.

**Discussão:** As vasculites ANCA-associadas, granulomatose com Poliangiíte ou de Wegener e poliangiíte microscópica caracterizam-se por processo inflamatório das vias aéreas, glomerulonefrite e vasculite necrotizante de pequenos vasos. Quadros otorrinolaringológicos ocorrem em até 70% dos casos, incluindo rinites, sinusites, destruição cartilaginosa, entre outros. Podem manifestar-se inicialmente com otite média secretora (OMS), perda auditiva, zumbido, vertigem e paralisia facial.

**Considerações Finais:** As vasculites de pequenos vasos devem fazer parte do diagnóstico diferencial das otites. É importante considerar investigação reumatológica diante de OMA recorrente e OMS em adultos de meia-idade.

## P 323 MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA ICTIOSE LAMELAR

Flávia Caldini Pissini, Lara Emy Mukai, Gabriel Liria Juares, Daniela Vieira Martins, Letícia Helena de Sousa Marques, Rafael da Costa Monsanto, Fábio Tadeu Moura Lorenzetti

*Hospital de Otorrinolaringologia de Sorocaba (BOS), Sorocaba, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 10 anos, comparece em consulta para avaliação otorrinolaringológica por hipoacusia e distúrbio de fala há 6 anos, além de obstrução nasal e respiração oral. Os pais negaram outros sintomas otorrinolaringológicos à exceção dos mencionados. A paciente era acompanhada pela Genética e Pediatria, por diagnóstico de ictiose lamelar. Exame físico geral evidenciou ectrópio, eclábio e descamação córnea da pele. À otoscopia, havia oclusão de ambos meatos acústicos externos por debris epiteliais; após limpeza cuidadosa, as membranas timpânicas estavam íntegras e com aspecto normal. As tonsilas palatinas eram aumentadas, obstruindo coluna aérea posterior; rinoscopia demonstrava aumento leve de cornetos nasais inferiores. Endoscopia nasal e laríngea mostrou aumento volumétrico de tonsila faríngea com redução da patência coanal bilateralmente, sem obstrução dos óstios de tubas auditivas. Audiometria e timpanometria (realizadas após limpeza otológica) não evidenciaram alterações. Processamento auditivo central demonstrou alterações nas habilidades auditivas de fechamento auditivo, interação binaural, reconhecimento e rotulação linguística de padrões temporais, resolução temporal, memória para sons verbais e não verbais em sequência, integração e separação binaural.

**Discussão:** Alterações auditivas secundárias à ictiose lamelar atingem até 80% destes pacientes. Nenhum estudo dedicou-se a avaliar nesta população o tipo de perda auditiva mais frequente e possíveis mecanismos fisiopatológicos. A descamação epitelial secundária à doença leva à perda auditiva condutiva prolongada ou recorrente por oclusão meatal, aumentando as chances de alterações de aprendizado e fala, principalmente em crianças em idade escolar.

**Considerações Finais:** Pacientes com ictiose lamelar devem realizar avaliação otológica e auditiva periódica.

## P 324 MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA SÍNDROME DE CROUZON: RELATO DE CASO DE MÃE E FILHO

Isabela Siqueira Guedes de Melo, Paula Bhering de Oliveira, Durval de Paula Chagas Neto, Luiza Amarantes Rodrigues, Stefano Tincani, Gerusa Pereira Foschini

*Instituto Penido Burnier, Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Mãe e filho, portadores da síndrome de Crouzon. A mãe, 41 anos, apresenta disostose craniofacial, hipertensão intracraniana, migrânea e atrofia de nervos ópticos. Desde 2009, apresenta hipoacusia progressiva direita, sem alterações de membrana timpânica, episódios de vertigem e zumbido. À audiometria, perda auditiva sensorioneural direita, apresentando piora considerável de 2014 para 2016. PEATE sem alterações. O filho, 9 anos, também apresenta fenótipo típico, com malformações da face e hipoplasia maxilar, já submetido a duas craniotomias. Tem roncos, apneia e respiração bucal. Apresentou, à nasofibrolaringoscopia, desvio septal obstrutivo e hipertrofia adenoideana (100% de obstrução). Audiometria sem alterações.

**Discussão:** A síndrome de Crouzon é uma herança autossômica dominante de expressividade variada, causada por mutações no gene FGFR2, caracterizada por craniossinostose, hipoplasia maxilar e proptose, apresentando incidência de 1/25000 nascidos vivos. A perda auditiva é comum, sendo condutiva a mais frequente, decorrente de distúrbios ventilatórios secundários a anomalias da tuba auditiva, nasofaringe e palato. Contudo, pode ser sensorioneural ou mista por anomalias na anatomia da orelha interna, como compressão do nervo auditivo no meato acústico interno. Foi também demonstrado que o gene FGFR2 é expressado na cóclea e em outras regiões da orelha interna. No caso descrito, a origem provável é coclear. Já a queixa respiratória é geralmente multifatorial, no caso do filho causada por alterações ósseas relacionadas à síndrome, com redução da coluna aérea em nasofaringe, associadas a desvio septal e hipertrofia adenoideana.

**Considerações Finais:** O objetivo foi alertar sobre as alterações otorrinolaringológicas da síndrome de Crouzon, uma vez que, em geral, o tratamento multidisciplinar desses pacientes é focado na correção das alterações cranianas e oftalmológicas. Assim, tendo sido confirmado o diagnóstico, é fundamental avaliação audiológica e respiratória e acompanhamento com otorrinolaringologista para investigação diagnóstica e tratamento precoces.

## P 325 MIÍASE NO PÓS-OPERATÓRIO PRECOCE DE TIMPANOMASTOIDECTOMIA ABERTA: RELATO DE CASO

Pietro Jorge Tenório Tavares, Silvio da Silva Caldas Neto, Mariana de Carvalho Leal, Larissa Leal Coutinho, Mateus Morais Aires Camara, Gabriela Silva Teixeira Cavalcanti, Pamella Marletti de Barros

*Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** S.F.S., 59 anos, motorista aposentado, morador de área rural de Itapssuma-PE submetido a uma timpanomastoidectomia técnica aberta com meatoplastia por otite media crônica colesteatomatosa na orelha esquerda. Recebe alta no primeiro dia pós-operatório (DPO) com curativo oclusivo na cavidade de gaze com pomada antibiótica e orientação de retorno no quinto DPO para retirada de curativo e revisão cirúrgica. Paciente faltou à primeira consulta de revisão e só retorna 7 dias após para retirada de curativo. No 14 DPO queixava-se de cefaleia, otorreia, saída de larvas do conduto esquerdo e ao exame percebida grande quantidade de larvas. Realizada dose de ivermectina, tentada retirada total das larvas no ambulatório sem sucesso. Colocado curativo oclusivo de gaze, iodofórmio com lidocaína gel e prescrito antibiótico oral. No 19 DPO submetido à cirurgia exploratória para limpeza sob sedação em bloco cirúrgico. No 30 DPO apresentava cavidade sem larvas e em processo de epitelação.

**Discussão:** Miíase é a infestação de larvas de moscas dípteras (*Cochlioma mocellaria*) no tecido celular subcutâneo, nas mucosas ou cavidades e se alimentam de tecido vivo ou necrótico. A fêmea adulta pode depositar cerca de 60 ovos em 1h e a eclosão de larvas no primeiro estágio acontece em até 2 dias.

**Considerações Finais:** A infestação de larvas pode acontecer em várias regiões do organismo e são raros os relatos no pós-operatório precoce de timpanomastoidectomia aberta. Cuidados com a ferida operatória são importantes para evitar tal entidade nosológica.

## P 326 MIRINGITE GRANULAR

Caroline Grandini Costa, André Jaeger de Belli, Paula Wickert Bastos, Aline Silveira Martha, Viviane Feller Martha

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 54 anos, referia otorreia intermitente em orelha direita há 8 anos, negava otalgia, otorragia ou febre. Dois anos antes da consulta, apresentava quadro de otite média crônica com perfuração central puntiforme tratada com cauterização com ácido tricloroacético, entretanto, manteve otorreia do mesmo lado e sem informação sobre perfuração da membrana timpânica (MT). Negou sintomas na orelha esquerda e não referiu história de otites de repetição na infância. Paciente hipertensa em uso de losartana. Na consulta, ao exame físico, apresentava otoscopia à esquerda normal e à direita granulação e umidade na MT, sem perfuração, sugerindo miringite granular. Realizou-se exame audiométrico com perda auditiva condutiva leve e timpanometria com curva do tipo B, ambos à direita. A tomografia computadorizada (TC) de ouvidos e mastóides mostrou espessamento da MT. Após TC, colocou-se tubo de ventilação e cauterizou-se a MT com ácido tricloroacético na área com granulação. Paciente melhorou da otorreia, sem novos episódios com 1 ano de *follow-up* após procedimento cirúrgico.

**Discussão:** A miringite granular é uma afecção etiologicamente indefinida. Sabe-se apenas que há patógenos causadores mais frequentes, como *Haemophilus influenzae*. Essa doença representa de 1,2 a 1,8% das consultas ambulatoriais de adultos, sem relação com sexo, porém com cronificação aparente em idosos. Complicações podem ocorrer: inflamações, estenoses ou fibrose do conduto auditivo externo.

**Considerações Finais:** A paciente apresentava otorreia frequente em orelha direita, importante sintoma de miringite granular. A otoscopia é o exame indispensável para diagnóstico clínico, visto que se observa a área focal de desepitelização e granulação sobre a membrana timpânica. A TC é importante, pois, sem perfuração da MT, pode-se avaliar a orelha média e cavidade mastóidea para fazer diagnóstico diferencial com otite média crônica. Então, optou-se pelo tratamento tradicional - cauterização com ácido tricloroacético e seguimento ambulatorial, além da colocação do tubo de ventilação.

## P 328 NEUROFIBROMA PLEXIFORME GERANDO OBSTRUÇÃO DE CONDUITO AUDITIVO EXTERNO E PARALISIA DE RAMO TEMPORAL DO NERVO FACIAL EM PACIENTE COM NEUROFIBROMATOSE DO TIPO 1: RELATO DE CASO

Gabriela de Andrade Meireles Bezerra, Marcos Rabelo de Freitas, Monique Barros Brito da Conceição, Clara Mota Randal Pompeu, Ulisses Meireles Figueiras Filho, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Viviane Carvalho da Silva

*Hospital Universitário Walter Cantídio - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.E.L.A., sexo feminino, 54 anos, com diagnóstico de neurofibromatose do tipo 1 desde os 20 anos, apresentando mais três casos semelhantes na família. Em sua primeira avaliação no Hospital Universitário Walter Cantídio, apresentava lesões nodulares cutâneas e manchas café-com-leite disseminadas, além de efélides axilares. Paciente relatava queixas de hipoacusia e plenitude auricular à esquerda. Negava otalgia ou otorreia associadas. Ao exame físico, foi evidenciada lesão de aspecto nodular obstruindo canal auditivo externo à esquerda, proveniente de região parotídea, além de paralisia facial de ramo temporal ipsilateral. Audiometria indicou, à esquerda, perda auditiva mista de grau moderado e ausência de reflexo estapediano. Exame contralateral sem alterações. Ressonância magnética de encéfalo sugeriu que lesão se tratava de neurinoma plexiforme. Pelo risco cirúrgico apresentado pela paciente e normoacusia contralateral à lesão, foi decidido por tratamento conservador e acompanhamento clínico.

**Discussão:** A neurofibromatose do tipo 1 constitui uma desordem genética autossômica dominante que tem como características clínicas principais a presença de manchas café-com-leite, efélides axilares e inguinais, nódulos de Lish e neurofibromas dérmicos e plexiformes. O neurofibroma plexiforme é um tumor benigno que resulta da proliferação de nervos periféricos. A localização desse subtipo de tumor no conduto auditivo, causando hipoacusia, é pouco frequente. O envolvimento de nervos ao redor da aurícula é incomum, sendo ainda mais raro o envolvimento do nervo facial.

**Considerações Finais:** Apesar de a neurofibromatose constituir-se de uma desordem genética relativamente frequente na população, o comprometimento da região auricular por neurofibromas, causando hipoacusia, é evento raro. Envolvimento do nervo facial, gerando paralisia facial, é também pouco descrito na literatura.

## P 329 O USO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PARA O CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DO COLESTEATOMA

Luiz Carlos Alves de Sousa, Daiane Oliveira Braga, Eron Mosciati, Aldo José Bellodi, Monique Maria Steffen, Déborah Barcelos Victoy, Natalia Trabachin Cavallini Menechino

*Complexo Hospitalar Ouro Verde, Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.B.C., 18 anos, portadora de otite média crônica colesteatomatosa em orelha direita (OD). Foi submetida à timpanomastoidectomia de cavidade fechada. Apresentou boa evolução pós operatória durante 1 ano e meio, quando começou a referir plenitude e otalgia intermitente em OD. Realizada tomografia computadorizada (TC) de mastoides para controle, com identificação de material de densidade de partes moles em epitimpano, suspeitando-se de colesteatoma recidivado. Foi solicitada ressonância magnética (RM) de mastoides, que evidenciou lesão com hipersinal em T1 e T2, sem restrição a difusão em epitimpano. Os achados da RM são compatíveis com tecido cicatricial. Desta forma, pode-se tranquilizar a paciente sobre a ausência de recidiva, sendo adotada conduta expectante.

**Discussão:** A tomografia computadorizada é o método de imagem de escolha para o estudo inicial das cavidades cirúrgicas de mastoidectomia, porém apresenta baixa especificidade quando a cavidade está preenchida por material com atenuação de partes moles. A RM com sequências convencionais pode diferenciar a mucosa inflamada e o granuloma de colesterol nos pacientes não operados, porém é ineficaz em diferenciar a recorrência do colesteatoma. A RM com sequência de difusão e pós-contraste tardia permite a diferenciação entre tecido de granulação e recidiva de colesteatoma maiores que 0,5 cm. A diferenciação baseia-se no fato de o colesteatoma ser um tecido avascular não realçado pelo contraste enquanto os tecidos inflamatório, granulomatoso e cicatricial, embora pobremente vascularizados, são realçados lentamente pelo contraste na sequência ponderada em T1 com supressão de gordura.

**Considerações Finais:** As técnicas atualmente disponíveis para o exame de RM nos permitem um diagnóstico diferencial seguro entre colesteatoma e outros tecidos inflamatórios e cicatriciais, evitando-se, desta forma, boa parte das cirurgias revisionais.

### P 330 OBLITERAÇÃO DO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO POR INFECÇÃO DECORRENTE DE AUTOMUTILAÇÃO

Camilo Pessi Brumatte, Daniella Leitão Mendes, Thiago Chalfun de Mattos Fonseca, Alexandre José de Sousa Cunha, Natalia Mello do Vale, Danielle Cabral Ciafrone, Ignácio Garcia Nunes Junior

*Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Criança com 6 anos, sexo feminino, acompanhada de sua mãe, procurou atendimento médico de urgência otorrinolaringológica apresentando lesões em ambas às orelhas e queixa de hipoacusia bilateral, principalmente à direita. À otoscopia, apresentava crostas, com áreas de necrose e lesões fúngicas obstruindo o conduto auditivo externo bilateralmente. A lesão à direita se estendia até o lobo da orelha e a esquerda limitava-se ao introito do conduto. Além das alterações supracitadas, a paciente apresentava áreas de alopecia e escoriações em região parietotemporal, emagrecimento e lesões hipocrômicas na face e couro cabeludo sugestivas de pteríase versicolor. De acordo com a mãe, a criança apresentava alterações no comportamento, como dificuldade em socializar-se, agressividade e descuidou-se da vaidade, características que se intensificaram desde o nascimento do segundo filho, há dois meses. Ainda segundo relato da responsável, a menor passou a utilizar hastes flexíveis em ambas às orelhas, ocasionando contínuos traumatismos.

**Discussão:** Diante do exposto, a conduta adotada foi analgesia com remoção das crostas seguida de tratamento domiciliar para o qual foram prescritos analgesia, antibioticoterapia oral, associação de antibiótico e corticoide tópico e antifúngico local por um período de 14 dias. Foi encaminhada ao serviço social e ao ambulatório de dermatologia. Retornou em uma semana, muito risonha, interagindo com a equipe médica, sendo referido pela mãe que após acompanhamento social e psicológico a paciente teve melhora significativa no humor e comportamento, assim como, diminuição das lesões hipocrômicas e da alopecia. Otoscopia apresentando diminuição significativa na extensão das lesões em orelha esquerda e parcial à direita, sendo nesta última, necessária nova remoção das crostas e incisão para penetração das medicações tópicas por mais duas oportunidades.

**Considerações Finais:** Após tratamento clínico, constatou-se a necessidade de procedimento cirúrgico (meatoplastia), sendo a paciente encaminhada para serviço de referência. Sugerimos, então, que especialistas da área de Otorrinolaringologia realizem a abordagem em casos semelhantes.

## P 331 OSTEOGÊNESE IMPERFEITA - RELATO DE CASO

Carolina Bongioiolo, Cíntia Elisa Gonçalves Costa, Mirian Cabral Moreira de Castro, Marcelo Castro Alves de Sousa, Milene Lopes Frota, José Marcio Costa Barcelos Junior, Larissa Parrela Rodrigues

*Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** V.A.P., 16 anos, sexo feminino, com história de hipoacusia bilateral progressiva e fraturas recorrentes de membros superiores desde os 6 anos. Além disso, apresenta esclera azulada e sinais de otosclerose coclear espongiiforme. Desde então, a paciente faz acompanhamento com a equipe da Otorrinolaringologia da Santa Casa BH, com audiometria anual, sendo protetizada bilateralmente há 2 anos. Última audiometria evidenciando perda mista moderadamente severa, em U, bilateral. Timpanometria tipo A bilateral. A paciente está em uso de 70 mg de alendronato por semana.

**Discussão:** A osteogênese imperfeita (OI) é um grupo heterogêneo de distúrbios congênitos do tecido conjuntivo que compartilham anomalias esqueléticas semelhantes, causando fragilidade e deformidade óssea. Resulta em doenças do colágeno caracterizadas por ossos osteoporóticos, que se quebram facilmente. Podem ocorrer também alterações como esclera azulada, articulações frouxas e formação imperfeita de dentina. A maioria é autossômica dominante, com mutações no colágeno tipo I - forma de colágeno fibrilar mais comum e o principal constituinte dos ossos e da pele. Como descrito na literatura, a paciente acompanhada apresentava, além de hipoacusia, grande parte dos sinais e sintomas da OI, como fraturas de membros superiores, escleras azuladas e sinais de otosclerose coclear espongiiforme. Contudo, a paciente do caso não fazia uso de bifosfonato previamente à consulta. Atualmente, há evidência de que bisfosfonatos orais ou intravenosos aumentam a densidade mineral óssea em crianças e adultos com OI, mas não necessariamente reduzem fraturas. Assim, são indicados para indivíduos com OI.

**Considerações Finais:** Mesmo em casos mais típicos, como o descrito, muitas vezes o otorrinolaringologista pode deixar passar o diagnóstico, caso não conheça a doença e seus achados. Com isso, o especialista tende a não conduzir de forma adequada e não apresentar ao paciente tudo que pode ser fornecido para melhor tratá-lo, o que justifica a importância de se conhecer a OI.

## P 332 OSTEOMIELEITE DE BASE DE CRÂNIO SEM FOCO PRIMÁRIO - RELATO DE CASO

Aline Emer Faim, Bruno Alexandre Barbosa do Nascimento, Leonardo Biselli da Costa Monteiro, Ronny da Silva Lederer, Natascia Lumi Adati, Rafael Calsoni Gomes, Eduardo Tanaka Massuda

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 60 anos, sexo masculino, hipertenso e diabético. Apresentava dor em hemiface direita há 3 meses, sem melhora com analgesia. Em primeira avaliação, não apresentava alterações do exame otorrinolaringológico e neurológico, ou alterações em tomografia crânio/ouvido. Após cerca de 1 mês, evoluiu com disfagia e odinofagia associadas ao sintoma anterior. Apresentava discreta opacidade de membrana timpânica direita, elevação de palato assimétrica, desvio da língua para a direita e paralisia de prega vocal direita - configurando paralisia de IX, X e XII pares cranianos. Realizada nova tomografia: velamento de mastoide direita (com trabeculado ósseo íntegro), e erosão óssea com sinais de processo inflamatório em base de crânio à direita, envolvendo espaço carotídeo e parafaríngeo, incluindo forame jugular. Realizada paracentese de ouvido direito (líquido citrino) e colhidos exames gerais, apresentava aumento de proteína C reativa, sem leucocitose e sorologias negativas. Evoluiu rapidamente com quadro de rebaixamento de nível de consciência, sendo diagnosticada meningite através de líquor, concomitante com resultado de cultura de ouvido médio, que revelou presença de *Pseudomonas aeruginosa*. Iniciado tratamento com antibiótico; e devido evolução desforável, optou-se pela abordagem cirúrgica de ouvido direito: espessamento de mucosa da mastoide, sem secreção ou alteração do trabeculado ósseo; também visualizado edema discreto em nasofaringe (biópsiado). Após resultado dos exames de cultura (mastoide, rinofaringe e líquor) negativos, e biópsia de nasofaringe e mastoide sem achados específicos, mantido tratamento com antibioticoterapia endovenosa por 8 semanas. Paciente evoluiu com melhora gradual do quadro clínico e exames laboratoriais.

**Discussão:** A osteomielite de base de crânio comumente está associada com otite externa necrotizante, sendo facilmente reconhecida pelo otorrino. Porém, casos raros em que não é possível encontrar um foco primário, dificultam o diagnóstico.

**Considerações Finais:** O caso ilustra como o diagnóstico da osteomielite pode ser difícil; e o tratamento deve ser rápido, a fim de evitar um desfecho desfavorável.

### P 333 OTITE MÉDIA AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO EPIDURAL APÓS ANTIBIOTICOTERAPIA: RELATO DE CASO

Taynara Oliveira Ledo, Mariana Delgado Fernandes, Rafael Freire de Castro, Athina Hetiene de Oliveira Irineu, Thays Fernanda Avelino dos Santos, Daniel Cesar Silva Lins, Felipe Costa Neiva

*Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.P.D.S., 11 anos, sexo masculino, diagnosticado com otite média aguda em orelha direita, refratário ao tratamento inicial com cefaclor. Foi submetido a internação hospitalar em outro serviço, por quatro dias, com antibiótico intravenoso (ceftriaxone e clindamicina), complementado, após alta, com claritromicina por dez dias. Após o término, paciente apresentou trismo e otalgia intensa em orelha direita. Foi admitido no Hospital do Servidor Público Estadual, onde foi realizada tomografia computadorizada de crânio que evidenciou abscesso epidural em região temporal direita com compressão do parênquima temporal, associado a abscesso no músculo temporal com extensão para articulação temporo-mandibular ipsilateral. Optou-se por abordagem cirúrgica em conjunto com a Neurocirurgia, realizada craniotomia temporal direita, além de colocação de tubo de ventilação tipo shepard. Paciente permaneceu internado durante oito dias e optou-se por tratamento domiciliar com antibiótico via oral por seis semanas. Evoluiu satisfatoriamente, não apresentando sequelas do quadro e segue em acompanhamento ambulatorial neste serviço.

**Discussão:** A incidência geral de todas as complicações da otite média diminuiu desde o advento do tratamento antimicrobiano efetivo. Abscesso epidural é uma complicação incomum na era antibiótica. Entretanto, estudos recentes sugerem uma incidência crescente de casos em decorrência da resistência antimicrobiana observada nos últimos anos. Na sequência de uma história clínica e exame físico compatível com uma complicação de otite, o exame de imagem complementa e esclarece a presença de complicações intracranianas. Apesar da melhora dos métodos diagnósticos e terapêuticos, observa-se mortalidade de 4-18%. Estes achados reforçam a necessidade da atenção a OMA e suas complicações, dada a elevada probabilidade de desfecho menos favorável.

**Considerações Finais:** É notado que com o advento dos antibióticos tenha ocorrido redução nas complicações intracranianas da OMA. No entanto, os pacientes continuam a apresentar essas complicações e é fundamental um diagnóstico precoce a fim de reduzir as sequelas neurológicas, tempo de internação hospitalar e mortalidade.

## P 335 OTITE MÉDIA COM COMPLICAÇÕES INTRATEMPORAIS E INTRACRANIANAS: RELATO DE CASO

Adriano Sérgio Freire Meira, Alvaro Vitorino de Pontes Junior, Yuri Ferreira Maia, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho, Adilson de Albuquerque Viana Junior, Alexandre Augusto de Brito Pereira Guimarães

*SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil*

**Apresentação do Caso:** W.M.O.M., sexo masculino, 4 anos, com história de otalgia e febre há 20 dias da admissão, em uso de AINES, evoluiu com vômitos, rigidez nuchal, tontura e desvio de comissura labial em 24h, foi admitido pela pediatria num hospital de emergência com paralisia facial periférica grau II na escala de House Brackmann. A tomografia computadorizada de crânio evidenciou otomastoidite à direita e a análise de líquido confirmou o diagnóstico de meningite bacteriana por *Staphylococcus coagulase* positivo, tendo sido tratado com ceftriaxona, clindamicina e vancomicina por 28 dias com boa evolução do quadro. O paciente apresenta-se em acompanhamento ambulatorial sem novas complicações.

**Discussão:** A otite média aguda (OMA), quando não adequadamente tratada, possui riscos de complicações durante sua evolução. Neste caso ocorreu complicação intratemporal como paralisia facial periférica, labirintite e meningite como complicação intracraniana. O uso do AINE pode ter dificultado o diagnóstico precoce e intervenção adequada na OMA, contribuindo para uma evolução desfavorável com complicações. Quando não tratada precocemente, a OMA com complicação intratemporal representa uma situação de risco por apresentar alta taxa de mortalidade.

**Considerações Finais:** Um alto índice de suspeição no diagnóstico da OMA é fundamental para seu diagnóstico e manejo em tempo hábil. O uso de AINES pode mascarar a identificação dos casos e seu manejo adequado com uso de antimicrobianos evitando, assim, as complicações da doença, internação hospitalar prolongada e exposição a risco de morte.

## P 336 OTITE MÉDIA CRÔNICA TUBERCULOSA

Sheilane de Oliveira Moura, Flávio Carvalho Santos, Vitor Yamashiro Rocha Soares, Barbara Barros Leal, Eduardo Andrade Vasconcelos

*UNINOVAFAP, Teresina, PI, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 25 anos, com queixa de hipoacusia progressiva, zumbido, otalgia e otorreia em ouvido direito iniciados há 4 meses. Referia ainda tontura. Mímica facial estava preservada. Apresentava ainda dispneia leve, febre e perda de peso (10 kg). À otoscopia, foi visualizado pólipos em ouvido direito, além de edema e secreção purulenta em conduto auditivo externo (CAE). Exames auditivos revelaram anacusia em ouvido direito. Tomografia computadorizada de mastoide mostrou: velamento da orelha média e mastoide direita, com processo de descontinuidade na mastoide (lesão osteolítica). USG cervical mostrou linfonodo retroauricular aumentado. Sorologia para HIV foi negativa. Raio X de tórax identificou uma consolidação pulmonar com obliteração do seio costofrênico à direita. A baciloscopia direta do escarro e a cultura da otorreia para micobactéria foram positivas para bacilo de Koch. O paciente foi diagnosticado com tubérculo pulmonar e OMC tuberculosa. Iniciou-se antibiótico venoso, corticoides e tuberculostáticos. O paciente evoluiu com melhora da dor, otorreia e edema.

**Discussão:** Este caso é notável pelo fato de a otite média crônica (OMC) tuberculosa ser uma doença rara, que tem como apresentação clínica clássica infrequente presença de múltiplas perfurações na membrana timpânica, otorreia indolor e paralisia facial periférica, cujo diagnóstico não é fácil; muitas vezes realizado tardiamente, já na presença de complicações. O que levou à descrição do caso como forma de expandir o conhecimento sobre esta doença rara.

**Considerações Finais:** A otite média crônica (OMC) tuberculosa é uma doença rara. Deve ser sempre suspeitada da presença de uma OMC com sintomas atípicos e sem resposta aos tratamentos convencionais. O manejo inadequado ocasiona o aparecimento de complicações e uma alta taxa de morbidade para o paciente.

## P 337 OTITE MÉDIA TUBERCULOSA: RELATO DE CASO

Clarice Naya Loures, Bárbara Ribeiro de Belmont Fonseca, Gabriela Narciso Simão, Marcos Luiz Antunes

*Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.P.S., feminino, 37 anos, apresentou-se ao Pronto Socorro de Otorrinolaringologia da UNIFESP, com otorreia e otalgia à direita há 3 meses, refratárias à antibioticoterapia oral e/ou tópica. Relatava dois episódios prévios de otorreia ipsilateral, de longa data. Portadora de dependência química e HIV sem tratamento. Ao exame: otorreia mucopurulenta e perfuração timpânica marginal. Realizada tomografia computadorizada de Mastoides, sugestiva de otite média supurativa crônica à direita, com deiscência do tégmen timpânico e mastoídeo, canal semicircular lateral e canal do nervo facial. Prescrito ceftriaxone endovenoso e ciprofloxacino tópico. Devido à refratariedade do tratamento, procedeu-se timpanomastoidectomia aberta. Evoluiu com paralisia facial periférica no pós-operatório. A baciloscopia de secreção de orelha média foi positiva para bacilos ácido-álcool resistentes. Iniciados TARV, profilaxias para AIDS e tratamento para tuberculose, com boa resposta. Atualmente, mantém boa evolução, sem novos episódios de otorreia, aguardando reabilitação facial após término de esquema RIPE.

**Discussão:** A otite média tuberculosa é rara e corresponde a 0,05-0,9% das otites médias crônicas. O quadro clínico é inespecífico, mas deve ser considerado nos países em que a tuberculose é endêmica. A imunossupressão pode contribuir para sua maior ocorrência. Sua principal apresentação é a otorreia refratária. A otoscopia pode revelar perfurações timpânicas múltiplas ou perfuração única ampla, presença de pólipos e tecido de granulação, de aspecto esponjoso durante o ato cirúrgico. Os exames de imagem são úteis no diagnóstico diferencial e na pesquisa de complicações. O diagnóstico é dado pela bacterioscopia e cultura da secreção da orelha média específicas para BAAR, e estudos histopatológicos. A terapia antituberculosa é o principal tratamento. A cirurgia é controversa, mas recomendada para reconstrução funcional, remoção do sequestro ósseo e manejo das complicações.

**Considerações Finais:** A otite média tuberculosa é uma doença rara, mas que deve ser lembrada como diagnóstico diferencial em países em desenvolvimento e pacientes imunossuprimidos.

## P 338 OTITE MÉDIA TUBERCULOSA - RELATO DE CASO

Amanda Melim Bento, Thiago Ribeiro de Almeida, Thiago Xavier de Barros Correia, David Roberto Claro, Isabella Cristina Ragazzi Quirino Cavalcante, Isabela Tavares Ribeiro, Ney Penteado de Castro Neto

*Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.J.S., 17 anos, natural do Maranhão, hígido, sem comorbidades, internado em leito de UTI devido à tuberculose pulmonar e insuficiência respiratória aguda com necessidade de IOT e VM. Apresentava grande quantidade de secreção em VAS, evoluindo com otorreia purulenta unilateral a direita. Ao exame físico, apresentava perfuração timpânica puntiforme central, hiperemia difusa após aspiração de moderada secreção purulenta em ouvido direito, a qual se mostrou positiva no exame de BAAR. Apesar de todo tratamento instituído, paciente foi a óbito no 40º D de internação.

**Discussão:** A tuberculose ainda é uma das doenças infecciosas mais comuns nos dias atuais, mesmo com os avanços da farmacoterapia, pasteurização do leite e vacinação pelo BCG. Sua incidência está novamente em ascensão, devido ao aumento das populações de alto risco para a doença, como os pacientes HIV positivos ou mesmo vítimas da fome e desnutrição. Dentre as formas extrapulmonares, encontra-se a otite média tuberculosa (OMT), com uma incidência de 0,04-0,09%, é rara como foco primário.

**Considerações Finais:** Apresentamos um caso clínico de um jovem com diagnóstico de tuberculose bacilífera, internado sob cuidados intensivos, apresentando otite média tuberculosa concomitante. O caso chama atenção pela incidência rara de otite média tuberculosa, em paciente jovem com sorologias negativas, e pelo desfecho dramático, uma vez que o mesmo foi a óbito, demonstrando que apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos na Medicina, a tuberculose ainda apresenta taxas consideráveis de morbimortalidade em nosso país.

## P 339 OTOSCLEROSE E TUBA PATENTE: UMA ASSOCIAÇÃO INCOMUM

Cláudio Márcio Yudi Ikino, Laís Cristine Krasniak

*Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.L.C., feminina, branca, 46 anos, com queixa de hipoacusia bilateral e zumbido há 7 anos. A mãe já realizou estapedectomia. Negou emagrecimento e gestação no período. À otoscopia, observou-se movimentação de ambos os tímpanos, sincrônica com a respiração, compatível com o diagnóstico de tuba patente. Realizou audiometria, com presença de perda condutiva bilateral, com *gap* aéreo-ósseo de 40dB bilateral. A tomografia computadorizada revelou foco otosclerótico na físsula ante fenestran de ambas as orelhas. O exame de nasofibroscopia foi normal. Foi submetida à estapedectomia à esquerda. A audiometria de 1 ano de pós-operatório mostrou perda condutiva bilateral, com *gap* aéreo-ósseo de 37,5dB à direita e 2,5dB à esquerda. Não apresentou intercorrências, referindo melhora da hipoacusia e redução do zumbido, mantendo a movimentação timpânica com a respiração.

**Discussão:** A otosclerose é uma displasia óssea primária do labirinto ósseo e platina do estribo. Apresenta-se como perda auditiva condutiva na maioria dos casos, podendo também ser mista ou sensorineural. Sua prevalência é de 0,3% da população, sendo mais frequente em caucasianos na terceira década de vida. A tuba patente é uma condição rara de perda da sustentação da tuba auditiva que se mantém permanentemente aberta, permitindo a livre passagem de ar entre a nasofaringe e a orelha média. Manifesta-se por meio de zumbido, autofonia e plenitude auricular. Ocorre em pacientes com grande perda de peso, gestação, disfunção da musculatura peritubária; na paciente em questão o surgimento foi idiopático. Não foi encontrada descrição de otosclerose associada à tuba patente na literatura; assim, não havia informação se a entrada permanente de ar na orelha média e a movimentação contínua do conjunto tímpano-ossicular afetaria o pós-operatório e os resultados da cirurgia.

**Considerações Finais:** A associação de otosclerose e tuba patente é rara e esta última não alterou a recuperação e o resultado pós-operatório no caso relatado.

## P 340 PAPILOMA INVERTIDO NASOSSINUSAL COM ACOMETIMENTO OTOLÓGICO

Flavianne Mikaelle dos Santos Silveira, Jéssica Maia Couto, Carolina da Fonseca Barbosa, Alessandro Fernandes Guimarães, Maria Júlia Abrão Issa, Marco Aurélio Rocha Santos, Flávio Barbosa Nunes

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente 54 anos, masculino, tabagista e etilista social, com história de obstrução nasal e epistaxe à direita há 3 anos. Diagnosticado nesse período com papiloma invertido nasossinusal e submetido à exérese da lesão via endoscópica em março de 2015 no Hospital das Clínicas da UFMG. Após 10 meses, foi identificada recidiva e abordado cirurgicamente com acesso combinado (endoscópico + Denker). Três meses após esta cirurgia, paciente apresentou tumoração peritubária ipsilateral, sendo realizada biópsia com anatomopatológico compatível com lesão inflamatória de aspecto reacional. Em fevereiro de 2017, retorna ao nosso ambulatório com hipoacusia à direita seguida de otorreia. À otoscopia: massa avermelhada em conduto auditivo externo, a mesma foi biópsiada e resultado histopatológico compatível com papiloma escamoso exofítico erodido. Tomografia de ouvido: velamento total de caixa timpânica direita e parcial de conduto auditivo externo, erosão de tégmen timpânico e destruição óssea.

**Discussão:** O papiloma escamoso é um tumor benigno, com alta recidiva e potencial de malignização. Sua ocorrência em orelha é rara, sendo mais comum quando associado a acometimento nasossinusal. A patogênese é incerta, podendo estar relacionada ao HPV. O papiloma de orelha se manifesta, geralmente, com otorreia e hipoacusia. A tomografia de ossos temporais é essencial para delimitar a extensão da doença e planejamento cirúrgico. Transformação maligna ocorre de 5 a 15% dos casos, predominantemente para carcinoma de células escamosas. O tratamento é remoção completa das lesões. A radioterapia é considerada em casos de lesão residual, sempre considerando o potencial de malignização.

**Considerações Finais:** O papiloma invertido de orelha média é uma entidade rara com caráter agressivo. É de extrema importância o exame físico otorrinolaringológico completo, mesmo em pacientes com queixas específicas, para diagnóstico de lesões iniciais em outros sítios, e o acompanhamento cuidadoso no pós-operatório desses pacientes. A propagação do papiloma de fossa nasal para orelha média é provavelmente via tuba auditiva.

## P 341 PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA POR OTITE MÉDIA AGUDA: RELATO DE UM CASO

Flávia Caroline Klostermann, Carolina Branco Andreatta, Luiz Henrique Chequim, Melissa do Rocio Regazzo Porto, Byanca Hekavei Hul, Carolina Pedrassani de Lira, João Paulo Orejana Contieri

*Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** E.L.P., masculino, 12 anos. Quadro de otite média aguda após IVAS seguido de otorreia bilateral pior à esquerda associado a sinais indiretos de hipoacusia. Ao exame, apresentava otorreia bilateral, membrana timpânica íntegra e opaca bilateralmente e hiperemia de CAE à direita. Retorna após uma semana relatando boca torta após 4 dias de tratamento com ciprofloxacino + hidrocortisona tópico. Otoscopia igual a admissão. C/P: paralisia facial periférica a esquerda grau 4 na escala de House-Brachmann, ausência de massas ou linfonodomegalias. Rinoscopia e oroscopia sem alterações significativas. O paciente foi internado para antibioticoterapia e corticoterapia endovenosa, além de aspiração diária de ambos os ouvidos, antibiótico tópico e colocação de tubo de ventilação em ouvido esquerdo e miringotomia à direita realizados no segundo dia de internação. Realizada tomografia que demonstrou otomastoidite bilateral. Houve melhora da paralisia para grau 2 após 5 dias de tratamento, e redução completa no 20º dia pós operatório. Recebeu alta com antibioticoterapia via oral. O tubo de ventilação tornou-se atópico no 4º dia pós-operatório e houve cicatrização completa da membrana timpânica bilateral, tornando-se íntegras no 2º mês pós-operatório.

**Discussão:** Paralisia facial periférica por OMA é uma complicação rara e de fisiopatologia desconhecida. Acredita-se que haja efeito compressivo sobre o nervo facial devido edema inflamatório causando isquemia do nervo. O tratamento baseia-se em antibioticoterapia tópica e endovenosa (nas primeiras 72h) seguida por antibiótico terapia via oral. Além de aspiração diária da otorreia, miringotomia ampla para drenagem purulenta, proteção auricular e avaliação da presença de mastoidite nos casos que não apresentam boa resposta ao tratamento. A corticoterapia pode ou não ser utilizada, não havendo consenso na literatura.

**Considerações Finais:** Paralisia facial periférica como complicação de otite media aguda deve ser tratada prontamente devido sua alta chance de resolução completa e grande chance de evitar desconfortos e complicações crônicas causadas pela paralisia.

### P 343 PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL EM PACIENTE COM DEISCÊNCIA DO CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR

Carlos Eduardo Borges Rezende, Gabriel Matos, Daniela Moretti Pessoa, Livia Alexandre Martins, Stephania Morreale, Lucas Quaglia Timbó

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** F.A.B., 40 anos, com perda auditiva bilateral simétrica, progressiva há 5 anos. Trabalha há 20 anos exposto a ruído sem proteção; a exposição não é diária e nem contínua. Nega zumbido, tontura e plenitude auricular. Nega familiares com perda auditiva. À audiometria tonal: perda auditiva sensorioneural simétrica bilateral leve em frequências graves e médias e perda moderada em frequências agudas; SRT de 50 dB e IRF 100% a 85 dB bilateralmente; imitanciometria: curva A. Tomografia computadorizada evidenciou deiscência de porção superior de canal semicircular superior bilateralmente. Indicada a colocação de aparelho auditivo bilateral e seguimento audiométrico semestral.

**Discussão:** A síndrome da deiscência do canal semicircular superior (SDCSS) é rara, acometendo cerca de 0,7% dos indivíduos. Estudos epidemiológicos mostram que essa doença é prevalente em pacientes com idade ao redor de 40 anos, no entanto, sem nenhuma prevalência de sexo. Acredita-se que a etiologia da SDCSS está relacionada a irregularidade no desenvolvimento da camada óssea que reveste este canal. Na vigência de trauma ou de aumento da pressão intracraniana, pode ocorrer o rompimento dessa camada. A presença de estímulo sonoro acentuado ou de alteração na pressão intracraniana promove a instalação de sintomas vestibulares. Porém, há indivíduos que apresentam apenas perda auditiva. A realização de tomografia computadorizada de ossos temporais, bem como de avaliações audiológica e otoneurológica, são imprescindíveis para a investigação dessa síndrome. Entre os diagnósticos diferenciais, destacam-se otosclerose coclear, perda auditiva induzida por ruído e presbiacusia precoce.

**Considerações Finais:** Apesar de os sintomas poderem sugerir outros diagnósticos, a tomografia computadorizada, com evidente deiscência superior de ambos os canais semicirculares superiores e sem sinais de otosclerose, concluiu o diagnóstico de SDCSS. Casos sem sintomas vestibulares como este e com perda auditiva sensorioneural são mais raros e dificultam o diagnóstico.

## P 344 PERDA AUDITIVA UNILATERAL POR COMPRESSÃO DE ARTÉRIA VERTEBRAL ASSOCIADA A HEMIESPASMOS FACIAIS

Edmo Arruda Aguiar Sobreira da Silveira, Glauca Jainara Ferreira Costa, Sara Larissa Souza Figueiredo, Carlos Eduardo Cesario de Abreu, Gabriel Denardi Nasser, Eduardo Machado Gaiane, Odilon Mendes Neto

*Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente sexo feminino, 75 anos, deu entrada no ambulatório do hospital Santa Marcelina com queixa de hipocusia e zumbido não pulsátil à esquerda e espasmos em hemiface. Ao exame físico, paciente com hemiespasmos faciais à esquerda com piora à fonação. Realizado teste de Weber com lateralização para direita. A audiometria demonstra perda auditiva neurossensorial à esquerda e RM de crânio demonstrando artéria vertebral esquerda com trajeto tortuoso, insinuando-se na zona de saída entre VII e VIII par craniano. Paciente encaminhada para equipe de Neurocirurgia para seguimento. Devido longo tempo de história, idade avançada e sem desejo a fazer qualquer procedimento invasivo iniciou acompanhamento clínico em ambulatório de Neurologia de Distúrbios de Movimento para terapia medicamentosa, com leve melhora do quadro.

**Discussão:** O espasmo hemifacial é caracterizado por contrações involuntárias paroxísticas unilateral dos músculos faciais ativados pelo nervo facial. Nos casos mais graves, os espasmos podem dificultar a comunicação e a deglutição. Sua causa mais comum é a compressão da zona de saída da raiz do nervo no tronco encefálico por uma estrutura vascular. A estrutura vascular pode ser ramos do sistema vertebrobasilar ou artéria vertebral tortuosamente alongada, na maioria das vezes ipsilateral e raramente contralateral. Relações entre espasmos hemifaciais e sintomas vestibulococleares devido à compressão vascular têm sido relatadas. No entanto, ambos as compressões de sétimo e oitavo nervos foram mostradas muito raramente. No tratamento, os medicamentos geralmente são ineficazes e a injeção direta de toxina botulínica tem benefício transitório. Já a descompressão microvascular para curar os espasmos hemifaciais é efetiva e associada a uma baixa taxa de complicações.

**Considerações Finais:** Neste trabalho relatamos um caso de espasmos hemifaciais e hipoacusia unilateral causada pelo curso tortuoso da artéria vertebral que incide sobre o ângulo pontocerebelar na zona de saída da raiz do nervo facial e parte proximal do nervo vestibulococlear.

## P 345 PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À TIMPANOPLASTIA NA FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE

Viviane Saldanha Oliveira, Thayana Pessoa Takemura, Mariana de Landa Moraes Teixeira Grossi, Súnia Ribeiro, Alvaro Siqueira da Silva, Andreza Andreatta de Castro, Angela Maria de Amorim Sozio, Israel Dimy Silva de Santana

*Fundação Adriano Jorge, Manaus, AM, Brasil*

**Objetivos:** Caracterizar o perfil clínico dos pacientes submetidos à timpanoplastia no Serviço de Otorrinolaringologia em um Hospital Público de Manaus, no período de janeiro de 2007 a julho de 2016.

**Método:** Estudo transversal, retrospectivo, analítico e descritivo, dos pacientes com Otitite Média Crônica (OMC) submetidos à timpanoplastia no período de referido.

**Resultados:** Dos 56 pacientes analisados, 62,5% eram do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino. Desse total, 19,64% tinham de 8-18 anos; 25% de 19-28 anos; 23,21% de 29-38 anos; 16,07% de 39-48 anos; 12,5% de 49-52 anos e 3,57% mais 52 anos. Do diagnóstico à intervenção cirúrgica, 12,5% apresentavam menos que 1 ano de doença; 21,3% entre 1 e 2 anos; 36,1% entre 3 e 4 anos; 12,82% mais de 5 anos; e 17,28% não apresentavam esse registro. Pré-timpanoplastia, 10,25% dos pacientes apresentavam a audiometria normal; 51,28% apresentavam perda auditiva unilateral com perfuração timpânica ipsilateral (50% condutiva; 30% neurosensorial e 20% mista). Os outros 35,9% apresentavam perda auditiva e perfuração timpânica bilateral (57,1% condutiva, 14,28% neurosensorial e 28,57% mista). As principais complicações pós-operatórias foram: falha do enxerto (38,46%), zumbido (33,3%), infecção (13,3%) e perda auditiva (12,82%).

**Discussão:** Timpanoplastias decorrentes de OMC são descritas na literatura como sendo mais frequente nas mulheres, como os resultados deste estudo. Dentre as perdas, nossos dados evidenciaram maior prevalência do tipo condutivo, contrários aos achados dos autores, que relataram maior incidência do tipo neurosensorial. Das complicações pós-timpanoplastia, os estudos corroboram nossos resultados ao evidenciar a falha de enxerto como a principal delas.

**Conclusão:** Devido à alta prevalência mundial e grande desconforto ao paciente, a OMC é considerada problema de saúde pública, associada a elevadas taxas de sequelas auditivas. Diante disso, torna-se preponderante seu diagnóstico precoce e tratamento oportuno para prevenir ou controlar suas complicações.

## P 346 PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE TIMPANOPLASTIA EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Isabele Araújo Tavares, Luciana Brito Corrêa, Érica Cristina Campos, Natalia Maria Couto Bem Mendonça, Rodrigo Betelli Alves, Sandro de Menezes Santos Torres, Washington Luiz de Cerqueira Almeida

*Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil*

**Objetivos:** Este estudo tem como objetivo avaliar os resultados pós-operatórios e complicações em pacientes submetidos à timpanoplastia em um serviço médico de residência de otorrinolaringologia.

**Método:** Este estudo foi conduzido prospectivamente com pacientes submetidos à timpanoplastia no Hospital Otorrinos em Feira de Santana, Bahia, durante o período de 2010 a 2016. O estudo incluiu pacientes com otite média crônica e perfuração da membrana timpânica, indicando a correção cirúrgica. Os pacientes foram seguidos no pós-operatório durante oito meses. Aqueles que não participaram das visitas de retorno foram excluídos.

**Resultados:** Foram analisados 207 pacientes, com idade entre 10-75 anos. Destes, 119 (57%) eram do sexo feminino e 17 (8,2%) tinham infecção na ferida. Quanto à integridade da membrana timpânica, 59 (28,5%) apresentaram perfuração residual e 31 (14,9%) relataram piora da audição no final do seguimento.

**Discussão:** A timpanoplastia é um procedimento cirúrgico para o fechamento da perfuração crônica da membrana timpânica ou reconstrução da cadeia ossicular. O tamanho e a localização da perfuração dependem do agente infeccioso, a gravidade da infecção e sua cronicidade.

**Conclusão:** A otite média crônica está associada à redução significativa da qualidade de vida em pacientes com perfuração na membrana timpânica por quadros intermitentes de otorreia, no entanto, a cirurgia de timpanoplastia ainda está associada à alta taxa de complicações. Isso depende da habilidade do cirurgião e uso de técnicas apropriadas, e bom acompanhamento pós-operatório.

## P 347 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA NUM AMBULATÓRIO DE NÍVEL TERCIÁRIO

Larissa Borges Richter Boaventura, José Jarjura Jorge Júnior, Gabriella Macêdo Barros, Gislaine Patrícia Coelho, Luiz Eduardo Flório Júnior, Gabriela Fernanda Esquerdo Sampaio, Dante Hideo Uemura, Godofredo Campos Borges

*Pontifícia Universidade Católica (PUC), Sorocaba, SP, Brasil*

**Objetivos:** Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com paralisia facial periférica atendidos no pelo ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Lucinda de Sorocaba – SP, serviço de atendimento terciário.

**Método:** Foram analisados de maneira retrospectiva os prontuários dos pacientes com paralisia facial periférica, no período de janeiro a dezembro de 2016. O perfil foi traçado pela análise dos seguintes parâmetros: sexo, idade, lado paralisado, etiologia, tempo de evolução, intervenções realizadas, classificação de House-Brackmann e estação do ano do aparecimento da paralisia.

**Resultados:** Dos 43 pacientes analisados, 72,1% eram do sexo feminino, 62,8% eram adultos, o lado mais acometido foi o direito (67,4%), a principal etiologia foi a paralisia de Bell (74,3%), a maioria dos pacientes fez acompanhamento por até um mês (76,8%) e apresentou algum grau de melhora (62,8%). Em relação ao tratamento, 86,1% fez uso de proteção ocular, 86,1% de corticoide, 79,1% de antivirais e para 62,8% foi indicado estas três medidas associadas. Os meses frios coincidiram com o aparecimento dos sintomas em 53,5% dos pacientes.

**Discussão:** Conforme observado neste estudo, e corroborando os dados da literatura, o perfil epidemiológico traçado é compatível com o de outros estudos semelhantes. A paralisia de Bell continua sendo a causa mais frequente, há um equilíbrio em relação aos sexos e ao lado da face acometida, os climas mais frios podem desencadear as manifestações e a faixa etária adulta é a mais atingida. O tratamento com associação de corticoides, antivirais e proteção ocular apresentou resultados satisfatórios.

**Conclusão:** Ainda existe muita divergência na literatura em relação à fisiopatologia e abordagem da paralisia facial periférica. O tratamento permanece controverso, mas apresenta melhores resultados quando feito precocemente. A associação de proteção ocular, corticoides e antivirais demonstra maiores taxas de recuperação.

## P 348 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM OUVIDO CRÔNICO - HOSPITAL OTORRINOS FEIRA DE SANTANA - BA

Patrícia Góes Prado, Raissa de Carvalho Borges, Rodrigo Betelli Alves, Natália Maria Couto Bem Mendonça, Erica Cristina Campos e Santos, Sandro de Menezes Santos Torres, Washington Luiz Almeida

*Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico de pacientes com ouvido crônico em um serviço de residência médica em Otorrinolaringologia.

**Método:** Foi realizado um estudo prospectivo com pacientes portadores de OMCNC e OMCC submetidos a procedimento cirúrgico no Hospital Otorrinos em Feira de Santana–BA durante o período entre 2008 e 2016, sendo realizado o acompanhamento no pós-operatório durante 8 meses.

**Resultados:** Foram realizadas 369 cirurgias no período, sendo 19% cirurgias de mastoidectomia radical (MR), 36% timpanomastoidectomias (TM) e 45% timpanoplastias (TP). Houve predomínio do sexo feminino em todos os tipos de cirurgias, com avaliação da audição de forma subjetiva no pós-operatório e percentual importante de melhora.

**Discussão:** Os dados obtidos nesse estudo confirmam o benefício da cirurgia no tratamento das otites médias crônicas.

**Conclusão:** Aachamos necessários outros estudos que correlacionem tanto a melhora subjetiva quanto objetiva da audição na avaliação de pacientes com otite média crônica submetidos à cirurgia.

## P 349 PERICONDRITE BILATERAL E ESTENOSE DE MEATO ACÚSTICO EXTERNO POR SESTA EM SACOS DE ESTOPA

Ariele Cristine Pereira Macedo, Lucas Antonio da Costa, Lucas Vieira Elias, Stefano Matsushita Manzano, Luciano Pedreiro Calgaro, Laura Beatriz Kracker Martucci, Alfredo Dell' Aringa

*Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.C., 66 anos, lavrador, morador da zona rural, etilista e tabagista, com histórico de sesta após o almoço em sacos de estopa há muitos anos. Queixou-se no serviço de Otorrinolaringologia de otorreia bilateral sem melhora com tratamento clínico em Unidade Básica de Saúde e diminuição da acuidade auditiva principalmente de ouvido esquerdo. Ao exame, observou-se pavilhões auriculares deformados devido à pericondrite, com estenose de meatos acústicos externos bilateralmente, impossibilitando a visualização das membranas timpânicas. Foram realizadas sorologias, que resultaram como ausência de doenças infecciosas. Tomografia computadorizada de ouvidos e mastoides: com espessamento de cartilagens e pavilhões auditivos mais importante à esquerda, caixa média com conteúdo de partes moles bilateral, sem aparentes lesões de cadeia ossicular e estruturas de ouvido médio e interno. Audiometria: evidenciando perda auditiva mista bilateral. Tratado com otociríax tópico e indicada prótese auditiva de condução óssea-BAHA.

**Discussão:** A inflamação do pericôndrio, a pericondrite e o processo inflamatório da cartilagem, a condrite, podem ocorrer devido à infecção cutânea do meato acústico externo e também em consequência de traumatismo acidental ou cirúrgico da orelha externa. Tendo como alteração ao exame físico o eritema do pavilhão auricular, que se não tratado e em tempo oportuno, pode ocorrer um edema generalizado do pavilhão auricular, e se houver propagação da infecção para a região do pericôndrio, levará à necrose isquêmica da cartilagem e consequente estenose de meato auditivo externo.

**Considerações Finais:** É notória a importância da observação do fator causal e o tratamento clínico da pericondrite. Neste caso em especial, em que o pavilhão auditivo era traumatizado, devido ao contato com a superfície rígida diariamente, há a necessidade de um diagnóstico precoce das condições que levam à ocorrência da pericondrite que, após ser instalada, apresenta difícil tratamento e leva a permanentes deformidades do pavilhão auricular.

## P 350 PERICONDRITE INVASIVA POR ASPERGILLUS

Leonardo Biselli da Costa Monteiro, Bruno Alexandre Barbosa do Nascimento, Aline Emer Faim, Francesca Maia, Natascia Lumi Adati, Rafael Calsoni Gomes, Eduardo Tanaka Massuda

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 68 anos, buscou atendimento médico devido quadro de otalgia e otorreia fétida à direita sem febre há 8 meses. Fez uso de diversos antibióticos sem melhora, sendo encaminhado ao serviço de Otorrinolaringologia. Alegava otites de repetição durante a infância quando foi submetido à cirurgia de mastoidectomia “*wall up*” há 55 anos. Diagnosticado com otite media crônica colesteatomatosa à direita, foi submetido à mastoidectomia “*wall down*” sem intercorrências. No decimo quinto dia pós-operatório passou a apresentar dor, edema e hiperemia em pavilhão auditivo direito, com saída de secreção purulenta. Não apresentava febre ou sinais inflamatórios. Realizada tomografia computadorizada devido suspeita de abscesso pericondrial, sem melhora com antibioticoterapia de amplo espectro, que evidenciou coleção em pavilhão auditivo. Realizada drenagem em centro cirúrgico. Encaminhado para exame anatomopatológico fragmento de cartilagem da fossa triangular do pavilhão auditivo e colhido material para *swab*. Na cultura foi isolado *Aspergillus* e na peça evidenciada aspergilose invasiva. Suspensa antibioticoterapia e iniciada terapia antifúngica com itraconazol 100 mg dia pelo período de 8 semanas. Paciente passou a apresentar melhora imponente do quadro progressivamente, atualmente assintomático, sem dor, edema, hiperemia, saída de secreção ou sinais de coleção.

**Discussão:** Em todas as doenças da orelha externa é encontrado um grande numero de bactérias, sendo a grande maioria causada por *Pseudomonas aeruginosa* (38%). Afecções de origem fúngica são raras, *Aspergillus* e cândida correspondem a cerca de 1,7% dos casos, todos eles em sua forma disseminada. Não havendo relatos da forma invasiva em afecções da orelha externa. As principais síndromes relacionadas à aspergilose são: doença invasiva, formas pulmonares e extrapulmonares. A forma invasiva ocorre nos casos em que há imunodeficiência.

**Considerações Finais:** A pericondrite fúngica invasiva por *Aspergillus* é extremamente rara, o diagnóstico foi confirmado por exame anatomopatológico patológico e seu tratamento é realizado com remoção cirúrgica associada a antifúngico sistêmico.

## P 351 PETROSECTOMIA SUBTOTAL PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA LIQUÓRICA OTOGÊNICA AMPLA: RELATO DE CASO

Lucas Resende, Giovana Spilere, José Fernando Polanski

*Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 35 anos, admitido em pronto-atendimento em outubro de 2016 com quadro de cefaleia intensa, vômitos e otorreia hialina em orelha esquerda. História de timpanomastoidectomia para tratamento de otite média crônica à esquerda em 2003 e à direita em 2006. Encontrava-se sonolento, porém afebril, sem déficits focais ou sinais meníngeos. À otoscopia esquerda, observava-se fluido claro hialino em meato acústico externo, com drenagem abundante, porém em episódios com intervalos irregulares, e cuja dosagem de glicose alcançou 79 mg/dL. Solicitadas internação e tomografia computadorizada (TAC) de crânio e mastoides, que revelou pneumoencéfalo com redução acentuada da quantidade de líquido e ampla solução de continuidade entre a região intracraniana e a orelha esquerda. A audiometria revelou anacusia à esquerda. Paciente foi mantido então em cabeceira a zero grau, sob oxigenioterapia a 7 L/min, em repouso absoluto, com antibioticoprofilaxia. Foi submetido à petrosectomia subtotal à esquerda. No intraoperatório, foi observada a presença de colesteatoma perilabiríntico, que foi removido, e fístula em áreas correspondentes ao conduto auditivo interno e à cóclea, a qual foi fechada utilizando gordura abdominal com sobreposição de retalho do músculo temporal. Houve boa evolução pós-operatória, com normalização da quantidade de líquido e redução de pneumoencéfalo em TAC realizada dois dias após. Recebeu alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório. Em seguimento ambulatorial desde então, com relato de tonturas esporádicas nos primeiros meses, resolvidas com terapia de reabilitação vestibular.

**Discussão:** As fístulas líquóricas otogênicas são mais frequentes após exéreses de schwannomas vestibulares, porém podem ocorrer como complicações de colesteatomas e de seus procedimentos cirúrgicos associados. Fístulas complicadas, de elevado débito ou refratárias devem ser reparadas cirurgicamente.

**Considerações Finais:** A realização de petrosectomia subtotal com concomitante reparo de fístula otogênica com uso de enxertos livres e obliteração da cavidade cirúrgica é alternativa eficaz no tratamento de defeitos ósseos amplos do osso temporal.

## P 352 PILOMATRICOMA DE OUVIDO: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Nathália Anaissi Rocha Pessoa, Adriana Xavier Tavares, Ana Elizabeth de Santana Carneiro Vilela, Bianca de Lucena Ferreira Lima, Mariana Sancho de Macedo, Thiago Emanuel Souza de Freitas, Patricia Santos Pimentel

*Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 44 anos, queixa de otorreia em ouvido direito há aproximadamente 4 anos sem melhora com tratamento clínico e hipoacusia bilateral progressiva. À otoscopia, apresentava lesão de aspecto polipoide e secreção purulenta, impedindo a visualização da membrana timpânica mesmo após aspiração. Audiometria apresentava perda auditiva mista profunda à direita e neurosensorial severa à esquerda. Realizada timpanomastoidectomia fechada em ouvido direito, na qual foi observada tumoração polipoide, endurecida e sangrante que ocupava o antro mastoideo e tinha íntima relação com o nervo facial. Material enviado para anatomopatológico que apresentou como resultado pilomatricoma. Após um ano de seguimento, permaneceu sem otorreia e tomografia computadorizada de ossos temporais com cavidade aerada.

**Discussão:** Pilomatricoma ou epitelioma calcificante de Malherbe é uma neoplasia benigna da pele, com origem nas células da matriz do folículo piloso. Representa 0,1% dos tumores de pele. Pode ocorrer em qualquer idade, porém com mais frequência em crianças e adultos jovens. Não há consenso na literatura quanto à preponderância de gênero. Clinicamente, são tumores subcutâneos solitários, indolores e bem delimitados. Demonstram predileção pela face, mas podem se apresentar em qualquer região do corpo, exceto genitália e regiões palmares e plantares. Histopatologicamente, os pilomatricomas são caracterizados por ilhas de células arranjadas em configuração circular, com células basaloides nucleadas localizadas na periferia e células-sombra anucleadas, também denominadas células-fantasma, no centro. As recorrências após o tratamento cirúrgico são raras (cerca de 2% a 6% dos casos). Recorrências devem alertar o cirurgião sobre a possibilidade da variante maligna do pilomatricoma, o pilomatrix-carcinoma.

**Considerações Finais:** É importante considerar os pilomatricomas como diagnóstico diferencial dos nódulos de cabeça e pescoço, a fim de proceder ao tratamento adequado.

## P 353 PÓLIPO PILOSO DA NASOFARINGE EMERGINDO DA TUBA AUDITIVA: RELATO DE CASO DE UM TUMOR RARO TRATADO ATRAVÉS DE UMA ABORDAGEM INCOMUM

Martin Batista Coutinho da Silva, Luiz Roberto Medina dos Santos, João Henrique Cunha Villela, Janaína Jacques, Maria Fernanda Picolli Cardoso de Mello, Daniel Buffon Zatt, André Souza de Albuquerque Maranhão

*Hospital Governador Celso Ramos/Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.I.M., 7 anos, sexo feminino, procedente de Palhoça-SC, procurou o Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Joana de Gusmão por queixa de otorreia em orelha esquerda desde os 20 dias de vida acompanhada de hipoacusia ipsilateral. Ao exame físico, apresentava otorreia e presença de uma tumoração no conduto auditivo externo da orelha esquerda, além de um linfonodo palpável no nível cinco à esquerda, fibroelástico, móvel e indolor. A avaliação audiométrica evidenciou perda auditiva condutiva de grau moderado. Na tomografia computadorizada observou-se uma lesão expansiva com densidade de gordura na topografia da tuba auditiva (TA) esquerda e orelha média (OM) esquerda. A ressonância magnética evidenciou lesão com conteúdo de gordura no espaço parafaríngeo esquerdo próximo a TA se insinuando para OM, sugerindo fibrolipoma. Procedeu-se então à ressecção da lesão por meio de acesso cervical e transmastóideo, e o material foi enviado para exame anatomopatológico, que confirmou póliipo piloso. A paciente evoluiu sem sequelas e sem evidência de recidiva até o momento.

**Discussão:** Pólipos pilosos (PP) são tumores congênitos raros que surgem mais comumente da parede lateral da nasofaringe. Quando acometem o conduto auditivo externo e a orelha média provocam perda auditiva e otorreia. O diagnóstico é feito por meio do exame físico, exames de imagem e confirmado pelo histopatológico. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica, que pode ser feita através diferentes vias.

**Considerações Finais:** Embora seja um tumor benigno, o crescimento expansivo do PP pode trazer sequelas frequentemente definitivas para o paciente, sendo fundamental a identificação e o tratamento precoce e adequado dessa neoplasia.

**P 354 RELATO DE CASO: COLESTEATOMA EM CRIANÇA PÓS-TRAUMA**

Bruno Magalhães de Pinho Tavares, Camila Jeber Garcia, Camilla Magalhães de Almeida Ganem, Bárbara de Melo Torres Alves, Leonardo Petrone Castro, Adriana Torres da Silva, Cheng T-Ping

*Instituto de Orl de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Criança do sexo feminino, 7 anos de idade, procurou o serviço com história de trauma craniano encefálico (TCE) aos 3 anos, que evoluiu com otorragia e perfuração timpânica à direita. Na otoscopia foi visualizado tecido de granulação na parede posterior do conduto auditivo externo (CAE), destruição da parede do ático e otorreia fétida. A tomografia computadorizada identificou coalescência de todas as células mastoideas à direita, velamento do espaço de Prussak e erosão do esporão de Chaussé. Foi realizada a timpanomastoidectomia, com identificação e remoção de grande colesteatoma em toda cavidade mastoídea, ponta da mastoide, ático e arco zigomático, lateralmente aos ossículos. A paciente permanece em acompanhamento pelo serviço.

**Discussão:** O colesteatoma é uma lesão de tecido epidérmico e conjuntivo, geralmente cístico, que segue a arquitetura da orelha média, ático e mastoide. É constituído de epitélio escamoso estratificado, com produção aumentada de queratina. A teoria da invasão epitelial ou migratória é a mais aceita, explicada pela migração e crescimento de pele do CAE para a orelha média através da perfuração timpânica. Esta migração é favorecida por fatores predisponentes, como processos inflamatórios e infecciosos crônicos. O processo infeccioso acarreta destruição da mucosa da orelha média e esta descontinuidade tecidual impede a atuação do mecanismo de inibição por contato, favorecendo a migração epitelial através da perfuração. Nesta paciente, por causa do trauma, é possível que tenha ocorrido deslocamento de tecido epitelial do CAE para a orelha média, que desencadeou o processo inflamatório e a formação do colesteatoma.

**Considerações Finais:** Em caso de TCE que envolva o CAE e a orelha média, o acompanhamento clínico e por exames de imagem pode identificar complicações, que, se tratadas precocemente, podem evitar procedimentos operatórios mais agressivos e deixar menos sequelas anatômicas e auditivas.

## P 355 RELATO DE CASO: CONSIDERAÇÕES DA PERDA AUDITIVA NA SÍNDROME G/BBB

Guilherme Trindade Batistão, Luiz Fernando Manzoni Lourençone, Gustavo Pimenta de Figueiredo Dias, Emilio Gabriel Ferro Schneider, Helder Fernandes de Aguiar, Eduardo Boaventura

*Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) - Universidade São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Este relato apresenta um paciente de 4 anos de idade do sexo masculino com síndrome G/BBB, também chamada de síndrome de Opitz, que demonstrava queixa de hipoacusia congênita e atraso de linguagem, a qual, nas poucas publicações encontradas, não são determinadas as causas específicas. O paciente também apresentava fenda labial corrigida, hipertelorismo, estrabismo divergente, criptorquidia corrigida, hipospadia corrigida e rotação posterior das orelhas. Mostrava atraso neuropsicomotor para a idade, além de hipoacusia e ausência de desenvolvimento da fala. A alimentação era feita por gastrostomia.

**Discussão:** O paciente foi avaliado com audiometria em campo livre, PEATE e tomografia de ossos temporais. A otoscopia mostrava estenose de conduto auditivo externo com visualização parcial membranas timpânicas. Limiar auditivo em campo livre de 60dB, PEATE sugestivo de perda auditiva condutiva e tomografia de ossos temporais com malformação de orelha média e externa compatível com estenose importante de conduto auditivo externo e fusão da articulação incudomaleolar fixa na placa atrésica. São escassos estudos na literatura sobre alterações auditivas na síndrome G/BBB. A literatura refere que podem ser encontradas perdas condutivas na síndrome G/BBB associadas a otites recorrentes. Este caso mostrou que a estenose importante de conduto auditivo externo e a fusão da articulação incudomaleolar fixa na placa atresica podem justificar outra causa importante de hipoacusia.

**Considerações Finais:** Manejo do paciente com síndrome de Opitz G/BBB deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar. O conhecimento das possíveis causas de perda de audição possibilita um rastreo precoce pela equipe, orientando a condução e reabilitação desta síndrome.

## P 356 RELATO DE CASO: FÍSTULA LIQUÓRICA ESPONTÂNEA DE OUVIDO MÉDIO

Mariana Barroso Scaldini, Thaís Brunheroto, Lauriane dos Santos Martins, Camila Pereira de Moraes, Laila Mancilha Daghasanli, Daniel Paganini Inoue, Alexandre Wakil Burzichelli

*Santa Casa de Santos, Santos, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Feminino, 43 anos, queixa de zumbido e hipoacusia em ouvido direito há um ano, sem história de trauma ou cirurgias prévias de ouvido. Na audiometria/impedanciometria houve perda condutiva leve e curva tipo B à direita. Realizou TC de ossos temporais que evidenciou velamento de células mastoideas, meso e hipotímpano à direita e deiscência de tégmen bilateral. Foi submetida à timpanotomia com colocação de tubo de ventilação em ouvido direito, evoluindo com saída de secreção hialina. Na RNM de ouvidos mostrou deiscência de tégmen em ouvido direito. Foi realizado tratamento conservador da fístula com diamox, sem melhora. Tentado correção cirúrgica através de acesso transmastoídeo, sem reparo da fístula. Por fim, foi realizada correção por via da fossa média, com sucesso.

**Discussão:** Fístula liquórica é a comunicação do espaço subaracnóideo com o meio externo. As fístulas espontâneas são raras e pouco compreendidas. A maior incidência ocorre em mulheres de meia idade. Os sintomas podem ser zumbido, hipoacusia e plenitude auricular, que podem simular uma otite média serosa. O diagnóstico é realizado pela TC de alta resolução e RNM de mastoide e cisternotomografia para os casos não diagnosticados por outros métodos. O tratamento se dá por meio de cirurgia via transmastoídea ou via fossa média, com correção da fístula com o uso de suturas, enxertos, cola de fibrina ou materiais autólogos.

**Considerações Finais:** A hipótese diagnóstica de fístula liquórica espontânea deve ser sempre levantada em pacientes do sexo feminino na meia idade com quadro de otite média serosa. A investigação deve ser realizada com TC e RNM de mastoide e, em casos selecionados, deve-se lançar mão da cisternotomografia. A escolha da técnica cirúrgica nessa paciente foi através da via transmastoídea, e, posteriormente, devido à não efetividade da correção, por meio da via da fossa média com melhora da fístula.

## P 357 RELATO DE CASO: PERICONDRITE E TUBERCULOSE DE PAVILHÃO AURICULAR

Nicole Martuscelli de Almeida, Gabriella Soares de Souza, Maria Carmela Cundari Boccalini, Kamila Satomi Haida, Cibele Madsen Buba, Erica Tamires Gomes de Araújo, Carolina Mazzini Baby

*Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.J., 67 anos, sexo masculino, comparece ao serviço de otorrinolaringologia de um hospital público de São Paulo com queixa de otalgia, hiperemia e edema em orelha direita com evolução há 8 meses. Nega trauma, febre, e hipoacusia. Paciente hipertenso, estava em uso de ciprofloxacino há 3 dias sem melhora do quadro. Ao exame, pavilhão auricular edemaciado com drenagem de secreção purulenta. Otoscopia sem alterações. Realizados drenagem, curativo, coleta de exames e antibioticoterapia com clindamicina. Cultura de secreção evidenciou *S. epidermidis* sensível a ciprofloxacino. BAAR negativo. Audiometria normal. Biópsia da lesão com processo inflamatório crônico residual com fibrose. Devido à persistência do quadro, paciente foi submetido à debridamento e drenagem de pavilhão auricular direito. Cultura para micobactérias positiva para BAAR. Paciente encaminhado à infectologia, iniciado tratamento para tuberculose, com melhora da pericondrite e evolução clínica satisfatória.

**Discussão:** A pericondrite é uma infecção de evolução lenta localizada na cartilagem da orelha externa. Pode ser ocasionada pela extensão de processos infecciosos. A *Pseudomonas aeruginosa* é o organismo mais frequentemente encontrado na cultura e antibiograma das secreções, assim como a flora gram positiva, se comprometimento da pele. A tuberculose da pele da orelha externa e do meato acústico externo é extremamente rara. A pesquisa do bacilo na secreção geralmente é negativa. Embora muitas vezes o diagnóstico etiológico seja dado pela biópsia, no caso relatado, a mesma foi inconclusiva.

**Considerações Finais:** As afecções da orelha externa podem ter muitos diagnósticos diferenciais. O objetivo deste relato de caso é ressaltar a importância de se considerar a tuberculose como uma das causas da pericondrite de pavilhão auricular.

## P 358 RELATO DE CASO: SIRINGOCISTOADENOMA PAPILÍFERO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO

Nicole Elen Lira, Andréia Batistella, Andreas Weiland Camara, Adriana de Carli, Bruna Lovato, Márcio Eduardo Broliato

*Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** E.M.B.Z., feminino, 63 anos, procurou atendimento no serviço de Otorrinolaringologia com queixas de hipoacusia no ouvido esquerdo há dez anos. Relatava cirurgia prévia em ouvido esquerdo há oito anos. À otoscopia, apresentava lesão de bordas lisas em todo o conduto auditivo externo, impedindo a visualização da membrana timpânica. Realizada tomografia computadorizada e após programada excisão cirúrgica. Realizou-se abordagem com ressecção total da massa e envio para o estudo anatomopatológico, o qual evidenciou neoplasia benigna de glândulas sudoríparas, compatível comiringocistoadenoma papilífero.

**Discussão:** Oiringocistoadenoma papilífero (SCAP) do conduto auditivo externo (CAE) é uma neoplasia benigna extremamente rara, decorrente da degeneração das glândulas ceruminosas. As células neoplásicas do adenoma ceruminoso dispõem-se de diversas formas: cística, glandular, sólida, entre outras. O SCAP representa aproximadamente 5,7% dos tumores benignos do CAE. Alguns autores o associam ao papilomavírus ou a um nevo sebáceo preexistente. Definido como um tumor cístico bem diferenciado, localizado, com proliferação papilar do tecido glandular, histologicamente semelhante ao das glândulas ceruminosas normais. Os sintomas são inespecíficos e geralmente associados ao volume de massa e ao grau de obstrução do CAE, como hipoacusia, otorragia e otalgia. A otoscopia pode revelar uma lesão com diâmetro médio de 0,4 a 2 cm. O diagnóstico é histológico. O tratamento adequado consiste em biópsia excisional seguido de acompanhamento clínico, uma vez que recidivas são comuns. A recorrência da neoplasia está associada à excisão cirúrgica incompleta da lesão.

**Considerações Finais:** Oiringocistoadenoma papilífero é uma neoplasia benigna rara decorrente da degeneração ceruminosa do CAE. A inespecificidade do exame físico e dos exames de imagem torna seu diagnóstico um desafio na rotina médica, uma vez que a biópsia de excisão é mandatória para o seu reconhecimento e tratamento.

**P 359 RELATO DE CASO: SURDEZ SÚBITA**

Bianca Mendonça de Almeida, Lucas de Abreu Lima Thomé Silva, Ana Cristina Costa Martins

*Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, jovem, previamente hígida, compareceu ao pronto-atendimento de Otorrinolaringologia referindo hipoacusia bilateral pior em orelha esquerda, oscilopsia, vertigem, náusea e êmese há 3 dias. Exame físico: Roomberg inespecífico, Fukuda com desvio da marcha para direita. Audiometria com perda neurossensorial moderada a severa em orelha esquerda e normal à direita, impedânciometria tipo a bilateral. Potencial evocado auditivo com ausência de potenciais duplicáveis sugestivo comprometimento severo a profundo impossibilitando avaliação de vias retrococleares. Iniciado tratamento com citoneurim 10 mil unidades/dia, aciclovir 4mil mg/dia, vitamina e 800mg/dia, vitamina a 100.000 unidades/dia, pentoxifilina 1200 mg/dia e prednisolona 60 mg/dia por 7 dias, com redução progressiva. Solicitada audiometria pós-tratamento que mostrou perda neurossensorial moderada em orelha esquerda e normal em orelha direita. No momento encontra-se em fase de teste para adaptação de prótese auditiva.

**Discussão:** Doença com etiopatogenia ainda desconhecida que caracteriza-se por perda de pelo menos 30 db em 3 frequências consecutivas na audiometria tonal. Manifesta-se principalmente na faixa etária de 30-50 anos, sem preferência por gênero. A taxa de recuperação espontânea é de aproximadamente 50 % em até 2 semanas após início dos sintomas. Seu tratamento varia de acordo com sua etiologia (viral, vascular, imunológica), mas a corticoterapia sistêmica é amplamente utilizada.

**Considerações Finais:** Apesar de a doença apresentar boa taxa de recuperação espontânea, o início do tratamento deve ser imediato ou no máximo em até 72 horas, pois existe a possibilidade da não recuperação e necessidade de adaptação de prótese auditiva.

## P 360 RELEVÂNCIA DOS ACHADOS CLÍNICOS ASSOCIADOS EM SURDEZ SÚBITA SENSORIONEURAL COM CONFIGURAÇÃO AUDIOMÉTRICA ASCENDENTE - RELATO DE DOIS CASOS.

Fabiano Amaral Rodrigues dos Santos, Mariana Bastos Faria, Mário Pinheiro Espósito, Eliete Martins Hirsch, Thais Baratela Loss, Lais Cristina de Pin

*Hospital Otorrino de Cuiabá, Cuiabá, MT, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Caso 1: Mulher, 20 anos, foi levada ao PA com cefaleia intensa e crise neuropática aguda. EF: desorientada, hemiparesia à esquerda, sem rigidez de nuca. Internada com solicitação RNM de crânio, que se apresentou com lesões na substância branca cerebral, compatível com desmielinização em atividade. Aventado surto de EM, permaneceu internada por 4 dias para metil-prednisolona. Após melhora neurológica, recebeu alta hospitalar com corticoide oral por 10 dias e seguimento ambulatorial. Um mês após, evoluiu com disacusia súbita bilateral, zumbido, diplopia e neuropatia aguda. Aventada síndrome de Susac e solicitada audiometria, que revelou perda auditiva neurossensorial, simétrica, de grau leve e configuração ascendente em ambas as orelhas; e angiografia da retina com fluoresceína, que mostrou palidez de papila com diminuição do calibre dos ramos das artérias retinianas bilateralmente. Iniciado deflazacort, azatioprina e vitamina D durante dois anos e acompanhamento rigoroso. Um ano após, evolui com melhora neurológica, porém com zumbido e mantendo a mesma configuração audiométrica desde o evento agudo. Caso 2: Mulher, 26 anos, procurou o PA com disacusia súbita em OE, zumbido, vertigem, plenitude auricular e flutuação. EF: lúcida e orientada, equilíbrio parcialmente preservado e queda à esquerda na prova de Romberg. Aventado síndrome de Ménière e solicitada audiometria, que indicou perda sensorioneural de grau leve e configuração ascendente em OE. EcoG e RNM normais. Prescritas prednisolona, meclizina, betahistina, orientações e retorno em uma semana. Ao retorno, sem queixas, com níveis audiométricos normais bilateralmente. Indicado acompanhamento semestral.

**Discussão:** Os casos retratam diferentes etiologias de SSN com configuração ascendente, a primeira de causa imunomediada, a segunda, por hidropsia endolinfática. Ambas seguiram os padrões etiopatogênicos de cada entidade e logo no primeiro atendimento foi possível estimar a origem da disacusia.

**Considerações Finais:** Em SSN de configuração ascendente, as informações que obtemos em consulta médica são fundamentais para a elucidação etiológica.

## P 361 REMOÇÃO CIRÚRGICA ENDOSCÓPICA COMBINADA DE COLESTEATOMA GIGANTE - RELATO DE CASO

Debora Lilian Nascimento Lima, Yuri Rodrigues Rocha, Érika Ferreira Gomes, José Gumercindo Vasconcelos Rolim, Fernando Porto Carreiro Filho, Juliana Teixeira de Souza, Isnara Mara Freitas Pimentel

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente sexo masculino, 42 anos, história prévia de cirurgia em ouvido direito aos 10 anos de idade, apresentou há 6 meses história de cefaleia, amaurose e paralisia facial a direita. Realizada tomografia computadorizada e ressonância magnética de crânio, evidenciando formação expansiva de aspecto neoplásico em ângulo ponto cerebelar direito, com extensão para o conduto auditivo ipsilateral e seio esfenoidal, medindo 7,5x5,9x3,8 cm, exercendo efeito compressivo sobre o parênquima cerebelar e tronco. Realizada ressecção da porção intracraniana do tumor, cujo diagnóstico histopatológico foi colesteatoma. Paciente submetido à ressecção de colesteatoma de ápice petroso com extensão esfenoidal e cervical por via combinada endoscópica transnasal e translabiríntica, com rotação de retalho de gálea aponeurótica para reconstrução. Encontra-se em seguimento ambulatorial, sem doença.

**Discussão:** Colesteatomas são lesões císticas recobertas por epitélio escamoso estratificado, preenchido por queratina. Tem como característica principal ser hiperproliferativo e lítico, podendo causar a destruição da cadeia ossicular, das células da mastoide e levar a complicações por invasão de estruturas subjacentes, como invasão intracraniana e paralisia facial. São classificados em congênitos, cerca de 2-5% dos casos, e adquiridos. Estes podem ser subdivididos em primários, formados a partir de uma retração timpânica, ou secundários, originados da migração epitelial através de uma perfuração da membrana. O diagnóstico é baseado na história clínica e exames de imagem. O tratamento do colesteatoma é essencialmente cirúrgico.

**Considerações Finais:** Apesar de ser uma afecção relativamente comum, é importante ressaltar a possibilidade de evolução grave dessa doença, com complicações muitas vezes irreversíveis. O diagnóstico precoce, o envolvimento de equipe multidisciplinar na ressecção cirúrgica e a utilização de técnicas endoscópicas menos invasivas favorecem o prognóstico dessa doença.

## P 362 RESSECÇÃO VIA TRASCOCLEAR DE COLESTEATOMA CONGÊNITO DE ÁPICE PETROSO: RELATO DE CASO

Marcos Nobuo Tan Miyamura, Joao Paulo Peral Valente, Hednaldo Jose Marques Bastos, Gustavo Pegos Rodrigues Coy, Nayana da Silva Cunha, Bruno Borges Taguchi, Silvio Antonio Monteiro Marone

*Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, feminina, 38 anos, previamente hígida, procurou serviço de Otorrinolaringologia por paralisia facial periférica à direita há 3 meses, com piora progressiva, hipoacusia e otalgia ipsilateral. Negava otorreia ou demais sintomas. Exame físico revelava paralisia facial periférica grau II à direita e otoscopia normal. Audiometria com perda neurossensorial direita, normal à esquerda. Tomografia computadorizada e ressonância magnética de ouvido revelavam lesão em região de ápice petroso, com erosão da cóclea, conduto auditivo interno, canal carotídeo e gânglio geniculado. Optou-se por ressecção da lesão por acesso transcanal, via transcoclear. Na caixa média evidenciava-se colesteatoma erodindo canal de falópio e gânglio geniculado. Havia também acometimento da porção labiríntica do facial e canal auditivo interno.

**Discussão:** O objetivo cirúrgico no manejo do colesteatoma de ápice petroso é sua completa excisão, evitando lesões no tecido neural e fístula líquórica. Entretanto, uma boa visualização do campo cirúrgico representa extrema dificuldade e tem impacto na taxa de recidiva. Muitas vezes, o colesteatoma tem caráter invasor e adere a estruturas vitais como carótida, dura mater e nervos, deixando clara a importância de instrumentais adequados para a visualização do campo operatório. A abordagem cirúrgica do ápice petroso depende da localização da lesão, orientação anatômica da carótida interna, bulbo da jugular e se audição afetada. A paciente apresentava perda sensorial neural severa à direita, possibilitando acesso transcanal via transcoclear com melhor abordagem do ápice petroso. A dissecação nas proximidades do gânglio geniculado e conduto auditivo interno foi facilitada pela utilização do endoscópio com instrumentos multiangulados e sistema de curetagem piezo elétrico, removendo osso sem lesar partes moles.

**Considerações Finais:** No planejamento cirúrgico para excisão de colesteatoma em regiões estreitas como a porção medial do ápice petroso, a utilização de técnicas e instrumentais adequados tem grande impacto no resultado final, na redução de complicações e nas recidivas pós-operatórias.

## P 363 SARCOMA FIBROMIXOIDE DE OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO

Beatriz Moraes Vieira da Silva, Paula Sanches dos Santos Azevedo Genovez, João Paulo Peral Valente, José Eduardo Farias Martins, Silvio Antonio Monteiro Marone, Bruno Borges Taguchi

*Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente sexo masculino, 15 anos, com quadro clínico de otalgia e hipoacusia à esquerda há 4 anos, sendo tratado como otite média crônica colesteatomatosa sem melhora. Evoluiu com abaulamento de região temporal, sendo submetido à biópsia, que evidenciou sarcoma fibromixoide de baixo grau. No serviço de origem optou-se por tratamento clínico com talidomida, sem resposta e, portanto, encaminhado ao nosso serviço para avaliação de abordagem cirúrgica. Ao exame físico, extenso abaulamento retroauricular e sinais de comprometimento do VIII, IX, X, XI e XII. Ressonância revelava lesão de 8 cm centrada em osso temporal à esquerda, com invasão intracraniana (em ângulo ponto cerebelar, cerebelo à esquerda e forame jugular), com extensão cervical até nível de mandíbula.

**Discussão:** O sarcoma fibromixoide de baixo grau é uma neoplasia de aspecto benigno, pouco frequente, com incidência populacional de 0,18 por milhão, acometendo todas as idades, predominando em adultos jovens, sendo 13-19% dos casos em menores de 18 anos. A histologia demonstra células fibroblásticas fusiformes e alternância de áreas de estroma fibroide e mixoide. A maioria dos sarcomas de partes moles localiza-se nas extremidades, seguidos em ordem de frequência pela cavidade abdominal, retroperitônio, parede do tronco e cabeça e pescoço. Os sarcomas de baixo grau são caracterizados por uma velocidade de crescimento menor, baixo risco de metástase à distância e longa sobrevida. Portanto, o principal objetivo do tratamento é o controle local cirúrgico de ressecção com margens adequadas.

**Considerações Finais:** Paciente com sarcoma fibromixoide de osso temporal com invasão intracraniana submetido à ressecção cirúrgica em conjunto com equipe de Otorrinolaringologia, Neurocirurgia e Cirurgia Plástica. Para ressecção total do tumor, foi realizada temporalectomia total e reconstrução com enxerto microvascular e duração de 24 horas. Atualmente, paciente encontra-se em recuperação na unidade de terapia intensiva.

## P 364 SCHWANNOMA DO ACÚSTICO BILATERAL: UM RELATO DE CASO

Paulo César Pezza Andrade, Bertha Catarine Correia Pereira Silva, Rebeca Alevato Donadon, Matheus Alves Farah, Nathalia Parrode Machado Barbosa, Natalia Barros de Melo, Andre Luis Lopes Sampaio

*Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente com 59 anos de idade, início dos sintomas de perda auditiva e tinnitus persistente, pior à esquerda, bilateral há 9 anos. Exame audiométrico sugere perda auditiva neurosensorial leve em ouvido direito e moderada em ouvido esquerdo. Ressonância magnética revelou pequenos nódulos com realce pelo gadolínio no fundo dos condutos auditivos internos, sugestivos de schwannomas vestibulares bilaterais. Não há evidências da presença de outras neoplasias de origem neural acometendo a paciente. O acompanhamento por exames seriados de imagem não revelaram crescimento significativo do tumor, sendo então realizada conduta expectante com ressonância magnética anual, devido aos riscos de perda auditiva profunda com procedimento cirúrgico.

**Discussão:** Schwannoma é um tipo de neoplasia benigna de crescimento lento que se desenvolve a partir da linhagem neural. Esses tumores são classificados de acordo com a estrutura neural acometida. Quando acometem o VIII par craniano, os principais sintomas são perda auditiva (neurosensorial) e *tinnitus*, normalmente unilateral, porém, quando há acometimento de ambos os nervos vestibulococleares, os sintomas ocorrem bilateralmente, podendo não ser simétricos, a depender do grau de acometimento de cada nervo. Normalmente, o acometimento bilateral está associado à afecção conhecida como neurofibromatose tipo II, doença de origem genética que pode também cursar com presença de outras neoplasias de origem neural.

**Considerações Finais:** Os schwannomas do acústico podem muitas vezes ser subdiagnosticados, normalmente sendo considerados quando ocorre clínica unilateral nos pacientes, sendo então ainda menos considerados em pacientes com sintomatologia bilateral. A realização de ressonância magnética sugere o diagnóstico, que deve ser aventado principalmente quando há sintomas assimétricos.

## P 365 SCHWANNOMA INTRAVESTIBULAR

Gabriela Gonçalves de Freitas, Renata Koza da Mota, Marina Andrade Teixeira, Aureliano Carneiro Barreiros, Rodrigo Santana Fantauzzi, Juliana Altavilla Van Petten Machado, Marconi Teixeira Fonseca

*Hospital Socor, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente A.P.T.S., sexo feminino, 64 anos, comparece à consulta com relato de diagnóstico de doença de Ménière (DM) em acompanhamento otorrinolaringológico e uso de betaistina há 6 anos. Refere hipoacusia com piora progressiva e zumbido à direita há 7 anos, além de vertigem há 3 meses. Exame otorrinolaringológico e fibronasolaringoscopia sem achados específicos. Audiometrias prévias demonstraram perda auditiva neurossensorial à direita evoluindo com piora. Audiometria e impedanciometria atuais evidenciaram anacusia à direita e reflexos estapedianos ausentes. Solicitada ressonância nuclear magnética (RNM), que sugeriu schwannoma intravestibular. Atualmente, a paciente se encontra em propedêutica para melhor condução do caso.

**Discussão:** Schwannomas intralabirínticos (SI) são tumores raros benignos que podem se localizar na cóclea, vestíbulo ou canais semicirculares e são originados das células de Schwann perineurais das fibras terminais dos nervos vestibular e coclear. Os sintomas prevalentes são hipoacusia, às vezes flutuante, zumbido e vertigem, sendo mais severos quando há invasão do vestíbulo. Muitos pacientes são diagnosticados e tratados como DM, devido à semelhança dos sintomas em estágios iniciais do tumor. Nos casos de SI, os sintomas são mais intensos e refratários ao tratamento. O tratamento do SI depende dos sintomas, localização e evolução do tumor. A remoção do tumor não preserva a audição, sendo a conduta, muitas vezes, o acompanhamento com exames de imagem periódicos para diminuir a morbidade, principalmente quando não há perda auditiva significativa. No caso apresentado, é provável que a conduta seja cirúrgica, pois a paciente apresenta anacusia.

**Considerações Finais:** Este caso demonstra a importância do diagnóstico diferencial correto, uma vez que o tratamento para DM pode atrasar a conduta adequada de um SI. Atualmente, a RNM facilita o diagnóstico em fases iniciais do tumor e é essencial sempre que houver evolução atípica de doença com hipoacusia, zumbido e vertigem.

## P 366 SCHWANNOMA VESTIBULAR BILATERAL EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

Isnara Mara Freitas Pimentel, Tiago Silva Holanda Ferreira, José Gumercindo Vasconcelos Rolim, Levi Mota Marques, Camila Gabriella da Silva Queiroz, Yuri Rodrigues Rocha, Francisco Flávio Leitão de Carvalho Filho

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 16 anos, feminino, com quadro de anacusia bilateral (comprovado por exames audiológicos), com início da perda auditiva há 6 meses, associada à zumbido, bilateral e instabilidade postural, com lateropulsão para direita. Ao exame físico, apresentava nistagmo multidirecional, diminuição da sensibilidade em hemiface à esquerda, dismetria, disartria, marcha atáxica e manchas café com leite. Realizou ressonância magnética (RNM) de conduto auditivo, que evidenciou lesão expansiva e sinal heterogêneo nos ângulos ponto-cerebelares medindo 30x28x30 mm à esquerda e 14x21x20 mm à direita, com desvio da linha média e compressão extrínseca bilateral da ponte, compatível com schwannomas vestibulares. Paciente foi submetida à microcirurgia para tumor do ângulo pontocerebelar com monitorização do nervo facial sem intercorrências e evolução favorável.

**Discussão:** O schwannoma vestibular é um tumor benigno, raro, de origem nas células de Schwann, com incidência anual na população geral de 10:1.000.000, aproximadamente, sendo mais comum em mulheres. Mais de 95% dos casos são unilaterais, os bilaterais são encontrados em indivíduos com neurofibromatose do tipo II, um distúrbio autossômico dominante. Pelo fato do crescimento tumoral ser lento, a maioria dos pacientes ficam assintomáticos por toda a vida. Os principais sintomas são perda auditiva, zumbido e sintomas cerebelares. O diagnóstico se faz pela anamnese, exame físico, incluindo exame neurológico, exames audiológicos e de imagem, sendo a especificidade de até 100% da RNM com gadolínio. O tratamento pode ser conservador ou eminentemente cirúrgico.

**Considerações Finais:** O relato de caso acima mostrou que, apesar de esperamos um crescimento lento e na maioria das vezes assintomático, no caso em questão, devido à compressão do tronco encefálico, o schwannoma vestibular pode apresentar-se como uma urgência cirúrgica. Deve-se ainda levar em conta a importância do relato devido à bilateralidade da lesão, tornando a apresentação mais rara.

## P 367 SCHWANNOMA VESTIBULAR: RELATO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Izabella Torres de Melo, Elisa Figueiredo Arantes, Ana Paula Peres Martins Alonso, João Felipe Villarinho

*Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Caso 1: A.C.C.S.; 43 anos; sexo feminino; sem comorbidades; com queixa de zumbido há 3 meses, plenitude auricular, parestesia e dor em hemiface esquerda. Otoscopia normal. Sinais de disfunção de ATM importante à esquerda. Caso 2: V.L.T.R.; 35 anos; sexo feminino; sem comorbidades; queixa de hipoacusia unilateral súbita a esquerda com plenitude e tontura tipo flutuação. Otoscopia normal. Caso 3: M.S.; 66 anos; sexo feminino; sem comorbidades; queixa de zumbido de longa data em ouvido esquerdo. Otoscopia normal. Os três casos foram inicialmente submetidos a exame audiométrico. Após o resultado do exame audiológico com perda auditiva assimétrica moderada com discriminação desproporcional à perda e ausência dos reflexos acústicos, foi solicitada ressonância nuclear magnética de crânio e de mastoides. Apenas o caso 2 foi submetido também a sorologias para investigação de surdez súbita, sendo todas negativas, e à vectoeletronistagmografia, devido à queixa de tontura, apresentando hiporreflexia nas provas calóricas em lado esquerdo, o que corroborou para o diagnóstico em questão. As ressonâncias de mastoides das pacientes evidenciaram imagem sugestiva de schwannoma de VIII par. As três pacientes foram encaminhadas para avaliação de Neurocirurgia.

**Discussão:** O schwannoma vestibular corresponde a um tumor intracraniano benigno cada vez mais facilmente diagnosticado na prática otorrinolaringológica devido à maior acurácia dos exames complementares. A principal queixa em casos sintomáticos é a hipoacusia unilateral. Além disso, o zumbido, tontura vaga, plenitude auricular, surdez súbita e parestesia facial podem caracterizar o quadro clínico, o que confirma a necessidade de uma cautelosa investigação em pacientes que apresentam este quadro.

**Considerações Finais:** Frente à uma variedade de sinais e sintomas que podem se manifestar em pacientes com schwannoma vestibular, fica evidente a necessidade de alerta do médico em relação à possibilidade desta afecção em quadros clínicos pouco característicos.

## P 368 SÉRIE DE CASOS DE PERFURAÇÃO TIMPÂNICA TRATADOS POR MIRINGOPLASTIA ENDOSCÓPICA TRANSCANAL EM SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Gisiane Munaro, Thairine Reis de Oliveira, Hamilton Leal Moreira Ferro, Vanessa Schmitz Reis, Octavia Carvalhal Castagno, Felipe Raasch de Bortoli, Roberto Dihl Angeli

*Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil*

**Objetivo:** Analisar o desfecho de uma série de casos de perfuração timpânica tratados por miringoplastia endoscópica transcanal, quanto ao fechamento completo da perfuração.

**Método:** Estudo retrospectivo com análise de prontuários de pacientes com perfuração timpânica, operados entre 2013 e 2017, via endoscópica transcanal, em serviço de residência médica em Otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Canoas-RS.

**Resultados:** Foram realizadas 14 miringoplastias pela abordagem endoscópica transcanal, em 13 pacientes com otite média crônica, com idades entre 9 e 64 anos, 8 do sexo feminino, 5 masculino, cuja abordagem foi na orelha direita (8), esquerda (4) e ambas as orelhas (1). A maioria realizou procedimento otológico prévio, seja para a colocação de tubo de ventilação (3) ou timpanoplastia retroauricular prévia (6). O tipo de enxerto utilizado foi pericôndrio do *tragus* (13), e enxerto de gordura (1). Ocorreu fechamento completo da perfuração em 7 casos, em período mínimo de 30 dias. Em cinco orelhas, houve permanência de perfuração residual puntiforme. Em duas orelhas, houve permanência de perfuração ampla, necessitando nova intervenção cirúrgica, via retroauricular clássica.

**Discussão:** A timpanoplastia via retroauricular representa a rotina em nosso serviço de residência médica. Pacientes selecionados para a abordagem endoscópica apresentam pequenas perfurações, anatomia favorável ou perfuração residual de abordagem retroauricular prévia.

**Considerações Finais:** A análise dos pacientes que foram submetidos à miringoplastia endoscópica mostrou resultados pouco satisfatórios para fechamento completo das perfurações timpânicas.

## P 369 SÍNDROME DE RAMSAY HUNT

Paulo Tinoco, Marina Bandoli de Oliveira Tinoco, Lucas Sieburger Zarro, Amanda Monteiro Pina Queiroz, Mariana Moreno Tarifa, Joao Romario Gomes

*Universidade Iguazu - CAMPUS V, Itaperuna, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** N.O., 57 anos, masculino, natural de Bom Jesus do Itabapuaana-RJ, procurou a equipe de Otorrinolaringologia do Hospital São José do Avaí apresentando um quadro de paralisia facial periférica, após Herpes Zoster em orelha direita há 20 dias. No exame físico - otoscopia com lesões cutâneas vesiculosas de aspecto necrótico em pavilhão auditivo direito e disacusia neurosensorial. Nega qualquer outro sintoma associado. Paciente foi submetido a tratamento clínico com aciclovir oral e tópico, predsin e epitezan com melhora clínica após 1 semana.

**Discussão:** Caracteriza-se por otalgia, erupções vesiculares em pavilhão auditivo externo e paralisia facial periférica, devido à reativação do vírus Varicela-Zoster (VZV), o qual em forma latente está presente no gânglio sensorial do nervo facial (VII par craniano), promovendo reação inflamatória aguda do nervo. Esta forma representa 3 a 12% de todas as paralisias faciais.

**Considerações Finais:** Embora a síndrome de Ramsay Hunt seja rara após infecção herpética, a variação clínica depende em número e grau do acometimento dos nervos cranianos. Porém, otalgia, lesões cutâneas vesiculares e a presença de paresia/paralisia facial periférica ipsilateral englobam uma situação clínica clássica. O acompanhamento desses pacientes até a regressão dos sinais e sintomas é fundamental para detecção precoce das possíveis complicações neurológicas.

## P 370 SIRINGOCISTOADENOMA PAPILÍFERO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO

Juliana Cristina Mesti, Mariana Nagata Cavalheiro, Lorena Cristina Peres Rodrigues Gomes, Lucas de Azeredo Zambom, Ricardo Hiroyuki Takahashi Fujiwara, Gilberto da Fontoura Rey Bergonse, Lauro Araki

*Hospital da Cruz Vermelha, Filial Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Sexo feminino, 49 anos, procurou atendimento otorrinolaringológico por hipoacusia, *tinnitus* e plenitude auricular à esquerda de início há 6 meses. Refere melhora dos sintomas ao tracionar o lóbulo da orelha esquerda para baixo. Nega história pregressa de otites, ou traumas otológicos. Ao exame físico, observou-se abaulamento da região superior do conduto auditivo externo esquerdo causando obstrução total do mesmo, não sendo possível visualizar membrana timpânica. Sem alterações cutâneas locais. Audiometria: perda auditiva condutiva moderada a severa à esquerda, logoaudiometria com curva “b” à esquerda. A paciente foi submetida à cirurgia para exérese da lesão de orelha esquerda. Material foi enviado para anatomopatológico que resultou:iringocistoadenoma papilífero de conduto auditivo externo e ausência de malignidade. Paciente permanece em seguimento ambulatorial e assintomático.

**Discussão:** Siringocistoadenoma papilífero ceruminoso é um tumor benigno raro das glândulas ceruminosas do canal auditivo externo, representando 5,7% de todos os tumores de orelha. Até o presente momento, 12 casos foram descritos na literatura. É definido como tumor bem diferenciado, localizado, cístico, com proliferação papilar de tecido glandular. Apresenta sintomas inespecíficos, variando conforme o grau de obstrução do conduto auditivo externo. Sua patogenia permanece desconhecida, acredita-se que exista associação com nevo sebáceo, e com papiloma vírus humano. Diagnóstico diferencial: adenocarcinoma, adenoma neuroendócrino da orelha média, adenoma pleomórfico da parótida, meningioma e paraganglioma. Exames de imagem avaliam a dimensão da lesão e possíveis complicações como erosões ósseas. Biópsia excisional é mandatória para diagnóstico e afasta coexistência com lesões malignas e é o tratamento de escolha. Recomenda-se seguimento clínico, pois pode haver recidiva, em contrapartida, degeneração maligna é rara.

**Considerações Finais:** Foi diagnosticado em nosso serviço o 13º caso de siringocistoadenoma papilífero ceruminoso de conduto auditivo externo. Devido a sua baixa frequência, similaridade histológica com outros tumores e sintomas inespecíficos o diagnóstico é tardio. Apresenta bom prognóstico e baixas taxas de recorrência.

## P 371 SÍNDROME DA TERCEIRA JANELA: MIMETIZANDO OUTRAS DOENÇAS DO APARATO AUDITIVO PERIFÉRICO

Júlia Tonietto Porto, Nicole Kraemer Redeker, Lucas Pastori Steffen, Roberto Dihl Angeli, Felipe Raasch de Bortoli, Gisiane Munaro

*Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Os autores descrevem três casos de pacientes do sexo masculino, entre 45 e 60 anos, com diagnósticos presumidos de diferentes doenças das orelhas média e interna e que, na etapa de avaliação diagnóstica, demonstraram ser portadores de deiscência do canal semicircular superior. O primeiro caso trata-se de um indivíduo com perda auditiva condutiva unilateral, em baixas frequências, sem sintomas vestibulares e com hipótese diagnóstica inicial de otosclerose. No segundo caso, um indivíduo com leve perda condutiva unilateral e sensação de plenitude havia sido encaminhado ao nosso Serviço para colocação de tubo de ventilação pela hipótese de disfunção tubária persistente. Já no terceiro caso, um paciente com crises vestibulares recorrentes e perda auditiva unilateral em graves, neurosensorial, teve sua hipótese diagnóstica inicial de hidropsia endolinfática confrontada com o achado concomitante de deiscência do canal semicircular superior.

**Discussão:** A síndrome da terceira janela, descrita pioneiramente por Minor et al. em 1998, é o resultado de uma deiscência óssea na cobertura do canal semicircular superior. Sua presença está associada a uma constelação de sintomas auditivos e vestibulares que incluem perda auditiva condutiva, hiperacusia pela via óssea e vertigem ou nistagmo induzidos tanto por som como pelo aumento da pressão no conduto auditivo externo. O quadro clínico completo direciona o diagnóstico por meio da tomografia computadorizada de alta resolução do osso temporal. Entretanto, apresentações incompletas podem levar a hipóteses diagnósticas diversas com tratamentos equivocados e desfechos indesejáveis.

**Considerações Finais:** A síndrome da terceira janela deve estar na lista de diagnóstico diferencial de doenças das orelhas médias e interna, uma vez que sua apresentação, quando incompleta, pode mimetizar outras doenças do aparato auditivo periférico.

## P 372 SÍNDROME DE DEISCÊNCIA DE CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR ASSOCIADA A HISTÓRIA DE OTITE MÉDIA CRÔNICA

Aline Emer Faim, Bruno Alexandre Barbosa do Nascimento, Leonardo Biselli da Costa Monteiro, Rafael Calsoni Gomes, Ronny da Silva Lederer, Natascia Lumi Adati, Eduardo Tanaka Massuda

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 43 anos, sexo feminino. História pessoal de cirurgia otológica prévia a direita em outro serviço há 22 anos por perfuração de membrana timpânica e otorreia intermitente (sic) - provável colesteatoma. Iniciou seguimento em nosso serviço por quadro de hipoacusia a direita e zumbido associado; inicialmente, negava tontura, e após cirurgias, negava otorreia. Ao exame, apresentava membrana timpânica direita íntegra, espessada e retraída. Realizou exame de audiometria, constatando perda condutiva moderada a direita; e tomografia, com alteração do ramo longo da bigorna direita, sem outras alterações de ouvido médio, e presença de deiscência de canal semicircular superior direito - em 2015. Iniciou quadro de tontura no início de 2016, vertiginosa, com duração de poucos minutos, desencadeada por esforço físico, com pouco impacto diário. Realizou exames de triagem metabólica (sem alterações), vectoeletronistagmografia com normorreflexia bilateral, e ressonância magnética confirmando deiscência de canal superior direito. Paciente manteve-se oligossintomática, com uso de betaistina (24 mg de 12/12 horas), por 1 ano e 2 meses, quando evoluiu com piora do quadro e maior impacto diário (aumento da frequência dos episódios, agora também desencadeados por movimentos cefálicos, e com tendência a queda para a direita). Optou-se então por tratamento cirúrgico, procedimento realizado em 14/07/2017, com acesso da fossa média e tamponamento da deiscência.

**Discussão:** A síndrome de deiscência de canal superior foi descrita pela primeira vez em 1998, e é uma causa rara de vertigem e perda auditiva condutiva. Ainda não possui etiologia definida, tendo como principais teorias: congênita e adquirida. O diagnóstico muitas vezes é difícil, principalmente em casos como o ilustrado, que possuem fatores de confusão (doença otológica crônica e cirurgias prévias).

**Considerações Finais:** A DCSCS deve ser incluída nas causas de vertigem e diagnóstico diferencial de perda condutiva. Sua suspeita clínica deve levar à investigação adequada para o melhor tratamento.

## P 373 SÍNDROME DE GRADENIGO - RELATO DE CASO

Juliana Guimarães Garcia Cunha, Fernando Martins Cruvinel, Daniela Guimarães Garcia Cunha, Ivo Teles Melo Andrade, Ludmila dos Reis Silva, Otavio Eugenio Teixeira Trarbach, Ulisses José Ribeiro

*Seul Serviços Médicos, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.O.F., do sexo masculino, 7 meses de idade, com otite média aguda refratária ao tratamento clínico. O paciente apresentou piora do quadro clínico, com sinais inflamatórios na área mastoídea esquerda associados a estrabismo convergente. A tomografia computadorizada de ossos temporais demonstrou a presença de tecido de partes moles na topografia das células mastoideas, sinais de erosão óssea na orelha média esquerda e opacificação do ápice petroso, mas sem erosão óssea. Considerada a hipótese da síndrome de Gradenigo, o paciente foi submetido à timpanomastoidectomia esquerda e inserção do tubo de ventilação bilateral.

**Discussão:** A síndrome de Gradenigo é uma complicação rara da otite média caracterizada pela associação de otite média supurativa, paralisia do músculo reto lateral e dor orbital ipsilateral. Neste caso, apresentamos um paciente com tratamento prévio para otite média supurativa que apresentou agravamento clínico sugerindo a hipótese de mastoidite e Síndrome de Gradenigo. Nosso objetivo com esse relato é apresentar e discutir um caso de síndrome de Gradenigo, enfatizando o tratamento adotado e outras alternativas possíveis.

**Considerações Finais:** Apesar da ocorrência rara após a introdução de antibióticos, a síndrome de Gradenigo deve sempre ser considerada quando há dor facial e paralisia do sexto nervo em quadros de otite média. A melhor abordagem geralmente consiste em intervenção cirúrgica agressiva. Contudo, relatos mais recentes descrevem bons resultados com tratamento conservador, considerando a cirurgia apenas como segunda opção, em casos de resposta inadequada ao tratamento com antibióticos ou em casos crônicos, especialmente quando existe colesteatoma.

## P 374 SÍNDROME DE GRADENIGO EM PACIENTE COM TROMBOSE DE SEIO CAVERNOSO

Renata Furtado Medrado, Fernanda Martinho Dobrianskyj, Jamile Lopes de Souza, Edson Ibrahim Mitre, Melissa Ferreira Vianna, Paulo Roberto Lazarini, Fernando de Andrade Quintanilha Ribeiro

*Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 30 anos, procurou o serviço de Otorrinolaringologia de hospital terciário com dor em hemiface direita há 5 semanas e, há 2 dias otorreia e otalgia à direita, diplopia, sem febre. Tem antecedente pessoal de radioterapia nas orelhas para tratamento de queiloide. Ao exame físico, foi identificada paresia do nervo abducente à direita, sem alterações de sensibilidade da face. À otoscopia, apresentava secreção fluida amarelada não fétida em pequena quantidade coletada em meato acústico externo à direita e membrana timpânica íntegra, abaulada e hiperemiada. A tomografia de mastoide evidenciou otomastoidopatia inflamatória à direita, sinais de apicite petrosa, com comprometimento do *cavum* de Meckel. Paciente foi internado com hipótese diagnóstica de síndrome de Gradenigo. A ressonância magnética mostrou tromboflebite do seio cavernoso, abscesso em ápice petroso, ectasia da veia oftálmica e acometimento dos nervos trigêmeo e abducente à direita. Optou-se pelo tratamento clínico com ceftriaxone em dose para sistema nervoso central, metronidazol e anticoagulação plena durante quatro semanas. A ressonância magnética de controle evidenciou remissão do abscesso em ápice petroso. Após melhora dos sintomas, o paciente teve alta com anticoagulação plena por 6 meses.

**Discussão:** A síndrome de Gradenigo é uma complicação da otite média aguda caracterizada por otorreia, paralisia de nervo abducente e dor facial. É uma afecção rara, pois a porção petrosa do osso temporal possui apenas 30% dos ossos petrosos com células aéreas que estendem-se até o ápice, tendo somente uma parcela da população com aeração nesta região. O gânglio trigeminal e o VI par craniano são separados do ápice petroso ósseo somente por dura-máter, sendo vulneráveis a qualquer processo inflamatório que ocorra nesta região.

**Considerações Finais:** A apicite petrosa é potencialmente perigosa, podendo se espalhar medialmente e envolver meninges, seio cavernoso e cérebro. Portanto, uma investigação diagnóstica correta é necessária, para melhor tratamento da doença e de suas complicações.

## P 375 SÍNDROME DE MELKERSSON ROSENTHAL: RELATO DE CASO

Marília Batista Costa, Taynara Oliveira Ledo, Felipe Costa Neiva, Rodrigo Silverio Dias, Thays Fernanda Avelino dos Santos, Athina Hetiene de Oliveira Irineu, Mariana Delgado Fernandes

*Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** S.P.S.T., 65 anos, sexo feminino, hipertensa, diabética tipo II, procurou o serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, devido a quadro de paralisia facial periférica (PFP) à direita de início súbito há 2 meses, evoluindo com novo episódio em hemiface esquerda há 15 dias. Ao exame físico, apresentava língua plicata, paralisia facial bilateral - sendo grau II à direita e grau IV à esquerda pela escala House e Brackman – sem evidência de edema orofacial. Nos antecedentes pessoais, revelou 49 casos prévios de PFP, em ambos lados da face, sendo o primeiro aos 17 anos, sempre associados a edema orofacial. A maioria dos quadros anteriores foram tratados com corticoterapia via oral, com regressão dos sintomas em poucos dias.

**Discussão:** A síndrome de Melkersson Rosenthal (SMR) é uma doença granulomatosa rara, de etiologia ainda controversa e com várias suposições sobre seus mecanismos. Estima-se que sua incidência é de aproximadamente 0,08% e a tríade completa está presente em 8%-18% dos casos. O edema orofacial é a apresentação mais comum e, após recorrentes surtos, pode se tornar permanente em decorrência da fibrose local. A PFP é geralmente unilateral e a língua fissurada é a característica menos prevalente, ocorrendo em um terço a metade dos pacientes. O tratamento destina-se ao manejo da paralisia facial e redução do edema facial estabelecido. A língua fissurada geralmente é assintomática e não requer tratamento.

**Considerações Finais:** A SMR é rara, sendo caracterizada por edema orofacial, paralisia facial e língua fissurada, embora nem sempre a tríade esteja presente. Pacientes mono ou oligossintomáticos devem ser questionados e investigados quanto aos outros achados da síndrome a fim de não serem subdiagnosticados. Devido ao seu curso crônico, o manejo deve avançar com diagnóstico precoce, tratamento efetivo e acompanhamento regular devido à história de recorrência.

## P 376 SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT COM ACOMETIMENTO PRÉVIO DE NERVO TRIGÊMEO: RELATO DE CASO

Lorena Andrade Lamounier, Eduardo Tanaka Massuda, Laiane Renolfi de Oliveira, Luiz Henrique Machado Fernandes, Leonardo Biselli da Costa Monteiro, Laís Melo Rocha, Daniel Salgado Küpper

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.B.D., 63 anos, imunocompetente, iniciou quadro dor em hemiface esquerda, associada a lesões crostosas, otalgia, otorreia ipsilateral e lesões em orofaringe. Ao exame, havia hiperemia de terço inferior de hemiface esquerda se estendendo para região temporal, couro cabeludo e pavilhão auricular, monilíase oral e lesões ulceradas em mucosa jugal e palato a esquerda. À otoscopia, apresentava lesões bolhosas em conduto que impediam visualização de membrana timpânica. Não apresentava alterações de outros pares cranianos. Foi fechado diagnóstico de herpes-zoster de ramo V3 de trigêmeo e iniciado tratamento com aciclovir. Cinco dias após o início do quadro, apresentou melhora importante das lesões, mas evoluiu com paralisia facial periférica grau V (classificação de de House Brackmann) e queda de incisivos inferiores à esquerda. Com esse novo evento, foi associada corticoterapia ao tratamento e encaminhado para terapia miofuncional. Seis meses após o início do quadro, houve melhora completa da paralisia e das lesões.

**Discussão:** A síndrome de Ramsay-Hunt, uma inflamação do nervo facial causada pelo vírus varicela zoster, é a segunda causa não traumática mais comum de paralisia facial periférica, e normalmente causa uma hipofunção mais grave do nervo. O acometimento simultâneo do facial e trigêmeo é uma entidade rara, com poucos casos descritos. O intervalo entre os sintomas de acometimento de cada um dos nervos variou entre 4 dias a 3 semanas e ainda não há mecanismo fisiopatológico definido, alguns autores sugerem que o vírus se dissemine por via transaxonal.

**Considerações Finais:** O acometimento simultâneo do nervo facial e trigêmeo pelo vírus varicela zoster é raro e o mecanismo fisiopatológico ainda não está bem elucidado. No nosso caso, com o tratamento com antiviral, anti-inflamatório esteroidal e terapia miofuncional, o paciente apresentou melhora completa das queixas, sem sequelas tardias.

## P 377 SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT COM MANIFESTAÇÃO ATÍPICA

Juliana Cagliari Linhares Barreto, Bernardo Relva Lucas, Camila Bae Uneda, Larissa Odilia Costa Binoti, Natalia Mello Do Vale, Daniella Leitão Mendes, Luzia Abrão El Hadj

*Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** E.S.O., 80 anos, sexo feminino, hipertensa, hipotiroidea e diabética. Iniciou quadro de pródromos virais que evolui com otalgia à direita e hiperestesia em língua. Ao exame, apresentava vesículas sobre base hiepemiada e edema de pavilhão auricular e conduto auditivo externo à direita, associado a vesículas e lesões ulceradas em face lateral de língua ipsilateral. Após 15 dias de evolução, a paciente retorna com quadro de paralisia facial periférica a direita classificada como House-Brackman V. Foi tratada com corticoterapia e antivirais, além de fisioterapia de mímica facial. Após 2 meses de acompanhamento, paciente apresentou regressão completa de paralisia e das lesões.

**Discussão:** O caso apresentado é relevante, devido à presença de manifestações atípicas, como a presença de lesões orais e o desenvolvimento tardio de paralisia facial periférica na síndrome de Ramsay-Hunt, e apesar do mau prognóstico predito, a paciente evolui de forma satisfatória.

**Considerações Finais:** A síndrome de Ramsay-Hunt deve sempre ser lembrada pelo otorrinolaringologista, visto que é a segunda causa mais comum de paralisia facial periférica, com incidência de 5 casos/100.000 habitantes. Um exame físico e anamneses completos são essenciais para o diagnóstico.

## P 378 SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT EM PACIENTE DIABÉTICO - RELATO DE CASO

Juliana Guimarães Garcia Cunha, Fernando Martins Cruvinel, Ivo Teles Melo Andrade, Daniela Guimarães Garcia Cunha, Ludmila dos Reis Silva, Otavio Eugenio Teixeira Trarbach, Sergio Bittencourt

*Seul Serviços Médicos, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** N.L.G., do sexo masculino, 53 anos, diabético, com história de otalgia, paralisia facial grau IV (classificação House-Brackmann) e erupções vesiculares na orelha esquerda iniciadas há uma semana. Considerada a hipótese da síndrome de Ramsay-Hunt, ele foi internado para investigação e iniciou o tratamento com aciclovir, prednisona, medicamentos sintomáticos e fisioterapia motora. Durante a avaliação clínica, a otoscopia mostrou erupções vesiculares na orelha esquerda e no meato acústico, com membrana timpânica intacta. Testes sorológicos para varicela revelaram IgM e IgG positivos e a ressonância magnética mostrou evidências de envolvimento do nervo facial. O paciente teve alta hospitalar após o sétimo dia de internação, com melhora significativa da paralisia facial e lesões auriculares.

**Discussão:** A infecção do nervo facial por herpes zoster é chamada de síndrome de Ramsay-Hunt e seus sinais clínicos incluem paralisia facial e erupções vesiculares na orelha. Geralmente, ocorre em indivíduos idosos, diabéticos ou imunossuprimidos e o diagnóstico é alcançado através da anamnese e exame clínico. A ressonância magnética do osso temporal e o teste sorológico ajudam a definir o topodiagnóstico e o prognóstico da recuperação da lesão do nervo facial. O diagnóstico diferencial para a síndrome de Ramsay-Hunt inclui a paralisia de Bell e a neuralgia do trigêmeo e suas complicações mais comuns incluem nevralgia pós-herpética, meningite e paralisia do nervo periférico. Nosso objetivo é relatar um caso de síndrome de Ramsay-Hunt, com foco no diagnóstico precoce, tratamento e seguimento ambulatorial com o paciente para evitar complicações.

**Considerações Finais:** A síndrome de Ramsay-Hunt requer exame físico detalhado, histórico prévio e exames de imagem, se necessário. O diagnóstico e o tratamento precoces tendem a evitar complicações e a minimizar as sequelas.

**P 379 Síndrome de Susac: uma rara causa de surdez**

Larissa Rolim Freitas, Andressa Rolim Freitas, Francisco Davi Alves Vasconcelos

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 29 anos, previamente hígido, com quadro súbito de desorientação, dificuldade de interação e limitação cognitiva. Apresentou ainda perda gradual da força em membros inferiores associada à exoftalmia esquerda, hiperemia conjuntival e lacrimejamento, sem alterações visuais. Apresenta ainda hipoacusia e zumbido. Ressonância magnética de crânio (RM) com alterações moderadas de sinal na substância branca profunda periventricular e da coroa radiada compatíveis com áreas de infartos incompletos. Fundoscopia revelou obstrução de arteríolas retinianas. Audiometria apresentou perda auditiva neurossensorial leve à direita. Paciente foi submetido à pulsoterapia com metilprednisolona e encontra-se estável, mantendo acompanhamento clínico.

**Discussão:** A síndrome de Susac caracteriza-se pela tríade de encefalopatia, hipoacusia neurossensorial e alterações visuais. No exame histopatológico são observados microinfartos restritos à cóclea, pequenas arteríolas da retina e cérebro, causados por vasculopatia não inflamatória. Sua fisiopatologia é controversa. A RM de crânio evidencia lesões multifocais hiperintensas em T2, principalmente na substância branca e cinzenta. A retinopatia é caracterizada pela presença de oclusões múltiplas bilaterais de ramos das artérias retinianas. A hipoacusia é de natureza neurossensorial, instalação aguda, bilateral e assimétrica, podendo ser o sintoma inicial e estar associada à vertigem, instabilidade da marcha, zumbido e nistagmo. A evolução habitual se caracteriza por ataques recorrentes envolvendo um ou mais componentes da tríade. Um terço dos pacientes permanece com déficit cognitivo residual e distúrbios de marcha, além de déficit visual e auditivo. O tratamento da síndrome de Susac é controverso devido ao seu curso flutuante, progressivo e autolimitado. Corticosteroides em altas doses podem ser opção terapêutica. A duração do tratamento e o melhor esquema são incertos.

**Comentários Finais:** É de suma importância uma boa investigação em quadros de encefalopatia inexplicada em pacientes jovens. A síndrome pode se apresentar de forma incompleta, com apenas um dos componentes da tríade descrita, sendo difícil a identificação de déficit visual ou auditivo em pacientes com encefalopatia.

## P 380 SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA (SVKH) - RELATO DE CASO

Thaise Cesca, Gabriela Soraya Martini, Ricardo Maurício Favaretto, Mauricio Gusberti, Débora Caliani de Vincenzi, Rodrigo Dors Sakata, Francisco Polanski

*Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente J.R.P., sexo feminino, proveniente de Campo Largo–PR, 21 anos, em 2013 apresentou amaurose bilateral súbita, cerca de um mês antes do aparecimento queixava-se de episódios de cefaleia intensa, dor retro-ocular, seguidos de disacusia e acufenos. O episódio motivou internação hospitalar, com constatação de uveíte bilateral. Durante a internação, a paciente recebeu corticoterapia sistêmica em altas doses, com recuperação do quadro neurooftalmológico após 15 dias. Hoje, está em acompanhamento com reumatologista fazendo uso de metrotexato, adalimumabe, prednisona em dose baixa. Em exames de rotina apresenta audiometria dentro da normalidade, porém apresenta ainda acufenos.

**Discussão:** Atualmente, considera-se que a síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada seja uma doença autoimune celular-mediada que atinge os melanócitos. Pesquisas na área da Otorrinolaringologia chegaram à conclusão que o sistema imune pode ser capaz de danificar a orelha interna e os nervos coclear e vestibular, onde existem células contendo melanina. Os distúrbios do ouvido interno incluem disacusia, acufenos e vertigens, ocorrendo em cerca de 75% dos doentes. A perda da audição coclear envolve normalmente as frequências elevadas e pode afetar mais de 75% dos casos, provavelmente por uma insuficiente avaliação audiométrica.

**Considerações Finais:** A dificuldade no diagnóstico da doença decorre de sua raridade e da pouca divulgação na classe médica, sendo na maioria das vezes a síndrome reconhecida apenas pelos especialistas que tratam dos sistemas acometidos pela doença. Este fato contribui para que os dados de incidência da doença sejam escassos, sobretudo no Brasil. É necessário que a síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada seja uma doença reconhecida pelas diversas especialidades médicas, pois o atraso em seu diagnóstico pode resultar em sequelas oculares, cutâneas e auditivas.

**P 381 SURDEZ IMUNOMEDIADA ASSOCIADA À NEUROMIELITE ÓPTICA**

Eduardo Espindola Zomer Alves, Cassiano Mangini Dias Malpaga, Maria Olivia Ferreira Romano, Mariane Dias Rezende, Gustavo Trindade Mury, Diana Hammes de Carli, Andy de Oliveira Vicente

*Hospital CEMA, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** K.V.T.N., feminino, 21 anos, refere perda auditiva súbita em ouvido esquerdo há 15 dias e perda auditiva súbita em ouvido direito há dois dias. Possui diagnóstico de doença de Devic (neuromielite óptica), com déficit visual profundo e em uso de imunossuppressores. Audiometria evidenciou perda auditiva neurossensorial profunda bilateral. A ressonância magnética demonstrou intenso processo inflamatório intracoclear. Mesmo após tratamento imunossupressor precoce e plasmaférese, não houve recuperação auditiva. Foi realizado implante coclear em ouvido direito, sendo o eletrodo posicionado nos giros médio e apical da cóclea, devido à intensa ossificação do giro basal da cóclea.

**Discussão:** A neuromielite óptica é uma doença inflamatória e desmielinizante severa do sistema nervoso central. É caracterizada por envolvimento da medula espinhal e nervo óptico. Pode manifestar-se com mielite óptica apresentando perda visual e dor ao movimentar o olho, mielite transversa com disfunção da medula espinhal. A perda auditiva resulta em 95% dos casos de dano na orelha interna e raramente de afecção retrococlear. No caso relatado foi possível evidenciar na ressonância magnética um processo inflamatório agudo intralabiríntico. Devido ao déficit visual profundo da paciente e o risco de ocorrer um desarranjo estrutural da cóclea secundário à intensa inflamação, foi realizado implante coclear 3 meses após início do quadro e mesmo assim foi observada intensa ossificação do giro basal da cóclea durante o procedimento, o que dificultou a colocação dos eletrodos.

**Considerações Finais:** A surdez imunomediada possui um prognóstico desfavorável, principalmente nos casos em que é possível visibilizar o processo inflamatório nos exames de imagem. Com esse achado, podemos inferir que a doença é mais agressiva e existe a possibilidade concreta de ocorrer labirintite ossificante. Por esse motivo, a reabilitação auditiva (implante coclear) deve ser realizada rapidamente para permitir que os eletrodos sejam colocados de maneira adequada.

## P 382 SURDEZ SÚBITA BILATERAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE COINFEÇÃO POR SÍFILIS E VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

Emilio Gabriel Ferro Schneider, Luiz Fernando Manzoni Lourençone, Eduardo Boaventura Oliveira, Ana Carolina Feitosa Riedel, Guilherme Trindade Batistão, Gustavo Pimenta de Figueiredo Dias

*Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) - Universidade São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 42 anos, sexo feminino, atendida no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo por surdez súbita bilateral. Audiometria mostrou perda auditiva profunda à direita sem limiar para índice de reconhecimento de fala e perda auditiva mista severa à esquerda com limiar de reconhecimento de fala em 55dB. Na investigação inicial foi identificada sorologia positiva para HIV e sífilis. Ressonância nuclear magnética de crânio mostrou sinais de obliteração parcial do labirinto membranoso direito no giro basal da cóclea, parte do giro médio e giro apical. Foi realizado tratamento para sífilis tardia e encaminhada para início de terapia antirretroviral. Por fim, encaminhada para adaptação de aparelho de amplificação sonora individual, apresentando limiar amplificado de 45dB em campo livre.

**Discussão:** O diagnóstico diferencial de surdez súbita é extenso e, dentre as causas infecciosas, podemos citar a sífilis e o HIV. Pacientes com HIV têm prevalência de sífilis oito vezes maior que a população geral. Pacientes com HIV têm curso alterado da sífilis, com manifestações atípicas e agressivas. Atualmente, o Brasil vive uma epidemia de sífilis, com incidência crescente. Apesar de saber que as manifestações desta podem ser mais intensas nestes casos, não existem estudos na literatura que avaliam a surdez súbita em pacientes com coinfeção pelas duas doenças. Este estudo mostrou um caso de surdez súbita bilateral que se apresentou como sintoma inicial em uma paciente coinfectada.

**Considerações Finais:** Apesar da literatura caracterizar bem casos de surdez súbita em pacientes com HIV e sífilis e de que esta pode ser mais grave em pacientes coinfectados, são necessário mais estudos que avaliem se a surdez súbita é mais incidente e mais grave em casos de coinfeção.

### **P 383 SURDEZ SÚBITA BILATERAL EM PACIENTE IMUNODEPRIMIDO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: RELATO DE CASO**

Rafael Freire de Castro, Felipe Costa Neiva, Fabio Akira Suzuki, Ludmilla Emilia Martins Costa, Marília Batista Costa, Taynara Oliveira Ledo, Athina Hetiene de Oliveira Irineu

*Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 46 anos, sexo feminino, com 7 dias de hipoacusia bilateral de início súbito, acompanhada de zumbido bilateral. Possuía diagnóstico prévio de Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) em tratamento irregular com Terapia antirretroviral, com últimos parâmetros laboratoriais com 322 linfócitos TCD4/uL e carga viral de 2.833 cópias/mL. Ao exame, membrana timpânica íntegra e translúcida bilateralmente. Audiometria evidenciou perda auditiva neurossensorial (PANS) bilateral simétrica de leve a moderada de 2 a 6kHz. Ressonância magnética de ouvido interno dentro dos padrões da normalidade. Realizada hipótese diagnóstica de surdez súbita (SS) e optado o tratamento com corticoterapia: prednisolona 1 mg/kg. Paciente reavaliada após 7 dias sem melhora da sintomatologia, repetida a audiometria sem sinais de melhora dos limiares. Paciente evoluiu com estabilidade da PANS sem sinais de piora da mesma, a despeito do tratamento.

**Discussão:** Em 2013, van der Westhuizen observou que pacientes soropositivos tinham prevalência de PANS maior e, além disso, encontrou relação positiva entre o estadiamento da doença e a frequência da PANS. No mesmo ano, Charlene Lin descreveu risco mais elevado de SS em pacientes com imunodeficiência pelo HIV na faixa etária entre 18 a 35 anos - risco relativo da surdez súbita no grupo infectado pelo HIV de 2,169 (IC 95%, 1,071-4,391) ( $p < 0,05$ ). Embora não seja possível afirmar que o HIV tenha sido o fator causal direto da hipoacusia em nossa paciente, é importante lembrar que, na literatura, está claro que o HIV pode justificar disacusia e ainda estar relacionado com os quadros de SS em pacientes com AIDS.

**Considerações Finais:** A SS, em sua apresentação bilateral, torna o diagnóstico mais difícil caso não existam parâmetros audiométricos prévios e acarreta em maior morbidade e piora significativa da qualidade de vida do indivíduo. Por estes motivos, torna-se imprescindível a avaliação otorrinolaringológica contínua de pacientes infectados pelo vírus da AIDS.

## P 384 SURDEZ SÚBITA E SCHWANNOMA VESTIBULAR CONTRALATERAL: RELATO DE CASO

Ana Paula Avila Pinzon, Luisa Gallas Eickhoff, Filipe Valvassori do Nascimento, Mathias André Kunde, Paula Wickert Bastos, Viviane Feller Martha

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Caso de um homem de 28 anos de idade, branco, modelo fotográfico, natural e procedente de Porto Alegre com perda auditiva neurossensorial súbita no ouvido direito e um achado incidental de schwannoma vestibular no ouvido contralateral. Consulta em novembro de 2016, tendo como queixa principal “não estar escutando no ouvido direito”. No exame físico, apresentou otoscopia normal e na acumetria VAD<VAE, Rinne + e Weber lateraliza para esquerda. Embora geralmente a perda auditiva neurossensorial súbita não seja causada por schwannoma vestibular, a RM foi solicitada a fim de descartar essa possibilidade. Ademais, a audiometria é um exame essencial e emergencial nesse caso, já que o paciente relatava surdez súbita.

**Discussão:** Apesar de otorrinolaringologistas diagnosticarem o schwannoma vestibular e perda auditiva neurossensorial súbita, ambas as afecções ocorrendo de forma concomitante e contralateral são raramente relatadas na literatura. A perda auditiva neurossensorial súbita é apenas 1% das causas de todas as perdas auditivas neurossensoriais. Além disso, a incidência do schwannoma vestibular é de 1 em 80.000 pessoas. Ao pesquisar sobre este tumor associado à surdez súbita contralateral nas principais bases de dados (PubMed, Scielo, Cochrane), encontrou-se apenas um relato de caso semelhante de um paciente da Mayo Clinic da Flórida.

**Considerações Finais:** O paciente apresentou perda auditiva neurossensorial súbita no ouvido direito e um achado ocasional de schwannoma vestibular no ouvido esquerdo. A audiometria é um exame imprescindível em suspeita de surdez súbita, e deve ser realizada em caráter de urgência. Já a RM deve ser solicitada quando houver suspeita de hipoacusia neurossensorial instalada de forma súbita, porém este exame também pode ser requerido após o tratamento com corticoterapia se não houver melhora da audição.

## P 385 TROMBOSE DE SEIO LATERAL SECUNDÁRIA À OTITE MÉDIA AGUDA: RELATO DE DOIS CASOS ATENDIDOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO GRANDE DO SUL

Bruna Letícia Butzke, Olívia Egger de Souza, Alice Lang Silva, Karine Bombardelli, João Augusto Polesi Bergamaschi, Letícia Petersen Schmidt Rosito

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Caso 1: J.M.N.S., 2 anos e 3 meses, com otite média aguda (OMA) recebeu amoxicilina por 2 dias quando iniciaram sinais de mastoidite, recebendo oxacilina e ceftriaxona. Após 48 horas sem melhora, fora encaminhado para hospital de referência. Submetido à tomografia de crânio (TC) com contraste, que evidenciou trombose do seio sigmoide distal e veia jugular interna (VJI) proximal. Iniciados vancomicina, cefepime, anticoagulação e realizada mastoidectomia e inserção de tubo de ventilação (TV). Evoluiu com melhora clínica e recanalização parcial dos seios e da VJI. Caso 2: J.V.S.S., 9 anos, apresentou OMA recebendo amoxicilina. Sete dias após, apresentou picos febris, piora da otalgia, cefaleia, vômitos e meningismo. Iniciada ceftriaxona e realizada TC de crânio com contraste, a qual demonstrou trombose de seio lateral (SL). Por piora do sensório, fora transferido à UTI, realizadas ressonância magnética de crânio e punção lombar, que confirmaram meningite e trombose de SL. Iniciada anticoagulação e realizada mastoidectomia e colocação de TV.

**Discussão:** Trombose de SL é uma complicação rara da OMA na era antibiótica. Representa 2 a 20% das complicações de OMA, porém apresenta elevada morbimortalidade. Dá-se por extensão direta da orelha média e mastoide para o seio ou por disseminação hematogênica via veias emissárias. Caracteriza-se por febre em picos, cefaleia, papilema em paciente com quadro de OMA. O diagnóstico se faz por meio de ressonância magnética venosa ou por tomografia de crânio com contraste, menos sensível. O tratamento ainda é controverso, sendo bem estabelecidas a indicação de antibioticoterapia endovenosa e mastoidectomia com ou sem colocação de tubo de ventilação. Anticoagulação e abordagem do seio acometido através de punção ou trombectomia ainda são discutidos.

**Considerações Finais:** Trombose de SL otogênica constitui uma complicação com alto potencial de morbimortalidade. A baixa prevalência dessa entidade colabora para a manutenção de divergências quanto à melhor abordagem terapêutica.

## P 386 TROMBOSE DO SEIO SIGMOIDE POR COMPLICAÇÃO DE MASTOIDITE AGUDA

Barbara das Neves Linhares, Anne Rosso Evangelista, Eloá Lumi Miranda, Fernanda Dalbem Kravchychyn, Gustavo Arruda Passos Freire de Barros, Iulo Sérgio Barauna Filho, Aldo Eden Cassol Stamm

*Hospital Professor Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Menino, 2 anos, branco, aleitamento materno exclusivo até 8 meses, na creche há 4 meses, vacinação em dia, previamente hígido foi diagnosticado com otite média aguda (OMA) bilateral em 10/06/17. Foi prescrita amoxicilina/clavulanato, suspensa em D7 por reação alérgica e iniciada corticoterapia. Em 21/06/16, surgiu edema e hiperemia retroauricular, em 2 dias evoluiu com proptose auricular D, sem febre. No PS, feito diagnóstico de otomastoidite bilateral complicada à direita (D), foi transferido para UTI do Complexo Hospitalar Professor Edmundo Vasconcelos (CHEV). Realizou-se exames de imagem, constatando abscesso em fossa posterior D, sinais de trombose da porção distal do seio transverso e sigmoide D, optou-se por mastoidectomia D com drenagem cirúrgica e timpanotomia com colocação de tubo de ventilação bilateral. Na cultura da secreção à D foi identificado *S.pneumoniae* resistente à oxacilina. Após discussão com a Pediatria, Infectologia e Neurologia, foi mantido 14 dias de ceftriaxone e vancomicina no pós-operatório, com completa resolução do quadro, sem sequelas.

**Discussão:** A mastoidite aguda (MA), cujo principal agente é o pneumococo, é uma complicação de OMA, possui 3 fases: MA simples, MA com periosteíte, MA com osteíte. A trombose dos seios, uma complicação da MA, ocorre por processo inflamatório que se estende do ouvido médio ao seio sigmoide, levando ao edema, aumento da pressão vascular local e estado de hipercoagulabilidade, resultando em estase venosa. A clínica pode ser sutil, com quadro de febre, hiperemia, edema retroauricular com abaulamento do pavilhão auditivo. Outros sintomas podem ocorrer, como: cefaleia, náuseas, irritação, tontura, letargia, dor cervical.

**Considerações Finais:** Complicações por MA são raras, mas possuem alta taxa de mortalidade, podem levar a morbidades neurológicas graves, sendo potencialmente letais se não reconhecidas e tratadas adequadamente. No CHEV, complicações de OMA são indicações de miringotomia, cultura, antibiograma e antibioticoterapia direcionada; em casos persistentes ou graves, indica-se mastoidectomia.

## P 387 TUBERCULOSE MASTOÍDEA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Patrícia Barcelos Ogando, Mauricio Schreiner Miura, Talita Lopes Silva, Rodrigo Andre Soccol, Guilherme Kasperbauer, Danilo Minuceli Vilvert, Mariele Bressan

*Santa Casa de Misericórdia Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Menino, 1 ano, apresentava há dois meses quadro de otorreia bilateral, abaulamento retroauricular direito, assimetria na mímica facial e dificuldade de fala, sem melhora após antibioticoterapia. Ao exame físico, apresentava otorreia bilateral, pólipos ocupando conduto auditivo externo direito, abaulamento retroauricular à direita; paralisia facial periférica à direita e membrana timpânica de aspecto polipoide em ouvido esquerdo. A tomografia computadorizada de ouvidos demonstrava lesão destrutiva envolvendo difusamente a mastoide e as orelhas média e interna à direita, com fragmentação e erosões ósseas difusas. Realizou-se timpanomastoidectomia com coleta de material de ouvido direito com resultados de exame micológico e BAAR negativos, inflamação crônica supurativa intensa com granulomas com células gigantes. Realizada timpanomastoidectomia revisional fechada, com ressecção de lesão, fechamento de fístula perilinfática, exploração e descompressão total do nervo facial. Anatomopatológico demonstrou inflamação crônica e focos supurativos, culturais negativos. Paciente obteve melhora da paralisia facial após cirurgia, iniciou tratamento antituberculoso e está em acompanhamento com a Infectologia e Imunologia, para investigação de imunodeficiências.

**Discussão:** A Otite Média Tuberculosa (OMT) é rara, correspondendo a 0,05-0,9% das infecções crônicas do ouvido médio. A condição continua a ser um desafio diagnóstico significativo para o otorrinolaringologista, devido ao quadro clínico, padrão microbiológico e histológico serem inespecíficos. Os testes de tuberculose geralmente dão falsos resultados negativos. O tratamento padrão é a medicação antituberculosa durante pelo menos seis meses. Testes diagnósticos devem ser repetidos para permitir um diagnóstico definitivo em casos altamente suspeitos.

**Considerações Finais:** Um alto índice de suspeita clínica de OMT é necessária em pacientes que não respondem à terapia padrão para o ouvido médio crônico e ressalta a importância na investigação e diagnóstico precoces, a fim de um tratamento bem-sucedido.

## P 388 TUMOR DE CÉLULAS GIGANTE DO OSSO TEMPORAL

Fernanda Negrão Braga, Flavio Carvalho Santos, Lucas Lins Marques, Rafael de Deus Moura, Vitor Yamashiro Rocha Soares

*Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina, PI, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, sexo feminino, 49 anos, com quadro de edema temporal supra-auricular esquerdo com crescimento lento. Ao exame físico, foi evidenciado abaulamento temporal esquerdo de aproximadamente 2 cm, consistência fibroelástica, sem sinais flogísticos. O conduto auditivo externo e membrana timpânica não apresentavam alterações. Referia procedimento cirúrgico otológico em ouvido esquerdo para remoção de colesteatoma de conduto auditivo externo há 5 anos. Audiometria sem alterações. Exame tomográfico e a ressonância magnética de ouvido evidenciaram um tumor na região temporal esquerda provocando lise óssea e acometimento de fossa média, fossa infratemporal e mastoide. Decidiu-se pela abordagem cirúrgica com ressecção completa da lesão. Foi realizada uma incisão em retroauricular com extensão anterior frontotemporal e acesso a fossa infratemporal. Houve ressecção completa do tumor. A mastoide foi reconstruída. O estudo histopatológico da lesão evidenciou numerosas células gigantes, os osteoclastos, multinucleadas uniformemente distribuídas. Paciente apresentou boa evolução após a cirurgia, sem sinais de recidiva do tumor em dois anos de pós-operatório.

**Discussão:** O tumor de células gigantes (TCG) ósseo é uma neoplasia benigna com comportamento agressivo. A faixa etária mais acometida é de 20 a 40 anos, com predominância do sexo feminino. Localiza-se preferencialmente em ossos longos. Apenas 2,5% dos casos ocorrem no segmento cefálico. Radiologicamente, é caracterizado como uma lesão epifisiometafisária, lítica, insuflativa, excêntrica, com afinamento ou erosão da cortical. A confirmação diagnóstica é feita por meio de análise histopatológica. A ressecção cirúrgica é a modalidade de preferência, com margem ampla, para evitar recidiva da lesão.

**Considerações Finais:** O tumor de células gigantes no osso temporal é uma neoplasia benigna rara com caráter agressivo. A principal manifestação clínica é dor e aumento do volume ósseo local. O diagnóstico pode ser feito pela história clínica, exames de imagem e confirmado pelo exame histopatológico. A ressecção completa da lesão é a principal forma de tratamento.

## P 389 TUMOR DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO REFRAATÁRIO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO

Laís Cristina De Pin, Mário Pinheiro Espósito, Ana Olívia Oliveira Camargo, Fabrizio Omir Barbosa Barros Lima, Fernando Rodrigues Ribeiro, Mariana Bastos Faria, Thais Baratela Loss

*Hospital Otorrino de Cuiabá, Cuiabá, MT, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.P.S., 65 anos, tabagista e etilista prévio. Tem história família de câncer gástrico. Apresentou lesão em orelha direita em 2004 seguido de ressecção devido à suspeita de câncer de pele e submetido à radioterapia, última sessão há 5 anos. Foi encaminhado ao serviço de especialização de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço e realizada exérese de tumor em conduto auditivo externo direito em junho de 2016. Biópsia com diagnóstico de carcinoma de células escamosas (CEC) moderadamente diferenciado, invasor e com margem cirúrgica comprometida e necessidade de reabordagem em janeiro de 2017. Após esse procedimento, voltou a apresentar abaulamento em região da articulação temporomandibular e lesão ulcerada, medindo 8x11 cm, endurecida, com fundo necrótico, dor a palpação e crescimento progressivo. Assim, foi identificada recidiva local em tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RNM), realizada em maio de 2017, com estadiamento T4N0M0 e encaminhado ao serviço de Oncologia.

**Discussão:** Literatura afirma que os cânceres de conduto auditivo externo são raros, sendo os tipos histológicos mais comuns que acometem pavilhão auditivo e meato acústico externo o espinocelular (CEC) e o basocelular (CBC). CEC surge, geralmente, entre a sexta e sétima década de vida. Tem disseminação primariamente por extensão direta e apresenta o envolvimento ganglionar tardio. Já metástases à distância, são raras. Fatores de pior prognóstico são: tumor extenso; paralisia facial; linfonodomegalia cervical ou parotídea; ou quando invade mucosa da orelha média. Diagnóstico definitivo é por biópsia da lesão. Tratamento feito por ressecção completa com necessidade de retirar margem e radioterapia adjuvante. A radioterapia isolada é reservada aos tumores irresssecáveis.

**Considerações Finais:** Paciente apresentou recidiva de lesão e com crescimento progressivo. Pela extensão da doença, não apresentou chances de nova abordagem cirúrgica, sendo indicada terapia paliativa.

## P 390 TUMOR DERMOIDE ORIGINADO DA TUBA AUDITIVA: RELATO DE CASO

Nathalia Parrode Machado Barbosa, Matheus Alves Farah, Natalia Barros de Melo, Rebeca Alevato Donadon, Paulo Cesar Pezza Andrade, Bertha Catherine Corrêa Pereira, Gustavo Lara Rezende

*Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 2 meses de idade, nascido à termo, apresentando dispneia e cianose periférica durante a amamentação e choro. Videoendoscopia nasal com tumoração pardo-clara, lisa, pediculada ao óstio tubário esquerdo e ocupando toda a nasofaringe. Tímpano esquerdo levemente opaco. Tomografia computadorizada sem outras lesões expansivas adjacentes em ouvido ou pescoço. Por videoendoscopia nasal, o lactente foi submetido à exérese direta da lesão, em sua eminência ao óstio tubário. A análise anatomopatológica demonstrou uma lesão polipoide de 3,4x2,8x1,5 cm, recoberta por epitélio escamoso ceratinizado sobre a derme, contendo numerosas estruturas anexais cutâneas (folículos pilosos, glândulas sebáceas e glândulas écrinas), compatível com tumor dermoide.

**Discussão:** O tumor dermoide é uma lesão benigna caracterizada por elementos mesodérmico e ectodérmico. Apresenta uma incidência de 1 em 4000 nascimentos e são mais comuns nas mulheres (Lepera et al., 2015). Afetam principalmente a região periorbitária (50%) e a cavidade oral (25%), e sua manifestação na tuba auditiva é muito rara (Cruz-Toro et al., 2015). Devido a sua localização em rinofaringe, as manifestações clínicas se assemelham à atresia de coanas. A abordagem videoendoscópica nasal exclusiva foi a melhor maneira para abordar esta lesão. O acesso percutâneo cervical poderia ser danoso a um recém-nascido diante da dúvida diagnóstica e sem a confirmação de outros danos anatômicos cérvico-faciais. Nalavenkat et al. e Wang et al. revelaram que a abordagem conjunta nasal e/ou transoral, transpalatal e transtimpânica foram as mais usadas em seus 23 casos estudados de tumores dermoides. Após um ano da abordagem inicial, a criança apresenta-se sem alterações ponderoestaturais e sem alterações em ouvido médio e rinofaringe.

**Considerações Finais:** O tumor dermoide derivado da tuba auditiva é uma lesão rara e importante diagnóstico diferencial de insuficiência respiratória em recém-nascidos. Sua abordagem por videoendoscopia nasal exclusiva é minimamente invasiva e resolutive.

## P 391 TUMOR DO SACO ENDOLINFÁTICO EM TRATAMENTO EXCLUSIVO COM RADIOQUIMIOTERAPIA: RELATO DE CASO

Vitor Yamashiro Rocha Soares, Roberto Igor Soares Feitosa Viana, Paula de Almeida Melo, Fabiano Aguiar Coelho

*Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina, PI, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 18 anos, sexo masculino, cristão testemunha de Jeová, relata plenitude aural e otorreia amarelada em orelha esquerda há um ano. Apresentava retração atical e espessamento membrana timpânica à otoscopia. A audiometria revelou perda auditiva mista em grau leve a moderado e timpanograma tipo “Ar” em orelha esquerda. Tomografia de mastoide: lesão osteodestrutiva com epicentro na parede medial e posterior da mastoide esquerda, determinando intensa lise óssea, com erosão da parede posterior do conduto auditivo externo. Ressonância magnética: formação expansiva (3,3x2,8x4,1), com área central sólida (isointensa em T1 e T2), epicentro na porção retrolabiríntica da pirâmide petrosa esquerda, com erosão óssea de sua parede medial e extensão para a cisterna do ângulo pontocerebelar erodindo forame jugular e canal carotídeo, podendo estar relacionada a tumor de saco endolinfático. Histopatológico: células neoplásicas em arranjos papilíferos infiltrando tecido ósseo, expressando pancitoceratinas e EMA (antígeno epitelial de membrana). Paciente recusou conduta cirúrgica, foi submetido à radioterapia e quimioterapia. Radioterapia: 70 Gy em 35 frações por 30 dias e drenagem de linfonodos pós auriculares até nível II com 50 Gy em 25 frações. Quimioterapia: carboplatina AUC 5 e taxol 175mg/m<sup>2</sup> por 8 ciclos de 21/21 dias por 7 meses. Ressonância após radioquimioterapia evidenciou: redução do tamanho da lesão e involução da captação pelo gadolínio.

**Discussão:** O saco endolinfático e o ducto endolinfático são estruturas do labirinto membranoso, preenchidas por endolinfa e derivam embriologicamente do neuroectoderma. Os tumores do saco endolinfático são tumores localmente invasivos do osso temporal, que podem se manifestar de forma isolada ou em associação com a síndrome de Von HippelLindau (até 15% dos casos). A conduta cirúrgica com ressecção tumoral é a melhor opção terapêutica.

**Considerações Finais:** Tumores do saco endolinfático tratados exclusivamente com radioterapia são raros na literatura. O paciente do relato obteve regressão tumoral com radioquimioterapia exclusiva, sem nenhuma intervenção cirúrgica.

## P 392 TUMOR GLÔMICO EM MASTOIDE - APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

Lizandra Stopa Passini, Débora Bressan Pazinato, Igor Guerra Guimarães, Eder Barbosa Muranaka

*Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** O presente estudo é um relato de caso de tumor glômico em mastoide em paciente diagnosticada inicialmente com otite média crônica colesteatomatosa, acompanhado de revisão da literatura dos bancos de dados Medline e Lilacs.

**Discussão:** Paciente do sexo feminino acompanhada no ambulatório de Otorrinolaringologia devido hipoacusia, zumbido e otorreia em ouvido esquerdo. Após timpanomastoidectomia esquerda e exame anatomopatológico, foi feito o diagnóstico de tumor glômico. Paciente então em seguimento ambulatorial, com boa evolução do quadro.

**Considerações Finais:** O diagnóstico diferencial entre tumor glômico e colesteatoma é importante para definir prognóstico e tratamento, evitando-se assim a progressão de ambas as afecções.

## P 393 TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO DE OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO

Rafaela Ximenes Almeida, Bruno Thieme Lima, Maria Tarcinara Rodrigues Sarmiento Oliveira, Aline Costa de Oliveira Cavalcanti, João Igor de Paiva Cabral, Renato Taumaturgo Dias Correia, Ianna Radace Santiago de Araújo Vila

*Clinica Pedro Cavalcanti, Natal, RN, Brasil*

**Apresentação do Caso:** F.A.M., 11 meses, masculino, apresentou um quadro de paralisia facial periférica (PFP) à esquerda aos 4 meses, com TC de crânio normal, revertendo completamente apenas com fisioterapia. Aos 7 meses, apresentou novo episódio de PFP grau V de House-Brackmann, sem reversão após tratamento clínico/fisioterápico. Dessa vez, uma TC de ossos temporais mostrou presença de tecido com densidade de partes moles, ocupando antro e orelha média. Realizada a mastoidectomia e coletado material para biópsia, foi sugestivo de sarcoma de Ewing, sendo confirmado pela imunohistoquímica. Acompanhado pela Oncologia, realizou TC de tórax e de pelve, concluindo metástase em região pélvica. A PFP reverteu após tratamento cirúrgico e iniciará tratamento quimioterápico nos próximos dias.

**Discussão:** O tumor neuroectodérmico primitivo é uma neoplasia rara altamente agressiva de causa desconhecida, que, devido a sua semelhança biológica com os sarcomas de Ewing ósseo e extraósseo, faz parte da família dos sarcomas de Ewing. Sua prevalência é de aproximadamente 3/1.000.000 de pessoas com idade inferior a 20 anos (Esiashvili, 2008). Em 90% dos casos, acomete os pacientes na faixa etária entre 5 e 25 anos. As localizações mais comuns são os ossos, predominantemente na pelve, fêmur, tíbia e úmero. São tumores extremamente raros em negros e asiáticos. Após suspeita clínica, realizam-se exames de imagem, como radiografia simples, tomografia computadorizada e ressonância magnética, para identificar a localização e a relação do tumor com estruturas adjacentes, porém, a conformação do diagnóstico se dá pela biópsia do tumor. A terapêutica destes pacientes visa a combinação de quimioterapia, devido à alta incidência de micrometástases ao diagnóstico, e o adequado controle do tumor primário por meio da cirurgia, radioterapia ou a combinação de ambos.

**Considerações Finais:** Por se tratar de doença rara, com baixa prevalência nessa localização e faixa etária, torna-se importante a documentação do caso para novos estudos.

## P 394 UMA APRESENTAÇÃO CLÍNICA RARA DA SÍNDROME DE EAGLE CAUSANDO PARALISIA FACIAL

Diego Guzman Rodrigues, Paula Tardim Lopes, Eloisa Maria Mello Santiago Gebrim, Anna Carolina Fonseca, Raquel Salomone, Ricardo Ferreira Bento

*Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino de 68 anos, hipertenso controlado, sem história de trauma ou cirurgia, com queixas de fraqueza facial, dor na região superior do pescoço e alteração do paladar súbitos. O exame físico revelou paralisia facial grau V de House & Brackmann à esquerda, sem outros pares cranianos acometidos ou déficits neurológicos. Nosso protocolo de tratamento foi introduzido, porém o tratamento não mostrou melhora da paralisia após um mês. Ambulatorialmente, foram excluídas outras causas de paralisia facial e a avaliação de imagem com tomografia e ressonância magnética mostrou relação entre o processo estiloide alongado e o percurso do nervo facial esquerdo, com edema de partes moles adjacente ao forame estilomastoídeo, e realce de contraste do nervo facial esquerdo. Como o paciente apresentava dor cervical severa refratária ao uso de opioides, realizamos em conjunto com a equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço mastoidectomia e cervicotomia para descompressão da porção mastoídea do nervo facial e estruturas adjacentes e remoção do processo estiloide. Paciente evoluiu com resolução completa da dor cervical após a cirurgia.

**Discussão:** A síndrome de Eagle compreende um grupo de sintomas causados por um alongamento do processo estiloide do osso temporal ou pela calcificação do ligamento estilo-hioideo. A síndrome está associada a trauma ou cirurgia na maioria dos casos. Acredita-se que apenas uma pequena porção da população apresente a variação anatômica, e uma parcela ainda menor apresenta sintomas. A paralisia facial periférica decorrente da síndrome de Eagle é uma apresentação raríssima da doença, com poucos relatos na literatura médica.

**Considerações Finais:** Embora rara, a síndrome de Eagle como causa de paralisia facial periférica deve ser suspeitada em pacientes com paralisia facial e queixas de dor cervical ou odinofagia sem outras causas que justifiquem a dor, principalmente naqueles com história de trauma cervical ou cirurgia prévia.

## P 395 ZUMBIDO E PERDA AUDITIVA UNILATERAL SECUNDÁRIA À SÍNDROME DE KLIPPEL- TRENAUNAY: RELATO DE CASO

Pietro Jorge Tenório Tavares, Silvio da Silva Caldas Neto, Larissa Leal Coutinho, Leopoldo Marques D'Assunção Filho, Gabriela Silva Teixeira Cavalcanti, Mateus Morais Aires Camara, Fabiano Wlandemir Rodrigues de Albuquerque Cavalcante

*Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** D.S.R., 25 anos, masculino, natural e procedente de Recife, auxiliar administrativo, com história de zumbido não pulsátil e hipoacusia na orelha direita há 15 anos. Relatava também cefaleia hemicraniana há cerca de 6 anos de forte intensidade associada a náuseas, foto e fonofobia. Antecedente familiares de pais consanguíneos. Negava convulsões e não apresentava retardo no desenvolvimento neuropsicomotor. Apresentava ao exame físico manchas em vinho do porto em todo hemicorpo e hemiface direitos que existiam desde o nascimento. Otoscopia esquerda sem alterações e à direita evidenciava apenas hiperemia do cabo do martelo com procedência da parede inferior do conduto auditivo externo. Fundoscopia de olho direito com tortuosidade das veias. Biópsia de pele evidenciava hemangioma capilar lobular. Audiometria tonal mostrando perda neurossensorial de grau leve na orelha direita e limiares normais na orelha esquerda. Tomografia de ossos temporais sem alterações. Pelos achados foi aventada a hipótese de síndrome de Klippel-Trenaunay.

**Discussão:** A síndrome de Klippel-Trenaunay é uma rara síndrome congênita na qual vasos sanguíneos e linfáticos formam-se de maneira anômala. Suas três principais características são manchas em vinho do porto, também chamadas de hemangioma capilar (malformação capilar), malformações venosas e linfáticas, além de hipertrofia de tecidos moles do membro afetado. O paciente foi conduzido com sintomáticos para a cefaleia e já que as queixas otorrinolaringológicas não atrapalhavam a rotina diária do paciente, decidiu-se apenas pelo seguimento clínico da hipoacusia e zumbido no nosso serviço.

**Considerações Finais:** Poucos são os relatos de pacientes com manifestações otorrinolaringológicas dessa doença na literatura e pelos achados otoscópicos, audiométricos e ausência de outras alterações nos exames de imagem é salutar a associação da doença com os sintomas descritos.

## P 396 “PROJETO OUVINDO NA MELHOR IDADE” - PROTETIZAÇÃO NO ASILO

Daniel Braz Nunes Azevedo, Alarico Nunes Azevedo Filho, Ester Alves Nunes, Gabriel Martins Nunes, Francisca Geysa da Silva Costa

*Otoclínica, Araguaína, TO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Relatar o trabalho desenvolvido do uso de prótese auditiva no Asilo Cantinho do Vovô, no município de Araguaína-TO por meio do Projeto de extensão “Ouvindo na melhor idade”.

**Método:** O projeto foi desenvolvido por médicos, fonoaudiólogos e acadêmicos de Medicina. Foram avaliados os 15 idosos da instituição por meio de uma triagem clínica-cognitiva, na qual 8 deles foram submetidos à avaliação audiológica, por meio de audiometria tonal e vocal e 6 deles apresentaram ao exame perda auditiva neurossensorial em rampa, com indicação de prótese auditiva bilateral, sendo doados aparelhos auditivos. A implantação da prótese foi aceita inicialmente por 3 dos 6 pacientes que necessitavam da prótese, e após uma semana de uso somente 2 pacientes continuaram a fazer o uso da prótese.

**Discussão:** A deficiência auditiva é uma das dificuldades que mais atingem a população que envelhece e também uma das mais incapacitantes. Podendo causar: dificuldades de comunicação, isolamento social, depressão e sentimentos negativos, que podem afetar a qualidade de vida, apresentando, assim, prejuízo nas relações interpessoais. O processo de reabilitação auditiva, como o uso de prótese possibilita que os indivíduos retomem a sua vida social, melhorando sua autoestima e bem-estar.

**Considerações Finais:** A negação ao uso da prótese, mesmo que sem custo, foi bastante significativa. Evidenciando que pacientes institucionalizados não definem a presbiacusia como tão incapacitante, devido à pouca exigência social deles, já que são idosos que não possuem um grande convívio coletivo.

## P 397 ANÁLISE DA PONTUAÇÃO DO DHI EM DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES COM TONTURA

Natalia Andrade Costa, David Greco Varela, Grasielle Souza Figueredo, Alice Karoline de Oliveira, Mariana Matos de Almeida, Ana Clara Gordiano Carneiro

*Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil*

**Objetivo:** Relacionar com características epidemiológicas (sexo, idade, IMC), a pontuação do questionário DHI aplicado em voluntários com queixa de tontura atendidos no Ambulatório de Otorrinolaringologia de uma Faculdade de Medicina de Salvador-BA, que foram divididos em diferentes grupos de acordo com resultado dos exames otoneurológicos.

**Método:** Estudo de corte transversal, que avaliou pacientes com idade entre 18 e 59 anos e queixa de tontura, atendidos no Ambulatório de Otorrinolaringologia de uma Faculdade de Medicina de Salvador entre outubro de 2010 e outubro de 2011. Foram medidos o peso, a altura e calculado o índice de massa corporal (IMC). Foram excluídos pacientes com doenças do equilíbrio, labirínticas, visuais, osteomusculares, neurológicas, otológicas e psiquiátricas. De acordo com a alteração das manobras diagnósticas de Dix Hallpike e Epley e do exame eletroneistagmográfico, foram formados quatro grupos de estudo. No dia de realização dos exames e das manobras labirínticas, os voluntários responderam ao questionário DHI. O grupo controle foi formado por pessoas com escore igual a zero no DHI.

**Resultados:** Dos 26 homens participantes, oito integraram o grupo 1, quinze formaram o grupo 2, um deles, o grupo 3 e dois o Grupo 4. Das 69 mulheres integrantes, 22 formaram o grupo 1, 39 integraram o grupo 2, oito, o grupo 3 e nenhuma mulher no grupo 4. Cinquenta e seis por cento dos participantes apresentaram pontuação do DHI classificada como leve, 35% moderada e 7% severa. Maior parcela de ENG alterada foi observada em pacientes com DHI moderado e severo.

**Discussão:** A tontura é considerada uma das manifestações clínicas mais comuns entre os adultos, principalmente em idosos. Pode ser comprovada por meio de avaliação otoneurológica que, geralmente, não avalia a interferência do sintoma na qualidade de vida do paciente.

**Conclusão:** O DHI mostra-se importante para avaliar o impacto da tontura na qualidade de vida do paciente e acompanhar a evolução clínica, ajudando a definir condutas.

## P 398 AVALIAÇÃO AUDIOMÉTRICA DE ALTAS FREQUÊNCIAS EM PACIENTES COM ZUMBIDO E AUDIÇÃO NORMAL

David Roberto Claro, Marcia Rumi Suzuki, Osmar Clayton Person, Isabela Tavares Ribeiro, Isabella Cristina Ragazzi Quirino Cavalcante, Thiago Xavier de Barros Correia, Thiago Ribeiro de Almeida, Amanda Melim Bento

*Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar as vias auditivas com o exame de audiometria de altas frequências em pacientes com queixa de zumbido e audiometria tonal e vocal normais, com timpanometria do tipo A e reflexos acústicos presentes.

**Método:** Foram avaliados 10 pacientes com queixa de zumbido uni ou bilateral, não pulsátil e que apresentaram audiometria tonal/vocal normais. O grupo selecionado foi submetido à avaliação audiológica incluindo audiometria tonal e vocal, imitanciometria e audiometria de altas frequências. O grupo controle foi composto de pacientes sem queixa de zumbido e que também apresentavam audiometria tonal e vocal normais.

**Resultados:** Os resultados parciais evidenciaram alterações significativas na audiometria de altas de frequências realizadas nos pacientes que apresentavam queixa de zumbido sem perda de audição na audiometria tonal/vocal, comparadas com o grupo controle.

**Discussão:** A audiometria tonal de alta frequência se mostra como um instrumento para o diagnóstico precoce de danos auditivos decorrentes de alguns agentes etiológicos principais, como envelhecimento e exposição a drogas ototóxicas e a intensidades elevadas de ruído, que muitas vezes têm como manifestação inicial o zumbido.

**Conclusão:** Avaliações mais precisas mostram que mesmo nos indivíduos que apresentam audiometria tonal/vocal, timpanometria e reflexos normais, o zumbido pode estar relacionado com lesões cocleares subaudiométricas, evidenciado pelas alterações apresentadas na audiometria de alta frequência. Sendo assim, esse exame se torna primordial na avaliação destes pacientes, visando o diagnóstico precoce e o tratamento individualizado para a queixa de zumbido.

## P 400 AVALIAÇÃO DA VISUAL VERTICAL SUBJETIVA ATRAVÉS DO TESTE DO BALDE EM PACIENTES EM CRISE DE TONTURA

José Ronaldo de Souza Filho, Gabriela Carolina Nazareth Pinto, Érica Gonçalves Jeremias, Luis Felipe Lopes Honorato, Paula Ribeiro Lopes, Fernando Veiga Angélico Junior, Priscila Bogar

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a eficácia diagnóstica do teste do balde (visual vertical subjetiva) nas vestibulopatias periféricas agudas e subagudas, assim como o uso do mesmo para acompanhamento da evolução desses pacientes.

**Método:** Em consulta ambulatorial, foram avaliados pacientes relatando crise de tontura nos últimos 10 dias. Todos foram submetidos ao teste do balde em dois momentos, no primeiro contato e após realização de eletroneistagmografia (VENG) e instituição de tratamento, sendo o teste considerado alterado quando a média dos cinco valores de cada lado foi maior que 2,6.

**Resultados:** Foram avaliados 14 pacientes. Na avaliação inicial, na fase aguda/subaguda da tontura, 64,2% apresentaram sinais de disfunção unilateral, 21,4% alteração bilateral e em apenas 14,4% os resultados foram normais. Os pacientes foram tratados de acordo com as hipóteses diagnósticas elencadas. A vectoeletroneistagmografia foi realizada fora do período da crise, assim como a reavaliação com o teste do balde. Ambos demonstraram discordância importante dos achados iniciais, sendo essa diferença estatisticamente relevante.

**Discussão:** A avaliação da VVS com o teste do balde possui baixo custo e fácil manuseio, podendo ser aplicado de maneira rápida e à beira do leito. Mostra bons resultados no auxílio diagnóstico de vestibulopatias agudas e subagudas unilaterais, como no Ménière unilateral e na neuronite vestibular, mostrando alteração no grau de inclinação em mais de 60% e 90%, respectivamente. O teste sofre influência da compensação central, normalizando seus resultados de 2 a 4 semanas após o início dos sintomas, corroborando com os dados obtidos no presente estudo. O teste é opção interessante na dificuldade técnica de realização da VENG em pacientes com crises agudas e no custo maior.

**Conclusão:** O teste do balde demonstrou alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico e acompanhamento de vestibulopatias periféricas agudas, mostrando-se útil na avaliação dessas afecções.

## P 402 CENTRAL VESTIBULAR DYSFUNCTION DUE NEUROSCHISTOSOMIASIS: CASE REPORT

Camila Braz Rodrigues da Silva, Blyse Sara Souza Pires, Ricardo Jacob de Macedo, Fernada Vidigal vilela Lima, Mirian Cabral Moreira de Castro, Claudia Marques Dias, Mariana Moreira de Castro Denaro

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Case Presentation:** The propose of this study is to report a case of a 37- year-old man native to Brazil who had already treated visceral schistosomiasis ten years ago and currently presented atypical cerebral schistosomiasis causing central vertigo. The patient was admitted in the emergency room of our hospital with vertigo, incoercible vomiting and sobs, ocular tilt reaction, spontaneus horizontal nystagmus with left gaze, and also paresthesia in the right arm. Video nystagmography showed normal oculometry and uninterrupted horizontal nystagmus with left gaze. The video head impulse test demonstrate normal gain and also a horizontal nystagmus with left gaze. Brain MRI showed areas of signal abnormality and mottled nodular linear enhancement in the right temporal and left cerebellum and brainstem. The immunofluorescence assay for schistosoma mansoni confirmed the diagnosis of Schistosomiasis.

**Discussion:** Schistosomiasis is a devastating parasitic disease worldwide, affecting over 240 million people in 77 countries on 5 continents. Neuroschistosomiasis is a rare and severe manifestation of Schistosomiasis, it is caused by granuloma formation around eggs and/or adult worms that lodge in the central nervous system. *Schistosoma mansoni* and *Schistosoma haematobium* usually affect the spinal cord and *Schistosoma japonicum* causes most reported cerebral disease.

**Considerations:** In summary, we describe the atypical presentation of cerebral schistosomiasis causing central vertigo, after a prolonged interval of ten years of the treatment.

## P 403 DESCOMPRESSÃO DO SACO ENDOLINFÁTICO EM PACIENTE REFROTÁRIO AO TRATAMENTO CLÍNICO NA DOENÇA DE MÉNIÈRE: RELATO DE CASO

Pietro Jorge Tenório Tavares, Silvio da Silva Caldas Neto, Marina de Carvalho Leal, Larissa Leal Coutinho, Leopoldo Marques D'Assunção Filho, Mateus Moraes Aires Camara, Pamela Marletti de Barros

*Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** C.W.R., 52 anos, sexo masculino, funcionário público, apresentando crises vertiginosas diárias do tipo rotatória associada a sintomas neurovegetativos, hipoacusia, plenitude auricular e zumbido no lado direito há cerca de 1 ano. Iniciou tratamento com betaistina 144 mg/dia com pouca melhora dos sintomas. Submetido a injeção intratimpânica de gentamicina e corticoide para labirintectomia química na orelha direita, porém a queixa de vertigem não se resolvera. Chegou ao nosso serviço com falha ao tratamento medicamentoso e então indicou-se tratamento cirúrgico para diminuição dos sintomas. Realizada timpanomastoidectomia com exposição de duramater da fossa posterior e sua incisão para identificação do saco endolinfático e sua descompressão. No pós-operatório, paciente evoluiu com melhora do das crises vertiginosas do tipo rotatória.

**Discussão:** O saco endolinfático é uma estrutura do labirinto membranoso humano que se une ao sáculo e ao utrículo por intermédio do ducto endolinfático. Ele representa uma divulsão dos dois folhetos de dura-máter situada na superfície interna da face posterior da porção petrosa do osso temporal, formando uma bolsa entre o seio sigmoide e o orifício interno do conduto auditivo interno. O saco endolinfático está relacionado com a absorção da endolinfa, tendo grande importância no equilíbrio de pressão dos líquidos labirínticos, essencial ao bom funcionamento do equilíbrio e da audição. Alterações dessa função podem, portanto, causar uma doença cujo mecanismo etiopatogênico ainda é pouco conhecido, a doença de Ménière, caracterizada, em uma boa parte dos casos, pelo aumento da pressão endolinfática em todas as câmaras do labirinto membranoso. Manifesta-se em geral com crises vertiginosas associadas a zumbido, plenitude aural e hipoacusia flutuante. Uma das alternativas de tratamento dessa doença é a abordagem cirúrgica com descompressão do saco endolinfático.

**Considerações Finais:** O caso em questão relata a importância da abordagem cirúrgica nos pacientes com falha ao tratamento clínico. Esse método cirúrgico está em desuso haja vista a eficácia do tratamento medicamentoso.

## P 404 DESORDENS VESTIBULOCOCLEARES IMUNOMEDIADAS: SÉRIE DE CASOS

Mariana Delgado Fernandes, Athina Hetiene de Oliveira Irineu, Marília Batista Costa, Rafael Freire de Castro, Taynara Oliveira Ledo, José Sérgio do Amaral Mello Neto, Leticia Boari

*Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Apresentamos, aqui, quatro casos com PANS e sintomas vestibulares associados a diferentes patologias de etiologia autoimune (tireoidite de Hashimoto, psoríase vulgar, diabetes mellitus com positividade para ANTI-GAD) com respostas variáveis à corticoterapia e drogas imunobiológicas. A definição diagnóstica foi condicionada à resposta terapêutica dado a pouca disponibilidade da HSP-70. Os pacientes foram atendidos no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo e estão em acompanhamento ambulatorial até o presente momento.

**Discussão:** As desordens vestibulococleares autoimunes (DVCA) compreendem o diagnóstico sindrômico de pacientes que apresentam perda auditiva neurossensorial (PANS), frequentemente acompanhada de vertigem, zumbido e plenitude, associada ou não a doença sistêmica imunomediada. Classicamente, ocorre a perda auditiva neurossensorial rapidamente progressiva, com sintomas vestibulares mínimos. As doenças sistêmicas podem já estar presentes no momento do diagnóstico, bem como se manifestarem tardiamente. Nestes casos, Compadretti et al. enfatizam a perda auditiva (PA) como a primeira manifestação de uma doença autoimune sistêmica. Os anticorpos descritos por Harris & Sharp, especialmente o HSP 70, de 68 KD pelo Western blot é o único exame específico para diagnóstico da DVCA, apresentando sensibilidade de 42% e especificidade de 90%. Entretanto, a baixa sensibilidade e o alto custo dificultam a utilização difusa em nosso meio. Dessa forma, a melhora audiométrica em 15 dB na média de tons puros ou a melhora do índice de discriminação vocal em pelo menos 20%, bem como a estabilização da audição com melhora completa da vertigem mediante tratamento imunossupressor, sinalizam para a possível etiologia da doença.

**Considerações Finais:** Apesar da falta de consenso na literatura sobre esta entidade clínica, bem como dificuldade diagnóstica, a doença merece destaque diante da possível reversão mediante tratamento clínico com drogas imunossupressoras. A introdução precoce do tratamento, além de auxiliar no diagnóstico, é capaz de melhorar o prognóstico auditivo.

## P 405 DISTÚRBIOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS EM ADULTO COMO MANIFESTAÇÕES DE RARA DOENÇA GENÉTICA: NEUROFIBROMATOSE TIPO 2

Eduardo de Araujo Silva, Guilherme Francisco dos Santos Reis

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 56 anos, em abstinência de tabaco e álcool, sem histórico familiar de doenças genéticas, procurou a emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, queixando de cefaleia, tontura, dores pelo corpo, dificuldade de deglutição, de fonação e audição, além de elevação da pressão arterial. Dois meses antes estava em tratamento ambulatorial para dor nas pernas e já se queixava de dificuldade para engolir. Ressonância magnética constatou presença de meningioma paraclival à esquerda e múltiplos neurinomas bilaterais, acometendo V, VIII, IX, X e XII nervos cranianos. Os achados radiológicos justificam o quadro clínico apresentado, compatível com neurofibromatose tipo 2 (NF2). Na audiometria verificou-se perda neurossensorial profunda à direita e leve à esquerda, que progrediu para surdez bilateral em um período inferior a dois meses. Apresentava fundo de olho de aspecto usual. Progrediu para afonia e submeteu-se a uma fibronasolaringoscopia constatando paralisia da prega vocal direita. Agravou-se o quadro de disfagia, iniciando dieta por gastrostomia. Não houve alterações motoras ou de tônus/força muscular. Paciente passou a utilizar a escrita como principal forma de comunicação.

**Discussão:** A NF2 é uma rara doença autossômica dominante, caracterizada pelo aparecimento de múltiplas neoplasias benignas no sistema nervoso central (principalmente) e periférico. Dependendo da extensão e da localização das lesões, as queixas mais frequentes são hipoacusia neurossensorial bilateral assimétrica, surdez súbita bilateral, zumbido, alterações de equilíbrio, sinais neurológicos focais e hidrocefalia. Não há cura e o tratamento compreende o acompanhamento por equipe multidisciplinar que englobe o otorrinolaringologista, o fonoaudiólogo, o neurocirurgião, o oftalmologista e o radioterapeuta, com vistas à promoção da qualidade de vida.

**Considerações Finais:** Múltiplos sintomas otorrinolaringológicos, especialmente surdez bilateral súbita, sem causa aparente, podem ser sinais de alertas de manifestação de NF2. O conhecimento dos esparsos casos no Brasil é necessário para se chegar a um manejo adequado destes.

## P 406 DOLICOECTASIA DO SISTEMA VÉRTEBRO-BASILAR COMO CAUSA DE PERDA AUDITIVA MISTA ASSIMÉTRICA: RELATO DE CASO

Iara de Vasconcelos Gonçalves Ferreira, João Paulo Lins Tenório, Sâmella Cavalcanti Monteiro, André Serra Mota, Janine Silva Carvalho, Mirella Kalyne Cavalcante Magalhães, Ravena Barreto da Silva Cavalcante

*Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, Brasil*

**Apresentação do Caso:** P.J.S., masculino, 66 anos, com história de hipoacusia assimétrica progressiva, mais intensa à direita, há aproximadamente 5 anos. Refere exposição excessiva a ruídos por mais de 40 anos. Nega associação com tontura e zumbido e outras queixas. Nega história familiar de perda auditiva. Ao exame, apresentou otoscopia sem alteração bilateralmente. Na audiometria foi evidenciado PAM de grau profundo com configuração descendente acentuada à direita e exame normal à esquerda; a EOAPD apresentou-se ausente bilateralmente e o BERA sugestivo de alterações retrocoleares em orelha esquerda e ausente em orelha direita. Diante dos resultados dos exames, foi solicitada RNM dos ouvidos com contraste que evidenciou dolicoectasia do sistema vértebro-basilar, com trajeto ao longo do ângulo ponto-cerebelar à direita em relação com o VII e o VIII nervos cranianos e presença de alça vascular tipo II da artéria cerebelar anteroinferior à esquerda. Após o resultado da RNM, paciente foi encaminhado e está em acompanhamento pela equipe da neurocirurgia.

**Discussão:** O achado de uma perda auditiva assimétrica deve sempre levantar um conjunto de hipóteses diagnósticas, bem como a elaboração de um raciocínio clínico direcionado para investigar as diversas possíveis causas. As doenças retrocoleares fazem parte do diagnóstico diferencial das perdas auditivas assimétricas, tais como no caso: dolicoectasias vértebro-basilares e malformações artério-venosas. Na investigação desses casos podem ser solicitados para avaliação os seguintes exames: BERA e RNM. Na literatura existem duas vertentes, uma em que defende a realização inicial do BERA e posterior realização de RNM e outra que opta pela realização inicial da RNM.

**Considerações Finais:** Algumas afecções podem se apresentar com um único sintoma: perda auditiva assimétrica. Diante desses casos, a solicitação de exames adequados e de forma precoce são de fundamental importância na sobrevida do paciente e para evitar as possíveis complicações decorrentes.

## P 407 OTOSSÍFILIS EM PACIENTE HIV POSITIVO: RELATO DE CASO

Alessandro Fernandes Guimarães, Flavianne Mikaelle dos Santos Silveira, Lorrane Caroline Braga Rodrigues, Isamara Simas de Oliveira, Ligia Oliveira de Goncalves Morganti, Anna Paula Batista de Avila Pires, Flavio Barbosa Nunes

*Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.P., masculino, 50 anos, HIV positivo em tratamento, em bom controle clínico da doença. Queixa perda da memória de início há 6 meses, afebril, déficits focais ou alterações em parênquima cerebral. História pregressa de sífilis secundária tratada há 2 meses. Coletado líquor, com VDRL reator, encaminhado ao Hospital das Clínicas da UFMG para tratamento de neurosífilis com Penicilina G cristalina por 14 dias. Paciente também apresentava vertigem externa espontânea associada a náuseas e zumbido bilateral, seguidos de sensação de instabilidade e comprometimento do equilíbrio corporal. No momento da avaliação não apresentava nistagmo espontâneo ou semiespotâneo. Ao exame otoneurológico, apresentava Romberg com queda para direita, *head impulse test* alterado ipsilateralmente, com sacadas corretivas, sem outros achados. Audiometria normal. O *video-head impulse test* (VHIT) apresentou ganho reduzido em todos os canais semicirculares à direita, com sacadas corretivas. À esquerda, observou-se redução discreta apenas no ganho do canal semicircular lateral, com sacadas corretivas. O VEMP cervical também foi alterado, com índice de assimetria de 69,73%, sendo a amplitude de resposta à esquerda maior. Não foi possível identificar resposta no VEMP ocular à direita.

**Discussão:** Otossífilis é uma complicação da infecção crônica causada pelo *Treponema pallidum*, contraído por contato sexual, na maioria dos casos. Pode ocorrer em qualquer fase da sífilis e deve ser suspeitado na presença de sintomas auditivos e vestibulares, com testes sorológicos positivos, sem outra causa provável. Os sintomas são progressivos, e pode ocorrer surdez profunda. A imunossupressão facilita a progressão e atua na evolução da doença. Os achados clínicos são semelhantes aos da doença de Ménière, podendo, inclusive, haver hidropisia endolinfática.

**Considerações Finais:** Otossífilis é considerada uma complicação rara de diagnóstico usualmente difícil, devendo haver alto nível de suspeição e correta solicitação e interpretação de exames sorológicos para evitar complicações permanentes.

## P 408 PARALISIA FACIAL COM RECUPERAÇÃO EXCELENTE

Lais Cristina De Pin, Mario Pinheiro Espósito, Mariana Bastos Faria, Fabrizzio Omir Barbosa Barros Lima, Fernando Rodrigues Ribeiro, Thais Baratela Loss

*Hospital Otorrino de Cuiabá, Cuiabá, MT, Brasil*

**Apresentação do Caso:** R.R.S., sexo masculino, 65 anos apresentou alteração de rima labial direita. Procurou hospital São Judas Tadeu – MT onde realizou tomografia computadorizada de crânio, com resultado normal. Foi encaminhado ao Hospital Otorrino de Cuiabá – MT com 4 dias de evolução do quadro, sem uso de medicações e com melhora parcial da alteração na rima labial direita. História progressiva de síndrome de Guillain Barré em 2011. Na avaliação especializada encontrava-se com discreta assimetria de rima labial direita; tônus normal em repouso; fechamento completo ocular com mínimo esforço; movimentação da testa preservada; rugas faciais simétricas. Classificado como grau leve de House-Brackmann. Iniciado tratamento com 60 mg/dia de prednisona e 2 g/dia de aciclovir. Solicitada audiometria tonal, vocal e imitânciometria. Reavaliado após 6 dias de evolução do quadro, com resultados de audiometria completa normais e melhora total da mímica facial.

**Discussão:** Paralisia facial do ramo bucal, com diagnóstico clínico pela redução das rugas e sulcos faciais do lado afetado, além de assimetria de comissura labial e desvio de rima do lado não afetado. Diagnóstico topográfico indicando lesão de segmento extratemporal do nervo facial, nervo bucal. Sugerindo etiologia viral. Apresentou resolução do quadro em tempo inferior a 10 dias com total recuperação da mímica facial. Com seguintes fatores de bom prognóstico: sem comorbidades, sem otalgia e paralisia facial incompleta apesar da idade avançada.

**Considerações Finais:** Paciente apresentou excelente resolução do quadro e em poucos dias. Com melhora parcial, mesmo sem o início do tratamento adequado, e melhora completa após indicado tratamento. Tempo bem menor que 4 semanas, que é o período que a literatura apresenta como bom prognóstico para recuperação completa da mímica facial e sem sequelas.

**P 409 PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA POR SÍFILIS: RELATO DE CASO**

Nicole Martuscelli de Almeida, Gabriella Soares de Souza, Gisela Andrea Yamashita Tanno, Kamila Satomi Haida, Cibele Madsen Buba, Erica Tamires Gomes de Araújo, Carolina Mazzini Baby

*Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 37 anos, deu entrada no serviço de ORL de um hospital de São Paulo com quadro de paralisia facial periférica a direita de grau V na escala House-Brackmann com evolução há oito dias. Tratamento prévio com aciclovir e em uso de prednisona. Otoscopia sem alterações. Após 15 dias do início da paralisia facial, sem melhora, foi observado o surgimento de pápulas eritematosas em pênis e em tronco, não limitado aos dermatômos. Exames complementares com VDRL > 1/256. Paciente encaminhado ao serviço de infectologia, onde foi internado, solicitada tomografia de crânio com contraste e colhido líquido; sendo descartado neurosífilis. Realizou tratamento por 14 dias com penicilina cristalina, apresentando melhora progressiva da paralisia facial (grau III na escala House-Brackmann). Paciente com boa evolução e em acompanhamento fonoterápico.

**Discussão:** A paralisia facial periférica (PFP) é uma das neuropatias periféricas mais comuns. O nervo facial apresenta peculiaridades anatômicas e se relaciona com diversas estruturas ao longo do trajeto, predispondo a lesões de diferentes tipos e causas. Em virtude do grande número de etiologias e variações na apresentação de cada uma delas, é difícil a caracterização epidemiológica dessa patologia. A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, caracteriza-se por períodos de atividade e latência; pelo acometimento sistêmico disseminado e pela evolução para complicações graves em parte dos pacientes. Infecções incluindo sífilis foram implicadas como causas de PFP, já que o acometimento de nervos cranianos pode ocorrer durante a evolução do quadro de sífilis.

**Considerações Finais:** Várias doenças podem afetar a função do nervo facial, dentre doenças autoimunes, infecciosas, tumores e traumas. Em casos especiais, após uma história clínica detalhada, a pesquisa sorológica para sífilis deverá ser realizada. O diagnóstico precoce e tratamento adequado é preponderante para diminuição das sequelas e melhor prognóstico do paciente.

## P 410 PAROXISMA VESTIBULAR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM TONTURA E ZUMBIDO

Clara Mota Randal Pompeu, Ana Maria Almeida de Sousa, Gabriela de Andrade Meireles Bezerra, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Monique Barros Brito da Conceição, Aline Almeida Figueiredo Borsaro, Viviane Carvalho da Silva

*Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Feminino, 72 anos, com queixa de vertigem, há 10 anos, episódica, diária, sem relação com movimentos cefálicos, apenas com privação de sono. Apresentou também hipoacusia progressiva à direita, com zumbido não pulsátil ipsilateral. Referia hipertensão, dislipidemia, diabetes e enxaqueca com aura, sem relação temporal com episódios de vertigem. Exame físico inalterado. Audiometria mostrou perda auditiva neurosensorial moderada à direita. Vectoeletronistagmografia sugeriu disfunção vestibular periférica à direita. Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de crânio mostrou sinais de conflito neurovascular entre a artéria cerebelar ântero-inferior (AICA) direita e nervo vestibulococlear ipsilateral, ao nível da cisterna do ângulo pontocerebelar. Iniciado tratamento com carbamazepina 400 mg/dia, com melhora parcial do quadro. Trocada medicação por gabapentina 300 mg/dia, com resolução da tontura e melhora importante do zumbido.

**Discussão:** Paroxismita vestibular é uma síndrome de compressão vascular. O nervo craniano é comprimido diretamente por um vaso sanguíneo, causando irritação e desmielinização, facilitando neurotransmissão efática. Prevalência de 3,7% em pacientes com tontura, 50% apresentam hipofunção vestibular unilateral leve a moderada. Manifesta-se por vertigem aguda, oscilopsia, nistagmo espontâneo, desequilíbrio, zumbido, hipoacusia unilateral, pressão ou dormência periauricular, devido compressão vascular do nervo vestibulococlear, podendo ocorrer em repouso ou por mudança de posição cefálica. Diagnóstico diferencial com doença de Ménière, migrânea vestibular, VPPB e deiscência do canal semicircular superior. Em 75% dos casos, decorre de uma alça de AICA e em 10% de estruturas venosas. RNM é o método diagnóstico para avaliar a relação entre o segmento cisternal do nervo craniano e os vasos adjacentes, além de ser importante para afastar lesões tumorais no ângulo pontocerebelar, anomalia megalodolicobasilar ou placas de esclerose múltipla.

**Considerações Finais:** É importante diagnosticar paroxismita vestibular para que seja instituída a terapêutica adequada. Primeira linha de tratamento é carbamazepina, oxcarbazepina, sendo alternativas fenitoína, ácido valpróico, betabloqueadores e gabapentina. O tratamento cirúrgico deve ser considerado, se não houver resposta clínica satisfatória, realizando-se descompressão microvascular.

## P 411 PAROXISMA VESTIBULAR: RELATO DE CASO

Thays Fernanda Avelino dos Santos, Athina Hetiene de Oliveira Irineu, Marília Batista Costa, Taynara Oliveira Ledo, Mariana Delgado Fernandes, Monica Andrea Aben Athar de Oliveira, Leticia Boari

*Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente P.R.M.N.J., do sexo masculino, 20 anos de idade, admitido no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, apresentou-se com episódios curtos de tontura rotatória, associado a cefaleia, fotofonofobia, hipoacusia e plenitude auricular à direita. Ao exame físico, não apresentava nenhuma alteração. Realizou pesquisa de líquido sem alterações. Nos exames complementares, tinha audiometria dentro dos limites da normalidade, exame otoneurológico com síndrome deficitária à direita e Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de crânio com alça vascular em meato acústico interno à esquerda. Sendo feito o diagnóstico de Paroxismo Vestibular (PV). Foi submetido a tratamento com carbamazepina 200 mg/dia, com boa resposta ao tratamento.

**Discussão:** Embora a prevalência de PV não seja conhecida, deve ser considerada uma doença rara (<1 em 2000 pessoas). Supõe-se que os pequenos ataques de vertigem são desencadeadas por descargas epiléticas. Causas potenciais para lesão nervosa são irritação por um vaso sanguíneo, compressão de tumor ou cisto, desmielinização, trauma e causas não identificadas. De maneira geral, o estímulo pulsátil nesta região do nervo craniano leva à perda da mielina formada pelas células de Schwann e consequente formação de nova mielina, desta vez produzida pelos oligodendrócitos. Esta modificação leva à hiperatividade, ou seja, a estimulação na zona de entrada da raiz pode resultar em um sinal amplificado ou aberrante, produzindo os sintomas. Esta síndrome é caracterizada por episódios curtos de vertigem, zumbido, déficit vestibular e auditivo. A RNM pode mostrar compressão do VIII nervo por vasos da fossa posterior, como a artéria basilar, artéria vertebral, artéria cerebelar inferior anterior, artéria cerebelar inferior posterior.

**Considerações Finais:** Embora seja pouco frequente, a PV pode ser facilmente diagnosticada por meio dos critérios específicos, e tratada adequadamente, melhorando a qualidade de vida desses indivíduos.

**P 412 PAROXISMA VESTIBULAR: RELATO DE CASO.**

Leonardo Teixeira Ramoniga, Tayara Raiocovitch, Karen Raiocovitch, Guilherme Constante Preis Sella

*Unicesumar, Maringá, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 46 anos, procedente de Maringá (PR), relata que há 10 anos apresenta crises de vertigem posicional de rápida duração sem melhora com tratamentos prévios. Exame otoneurológico normal, exceto por manobra de Dix-Hallpike positiva à esquerda, sendo diagnosticada com Vertigem Postural Paroxística Benigna (VPPB). Iniciada Reabilitação Vestibular (RV) com manobra de Epley do canal semicircular posterior esquerdo com boa evolução. Na 3ª sessão paciente apresentava manobras para avaliação de VPPB negativas, iniciando exercícios de habituação da vertigem de Brandt-Daroff, e adaptativos com paradigma de visão x1x2 de Susan J. Herdman. Progredia bem, quando subitamente exibiu crise de vertigem intensa, associada a zumbido e hipoacusia com resposta positiva no head *thrust test*; realizada Ressonância Nuclear Magnética (RNM), que identificou alça da artéria cerebelar anteroinferior esquerda em contato com trajeto cisternal do nervo vestibulo-coclear homolateral, sendo aventado diagnóstico de Paroxismo Vestibular (PV). Paciente evoluiu com melhora da vertigem posicional após tratamento medicamentoso e fisioterápico.

**Discussão:** A literatura médica aponta que mais de 50% dos diagnósticos de VPPB são classificados como idiopáticos. Entre as causas menos comuns, cita-se a PV, encontrada em menos de 2% dos casos de vertigem. Tal doença, de incomum diagnóstico, apresenta como sintomas: episódios curtos e graves de vertigem rotatória, precipitados pela mudança da posição da cabeça, podendo haver hipoacusia e/ou zumbidos e estar relacionados com a compressão do VIII par craniano por alguma estrutura cerebral. Diferencia-se da VPPB por vertigem não fatigável com movimentos da cabeça e não responsivo a supressores vestibulares, havendo no caso imagem compatível com tal diagnóstico em RNM.

**Considerações Finais:** A VPPB é diagnóstico frequente nos consultórios de Otorrinolaringologia, muitas vezes ignorada à procura por uma causa definitiva da mesma, classificando-a erroneamente como idiopática. Tal caso comprova o benéfico da busca por diagnósticos diferenciais para melhor seguimento de casos semelhantes.

## P 413 PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL EM ADULTO POR CITOMEGALOVÍRUS CONGÊNITO: UMA RARA POSSIBILIDADE

Murilo Higa Cimatti de Andrade Kratz, Salvador Dias Vieira Neto, Brenda Barzotto Arnold, Marize Teixeira Vitória, Thays Souza Nogueira Rodrigues, Tabea Cristina Janzen Geraldo De Souza, Elisabete Castelon Konkiewitz

*Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 39 anos, professora, procurou o serviço de Otorrinolaringologia apresentando hipoacusia bilateral de início recente. O exame de audiometria mostrou perda auditiva neurosensorial (PANS) leve bilateral. Em exame de controle, após um ano, detectou-se evolução para PANS moderada em ouvido esquerdo. Devido à rápida progressão, foi realizada ressonância nuclear magnética de encéfalo que, inesperadamente, evidenciou anomalias de sinal multifocais na substância branca, com maiores lesões na região parietal profunda e ventrículos laterais dilatados. Foram sugeridas as hipóteses de arteriopatía cerebral autossômica dominante com infartos subcorticais (CADASIL), leucoencefalopatia multifocal progressiva, vasculite primária do sistema nervoso central e distúrbios metabólicos. Após extensa avaliação, incluindo sorologias, sequenciamento de DNA, provas inflamatórias e busca de erro inato do metabolismo, foi sugerida como principal hipótese leucoencefalopatia por infecção congênita por Citomegalovírus (CMV).

**Discussão:** O CMV congênito é uma importante causa de PANS, principalmente em neonatos. 85 a 90% das crianças com CMV congênito apresentam-se assintomáticas, mas até 25% delas desenvolverão PANS ao longo da vida. A evolução da PANS por CMV, quando não detectável já ao nascimento, costuma ser crônica e lenta, ocorrendo predominantemente durante a infância, o que torna uma progressão em idade adulta um achado atípico. Após exclusão de causas mais comuns, a combinação de leucoencefalopatia estática com progressão da perda auditiva reforça a hipótese de infecção congênita por CMV.

**Considerações Finais:** Apesar de ser uma entidade rara, é importante incluir o CMV no diagnóstico diferencial de PANS de início em idade adulta. A associação entre os achados clínicos e radiológicos é bastante sugestiva, porém não suficiente para a confirmação diagnóstica da doença. Novo exame de neuroimagem que comprove o caráter estático da leucoencefalopatia irá consolidar o diagnóstico.

## P 414 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO AMBULATÓRIO DE ZUMBIDO DO HOSPITAL OTORRINOS FEIRA DE SANTANA, BAHIA.

Lorena Mascarenhas Veneza, Erica Cristina Campos e Santos, Rodrigo Betelli Alves, Natália Maria Couto Bem Mendonça, Luciana Brito Corrêa, Sandro de Menezes Santos Torres, Washington Luiz Almeida

*Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de zumbido acompanhados em um serviço de residência médica em Otorrinolaringologia e a adaptação ao Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).

**Método:** Foi realizado um estudo do tipo prospectivo com 202 pacientes portadores de zumbido e perda auditiva no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016, atendidos no Hospital Otorrinos de Feira de Santana-Bahia. Foram critérios de inclusão: presença de zumbido em indivíduos adultos de ambos os sexos; presença de perda auditiva neurossensorial bilateral simétrica de qualquer etiologia, com indicação de adaptação de prótese auditiva e ciência da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Resultados:** A amostra foi constituída por 166 (82%) pacientes do sexo feminino, com idade variando entre 17 e 89 anos. A nota média de incômodo com o zumbido antes do início do tratamento foi de 7 pontos, com escala analógico visual variando de 1 a 10. A remissão total do zumbido após adaptação ao AASI foi observada em 113 (56%) pacientes.

**Discussão:** Cerca de 90% dos pacientes com zumbido apresentam também algum grau de perda auditiva associada. Em boa parte dos casos, o zumbido apresenta interferência importante na qualidade de vida, podendo afetar o sono, a concentração, o equilíbrio emocional e até as atividades sociais. O AASI tem sido rotineiramente utilizado para minimizar os efeitos da perda auditiva.

**Conclusão:** A grande maioria dos zumbidos foi identificada no gênero feminino e a melhora e adaptação com uso de AASI é evidente.

## P 415 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PROTETIZADOS NO CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO - CER II COLINAS - TO, NO PERÍODO DE JANEIRO A JULHO DE 2017

Daniel Braz Nunes Azevedo, Jackeline Rejane Lima Gadelha, Ana Caroline Nunes Ribeiro, Cintia Santos de Jesus, Alarico Nunes Azevedo Filho, Josyane Borges da Silva Gonçalves, Luiz Silveira Vieira Filho

*Otoclínica, Araguaína, TO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** O Centro Estadual de Reabilitação (CER) visa reabilitar pessoas com deficiência física e intelectual. Dispõe de equipe multiprofissional composta por enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico otorrinolaringologista, médico ortopedista, médico neurologista, assistente social, terapeuta ocupacional, nutricionista e psicólogo. Na unidade, também são realizadas consultas, avaliação, diagnóstico, terapias, indicação de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção, os quais serão concedidos pelo Estado. A maioria dos pacientes atendidos no Centro são pessoas com disfunções neurológicas, como paralisia cerebral, traumatismo raquimedular, vítimas de acidente vascular encefálico e pessoas com disfunções ortopédicas, como é o caso dos pacientes que são amputados.

**Discussão:** O presente estudo contempla os pacientes com deficiência auditiva. O fluxo, de acordo com a Comissão Intergestores Bipartite da Secretaria de Saúde, CIB 003/2016, orienta o encaminhamento do paciente com suspeita clínica de hipoacusia seja via SISREG, para este serviço. Foram beneficiados com prótese auditiva um total de 46 pacientes, bilateralmente, com perda auditiva neurossensorial, 32, e mista, 14. Destes, 22 são do sexo feminino e 24 do sexo masculino, com uma média de idade de 46 anos. A quase totalidade dos pacientes beneficiados foge a regra quanto ao perfil esperado de atendimento no CER, que encontra-se nas dependências da Associação de Pais e Amigos Excepcionais (APAE).

**Considerações Finais:** Questionamos sobre o real cumprimento do fluxo estabelecido na resolução supracitada, sugerimos avaliação deste fluxo e o encaminhamento destes pacientes é necessário. Ainda deve ser considerado falha na triagem auditiva do recém-nato na região, pois há claramente subdiagnósticos.

## P 416 QUEIXAS VESTIBULARES EM IDOSOS E QUALIDADE DE VIDA: REVISÃO LITERÁRIA

Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Arnaldo Pinto Guedes Paiva Neto, Camila Oliveira Moraes, Therezita Maria Peixoto Patury Galvão Castro

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Objetivos:** Revisar na literatura os trabalhos sobre queixas vestibulares associadas a comorbidades sistêmicas e sua interferência na qualidade de vida nos idosos e apresentar para a comunidade científica, a fim de disseminar o conhecimento dessas causas e, assim, diminuir o aparecimento dessas queixas.

**Método:** Foram revisados trabalhos sobre queixas vestibulares associadas às comorbidades sistêmicas e repercutindo na qualidade de vida nos idosos nas bases Lilacs, PubMed e Scielo.

**Resultados:** Estima-se que a prevalência de queixas vestibulares na população acima dos 65 anos chegue a 85%, estando associada a várias etiologias, e podendo se manifestar como tontura tipo rotatória (vertigem), sensação de flutuação, cabeça oca, desequilíbrio, desvio de marcha, instabilidade, náuseas e quedas frequentes. Essas alterações do controle postural estão associadas, na população idosa, a maior risco de queda e suas conseqüentes sequelas, que apresentam elevada morbidade. Os distúrbios vestibulares são muito comuns e, em grande parte, ocorrem pela hipersensibilidade do labirinto a vários distúrbios metabólicos circulatórios, hormonais e cervicais. Vários fatores, de naturezas diversas, estão relacionados ao aparecimento de distúrbios do aparelho vestibular e auditivo. As doenças vestibulares no idoso assumem importância devido à prevalência, intensidade e duração de suas manifestações, limitação das atividades e comprometimento de outros órgãos e sistemas, com grande repercussão na qualidade de vida do paciente.

**Discussão:** O grau de incapacidade gerado pelos distúrbios do equilíbrio corporal é variável, podendo piorar a qualidade de vida em seus diversos aspectos, interferir com o estado emocional e comprometer o desempenho das atividades domésticas, escolares, sociais e profissionais.

**Conclusão:** As queixas vestibulares são muito comuns na população idosa e é necessário o conhecimento acerca das suas comorbidades, para que assim possamos reduzir as conseqüências de tais queixas.

## P 417 REABILITAÇÃO VESTIBULAR NA MIGRÂNEA VESTIBULAR: RELATO DE CASO

Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira, Natania Tuanny Damasceno Inácio, Liliane Queiroz de Lira, Arthur de Sousa Pereira Trindade, Daniel de Menezes Cortês Bezerra, Karyna Myrelly Oliveira Bezerra de Figueiredo Ribeiro, Raysa Vanessa de Medeiros Freitas

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente A.E.O.S., feminina, 19 anos, diagnóstico clínico de migrânea vestibular, queixava-se de cefaleia associada à vertigem, fotofobia, fonofobia, dor cervical e desequilíbrio ao caminhar. Referia, ainda, zumbido e negava sintomas neurovegetativos. Início das crises vertiginosas há seis anos de caráter espontâneo que antecediam a cefaleia, com frequência semanal. A duração das crises variava entre um e sete dias. Foi encaminhada à Reabilitação vestibular (RV). Na avaliação inicial, a paciente referiu intensidade 4/10 para a sintomatologia vertiginosa e 10/10 para a cefaleia por meio da Escala Visual Analógica (EVA). Em relação à avaliação cervical, observou-se amplitude de movimento normal com tensão global nos músculos cervicais e presença de *tender points*. A qualidade de vida mensurada pelo *Dizziness Handicap Inventory* (DHI) foi de 80 pontos. Na ocasião, fazia uso de Flunarizina, associação de paracetamol + di-hidroergotamina + cafeína + metoclopramida e Sinvastatina 20mg. A RV foi composta por exercícios de adaptação do reflexo vestibulo-ocular e de motricidade ocular, habituação vestibular e terapia manual cervical, com frequência de uma vez por semana por 14 semanas. A paciente foi orientada a realizar os exercícios no domicílio diariamente.

**Discussão:** Ao final do período de reabilitação, houve remissão completa da sintomatologia vertiginosa e redução da intensidade e frequência da cefaleia, bem como o uso de Flunarizina e paracetamol + associações foram descontinuados. Relata fazer uso apenas de analgésicos simples ao sentir cefaleia esporádica. Apresentou, ainda, diminuição da dor cervical e da presença de *tender points*, bem como melhora acentuada na qualidade de vida com redução de 80 pontos para 02 pontos mensurada pelo questionário DHI.

**Considerações Finais:** Sugere-se que a RV pode ser um potencial coadjuvante no tratamento de pacientes com migrânea vestibular, uma vez que promoveu melhora dos sintomas com consequente impacto positivo na qualidade de vida da paciente.

## P 418 RELATO DE CASO: DESAFIOS NO ACOMPANHAMENTO DE NEURIMOMA DO FACIAL SEM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA

Dario Hart Signorini, Eliana Freitas Cardoso, Alexandra Torres Lopes Cordeiro de Souza, Larissa Salomão Pereira, Monik Lins Queiroz, Ana Laura Carneiro dos Santos, Carolina Figueira Selorico

*Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente 59 anos, parda, doméstica, apresentando zumbido e otalgia moderada à esquerda sem outras queixas. Ao exame físico, não apresentava nenhuma alteração otorrinolaringológica. A paciente retornou portando exame tomográfico de mastoides com contraste solicitado e a imagem sugestiva de neurinoma do facial devido ao trajeto do gânglio geniculado à porção intraparotídea. A paciente segue há 5 anos sem paralisia facial periférica e houve melhora da otalgia, entretanto, mantém o zumbido intermitente.

**Discussão:** O neurinoma do nervo facial é uma afecção rara, contudo, ganha relevância por participar do diagnóstico diferencial das paralisias faciais periféricas. É uma neoplasia benigna e, como outros neurinomas, se origina das células de Schwann. Manifesta-se principalmente com paralisia facial periférica, que pode ser lenta, acometendo vários ramos do nervo gradativamente, ou de forma súbita. A conduta diante do neurinoma do facial deve ser atenciosa, já que há 3 opções terapêuticas: 1) Observação clínica: Nos pacientes com boa função, HB I ou II, pode-se optar por observação clínica inicial, associado ao seguimento com exames de imagem e otoneurológicos. 2) Ressecção cirúrgica: É reservada para pacientes com função do facial ruim, House-Brackmann III ou pior. 3) Radioterapia: Indicada para pacientes HB III ou pior, sem condições clínicas para cirurgia. O diagnóstico de certeza não foi realizado devido ao impacto nas funções do nervo facial, optando-se, então, pelo seguimento.

**Considerações Finais:** Foi surpreendente a apresentação do caso, já que sua evolução lenta não alterou nenhuma das funções do nervo facial. Como não há paralisia facial periférica, a paciente segue apenas em acompanhamento clínico. A intervenção cirúrgica é preconizada precocemente nos seguintes casos: tumores intratemporais com extensão para a parótida, tumores com múltiplos seguimentos, estendendo-se para ângulo ponto cerebelar e fossa média, lesões de crescimento rápido ou que apresentam compressão do lobo temporal.

## P 419 RELATO DE CASO: PERDA AUDITIVA SÚBITA APÓS FEBRE CHIKUNGUNYA

Viviane Carvalho da Silva, Ulisses Meireles Filgueiras Filho, Ana Maria Almeida de Sousa, Gabriela de Andrade Meireles Bezerra, Marcos Rabelo de Freitas, Juliana Mota Ferreira, Kleison Douglas Gomes Pimentel

*Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 46 anos, há 14 dias com queixa de vertigem e perda auditiva súbita e zumbido à direita. Foi relatada diminuição repentina da audição e zumbido, inicialmente bilateral, mas, em poucos minutos, restabeleceu-se a audição à esquerda, permanecendo o zumbido e a hipoacusia à direita. Associado ao quadro, apresentou vertigem com tendência à queda para direita, náuseas e vômitos por 10 dias. Relatou ter apresentado febre Chikungunya dois meses antes do quadro, confirmado por teste sorológico positivo. Não refere outras comorbidades. Realizou audiometria tonal liminar e impedanciometria um dia após o início dos sintomas, apresentando cofose e ausência de reflexos estapedianos à direita. Ressonância magnética de crânio sem alterações. A hipótese diagnóstica foi neurite do VIII par. Como conduta, realizada administração via oral de prednisona 60 mg/dia por 7 dias e posterior desmame, além do uso de dexametasona 24 mg intratimpânico semanal. Após 2 aplicações, a paciente evoluiu apresentando limiares audiométricos à direita para as frequências de 250Hz, 500Hz e 1KHz entre 65 e 90 dB. Após a terceira aplicação, os limiares audiométricos permaneceram sem alteração, sendo suspenso o corticoide intratimpânico.

**Discussão:** Perda auditiva súbita pode ter várias causas, incluindo algumas infecções virais. A febre Chikungunya é uma infecção viral que se manifesta como síndrome febril, artralgia severa e erupção cutânea. Estudos descreveram neuropatia auditiva e elevação dos limiares audiométricos em pacientes após acometimento pelo vírus Chikungunya, suspeitando da natureza neurotrópica do vírus, que causa danos às células nervosas auditivas. Estudos experimentais em animais sugerem que o fibroblasto é a célula principalmente afetada.

**Considerações Finais:** A perda de audição não é um sintoma comum nos casos de febre Chikungunya, mas alguns casos já foram descritos. O encaminhamento para avaliação audiológica e vestibular deve ser considerado no acompanhamento desses pacientes.

## P 420 RELATO DE CASO: TONTURA POSTURAL PERCEPTUAL PERSISTENTE

Bianca Mendonça de Almeida, Lucas de Abreu Lima Thome da Silva, Ana Cristina Costa Martins

*Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 38 anos, ansiosa/depressiva com história de crises do pânico. Sem enxaqueca, refere vertigem rotatória objetiva associada à oscilopsia, que se intensifica com movimentos cefálicos. Teste de Fukuda apresenta-se com desvio para direita sem outras alterações, peate com ausência de lesão retrococlear; eletrococleografia sem sinais de hidropsia endolinfática; vectoeletronistagmografia com vertigem (sem nistagmo) em todas as provas posicionais. Iniciada betaistina associada à manobra de reposicionamento canalicular, porém sem melhora clínica. Diante do quadro, foi solicitada RNM com diagnóstico de meningioma frontal. Iniciado tratamento com escitalopram e encaminhada ao neurocirurgião, que optou por conduta conservadora.

**Discussão:** Nos casos de tontura a anamnese é a parte mais importante quando podemos descartar e/ou confirmar algumas hipóteses para tontura. Isso requer dedicação e tempo. Epidemiologicamente, a etiologia vertiginosa mais comum é a VPPB, seguida por migrânea vestibular. Quando a paciente não apresentar vertigem com piora aos movimentos cefálicos ou história prévia de enxaqueca, devemos abrir o leque de hipóteses diagnósticas. No caso de exames complementares normais, a hipótese de tontura postural fóbica/tontura subjetiva crônica/tontura paroxística postural persistente deve ser aventada, ainda mais com o passado de crises do pânico, depressão e ansiedade.

**Considerações Finais:** Para todos os casos de otoneurologia, uma boa anamnese e um bom exame físico conseguem diagnosticar muitos casos, ficando os exames complementares para ajudar na elucidação diagnóstica. Lembrar sempre que doenças podem cursar simultaneamente e isoladamente, por isso, sempre pensar em diagnósticos de exclusão.

## P 421 RELATO DE UMA RARA CAUSA DE VERTIGEM: ENCEFALOPATIA DE WERNICKE ASSOCIADA A HIV

Blyse Sara Souza Pires, Camila Braz Rodrigues da Silva, Dário Antunes Martins, Ricardo Jacob de Macedo, Mirian Cabral Moreira de Castro, Fernanda Vidigal Vilela Lima, Cláudia Marques Dias

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do gênero feminino, 48 anos, em terapia antirretroviral para infecção pelo HIV. Internada com vômitos, diarreia e fadiga há 60 dias. Não havia alterações significativas em seus dados vitais ou aparelhos respiratório, abdominal e cardíaco. Apresentava-se letárgica e com disartria. Respondia aos comandos verbais e não havia déficits motores ou sensitivos. Foi transferida para a Unidade de Terapia Intensiva devido a torpor e acidose metabólica. No segundo dia, evoluiu com paralisia do músculo reto lateral do olho e nistagmo horizontal, levando à suspeita de Encefalopatia de Wernicke (EW) e início de reposição de tiamina. Após dois dias, apresentou melhora do ponto de vista neurológico e de estado geral. No acompanhamento ambulatorial foi identificada ataxia e confusão mental. Não havia nistagmo perceptível, porém referia vertigem rotatória ocasional, principalmente associada a movimentos rápidos da cabeça. Realizou videonistagmografia, que evidenciou presença de nistagmo vertical para baixo quando observava alvo em posição superior e presença de hipermetria em testes de sacada e rastreio. No teste posicional, apresentou nistagmo vertical para baixo ao decúbito dorsal com rotação da cabeça para direita, bem como à manobra de Dix Hallpike para direita.

**Discussão:** A EW é causada pela deficiência de tiamina, que é uma coenzima essencial no metabolismo dos carboidratos. A causa mais comum é o abuso de álcool, porém há causas raras como a infecção pelo HIV. É constituída pela clássica tríade: disfunção cerebelar, confusão mental e alterações da motricidade ocular, sendo mais comuns a paralisia do músculo reto lateral bilateralmente e a presença de nistagmo horizontal pelo comprometimento do reflexo vestibulo-ocular.

**Considerações Finais:** A EW deve ser incluída entre os diagnósticos diferenciais de vertigem com nistagmo de padrão central. Dada a segurança da suplementação de tiamina, esta deve ser iniciada à menor suspeição de EW, prevenindo a evolução para a irreversível demência de Korsakoff.

## P 422 SÍNDROME DA CÚPULA LEVE - UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA VERTIGEM POSICIONAL.

Thiago Pontes Pereira Chequetto, Ricardo Schafflen Dorigueto, José Ricardo Gurgel Testa, Ananda Lopes Soares, Luis Felipe de Castro Neves, Rafaela de Melo Meneses Maia, Rafael Toledo Baston

*Hospital Paulista de Otorrinolaringologia, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 60 anos, com quadro de tontura rotatória desencadeada pela mudança da posição cefálica associada a náusea e mal-estar. Ao exame físico, observa-se nistagmo persistente e geotrópico bilateral. Exames neurológicos sem alterações. A avaliação otoneurológica sugere síndrome da cúpula leve.

**Discussão:** VPPB é a causa mais comum de queixa de vertigem e tipicamente apresenta nistagmo com características típicas de latência, duração limitada e fadigabilidade. No entanto, no caso relatado, a paciente apresentou características atípicas do nistagmo posicional: duração prolongada na posição de decúbito dorsal com rotação de 45 graus da cabeça para esquerda e direita. O nistagmo era intensificado em decúbito lateral direito com cabeça rodada 45 graus para direita. Nos pacientes com nistagmo persistente e não fatigável, a alteração na densidade da ampola do canal semicircular em relação à endolinfa, explicaria a persistência do nistagmos nos testes de provocação. Teoria conhecida como cúpula leve, porém, seu mecanismo fisiopatológico ainda permanece incerto. Na literatura há descrição de casos de nistagmo geotrópico persistente causados por cúpula leve de canal semicircular horizontal. Poucos relatos são encontrados com alteração em canais verticais.

**Considerações Finais:** A cúpula leve é um diagnóstico raro em otoneurologia e os mecanismos fisiopatológicos ainda não são bem esclarecidos. Deve ser considerada um diagnóstico diferencial importante nos casos de VPPB atípica de canal semicircular lateral.

**P 423 SÍNDROME DE VAN DER HOEVE-DE KLEYN: RELATO DE CASO**

Thainá Soares Miranda Silva, Bruna Coelho Ellery, Mayara Moreira de Deus, Maury de Oliveira Faria Júnior

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente 38 anos, sexo feminino, branca, com história de fratura com 6 meses de idade, quando foi diagnosticada com osteogênese imperfeita. Sem história de tratamento desde então. Refere múltiplas fraturas em mãos e cotovelos. A presença de esclera de coloração azulada confirmou o diagnóstico. Atendida pela otorrinolaringologia com queixa de hipoacusia com piora há 1 ano. Nega otorreia, zumbido, vertigem ou outras queixas associadas. Audiometria revelou SRT 15/30 dB, com discriminação de fala 100% bilateral, impedanciometria A/A. À esquerda, perda auditiva condutiva. Tomografia computadorizada de mastoide sem alterações relevantes. Paciente com desejo de uso de aparelho de amplificação sonora, segue bem adaptada, sem queixas.

**Discussão:** A síndrome de Van der Hoeve-de Klein ocorre em pacientes com diagnóstico de osteogênese imperfeita, marcada clinicamente por ossos frágeis, escleróticas azuis e hipoacusia. O sintoma otológico primário é a perda auditiva condutiva que ocorre entre a segunda e terceira décadas, podendo ser indistinguível audiometricamente da otosclerose. Acredita-se que mudanças estruturais dos ossículos como microfraturas do martelo, fragilidade do processo longo da bigorna, fratura e reabsorção das cruras do estribo ou fixação da platina façam parte da afecção. O tratamento de tais perdas pode ser cirúrgico, por estapedotomia, ou clínico, com indutores de função osteoblástica, apesar de apresentarem eficiência ainda desconhecida na literatura, ou mesmo o uso de aparelhos de amplificação sonora.

**Considerações Finais:** A associação de osteogênese imperfeita com otosclerose é importante diagnóstico diferencial na surdez condutiva. Quando ocorre essa associação, a otospongiose parece ter uma natureza mais agressiva, embora essas duas desordens sejam independentes histologicamente. Individualizar o tratamento é fundamental ao avaliar maiores dificuldades técnicas cirúrgicas.

**P 424 SURDEZ SÚBITA ASSOCIADA A DENGUE - RELATO DE 3 CASOS.**

Thiago Pontes Pereira Chequetto, Ricardo Schafflen Dorigueto, José Ricardo Gurgel Testa, Ananda Lopes Soares, Luis Felipe de Castro Neves, Rony Anderson de Araujo Almeida, Rafaela Melo de Meneses Maia

*Hospital Paulista de Otorrinolaringologia, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Relatamos 3 casos de perda auditiva neurosensorial súbita após episódio dengue.

**Discussão:** A dengue é uma doença febril aguda, de caráter limitado, causada por um arbovírus e transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. Os sintomas mais frequentes são febre alta, cefaleia frontal ou retro-orbitária, prostração, mialgia, artralgia e exantema, que podem ser precedidos por sintomas de infecção das vias aéreas superiores. Sintomas otorrinolaringológicos descritos na literatura incluem coriza, dor de ouvido, zumbido, epistaxe, sangramento gengival, inflamação de glândulas salivares, congestão nasal e dor de garganta. Alguns pacientes apresentam sintomas hemorrágicos, caracterizados por aumento da permeabilidade vascular, hemoconcentração e hemorragias. Encontra-se apenas 1 relato de caso com perda auditiva neurosensorial em vigência de dengue. A perda auditiva súbita de causa viral é bem reconhecida pela literatura, envolvendo principalmente herpes vírus e varicela vírus. Os mecanismos de lesão envolvem ação direta do vírus sobre a orelha interna ou lesão imunomediada na cóclea ou no nervo auditivo. Não há relato de correlação entre arbovírus e surdez súbita. Nos casos reportados os pacientes apresentaram surdez súbita devido hemorragia labiríntica durante infecção pela dengue, sugerindo que a hemorragia labiríntica tenha sido causada por sintomas hemorrágicos da dengue.

**Considerações Finais:** Na literatura médica não é frequente o relato de surdez súbita associada à dengue. Como é uma doença endêmica, pode ser considerada no diagnóstico diferencial nos casos de surdez súbita.

## P 425 SURDEZ SÚBITA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE SÍNDROME DE MÉNIÈRE - RELATO DE CASO

Camila Bae Uneda, Bernardo Relvas Lucas, Larissa Odilia Costa Binoti, Juliana Cagliari Linhares Barreto, Alexandre José de Sousa Cunha, Mario Cosme Pires da Cunha, Daniella Leitão Mendes

*Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Trata-se de paciente do sexo masculino, 44 anos, previamente hígido, que comparece ao serviço de emergência com queixa principal de hipoacusia súbita em orelha direita. Ao ser ativamente questionado, relatou perceber zumbido ipsilateral e crises de vertigem rotatória associadas e relatou, ainda, ter apresentado quadro semelhante há um ano, tendo sido tratado como surdez súbita. A audiometria demonstrou perda auditiva neurossensorial leve em graves e agudos (curva de U invertido) simétrica bilateral. Foi iniciado tratamento com betaistina 72 mg/dia, com remissão completa dos sintomas. Após um mês, nova audiometria revelou mudança do padrão anterior com perda auditiva neurossensorial leve nas frequências intermediárias (curva em U) bilateral.

**Discussão:** A síndrome de Ménière geralmente apresenta a vertigem como o sintoma mais relevante. No caso em questão, o sintoma principal do paciente é a hipoacusia, que inclusive foi tratada como surdez súbita em outro momento. Deve-se sempre questionar o paciente ativamente sobre a presença de sintomas associados e de episódios prévios para um diagnóstico mais acurado. Interessante ressaltar também que, apesar da percepção de hipoacusia unilateral, a audiometria demonstrou perda neurossensorial flutuante simétrica.

**Considerações Finais:** O caso relatado ressalta a importância de se atentar para o diagnóstico diferencial de síndrome de Ménière para aqueles pacientes que têm a hipoacusia como queixa principal e não somente para os que comparecem com quadro vertiginoso. A maioria das opções terapêuticas visa o controle da vertigem, porém algumas vezes a hipoacusia é o sintoma de maior impacto na vida do paciente, logo, é preciso que se desenvolvam mais estudos na área a fim de evitar a perda progressiva da audição desses pacientes.

## P 426 TRATAMENTO CLÍNICO DA SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA (SRS): RELATO DE CASO

Gabriella Soares de Souza, Nicole Martuscelli de Almeida, Francisco Pierozzi D'Urso, Kamila Satomi Haida, Cibele Madsen Buba, Erica Tamires Gomes de Araújo, Carolina Mazzini Baby

*Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente sexo feminino, 55 anos, deu entrada no serviço de ORL de um hospital terciário de São Paulo com queixa de tontura rotatória com duração de segundos, de longa data, relacionada à rotação do pescoço e elevação de membro superior direito (MSD) com parestesia. Relata zumbido bilateral intermitente e ausência de hipoacusia, náuseas, síncope, cervicalgia, quedas associadas, cinetose ou alterações visuais. Dislipidemia em tratamento. Ao exame: nistagmo espontâneo e semiespontâneo ausente; eudiadococinesia; Romberg estável; Fukuda negativo; Dix negativo; otoscopia sem alteração. Audiometria e eletroneuronistagmografia sem anormalidades. USG doppler arterial de MSD: aumento da velocidade do fluxo sanguíneo do segmento subclávia e oscilação à manobra de Addison. Angiotomografia: obstrução de subclávia direita. Iniciado tratamento com pentoxifilina 400 mg de 12/12 horas. Paciente segue assintomática.

**Discussão:** A SRS ocorre devido à obstrução da subclávia antes da origem da vertebral. O fluxo sanguíneo configura-se via retrógrada, do polígono de Willis para a vertebral comprometida. A principal causa é a doença ateromatosa. A tontura está relacionada à rotação e hiperextensão cervical e elevação do braço. Pode estar associada à parestesia de membros superiores. Ao exame físico, é possível identificar sopros na ausculta de região supraclavicular e observar uma diferença de pressão arterial entre os dois braços (>30 mmHg). O exame otoneurológico costuma ser normal e o diagnóstico é feito por Doppler ou arteriografia. O tratamento definitivo é a correção vascular, porém a paciente obteve resposta satisfatória com o uso da pentoxifilina.

**Considerações Finais:** A SRS é uma afecção englobada nos diagnósticos diferenciais de tontura que, apesar de relativamente rara, deve ser lembrada pelo otorrinolaringologista por comprometer a qualidade de vida do paciente. Assim, uma boa anamnese e exame físico são importantes a fim de aventar essa afecção.

## P 427 TROMBOSE DE SEIO SIGMOIDE EM PACIENTE COM FÍSTULA LIQUÓRICA ESPONTÂNEA PARA OSSO TEMPORAL

Marina Paese Pasqualini, Alana Santos da Silva, Candice Gehlen Bregalda, Juliana Sato Hermann, Diego Rodrigo Hermann, Paulo Moacir Mesquita Filho, Fábio Pires Santos

*Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 37 anos, usuária de anticoncepção oral, apresentou história de hipoacusia direita e zumbido pulsátil há 2 anos. Otoscopia sugeriu efusão retrotimpânica. Audiometria demonstrou disacusia mista leve ipsilateral e curva timpanométrica tipo B. Tomografia Computadorizada de Ossos Temporais revelou conteúdo com densidade de partes moles em orelha média direita e erosão cortical interna da mastoide em continuidade com seio sigmoide, que se encontrava trombosado. Ressonância Magnética confirmou trombose de seio sigmoide. Durante timpanotomia direita para colocação de tubo de ventilação, observou-se secreção aquosa incolor drenando pela orelha média. Com suspeita de fístula liquórica espontânea, foi realizada cisternocintilografia, que se apresentou normal. Teste com fluoresceína intratecal e observação através de otoendoscopia evidenciou eliminação de fluoresceína através do tubo de ventilação. Após fechamento da fístula liquórica via transtemporal (acesso via fossa média) com sucesso, paciente não apresenta sinais de otoliquorreia.

**Discussão:** A fístula liquórica espontânea para o osso temporal é uma condição rara e de diagnóstico desafiador. O quadro clínico é insidioso, com hipoacusia e plenitude aural unilaterais devido efusão na orelha média. Hipóteses sugerem que hipotensão intracraniana resultante da fístula liquórica cause trombose venosa cerebral (TVC) por engurgitamento e estase venosa causados pela diminuição do líquido, além de menor reabsorção liquórica, aumentando a viscosidade sanguínea. TVC é uma desordem rara (0,0005% da população geral e 2% dos casos de hipotensão intracraniana), podendo ocorrer nos seios da dura, veias corticais ou sistema venoso profundo. Aproximadamente 15% dos pacientes não apresentam fator de risco identificável.

**Considerações Finais:** Fístulas liquóricas espontâneas do osso temporal são raras e exigem alta suspeição clínica para o diagnóstico, tratamento precoce e prevenção de complicações potencialmente graves – como trombose venosa cerebral.

## P 428 VERTIGEM ALTERNOBÁRICA: REALIDADE ENTRE MERGULHADORES

Renata Oliveira e Nasser, Mônica Alcantara de Oliveira Santos, Isis Rocha Dias Gonçalves

*Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** I.R.D.G., feminino, 32 anos, apresentou há 3 dias, durante descida em mergulho noturno, sensação de plenitude auricular associada a dificuldade de equalização em orelha direita. Evoluiu com vertigem de duração inferior a um minuto associada a náuseas. Nega vômito ou zumbido. Referia obstrução nasal leve sem secreção por exacerbação de rinite alérgica, dois dias antes do mergulho. Tinha realizado dois mergulhos neste dia sem intercorrências; nega episódios prévios. Otoscopia: leve retração da membrana timpânica em orelha direita, sem hiperemia; nasofibrosopia: septo centrado, cornetos inferiores descolorados, coriza hialina. Audiometria limiares dentro da normalidade bilateralmente, gap aero-ósseo de 15dBNA- 1000Hz, 10dBNA- 500 e 2000Hz frequências à direita. Paciente usou spray nasal com resolução completa do quadro.

**Discussão:** Vertigem Alternobárica (VA) ocorre devido a mudanças de pressão assimétricas no ouvido médio que são transmitidas através da membrana da janela oval e redonda para o sistema vestibular, resultando em sensação de rotação e desorientação. Descrita pela primeira vez por Lundgren como “perigo aos mergulhadores”. A VA é o tipo de vertigem mais comum entre mergulhadores, com prevalência de 17 a 33%, predominando na subida e no sexo feminino. Fatores de risco são IVAS, otite média e disfunção tubária. Estudos discutiram a realização de exame pré-mergulho para identificar predisposição ao evento. VA também foi relatada entre aviadores e usuários de CPAP. Outro caso descrito foi de uma adolescente com TV bilateral que apresentou VA como resultado de obstrução nasal associada à oclusão do tubo unilateralmente, gerando uma diferença pressórica entre as orelhas. É importante que se conheça a VA, que pode ser considerada uma ameaça à vida quando ocorre no decorrer de um mergulho, além de poder ser aviso para barotrauma em orelha interna.

**Considerações Finais:** Embora muito frequente em mergulhadores, a VA não é uma doença conhecida, sendo importante seu relato.

**P 429 VERTIGEM POSTURAL PAROXÍSTICA BENIGNA PÓS-TRAUMA**

Bianca Mendonça de Almeida, Lucas de Abreu Lima Thomé da Silva, Ana Cristina Costa Martins

*Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, feminina, previamente hígida, apresentou episódio de tontura rotatória com duração de segundos e sintomas autonômicos após trauma cranioencefálico por acidente automobilístico. Exames laboratoriais sem alterações, vecto com Dix-Hallpike positivo para esquerda, restante dos exames, incluindo RX de coluna cervical sem alterações. Realizada manobra de reposicionamento canalicular de Epley, com melhora completa da tontura após a primeira sessão. Atualmente, encontra-se assintomática.

**Discussão:** Foi realizada revisão sistemática de artigos publicados em sites de pesquisa do tipo Scielo e PubMed entre 1978 e 2017. De acordo com Gannon et al. (1978), 40-60% dos pacientes não hospitalizados sofrem de tontura e/ou desequilíbrio após trauma. Porém, essas queixas precisam ser muito bem avaliadas para descartar tontura pós-concussão (Friedland, 2015) e pós- traumática, sendo essa de caráter psicológico (Brandt, 1999). A VPPB é a causa mais comum de tontura, porém apenas 10% ocorre após trauma (Gordon, 2004, e Motin et al., 2005). De acordo com Westerberg et al. (2009), foram levantados 1219 casos de VPPB, sendo que apenas 194 são de origem traumática. Logo 16% das causas de VPPB são de origem traumática, corroborando com Gordon & Motin (2005).

**Considerações Finais:** Apesar da Vertigem Postural Paroxística Benigna ser a causa mais comum de vestibulopatia, deve-se realizar minuciosa investigação clínica para que outras etiologias sejam excluídas, inclusive as de causa congênita.

## P 430 ZUMBIDO EM IDOSOS E AS CONSEQUÊNCIAS NA QUALIDADE DE VIDA: REVISÃO DA LITERATURA

Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Arnaldo Pinto Guedes de Paiva Neto, Therezita Maria Peixoto Patury Galvão Castro

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Objetivos:** Revisar na literatura os trabalhos sobre zumbido associado a comorbidades sistêmicas e sua interferência na qualidade de vida nos idosos e apresentar para comunidade científica, a fim de disseminar o conhecimento dessas causas e assim diminuir o aparecimento dessas queixas.

**Método:** Foram revisados trabalhos sobre zumbido associado a comorbidades sistêmicas e repercutindo na a qualidade de vida nos idosos nas bases Lilacs, Pubmed, Scielo.

**Resultados:** O zumbido é considerado uma percepção de som sem que haja sua presença no meio ambiente. O zumbido afeta 33% dos idosos. Aproximadamente 85% dos pacientes que procuram um otologista apresentam zumbido. Dos pacientes com zumbido, 85 a 96% apresentam algum grau de perda auditiva, sendo considerado um sintoma mais perturbador que a surdez. De acordo com uma pesquisa nacional realizada pela *Public Health Agency of America* em 1984/85, o zumbido intenso é o terceiro pior sintoma que pode acometer o ser humano, só perdendo para a dor e a tontura em grau intenso e intratável. Pode ser causado por inúmeras afecções, sejam elas otológicas, metabólicas, neurológicas, ortopédicas, cardiovasculares, farmacológicas, odontológicas e psicológicas, as quais, por sua vez, podem estar presentes concomitantemente no mesmo indivíduo.

**Discussão:** A presença do zumbido torna-se um fator de grande repercussão negativa na vida do indivíduo, dificultando seu sono, sua concentração nas atividades diárias e profissionais, sua vida social e, muitas vezes, alterando sobremaneira seu equilíbrio emocional, acarretando estados de ansiedade e depressão.

**Conclusão:** A queixa de zumbido é muito comuns na população idosa e é necessário o conhecimento a cerca das suas comorbidades, para que assim possamos reduzir as consequências de tais queixas.

## P 431 ZUMBIDO OBJETIVO DE ORIGEM NÃO OTOLÓGICA

Rafael Calsoni Gomes, Natascia Lumi Adati, Leonardo Biselli da Costa Monteiro, Aline Emer Faim, Mônica Sofia Padilha de Barros, Rodrigo Lacerda Nogueira, Andreia Ardevino de Oliveira

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** B.A.S., 22 anos, antecedentes pessoais de obesidade, hipertensão arterial sistêmica em uso de atenolol 25 mg/dia e hidroclortiazida 25 mg/dia, transtorno depressivo e parada cardiorrespiratória após nascimento, logo revertida. Desde 1 ano de idade com zumbido bilateral objetivo, notado pela mãe, além de hipoacusia bilateral e infecções de repetição quando criança. Ao exame, membranas timpânicas íntegras e translúcias, zumbido objetivo rítmico sem coincidência com pulso arterial. Audiometria e imitanciometria sem alterações. Solicitada tomografia computadorizada, evidenciando assimetria de condutos auditivos internos, porém dentro da normalidade. Em consulta seguinte, paciente relata que zumbido é similar a relógio. Notada, à oroscopia, mioclonia palatal coincidente com zumbido objetivo. Solicitada RNM, com hipertrofia olivar duvidosa bilateral, pior à esquerda. Paciente aguarda nova RNM para definição etiológica.

**Discussão:** Mioclonia palatal é uma rara etiologia para zumbido pulsátil e objetivo. Pode ocorrer devido lesões em tronco encefálico ou cerebelo, afetando o triângulo de Guillain e Mollaret, que é constituído pelos núcleo denteado, núcleo rubro, núcleo olivar inferior. Contudo, em alguns casos é idiopático. Os músculos afetados são o tensor ou o elevador do véu palatino. O tratamento inicial pode ser realizado com injeção de toxina botulínica. Se houver refratariedade, é possível o uso de clonazepam, ácido valproico ou outras drogas, todas com efeitos limitados. Em último caso, é avaliada a realização de tenotomia de tensor ou elevador do véu palatino. Outros músculos que podem cursar com zumbido objetivo são os intratimpânicos, tensor do tímpano e estapédio

**Considerações Finais:** Zumbidos, embora raros, estão presentes na prática do otorrinolaringologista e devem ser pesquisados a fim de se fechar diagnóstico etiológico correto, para melhor tratamento e prognóstico.

## P 432 ZUMBIDO PULSÁTIL: ANOMALIA DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA

Marcos Loyola Borém Guimarães, Naiana Manuela Rocha Arcanjo da Cruz, Leticia Alves da Fonseca Aguera Nunes, Emilio Gabriel Ferro Schneider, Guilherme Trindade Batistão, Gustavo Pimenta de Figueiredo Dias, Eduardo Boaventura de Oliveira

*Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) - Universidade São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** G.A.S.G., feminino, 64 anos, acompanhada no serviço de Otorrinolaringologia do HRAC-USP, relata zumbido pulsátil bilateral intermitente pior à direita, com evolução de longa data, estável, que aumentava ao esforço físico, sem hipoacusia ou vertigem. Apresenta otoscopia normal e oroscopia com abaulamento retrofaríngeo à direita. Foi realizada nasofibroscopia que evidenciou abaulamento pulsátil em rinofaringe à direita, que se estendia até a orofaringe. Foi solicitada tomografia computadorizada (TC) Cervical com contraste evidenciando medialização e anteriorização das carótidas internas, mais acentuada à direita, sem compressões de estruturas ou outras alterações tomográficas. Foi orientada sobre o quadro e encaminhada para acompanhamento.

**Discussão:** O zumbido pulsátil é percebido como sons que variam em frequência, intensidade e duração. Sua característica única é a ritmicidade, podendo ser uma queixa subjetiva ou estar associado a achados objetivos. A faixa etária mais comum de pacientes descrita na literatura com zumbido pulsátil é entre 20 e 40 anos, predominante no sexo feminino. São inúmeros os diagnósticos diferenciais de etiologias vasculares arteriais e venosas. Pacientes com zumbido pulsátil e exame otoscópico normal necessitam de avaliação audiológica, TC de crânio/ossos temporais para determinar se existe uma afecção que justifique o quadro. Quando encontradas artérias carótidas internas anômalas, não há necessidade de realizar outros estudos por imagem, somente justificado para planejamento cirúrgico ou diagnósticos diferenciais. Outros exames como angioTC/angiorressonância ou arteriografia podem fazer parte da avaliação de doenças geradoras de zumbido pulsátil devido a diagnósticos de afecções graves e potencialmente tratáveis.

**Considerações Finais:** A avaliação diagnóstica do zumbido pulsátil, no qual habitualmente não ocorrem alterações otoscópicas e audiométricas, deve ser aprofundada, uma vez que na grande maioria dos casos é possível chegar-se ao diagnóstico etiológico. Há necessidade de se descartar doenças potencialmente graves com complicações importantes se não diagnosticadas e tratadas precocemente.

## P 433 ZUMBIDO SÚBITO APÓS CRISE HIPERTENSIVA: RELATO DE CASO

Maria Thereza Patury Galvão Castro, Marco Viegas da Matta de Souza, Bruna Gomes Pereira, Lucas Mendonça de Almeida, Therezita Peixoto Patury Galvão Castro

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente G.S., sexo masculino, 42 anos, relata que há cerca de 3 meses, após um pico hipertensivo com pressão arterial (PA): 230/13 mmHg, sentiu cefaleia intensa, tontura e desorientação e o surgimento súbito de um zumbido tipo chiado no ouvido direito (OD). Na ocasião atribuiu à ingestão abusiva de churrasco durante um período de 4 horas. Foi internado numa UE, realizado exames, TC do crânio de aspecto normal e após 10 dias teve alta com PA: 130/80 mmHg. Informa ainda tontura ao levantar tipo rotatória, nega náusea, sente ansiedade com tremor no corpo e ainda persiste um zumbido no OD. Foi realizado os exames otoneurológicos que mostrou disfunção vestibular periférica, com audiometria tonal normal. Foi medicado com labirin 16 mg, rivotril 0.5 mg, e encaminhado para a cardiologia, psicoterapia e nutricionista. Após 60 dias, relata desaparecimento dos sintomas, mais ainda ansioso, devendo manter o acompanhamento multidisciplinar.

**Discussão:** O zumbido pode ser definido como sensação sonora endógena, não relacionada a nenhuma fonte externa de estimulação. Provoca morbidade considerável, que pode interferir no sono, na concentração, no equilíbrio emocional e na vida social do indivíduo. Estudos mostram que alterações auditivas e vestibulares podem ser secundárias à hipertensão arterial sistêmica. A PA pode vir a ocasionar alterações estruturais do coração e dos vasos sanguíneos. Alterações no aparelho circulatório podem afetar de várias maneiras o ouvido interno, em virtude, por exemplo, do aumento da viscosidade sanguínea, que ocasiona redução do fluxo sanguíneo capilar, diminuindo o transporte de oxigênio, podendo, assim, levar à hipóxia tecidual. Neste caso, a hipertensão arterial foi a causa do aparecimento do zumbido, os exames auxiliaram no diagnóstico e o tratamento clínico foi eficiente.

**Considerações Finais:** É fundamental o acompanhamento clínico multidisciplinar para evitar um dano bem maior no ouvido interno.

## P 434 ABSCESSO ORBITÁRIO SUBPERIOSTEAL EM RECÉM-NASCIDO, UM RELATO DE CASO

Monique Barros Brito da Conceição, Gabriela de Andrade Meireles Bezerra, André Alencar Araripe Nunes, Aline Saraiva Martins, Viviane Carvalho da Silva, Alessandra Caland Noronha, Flavio Maria Nobre Othon Sidou

*Hospital Universitário Walter Cantídio, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 1 mês de vida, apresentou abaulamento e hiperemia orbitária à esquerda, com drenagem espontânea de secreção após 3 dias. Tomografia demonstrou material de densidade de partes moles em células etmoidais e deslocamento do globo ocular esquerdo por lesão com densidade de partes moles, sugerindo abscesso orbitário subperiosteal, como complicação de sinusite etmoidal. Realizou cirurgia endoscópica nasal após 6 dias do início do quadro (etmoidectomia anterior), com regressão da flogose orbitária, ausência de rinorreia e febre após o procedimento.

**Discussão:** A rinossinusite aguda pode resultar em complicação graves, que devem ser tratadas corretamente e em tempo hábil. Dentre elas, 80% envolve complicações orbitais, mais frequentes em crianças e adultos jovens. O diagnóstico, classificação e acompanhamento das complicações orbitárias envolve a Tomografia Computadorizada como exame de primeira escolha. Conforme a classificação de Chandler, pode ser dividida em 5 estágios: I. Celulite pré-septal II. Celulite orbitária III. Abscesso subperiosteal IV. Abscesso orbital; V. Trombose do seio cavernoso. Aproximadamente 73-93% dos casos são de celulites pré-septais, entretanto, afecções retrosseptais são mais comuns em crianças mais velhas. O abscesso subperiosteal é caracterizado pela presença de coleção purulenta entre a lâmina óssea e a periórbita, determinando edema inflamatório palpebral e deslocamento ocular. Na maioria das vezes, resulta de disseminação direta da infecção por uma rinossinusite etmoidal aguda. Raramente, pode se desenvolver a partir dos seios maxilar ou frontal. Consiste em uma das principais indicações de drenagem cirúrgica.

**Considerações Finais:** Os seios maxilares e etmoidais estão presentes no recém-nascido, mas a etmoidite costuma aparecer a partir dos seis meses de idade. Sendo assim, complicações derivadas da mesma não são comuns em menores de 6 meses. A complicação orbital aguda é uma doença grave, que pode ter uma elevada mortalidade caso não seja diagnosticada e tratada corretamente.

## P 435 ABSCESSO SEPTAL EM CRIANÇA: PRECARIEDADE DA HIGIENE COMO FATOR DE RISCO

Leandra Novais Batista, Joyce Christhina Martins Silva, Fernando Ambros Ribeiro, Rebecca Heidrich Thoen Ribeiro

*Universidade Federal do Acre, Rio Branco, AC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 6 anos, pardo. Refere febre, edema e dor nasal há 3 dias. No serviço de urgência e emergência foi iniciado tratamento com AINEs, sendo solicitada avaliação otorrinolaringológica. Ao exame físico, paciente em bom estado geral, febril, eupneico. À rinoscopia observou-se epistaxe, edema, abaulamento, hiperemia de mucosa septal nasal bilateral e secreção em narina esquerda. Realizada drenagem do abscesso com incisão na mucosa septal bilateralmente. Inserido dreno de Penrose, com fixação através de sutura e tamponamento anterior nasal bilateral. Após cirurgia, mantida a internação e antibioticoterapia venosa com ceftriaxona e metronidazol, associada ao uso de dexametasona e sintomáticos. Realizada a remoção do tamponamento e dreno após 2 dias. Alta hospitalar ao terceiro dia, sendo recomendado uso de antibioticoterapia e AINEs via oral.

**Discussão:** Precariedade da higiene é um fator de risco que pode predispor ao abscesso septal. Destacam-se como fatores etiológicos abscessos dentários, rinossinusites agudas, traumas e furunculoses nasais. Os pacientes referem congestão nasal progressiva, dor, febre, calafrios e cefaleia. Um ou ambos os lados da mucosa septal se encontram edemaciados e flutuantes à palpação. Os sintomas podem ser confundidos com hipertrofia de cornetos inferiores. Os abscessos septais coletam no espaço criado pela laceração da mucosa e da cartilagem septal. Devido à complexa vascularização nasal, há o risco de disseminação hematogênica dos agentes infecciosos, prevalecendo *S. aureus* e *S. viridans*.

**Considerações Finais:** Abscesso de septo nasal é a coleção purulenta entre septo nasal ósseo ou cartilaginoso e mucoperiósteo ou mucopericôndrio. Sua incidência é baixa na população pediátrica, predominante no sexo masculino em todas as faixas etárias. Higiene precária pode estar relacionada com acúmulo de bactérias na pele e aumento na incidência de furunculoses nasais, sendo considerada fator de risco para o desenvolvimento de laceração de mucosa septal e formação de abscesso septal. Após diagnóstico, instituir tratamento imediatamente.

## P 436 ASPECTO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA LARINGOMALÁCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Cleide de Sousa Araújo, Alex Mendes Leonel Freire, João Vitor Aguiar Monteiro, Therezita Maria Peixoto Patury Galvão Castro

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Objetivos:** Apresentar uma revisão de literatura sobre laringomalácia.

**Método:** Revisão assistemática da literatura a partir das bases Scopus, MEDLINE, Lilacs e SciELO, usando como descritor “Laringomalácia”.

**Resultados:** Foram encontrados 196 artigos, dos quais, 155 com texto completo disponível.

**Discussão:** Dentre as anomalias congênitas de laringe, a laringomalácia é a mais frequente, apresentando-se como causa de 60% a 75% dos casos de estridor congênito. Mais frequente no sexo masculino, sua etiologia é obscura, porém, acredita-se que seja uma possível imaturidade ou incoordenação neuromuscular sua possível causa. O diagnóstico se dá por meio da suspeita clínica seguida de videonasofaringolaringoscopia, onde se percebe alteração estrutural da supraglote que leva ao seu colapso na inspiração. A principal característica clínica da doença é a presença de estridor inspiratório que geralmente aparece até as duas primeiras semanas de vida e desaparece espontaneamente até os 2 anos, exacerbando-se durante a alimentação, choro e em posição supina. De autorresolução geralmente espontânea, seu tratamento é controverso, embora cerca de 10% necessitem de intervenção cirúrgica visando principalmente aliviar o desconforto respiratório. O procedimento empregado é a supraglotoplastia, sendo a secção das pregas ariepiglóticas o procedimento recomendado por alguns autores como de primeira escolha, por ser descrito como rápido, seguro e com baixo índice de complicações. Geralmente, a resolução dos sintomas é obtida por meio da secção unilateral da prega ariepiglótica, mas a depender da gravidade dos sintomas, pode ser necessária a secção da prega contralateral.

**Conclusão:** Ainda que grande parte dos casos possua resolução espontânea até os dois primeiros anos de vida, a laringomalácia pode levar a sintomas respiratórios graves, além de falta de ganho de peso. Desta forma, o diagnóstico precoce e intervenção cirúrgica quando indicada são essenciais para evitar complicações em casos que não se resolvem espontaneamente.

## P 437 AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE AMIGDALITES AGUDAS NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2015

Gabriela Ronchi Pittigliani, Taise de Freitas Marcelino, Paula Kühl dos Anjos, Nicole Zomer Machado

*Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)/Hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão, SC, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o diagnóstico e tratamento de amigdalites agudas no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e comparar com o preconizado na literatura.

**Método:** Estudo observacional realizado por meio de revisão de prontuário eletrônico. Foram estudados 400 pacientes escolhidos aleatoriamente em um universo de 11.897 atendimentos, todos diagnosticados com amigdalite aguda. Os dados foram coletados em planilha elaborada pelo autor. Pacientes que não possuíam dados suficientes em seus prontuários foram excluídos.

**Resultados:** Amostra de faixa etária variável e predomínio do sexo feminino. Sintomas sugestivos de infecção bacteriana foram os mais prevalentes. Odinofagia foi encontrada principalmente em adultos (70,3%). Já a febre foi predominante em crianças (50,5%). Diagnóstico e tratamento feito de acordo com os sintomas encontrados. Uso de antibióticos em 305 casos. Associação de amoxicilina e penicilina benzatina em 7 casos. Uso de amoxicilina em 31%, amoxicilina com clavulanato em 25,3%, azitromicina em 19,5%. Penicilina Benzatina em 11,8%.

**Discussão:** A odinofagia foi o sintoma prevalente, sinal clínico importante para diagnóstico. Prevalência do sexo feminino, como visto em outros estudos. Idade entre 3 e 7 anos, com declínio aos 5 anos. O verão apresentou-se como época do ano mais prevalente, e o inverno a menos prevalente, indo de encontro ao estudo de Wessels, que relata a primavera e inverno como prevalentes. Uso correto de amoxicilina e sua associação com clavulanato. Altos índices de azitromicina. Baixa adesão ao uso de penicilina, principal antibiótico de escolha de acordo com a literatura.

**Conclusão:** Os resultados mostram diagnóstico duvidoso para amigdalite bacteriana, altos índices de uso de antibióticos para tratamento, uso exacerbado de azitromicina e baixo de penicilina benzatina. Contudo, o manejo depende muito de cada profissional e da microbiologia presente no local do estudo.

## P 438 AVALIAÇÃO TRIDIMENSIONAL DA SAOS NA INFÂNCIA

Larissa Souza Barreto, Jose Antonio Pinto, Roberta Moss Rinke

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

**Objetivos:** Analisar parâmetros clínicos, do exame físico, do estudo dinâmico das estruturas da VAS através da nasofibrolaringoscopia, radiografia de perfil da rinofaringe, assim como o estudo de outros métodos complementares, como a cefalometria, a fim de estabelecer os métodos de avaliação para diagnóstico e tratamento da SAOS na infância.

**Método:** Revisão no PubMed, Bireme e Scielo.

**Resultados:** O exame clínico durante uma vigília não é susceptível de quantificar as interações dinâmicas entre a adenoide, tonsilas e o palato mole e, assim, não pode representar o aspecto tridimensional da restrição das vias aéreas durante o sono. Conclui-se que a gravidade da SAOS é influenciada por múltiplos fatores além dos anatômicos, incluindo o tônus neuromuscular das vias aéreas superiores anormais. Investigações demonstram que uma adenotonsilectomia em crianças não cura a SAOS em muitas crianças pré-púberes e que problemas anatômicos orofaciais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da SAOS.

**Discussão:** Dos DRS, o mais frequente e diagnosticado é a SAOS. Essa é uma condição grave na criança, diferindo dos adultos, particularmente em relação à distribuição por gênero, fisiopatologia, manifestações clínicas, características polissonográficas e abordagens terapêuticas. A SAOS ocorre em aproximadamente 2-3% da população pediátrica geral, predominante em meninos. A obstrução anatômica e diminuição do tônus neuromotor das vias aéreas superiores contribuem para o espectro dos DRS. Embora a história e o exame físico sejam úteis para examinar os pacientes e determinar quais pacientes precisam de mais investigação para a SAOS, a sensibilidade e especificidade da história e do exame físico são ruins.

**Conclusão:** É necessária uma abordagem terapêutica individualizada e multifacetada a fim de tratar todas as anormalidades que contribuem para a obstrução das vias aéreas superiores durante o sono. Tratar a SAOS na infância permanece um desafio e deve ser avaliado sob o ponto de vista multidisciplinar, envolvendo o tratamento otorrinolaringológico, ortodôntico e fonoaudiológico.

## P 439 CISTO DE ÚVULA EM CRIANÇA

Rosana Guimarães Rodrigues Alves, Diderot Rodrigues Parreira, Matheus Alves Farah, Luigia Peixoto Salvador, Mariana de Oliveira Lobo, Gustavo Simão Souza, Felipe Carneiro Krier

*Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 2 anos e 10 meses, que, segundo os pais, vem apresentando dificuldade para respirar durante a noite, com piora progressiva. Acorda cerca de 3 vezes à noite, sentindo-se sufocado. Não apresenta alterações no padrão alimentar. Ao exame físico, visualiza-se cisto de coloração esbranquiçada em região mais inferior da úvula.

**Discussão:** Os cistos de inclusão epidérmica congênita do palato mole ou úvula são lesões de massa incomuns, com relatos de casos limitados. Embora os cistos epidérmicos sejam de natureza benigna e se desenvolvam lentamente, as lesões em massa que crescem perto do palato mole ou da úvula podem resultar em insuficiência velofaríngea, afetando a fala e a deglutição. A úvula funciona em conjunto com o palato mole na articulação da fala e, o mais importante, como uma válvula para evitar que os alimentos entrem na cavidade nasal. Pacientes com cistos epidérmicos do palato mole podem ser assintomáticos ou ter problemas para chupar, mastigar ou engolir.

**Considerações Finais:** Ao contrário da maioria dos cistos de inclusão epidérmica, que resultam do aprisionamento traumático do epitélio superficial em qualquer outro lugar do corpo, acredita-se que os tumores que se originam do palato mole e úvula são congênitos, resultado do epitélio aprisionado das fendas palatinas que se fundem durante a gestação. Além dos cistos de inclusão epitelial, pode surgir uma variedade de lesões de massa benignas no palato mole, como papilomas, tumores mistos, schwannomas, teratomas, mucocelos e pólipos.

## P 440 COLOBOMA AURIS – RELATO DE CASO

Prisciliano Thiago da Cruz Gomes

*Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 11 anos, com presença de fístula pré-auricular direita (coloboma auris) e queixa de drenagem de secreção purulenta há 6 anos. Refere que foi submetido à ressecção da lesão em cunha na pele em outro serviço há 3 anos, mas houve recidiva da drenagem. Após ser encaminhado ao ambulatório de Otorrinaringologia da UFU, foi feito o diagnóstico e realizada cirurgia com a ressecção locorreional total a fim de prevenir novas recidivas.

**Discussão:** O coloboma auris ou fístula pré-auricular é uma malformação congênita, que pode ser uni ou bilateral, caracterizada por processo fistuloso com orifício externo em região pré-auricular, contornando o pavilhão auricular por cima, terminando frequentemente no conduto auditivo externo e geralmente tem até 2 mm no seu maior diâmetro. Em relação às manifestações clínicas, pode haver infecção do coloboma com consequente presença de sinais flogísticos, aumento do volume local e drenagem de secreção purulenta fétida em alguns casos. O diagnóstico é feito pela história clínica e exame físico. O tratamento definitivo é a cirurgia com remoção completa do coloboma para não haver recidiva. Foi injetado azul de metileno para contrastar o trajeto fistuloso a ser dissecado. Paciente foi submetido à ressecção completa do trajeto fistuloso e evoluiu sem queixas nos retornos ambulatoriais.

**Considerações Finais:** O coloboma auris tem diagnóstico essencialmente clínico e pode apresentar sinais flogísticos se houver infecção. Métodos de imagem podem ser utilizados em caso de dúvida diagnóstica e para diagnóstico diferencial. O tratamento definitivo deve ser cirúrgico, com remoção completa do coloboma para evitar recidivas.

## P 441 COMPLICAÇÃO ORBITÁRIA DE RINOSSINUSITE EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Nicole Martuscelli de Almeida, Gabriella Soares de Souza, Antônio Augusto Lopes Sampaio, Kamila Satomi Haida, Cibele Madsen Buba, Erica Tamires Gomes de Araújo, Carolina Mazzini Baby

*Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.S.L., sexo feminino, 10 anos, sem comorbidades prévias, deu entrada no Pronto-Socorro de ORL com queixa de edema periorbitário esquerdo, febre e dor em joelho direito com claudicação há 1 dia. Paciente em tratamento para sinusopatia aguda há 2 dias fazendo uso de cefaclor. Ao exame, edema palpebral e ptose à esquerda com hiperemia local, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Iniciada antibioticoterapia com oxacilina e ceftriaxona associada à hidrocortisona. Tomografia de seios paranasais com coleção em região pré-septal à esquerda com velamento de seios maxilar, etmoidal e frontal à esquerda. Paciente foi submetida à cirurgia endonasal com drenagem de grande quantidade de secreção purulenta em maxilar esquerdo. Realizada também incisão em pálpebra superior esquerda sem drenagem de secreção. Paciente evolui com melhora importante do quadro e permaneceu com discreta ptose em olho esquerdo.

**Discussão:** Celulite periorbital é a complicação orbitária mais frequente das rinosinusites agudas, ocorrendo principalmente em crianças. Apresenta-se com hiperemia e edema palpebral com calor local e ocasionalmente dor. Sintomas sistêmicos como prostração, mal-estar e febre podem estar presentes. Não há diminuição da mobilidade ocular ou da acuidade visual. Assim, a tomografia computadorizada pode fornecer o diagnóstico diferencial. O tratamento depende da gravidade do quadro, porém a internação com avaliação oftalmológica e tratamento com antibioticoterapia endovenosa são mandatórios. O tratamento clínico e a posterior opção pelo tratamento cirúrgico sempre levam em conta a evolução do paciente em 24 a 48 horas.

**Considerações Finais:** As complicações decorrentes da rinosinusite são raras, porém é fundamental que o médico tenha em mente os sintomas e sinais de alarme, que podem ser: edema ou hiperemia periorbitária, proptose, oftalmoplegia, diminuição da acuidade visual, entre outros. Isso porque nem sempre a história de rinosinusite é óbvia e estas complicações possuem um elevado potencial de gravidade.

## P 442 CONGENITAL DERMOID CYST OF THE TONGUE CAUSING RESPIRATORY DISTRESS: A CASE REPORT

Andreza Mariane de Azeredo, Denise Manica, Cláudia Schweiger, Alessandra Locatelli Smith, Samantha Fernandes de Castro, Gustavo Vasconcellos Severo, Gabriel Kuhl

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Case Presentation:** A 3,360-g full-term female was born by spontaneous vaginal delivery to a 36-year-old healthy woman. On physical examination, hypotonia and cyanosis were identified. The infant had Apgar scores of 6, 6 and 8 at one, five and ten minutes, respectively. After initial resuscitation measures, the infant became clinically stable. Evidence of high levels of orogastric meconium aspiration was encountered and the child was admitted to the neonatal intensive care unit. In the following hours, the infant persisted with desaturation events, respiratory distress and cyanosis and eventually required orotracheal intubation and mechanical ventilation. At intubation, laryngoscopy revealed a lesion on the tongue base obliterating the laryngeal visualization. She sustained generalized hypotonia, a slightly flattened facial profile and epicanthic folds of the eyelid – dysmorphic aspects suggestive of Down's syndrome. Blood sample karyotype showed a karyotype of 47, XX +21, thus confirming the diagnosis of Down's syndrome. Duodenal atresia was also diagnosed and surgical correction in the neonatal period was performed. An ultrasonography showed that the thyroid gland was present in the regular position. Surgical intervention of the lesion of the tongue base was performed within the first few days of life. A cystic encapsulated mass was identified and surgically removed through a transoral surgical approach with carbon dioxide laser excision. Histopathologic evaluation showed features consistent with a dermoid cyst. The patient was extubated in the fourth post-operative day. She recovered promptly and remained clinically stable. After nine months of follow-up, she has no signs of recurrence.

**Discussion:** True dermoid cyst of the tongue is a rare entity. The dermoid cyst is a benign neoplasm with squamous epithelial-lined cavity with skin adnexae in the capsule. The pathogenesis of dermoid cyst is unknown.

**Final Considerations:** This report describes another case of this rare condition and discuss pathologic and clinical findings of this pathology in neonates.

## P 443 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ORELHAS DE ABANO: REVISÃO ASSISTEMÁTICA DA LITERATURA

Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, João Vitor Aguiar Monteiro, Alex Mendes Leonel Freire, Felipe Araújo Mendonça Costa, Pedro Lopes Gomes

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Objetivos:** Discutir sobre as técnicas de otoplastia para correção da orelha de abano, avaliando a melhora na qualidade de vida após tais procedimentos.

**Método:** Trata-se de uma revisão assistemática da literatura dos últimos 10 anos, utilizando as bases de dados PubMed, Lilacs e Scielo.

**Resultados:** A orelha em abano é o mais comum de todos os defeitos congênitos da orelha, afetando aproximadamente 5% da população. As três causas mais comuns de orelha de abano podem estar presentes isoladamente ou em associação: antélice subdesenvolvida, aumentando o ângulo escafoconchal; proeminência da concha, aumentando o ângulo auriculocefálico; e protrusão do lóbulo. As diferentes técnicas cirúrgicas para a correção de orelhas de abano são divididas entre aquelas que utilizam somente suturas nas cartilagens auriculares e as que incisam ou escarificam essas cartilagens, além das técnicas que combinam esses dois princípios. Estudos recentes têm mostrado bons resultados com a combinação de técnicas como a de Stenstrom, Mustardé e Furnas. A técnica de Furnas preconiza o descolamento posterior e secção do músculo auricular posterior, com a fixação da cartilagem no perióstio da mastoide. Na abordagem de Mustardé a criação de uma nova antihélix é baseada em suturas permanentes por acesso posterior. Já no método de Stenstrom é realizada uma raspagem anterior da cartilagem, ao invés de incisá-la, para conseguir um contorno mais suave da antihélix.

**Discussão:** A orelha de abano não acarreta alteração funcional, no entanto, proporciona considerável prejuízo estético para a harmonia facial e está relacionada a problemas psicológicos e comportamentais, devendo, portanto, ser abordada com adequado planejamento e execução cirúrgica.

**Conclusão:** A utilização de técnicas combinadas na correção da orelha de abano, sobretudo a técnica de Mustardé com a de Furnas, tem revelado baixa incidência de complicações, bem como alto grau de satisfação, modificando positivamente a qualidade de vida dos pacientes operados.

## P 444 DEFORMIDADE AURICULAR CONGÊNITA DE STAHL: REVISÃO DE LITERATURA

Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Ana Letícia Amorim de Albuquerque, João Vitor Aguiar Monteiro, Alex Mendes Leonel Freire, Renata Leonel Freire Mendes, Nathalia Christina Lopes Flores, Thyago Menezes Carvalho

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Objetivos:** Revisar na literatura os trabalhos sobre deformidade auricular congênita de Stahl e apresentar para comunidade científica a fim de disseminar o conhecimento dessa afecção rara.

**Método:** Foram revisados trabalhos sobre deformidade de Stahl e alterações congênitas auriculares nas bases Lilacs, Pubmed e Scielo.

**Resultados:** As alterações congênitas auriculares são definidas como malformações ou deformidades. Deformidades são caracterizadas por apresentar um componente condrocútâneo normal, porém com arquitetura anormal, categorizadas como constrictas, proeminentes e deformidade de Stahl. A deformidade congênita de Stahl seria a consequência da disgenesia do músculo auricular intrínseco durante o terceiro mês durante a embriogênese. A disgenesia embriológica muscular leva à hipoplasia da raiz superior da anti-hélice, e ao desenvolvimento de uma terceira raiz da anti-hélice. A terceira raiz que liga a anti-hélice à região posterossuperior da hélice é responsável por causar o defeito de contorno do pavilhão auditivo. A deformidade é variável, nos casos mais suaves a lâmina extra é quase imperceptível e nos mais graves a porção terminal da lâmina é em ponta (orelhas do “Sr. Spock”). É mais comum nos orientais, porém sua real incidência não foi estabelecida. Mais comumente unilateral, pode ser bilateral em 20% dos casos. Embora procedimentos cirúrgicos tenham sido tradicionalmente utilizados para reconstruir deformidades auriculares congênitas, a moldagem de orelha vem ganhando aceitação como uma alternativa eficaz e não invasiva para o tratamento de recém-nascidos com deformações da orelha.

**Discussão:** A anomalia tem consequências estéticas e sociais, mas não afeta a audição. Estudos demonstram que a intervenção precoce aumenta a probabilidade de atingir os melhores resultados cosméticos.

**Conclusão:** É necessário o conhecimento acerca das deformidades auriculares por parte dos médicos para possibilitar o diagnóstico e tratamento precoce destas afecções, reduzindo, assim, transtornos sociais futuros.

## P 445 DISPLASIA FIBROSA EM SEIO MAXILAR EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Grasiele Souza Figueredo, Anderson Castelo Branco, Natalia Andrade Costa, Alice Karoline de Oliveira, Mariana Mascarenhas Assis, Danilo Bruno Meira Matias, Nilvano Alves Andrade

*Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A displasia fibrosa é uma lesão fibro-óssea caracterizada pela substituição dos elementos normais do osso por tecido fibroso desorganizado, predominantemente fibroblastos. Essa doença, que corresponde a 2% dos tumores ósseos, tende a desenvolver-se no fim da infância, tem predomínio no sexo masculino e predileção para a raça branca. A taxa de degeneração maligna é menor que 1%. O caso apresentado é M.L.S., 5 anos, pardo, com história de assimetria em face e distopia ocular progressiva observada pela genitora desde os 2 anos de idade da criança. Ao exame físico, foi observada assimetria craniofacial e distopia ocular à esquerda. Na tomografia computadorizada de seios da face, foi observada imagem em vidro fosco em seio maxilar a esquerda.

**Discussão:** Na literatura é descrito que a tomografia é o exame de eleição para estudo das lesões, avaliação de sua extensão e preparo cirúrgico, sendo encontrados basicamente, três padrões radiográficos na displasia fibrosa do crânio e ossos faciais: pategoide, esclerótica e padrão cístico. O diagnóstico diferencial é feito com lesões malignas (como sarcoma, lesões osteoblásticas metastáticas) e benignas (fibroma ossificante, doença de Paget, cisto ósseo aneurismático, osteíte fibrosa cística, ameloblastoma, osteocondroma, dentre outras). Os principais fatores que norteiam a abordagem são a presença e intensidade dos sintomas, a localização do tumor e a idade do paciente.

**Considerações Finais:** No caso em questão optou-se por uma conduta expectante, não somente pela ausência de alterações orgânicas e funcionais, a despeito do comprometimento estético, mas também pela idade do paciente. Este segue em acompanhamento ambulatorial trimestral até que seu crescimento e desenvolvimento puberal se complete. Por fim, a simples presença da lesão não justifica intervenção cirúrgica, sendo as principais indicações para tratamento cirúrgico na displasia fibrosa presença de sintomas clínicos significantes e o controle de grandes deformidades estéticas.

## P 446 ESCLEROSE TUBEROSA COM MANIFESTAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA: RELATO DE CASO

Jose Faibes Lubianca Neto, Rita Carolina Pozzer Krumenauer, Renata Loss Drummond, Talita Lopes Silva, Rodrigo Andre Soccol, Guilherme Kasperbauer, Iazmim Samih Hamed Mohd Houdali

*Santa Casa de Misericórdia Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 5 anos, com queixa de lesão em ângulo nasolabial de crescimento progressivo há 4 anos, associada à obstrução nasal direita, com piora no último ano. Paciente com diagnóstico de esclerose tuberosa em acompanhamento. À rinoscopia, apresentava lesão nodular parcialmente endurecida estendendo-se de região acima de lábio superior até região de vestíbulo nasal de fossa nasal direita, causando diminuição de sua luz. Tomografia de seios da face evidenciando formação nodular com atenuação de tecidos moles medindo cerca de 1,8 cm nos tecidos moles acima do lábio superior e junto ao vestíbulo das fossas nasais, mais à direita. Realizada ressecção de lesão. Anatomopatológico evidenciou fibrose extensamente colagenizada e pele com fibrose dérmica, achados compatíveis com esclerose tuberosa. Paciente retorna para revisão pós-operatória, apresentando boa evolução, sem recidiva de lesão, com melhora completa de obstrução nasal.

**Discussão:** Esclerose tuberosa é uma doença neurocutânea autossômica dominante, com uma ampla variedade de manifestações clínicas, como lesões dermatológicas, convulsões e hamartomas em diversos órgãos. 75% dos pacientes acima de 9 anos apresentam angiomiofibromas faciais, preferencialmente na área de sulcos nasogenianos, zigomático e mento. As manifestações orofaciais incluem hiperplasia fibrosa, hemangiomas, assimetria facial, úvula bifida, fissura labial e palatina. Tratamento tópico com imunossuppressores, laser e cirúrgico podem ser indicados para as lesões em face, enquanto acompanhamento clínico pode ser suficiente para lesões que não causem prejuízo funcional e estético.

**Considerações Finais:** Esclerose tuberosa é uma doença com abrangência em diversos órgãos. Manifestações otorrinolaringológicas não são frequentemente encontradas na literatura. Neste relato o paciente apresenta manifestações clássicas da doença, além de lesão fibrosa colagenizada em ângulo nasolabial causando prejuízo funcional e estético ao paciente. A necessidade de uma avaliação detalhada é sempre benéfica para o manejo adequado desses pacientes.

## P 447 ESTENOSE CONGÊNITA DE ABERTURA PIRIFORME: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Thiago Xavier de Barros Correia, Osmar Clayton Person, Isabela Tavares Ribeiro, Isabella Cristina Ragazzi Quirino Cavalcante, David Roberto Claro, Thiago Ribeiro de Almeida, Amanda Melim Bento

*Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Neonato apresentou desconforto respiratório e, no insucesso da sondagem nasal, foi solicitada avaliação da Otorrinolaringologia. Foi solicitada tomografia dos seios da face para diagnóstico diferencial de obstrução nasal na infância, que demonstrou estenose congênita de abertura piriforme, com diâmetro máximo de cerca de 4,9 mm. Houve melhora de desconforto respiratório com uso de dexametasona colírio e nebulização com adrenalina, havendo alta após 6 dias de internamento hospitalar. O paciente foi acompanhado em regime ambulatorial pela equipe de ORL e pediatria. Mãe refere respiração ruidosa e dificuldades na amamentação, porém houve crescimento e desenvolvimento adequados. Foi solicitada RNM para investigação de malformações associadas, sem anormalidades.

**Discussão:** A Estenose Congênita de Abertura Piriforme (ECAP) é uma afecção rara e tem como principal diagnóstico diferencial a Atresia Coanal. Como a respiração nesta idade é predominante nasal, esta condição pode causar desconforto respiratório grave, que pode ser fatal. O diagnóstico costuma ser suspeitado pelo desconforto respiratório, cianose cíclica com melhora durante o choro, sendo frequente a dificuldade na passagem da sonda de aspiração nasal ainda na sala de parto. A doença é confirmada por tomografia de seios da face, sendo que o diâmetro máximo da abertura narinária menor que 11 mm, em um recém-nascido termo, confirma o diagnóstico. O tratamento clínico de nebulização com adrenalina e decadron colírio nasal costuma ser efetivo nos casos menos graves. Se o desconforto respiratório persistir, é realizada a cirurgia para ampliação da abertura piriforme. Wormald et al., em seu trabalho, concluíram que aberturas menores que 5,7 mm possuem maior probabilidade do procedimento cirúrgico ser necessário, por falha do tratamento clínico. Neonatos com essa afecção também devem ser investigados para malformações associadas e é recomendável a realização de RNM para este rastreamento.

**Considerações Finais:** A ECAP é um diagnóstico diferencial importante de obstrução nasal na infância.

## **P 448 HAMARTOMA LARÍNGEO - UM RARO CASO DE OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA EM RECÉM-NASCIDO**

Janaína Jacques, Maria Fernanda Piccoli de Mello, Mariana Manzoni Seerig, Leticia Chueiri, Martin Coutinho, Ana Amélia Soares Torres, Guilherme Webster

*Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Recém-nascido do sexo feminino apresentou ao nascimento insuficiência respiratória necessitando de intubação oro-traqueal. Ao exame com laringoscopia direta na sala de parto, foi observada lesão ocupando a hipofaringe, com mínima luz glótica para passagem de ar. Após intubação oro-traqueal difícil na sala de parto, criança foi submetida à videonasolaringoscopia, sendo observada massa de aspecto sólido, firme, lisa, revestindo a supraglote bilateralmente, impedindo a visualização das pregas vocais. Realizada biópsia, com resultado sugestivo de hamartoma laríngeo. Após a confirmação histológica, foi feita abordagem cirúrgica da lesão por via aberta. No pós-operatório apresentou boa evolução, com decanulação precoce.

**Discussão:** Massas cervicais são comuns na população pediátrica. A etiologia inclui massas congênitas, lesões inflamatórias, lesões benignas não inflamatórias e neoplasias benignas e malignas. Dentre as malformações congênitas, hamartoma de laringe é uma lesão extremamente rara. O sintoma principal é a obstrução respiratória, mas ainda pode apresentar estridor e mudanças na voz, entre outros.

**Considerações Finais:** O diagnóstico diferencial de lesões congênitas da laringe tem sua importância na abordagem da obstrução respiratória do recém-nascido.

## P 449 HETEROTOPIA GLIONEURONAL: UM RELATO DE CASO

Ana Laura Carneiro Santos, Monik Souza Lins Queiroz, Paulo Pires de Mello, Marcelo Cardoso Figueiredo, Alexandra Torres Cordeiro Lopes de Souza, Raquel de Moura Brito Mendez, Larissa Salomão Pereira

*Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 1 ano e 5 meses, portador de fissura palatina, sem outras comorbidades. Durante o ato operatório para correção cirúrgica da anomalia congênita supracitada, foi identificada uma massa em palato duro à direita, o que levou à suspensão do procedimento e ao encaminhamento do paciente para o serviço de cirurgia de cabeça e pescoço. Paciente assintomático, apresentando à oroscopia lesão de aspecto nodular em palato duro à direita, superior à tonsila palatina. Tomografia computadorizada (TC) de face evidenciou formação com limites mal definidos, com densidade de partes moles, captante, ao nível da orofaringe em íntimo contato com o palato duro, se estendendo para a parede posterior e causando redução da coluna aérea. Ressonância magnética de encéfalo e TC de crânio sem alterações. O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico com exérese da lesão e boa evolução no pós-operatório. Laudo histopatológico evidenciou presença de células neuronais e gliais, achados compatíveis com heterotopia glioneuronal.

**Discussão:** A heterotopia glioneuronal é uma condição congênita rara caracterizada pela presença de tecido neuroectodérmico diferenciado fora da cavidade craniana ou canal espinhal. Consistem em acúmulos nodulares de células neuronais e gliais. Normalmente, envolvem região de cabeça e pescoço e são mais frequentemente descritos em nasofaringe, cavidade oral, palato, língua, lábios e órbita. Há associação com fissura palatina, malformações cardíacas e síndrome de Pierre-Robin. São lesões benignas e sua sintomatologia depende do tamanho e da localização da lesão. O tratamento é a exérese cirúrgica.

**Considerações Finais:** Vale ressaltar a raridade deste tipo de anomalia, tendo em vista os poucos relatos encontrados na literatura, e reforçar a hipótese diagnóstica, principalmente nos casos de anomalias congênicas concomitantes.

## P 450 HIPERTROFIA ADENOAMIGDALIANA COMO CAUSA DE HIPERTENSÃO PULMONAR: RELATO DE CASO

Roseana Netto Pereira, Edmir Américo Lourenço, Fabrício Egídio Pandini, Viviane Cristina Martori Pandini, Letícia Castruchi Kamei, Luisa Raña de Aragão, Rafael Rocha Rezende

*Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** K.L.S., 3 anos, masculino, história de respiração ruidosa, roncos noturnos e episódios de apneia desde os 2 anos de idade. Diagnosticado aos 2 anos com comunicação interatrial (CIA), corrigida cirurgicamente. Há 2 meses iniciou quadro de desconforto respiratório severo por crise asmática e pneumonia associada, evoluindo com parada cardiorrespiratória que foi revertida, e submetido à intubação orotraqueal. Após extubação, manteve episódios recorrentes de dessaturação, piora da respiração ruidosa e apneias, com necessidade manutenção em UTI. Radiografia de tórax evidenciou cardiomegalia, eletrocardiograma com sinais de sobrecarga de ventrículo direito e ecocardiograma evidenciou insuficiência tricúspide, tais achados sugerindo indiretamente hipertensão pulmonar. Levantada hipótese de hipertrofia adenoamigdaliana como contribuidora para tal quadro. Ao exame físico e complementar, amígdalas grau III, radiografia de cavum evidenciando obstrução de 90% de coluna aérea. Após estabilização clínica, submetido à adenoamigdalectomia. No 2º dia pós-operatório apresentando saturação de 100% em ar ambiente, sem novos episódios de dessaturação, melhora dos roncos noturnos e respiração oral.

**Discussão:** A hipertensão pulmonar grave como uma complicação de hipertrofia adenoamigdaliana é rara. A prevalência de hipertensão pulmonar em crianças com indicação de adenoamigdalectomia, mas sem sinais clínicos, é de 3%, segundo Wilkinson et al., e 7,14%, segundo Sebusiani et al. O paciente referido apresentava história de roncos, apneia e dessaturações, sintomas de obstrução de vias aéreas superiores devido à hipertrofia adenoamigdaliana. Achados do ecocardiograma, RX de tórax e ECG indicaram possibilidade de a obstrução crônica das vias aéreas superiores ter levado à hipertensão pulmonar. O tratamento cirúrgico (adenoamigdalectomia) se mostrou efetivo, com melhora clínica do paciente, apesar de outros fatores como asma grave e CIA corrigida tardiamente também serem contribuintes para o quadro clínico prévio.

**Considerações Finais:** A hipertrofia adenoamigdaliana é causa importante de hipertensão pulmonar em crianças e o médico otorrinolaringologista deve estar atento devido à possibilidade de evolução para quadros graves.

## P 451 HIPOACUSIA NA SÍNDROME DE DOWN: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Alex Mendes Leonel Freire, Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Renata Leonel Freire Mendes, Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Cleide de Sousa Araújo, João Vitor Aguiar Monteiro, Therezita Maria Peixoto Patury Galvão Castro

*Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Rever os conhecimentos sobre a hipoacusia na síndrome de Down, fornecendo uma atualização sobre o tema.

**Método:** Trata-se de uma revisão assistemática da literatura, realizada nas bases de dados Medline, Lilacs e SciELO.

**Resultados:** A síndrome de Down (SD) é uma condição genética causada mais comumente pela trissomia do cromossomo 21. Ela leva a um atraso no desenvolvimento global, com hipotonia, problemas de audição, cardiopatias, alterações na coluna cervical, distúrbios da tireoide, problemas neurológicos e outros. Em relação às alterações otológicas, estima-se que entre 50 a 70% dos portadores de SD possuam algum grau de hipoacusia, sendo a perda auditiva condutiva a mais importante. A elevada incidência de otite média secretora (por anomalias anatômicas e funcionais da tuba auditiva), malformações do pavilhão auricular, estenose do meato acústico externo, impaction de cerúmen e anomalias nos ossículos são os principais responsáveis. Outro aspecto importante nesses pacientes é a presbiacusia precoce, que ocorre já na segunda década de vida, 30 ou 40 anos mais cedo que em sujeitos sem SD, levando à diminuição da sensibilidade auditiva.

**Discussão:** A hipoacusia associada à deficiência intelectual faz com que os efeitos da perda auditiva se intensifiquem, comprometendo a linguagem e interação social, prejudicando o conjunto de habilidades gerais do paciente. Ela tem uma interpretação difícil no portador de SD, pois os familiares não se queixam da perda auditiva por acreditar que o paciente não esteja atento ao meio.

**Conclusão:** A existência de perda auditiva em indivíduos com SD, com incidência maior e em idade inferior à da população de um modo geral, demonstra a relevância da avaliação audiológica e do acompanhamento desses pacientes em todas as faixas etárias.

## P 452 HISTOPLASMOSE DISSEMINADA EM CRIANÇA AFETANDO BOCA E NARIZ, UM RELATO DE CASO

Kallil Monteiro Fernandes, Ana Carolina Fernandes de Oliveira, Ana Karina da Costa Dantas, Alexandre Augusto Fernandes, Luciana Fontes Silva da Cunha Lima, Ivan Machado de Almeida Junior, Liliane Queiroz de Lira

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.L.B.T., sexo feminino, 13 anos, com quadro de úlceras e hipertrofia gengival dolorosas há 2 semanas, associado a febre, conjuntivite e edema periorbitário bilateral há 2 dias do internamento (outubro 2016). Passado de transplante renal em 2015 por glomerulonefrite crônica, estando em uso de imunossupressores (prednisona, micofenolato e tacrolimus). Exame físico apresentava placas brancas em mucosa gengival e em amígdalas não raspáveis, com pontos de hiperplasia gengival. Apresentava também placas brancas que recobriam mucosa de fossa nasal, provocando obstrução, e conjuntiva de ambos olhos. Foi realizada biópsia incisional de mucosa gengival superior e amígdala, a qual concluiu a presença de leveduras sugestivas de *Histoplasma capsulatum*. A paciente foi tratada com caspofungina por 21 dias, com pouca melhora do quadro, em seguida feito anfotericina B lipossomal 15 dias, sem efeitos colaterais da medicação, com melhora considerável do quadro clínico. O tratamento foi estendido com itraconazol (7 mg/kg/dia) em domicílio por mais 4 semanas, com resolução completa do quadro.

**Discussão:** Histoplasmose disseminada é uma infecção rara, mais comumente afetando pacientes imunossuprimidos, apesar do *Histoplasma capsulatum* ser uma micose endêmica. A maior concentração do fungo encontra-se em cavernas e casas abandonadas, nas quais o fungo prolifera-se em dejetos de aves e morcegos. Fatores de risco para histoplasmose disseminada incluem: idade menor que 1 ano, AIDS, transplante de órgão sólido, imunodeficiências e uso de agentes imunossupressivos. O quadro clínico pode ser com febre, tosse, dispneia, perda de peso, podendo haver hepatoesplenomegalia e linfonodomegalia. A apresentação na mucosa oral pode ser com úlceras dolorosas, podendo também haver lesões em pele (pápulas, úlceras). O tratamento é feito com anfotericina B ou itraconazol.

**Considerações Finais:** Demonstra-se a importância de se manter a histoplasmose como diagnóstico diferencial em pacientes imunossuprimidos com lesões orais e febre, sendo a biópsia de lesões inespecíficas uma opção sempre a ser considerada para auxílio diagnóstico.

## P 453 MACROSTOMIA CONGÊNITA ASSOCIADA À MICROTIA UNILATERAL: UM RELATO DE CASO

Jose Faibes Lubianca Neto, Rita Carolina Pozzer Krumenauer, Renata Loss Drummond, Talita Lopes Silva, Rodrigo Andre Soccol, Danilo Minuceli Vilvert, Mariele Bressan

*Santa Casa de Misericórdia Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Recém-nascido, 1 dia de vida, masculino, a termo, pré-natal adequado, apresentava ao nascimento microtia esquerda, tufo de cabelo pré-auricular direito, fenda labial horizontal com lesão nodular perilabial à direita e hipoplasia pulmonar esquerda diagnosticada intraútero. Apresentava-se sem sinais de hipertensão pulmonar. A tomografia computadorizada de ouvidos e mastoides mostrava-se com obliteração do canal auditivo externo esquerdo com microtia, espaços do ouvido médio bilaterais normalmente aerados; cadeia ossicular, e sistema vestibulococlear bilateralmente sem alterações e mastoides aeradas. Genética solicitou cariótipo de alta resolução. Equipe de cirurgia craniomaxilofacial indicou correção de fenda perilabial aos 3 meses de vida. Sugerido exame de Emissões Otoacústicas e BERA triagem em ouvido direito, BERA ósseo em ouvido esquerdo. No momento, mantemos acompanhamento da criança, aguarda-se resultado de testes auditivos, testes genéticos e conclusão do plano cirúrgico para correção de macrostomia em idade correta.

**Discussão:** A macrostomia congênita, também denominada fissura facial transversa, horizontal ou lateral, é uma entidade relativamente rara. Apenas 10% a 20% de pacientes com macrostomia manifestam envolvimento bilateral, e há uma predileção masculina. Apesar desta anomalia poder ocorrer sem síndrome ou malformação associada, em 23% dos pacientes pode ser vista com esta associação. A expressão clínica variável, desde uma forma discreta até casos graves com malformações desfigurantes, nos obriga a examinar criteriosamente as crianças. Deformidades da orelha externa podem estar presentes, desde excesso de pele até ausência do pavilhão. Preconiza-se corrigir o defeito entre 3 e 12 meses de vida, para que não haja comprometimento do processo de fala.

**Considerações Finais:** A macrostomia congênita deve ser submetida a uma investigação sistemática clínica e de imagem para definir o âmbito das anomalias, uma vez que a doença é rara e complexa. Os pacientes afetados devem ser monitorados por centros de equipes multidisciplinares especializados.

## P 454 MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS NA GÊNESE DA OBSTRUÇÃO NASAL DO RECÉM-NASCIDO: RELATO DE CASO

Daniel Buffon Zatt, Martin Batista Coutinho da Silva, Maria Fernanda Piccoli Cardoso de Mello, Janaina Jacques, Mariana Manzoni Seerig, Leticia Chueiri, Guilherme Webster

*Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** H.V.M., 24 dias, sexo feminino, natural de São José (SC), encaminhada por alterações faciais, distúrbio da deglutição e desconforto respiratório alto com crises de cianose. Recém-nascida de 40 semanas (Capurro), parto cesáreo eletivo, APGAR 1': 9 e 5': 10 e peso nascimento 2.660g. Mãe com 4 gestações prévias e 2 abortos espontâneos, quadro depressivo gestacional, sem outras intercorrências. No exame físico, apresentava-se eupneia, sem sinais de desconforto respiratório. Identificados micrognatia, palato ogival com fenda palatina posterior submucosa e apêndice auricular à direita. Tentativa frustrada de realizar nasofibroscopia, por incompatibilidade do diâmetro do aparelho com fossa nasal. A tomografia de seios da face evidenciou estenose da abertura dos seios piriformes, coanas pérvias e achados sugestivos de encefalocele transetmoidal. Para avaliação complementar, a ressonância nuclear magnética confirmou o achado de meningocele transetmoidal. Foram realizadas investigações adicionais pela equipe multidisciplinar, demonstrando como achados um cariótipo 46XX, ecocardiograma com forame oval patente de 3,5 mm de diâmetro e fundo de olho com escavação aumentada. Optou-se pela conduta expectante. Atualmente, a paciente encontra-se em seguimento ambulatorial, apresentando adequado desenvolvimento pondero-estatural e neuropsicomotor.

**Discussão:** Obstrução nasal no lactente é causada preponderantemente por rinites virais e rinite idiopática, estando as malformações dentro de seu espectro de diagnósticos diferenciais. Possui grande potencial de gravidade, tendo por base a respiração oral dos lactentes, podendo gerar cianose cíclica e dificuldade alimentar. O objetivo do tratamento é a promoção de uma adequada patência nasal, seja por meios clínicos ou cirúrgicos, variando conforme a intensidade dos sintomas e etiologia.

**Considerações Finais:** Mesmo apresentando menor incidência, as malformações nasais devem fazer parte do diagnóstico diferencial do médico otorrinolaringologista na abordagem da obstrução nasal no lactente, para almejar um adequado manejo terapêutico.

## P 455 MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA DISPLASIA ECTODÉRMICA ANIDRÓTICA - RELATO DE CASO

Guilherme Mendes Pimenta, Stela Rodrigues de Oliveira, Marina Ferraz Gontijo Soares, Raíssa Camelo Valletta, Camilla Gabriela de Oliveira, Laís da Silveira Botacin, Melissa Ameloti Gomes Avelino

*Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A displasia ectodérmica anidrótica (DEA) é uma doença sistêmica que acomete tecidos derivados do ectoderma, sendo um dos 17 tipos de displasia ectodérmica. Ligada ao X, forma anidrótica apresenta ausência de poros sudoríparos ou glândulas sudoríparas. Diminuição da produção de secreção oral, nasal e faríngea, além de distúrbios de orelha média e diminuição sensorial da audição. Relatamos aqui o caso de duas crianças portadoras da síndrome atendidas no ambulatório de Otorrinopediatria do Hospital das Clínicas da UFG: menino de 4 anos, portador de otite média e amigdalites de repetição, além de exuberantes crostas nasais; menino de 5 anos com epistaxes de repetição associadas, também, a crostas nasais.

**Discussão:** A primeira criança foi encaminhada a nosso ambulatório por otites e amigdalites de repetição, além de ressecamento nasal, epistaxes esporádicas e halitose. Atualmente em investigação audiológica, apresentou drástica melhora da halitose, crostas nasais, epistaxes e otites de repetição após início de lavagem nasal com solução de água morna e bicarbonato de sódio. A segunda criança, enviada ao nosso ambulatório por suspeita de sinusite fúngica e epistaxes de repetição, também apresentou melhora expressiva do quadro nasal após início de lavagem sistemática com soro fisiológico morno – as epistaxes, que ocorriam em dias alternados, ficaram ausentes nos primeiros 15 dias de tratamento. Observou-se, ainda, melhora de padrão respiratório, da halitose e das crostas nasais.

**Considerações Finais:** Apesar de amplamente variável dentro de seu espectro de apresentação, a DEA possui importante acometimento otorrinolaringológico, cabendo ao especialista o manejo interdisciplinar associado ao reconhecimento das afecções relacionadas à doença e o incentivo a práticas baratas, acessíveis e efetivas como a lavagem nasal com solução salina ou bicarbonatada.

## P 456 MASSA ESFENOIDAL EM CRIANÇAS: RELATO DE UM CASO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Marina Paese Pasqualini, Richard Giacomelli, Marcelo Ribeiro, Daniela Schwingel, Juliana Sato Hermann, Paulo Moacir Mesquita Filho, Fábio Pires Santos

*Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 11 anos, com história de obstrução nasal crônica e cefaleia eventual. Ao exame físico, não apresentava alterações significativas. Nasofibrolaringoscopia flexível evidenciou abaulamento da parede anterior de seio esfenoidal direito. Tomografia computadorizada (TC) demonstrou massa esfenoidal expansiva, com limites bem definidos e remodelamento do assoalho e parede anterior do seio esfenoidal. Ressonância magnética (RM) evidenciou sinal intermediário em T1W e hipossinal em T2W. Exame histopatológico e imunohistoquímico foram negativos para células neoplásicas e confirmaram Displasia Fibrosa. A paciente foi submetida à Cirurgia Endoscópica Transnasal, com ressecção total da lesão e boa evolução pós-operatória.

**Discussão:** Massas Esfenoidais (ME) são raras na população pediátrica e seu diagnóstico pode ser complexo devido às diversas patologias que podem afetar a região nessa faixa etária. Classificam-se possíveis hipóteses diagnósticas pelo comportamento de agressão óssea: Não agressivas – mucocele, cisto ósseo aneurismático, tumor de células gigantes, astrocitoma, sinusite, polipose, meningioma e displasia fibrosa; *versus* Agressivas – condroblastoma, condrossarcoma, cordoma, craniofaringioma, rabdomiossarcoma, angiofibroma juvenil, neuroblastoma. O atraso no diagnóstico é comum devido às manifestações clínicas inespecíficas. Independentemente da etiologia, cefaleia é o sintoma mais comum. Alguns aspectos radiológicos são característicos, mas não patognomônicos, sendo a análise histopatológica necessária para confirmação diagnóstica. Serão discutidos e apresentados em forma de tabela as principais etiologias e características radiológicas. Displasia Fibrosa (DP) é uma das causas de ME em crianças, com etiologia e fisiopatologia desconhecidas, em que a medular óssea é substituída por fibrose. Apresenta-se como lesão em vidro-fosco na TC, além de hipossinal em T1 e sinal variável em T2 na RM.

**Considerações Finais:** ME são incomuns em crianças e podem ser causadas por condições neoplásicas e não neoplásicas, de menor ou maior gravidade. Estudo histopatológico – intra e pós-operatório – é crucial para o correto diagnóstico e definição do tratamento.

## P 457 MASTOIDITE AGUDA RECORRENTE EM CRIANÇA COM IMUNODEFICIÊNCIA - RELATO DE CASO

Joel Lavinsky, Jose Faibes Lubianca Neto, Luciana Pimentel Oppermann, Talita Lopes Silva, Rodrigo Andre Soccol, Guilherme Kasperbauer, Danilo Minuceli Vilvert

*Santa Casa de Misericórdia Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 8 meses, sem comorbidades ou intercorrências neonatais. Aleitamento materno exclusivo até seis meses, não frequentou creche. Desenvolveu otite média aguda bilateral evoluindo com abaulamento retroauricular esquerdo, febre e otorreia, apesar da antibioticoterapia. Realizou timpanotomia com tubo de ventilação bilateral, porém voltou a apresentar os mesmos sinais e sintomas em duas semanas. Tomografia de ouvidos e mastoides com preenchimento de orelhas médias, edema retroauricular de partes moles, coalescência das células mastoideas e erosão da cortical. Realizada antróstomia à esquerda. AP de inflamação crônica supurativa. Iniciada investigação de imunodeficiência e doença mucociliar devido aos dois episódios recentes de mastoidite aguda. Confirmada hipogamaglobulinemia (IgA<15; IgM=21; IgG<21). Quatro meses após, nova otite média aguda à esquerda. Os tubos de ventilação estavam *in situ* e pérvios. Um mês após alta, nova OMA bilateral seguida de mastoidite aguda à direita. Após tratamento com resolução do quadro, iniciado seguimento com imunologista e reposição de Imunoglobulina Humana mensal. Sem novos episódios desde então.

**Discussão:** O *screening* de distúrbios imunológicos no contexto de otite média aguda de repetição com curso inesperado ou complicada com mastoidite deve ser realizado. As deficiências humorais predisõem a infecções causadas por bactérias encapsuladas como o *Streptococcus pneumoniae*, importante micro-organismo envolvido na gênese da doença. As imunodeficiências primárias com deficiência de IgA e IgG compreendem mais de 200 diferentes entidades nosológicas. Sendo assim, nosso paciente foi encaminhado para investigação, diagnóstico diferencial e seguimento com imunologista. Devemos ficar atentos a pacientes com clínica semelhante para identificação de imunodeficiências.

**Considerações Finais:** Diante de um quadro de otite média aguda complicada com mastoidite recorrente em curto período de tempo, é imprescindível investigar imunodeficiências, reduzindo, a partir do diagnóstico e do tratamento, a incidência e a gravidade das infecções, bem como a morbimortalidade.

## P 458 MEMBRANA LARÍNGEA CONGÊNITA: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

Mayara Celentano Laporta, Ligia Tedde de Moraes, Thamyris Rosati Servilha, José Henrique Frizzo Burlamaqui

*Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Criança, sexo feminino, 2 anos de idade, natural e procedente de São Paulo, trazida pela mãe por disфонia desde o nascimento. Mãe referia que desde o nascimento a paciente apresenta choro rouco, sem insuficiência respiratória ou estridor associados. Negava quadros de insuficiência respiratória associada à amamentação ou à alimentação; negava engasgos ou disfagia. Apresentava ganho ponderal e desenvolvimento neuropsicomotor adequados. Não tinha comorbidades; nascida a termo, de parto normal, sem complicações no parto. Nunca foi submetida à intubação orotraqueal. Exame físico: bom estado geral, sem sinais de desconforto respiratório, saturando 98% em ar ambiente, sem alterações na ausculta pulmonar. Durante a nasofibrolaringoscopia, foi evidenciada membrana laríngea fina anterior, obstruindo 80% da luz glótica, sem outras alterações na estrutura laríngea.

**Discussão:** Membranas laríngeas são finas formações translúcidas decorrentes de falha na recanalização do lúmen laríngeo durante a embriogênese. Representam 5% das malformações laríngeas, acompanhada de sintomas como estridor laríngeo, dispneia e choro fraco, que variam sua gravidade conforme a extensão da membrana. Predominam no sexo masculino e manifestam-se geralmente nos primeiros meses de vida. No caso apresentado temos uma paciente do sexo feminino, 2 anos, sem antecedentes de intubação orotraqueal prévia, com quadro de disфонia desde o nascimento, sem outras queixas. Nota-se que esse caso é uma apresentação incomum de membrana laríngea, de modo que mesmo obstruindo 80% da fenda glótica, a membrana não causou repercussões respiratórias significativas ou no desenvolvimento da criança, o que seria esperado para esse caso segundo a literatura.

**Considerações Finais:** A membrana laríngea congênita é uma afecção incomum, que representa 5% das malformações laríngeas. Geralmente, é diagnosticada nos primeiros meses de vida e pode apresentar repercussões respiratórias graves. No entanto, no caso relatado a criança apresentava uma membrana laríngea obstruindo 80% da fenda glótica, que não trouxe repercussões respiratórias significativas, tampouco em seu desenvolvimento e ganho ponderal.

## P 459 MEMBRANA LARÍNGEA NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE DIGEORGE: RELATO DE CASO

Daniel Buffon Zatt, Martin Batista Coutinho da Silva, Maria Fernanda Piccoli Cardoso de Mello, Janaina Jacques, Mariana Manzoni Seerig, Leticia Chueiri, Ana Amélia Soares Torres

*Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.H.M.C., 2 dias, sexo feminino, apresentou desde o nascimento dificuldade respiratória, gemência e choro fraco. Mãe negava intercorrências no período pré-natal ou durante o parto. Ao exame físico, apresentava discreto estridor laríngeo e desconforto respiratório leve. Apresentava ainda clinodactilia e micrognatia. A videolaringoscopia mostrou a presença de lesão de aspecto translúcente tipo membrana, obliterando 2/3 anteriores (50-75%) da prega vocal, não sendo possível a progressão do aparelho. Realizada então microlaringoscopia de suspensão para palpação da lesão, que apresentava componente cartilaginoso e subglótico, caracterizando membrana laríngeo tipo III de acordo com a classificação de Cohen. Partindo-se do quadro sindrômico, indicou-se a investigação genética que detectou deleção do cromossomo 22q11.2 pelo método de FISH, confirmando o diagnóstico de síndrome de DiGeorge. Realizou também investigação cardiovascular por ecocardiograma que visualizou comunicação interatrial com leve repercussão hemodinâmica. Evoluiu com piora do desconforto respiratório, sendo submetida à traqueostomia em regime de urgência, logo no primeiro mês de vida. Atualmente, segue em acompanhamento ambulatorial, com satisfatório ganho ponderal e adequado desenvolvimento e aguarda o momento ideal para realização do tratamento definitivo por cirurgia aberta.

**Discussão:** Membranas laríngeas congênitas são condições raras e têm como fisiopatologia a falha na recanalização das vias aéreas glóticas no período embrionário. Noventa e cinco por cento são classificadas como anteriores. Até 60-65% dos casos estão associados com outras anomalias congênitas, existindo forte relação com a síndrome Velocardiofacial ou de DiGeorge. O tratamento varia de acordo com a localização e extensão da membrana laríngeo. Pode ser realizada a divisão endolaríngeo com bisturi ou laser de CO<sub>2</sub> em alguns casos ou a cirurgia aberta em outros. Alguns pacientes necessitam traqueostomia até tratamento definitivo.

**Considerações Finais:** O diagnóstico de membrana laríngeo congênita, na presença de outras malformações, deve guiar o raciocínio nosológico em busca da exclusão ou confirmação da síndrome de DiGeorge.

## P 460 MIÍASE PERI-TRAQUEOSTOMIA EM CRIANÇA - RELATO DE CASO

Marina Matuella, Leonardo Palma Kuhl, Denise Rotta Ruttkay Pereira, Bruna Machado Kobe, Emanuele Caroline Miola, Camila Martins Brock, Luise Sgarabotto Pezzin

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Feminino, 5 anos, com diagnóstico de faringolaringomalácia e glossoptose grau I, realizou traqueostomia e gastrostomia no primeiro ano de vida. Trazida à emergência pela mãe por apresentar, há 24 horas, febre alta, tosse e edema ao redor de ferida de traqueostomia. Apresentava celulite peri-traqueostomia com duplicação de volume e ruptura da pele em menos de 12 horas, com visualização de múltiplas niíases. Mantendo-se sempre estável do ponto de vista ventilatório, foi levada ao bloco cirúrgico para avaliação de via aérea – que não fora invadida pelas larvas –, remoção de larvas, troca de cânula e curativo com uso de pó de calomelano. Recuperação imediata em unidade de terapia intensiva, realizando troca diária de curativos e recebendo antibioticoterapia endovenosa e antiparasitário. Apresentou boa evolução clínica, com adequada cicatrização da ferida operatória. Recebeu alta hospitalar sete dias após o procedimento e mantém acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** Miíase é uma doença comum em países tropicais em desenvolvimento, porém a apresentação em ferida de traqueostomia é rara, havendo pouca literatura sobre o assunto. É transmitida por larvas dípteras de várias espécies de moscas, sendo que as principais na América do Sul são a *Dermatobia hominis* e a *Cochliomyia hominivorax*. A miíase de traqueostomia pode ser considerada uma variedade da miíase cutânea ou de cavidade. O tratamento consiste em remoção das larvas, debridamento do sítio acometido, uso de antiparasitário sistêmico e higienização do local, além de, como neste caso, preservação da via aérea.

**Considerações Finais:** A miíase, geralmente, é uma afecção de bom prognóstico, porém deve-se atentar para os casos, como o relatado, que podem, potencialmente, comprometer a via aérea do paciente, já que a morbidade está relacionada ao sítio da miíase. Deve-se orientar os pacientes sobre as medidas preventivas que são higienização adequada, curativo apropriado para as feridas e controle ambiental de moscas.

## P 461 OTITE MÉDIA AGUDA EM CRIANÇAS: COMPARAÇÃO ENTRE DIRETRIZES INTERNACIONAIS E SÍNTESE PROPOSITIVA

Matheus Westarb de Godoi

*Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil*

**Objetivos:** Revisar diretrizes clínicas sobre Otite Média Aguda em crianças, compreensivas, atuais, de instituições de saúde consolidadas e facilmente acessíveis. Promover adequação das práticas clínicas no âmbito brasileiro baseada em evidências.

**Método:** Realizou-se busca *online* utilizando palavras-chave “otite média aguda”, “crianças”, “diagnóstico” e “tratamento”. Os trabalhos foram selecionados por atualidade, referências baseadas em evidência e publicação por instituições de saúde consolidadas. Dos trabalhos obtidos, foram eleitas duas diretrizes para realizar revisão qualitativa, como critério suas divergências no diagnóstico e manejo. Os trabalhos foram discutidos com base nas outras diretrizes estudadas e evidências selecionadas em fontes indexadas no PubMed e Scielo.

**Resultados:** Cinco diretrizes e uma atualização entre 2011 e 2017 foram selecionadas. Duas dessas, publicadas pela *American Academy of Pediatrics*, em 2013, e pelo *National Institute for Health and Care Excellence*, em 2015, foram eleitas para aprofundar a revisão qualitativa.

**Discussão:** A fonte americana recomenda critérios mais objetivos para diagnóstico, baseados em otoscopia. A fonte britânica preconiza antibioticoterapia com mais ressalvas e em doses regulares de amoxicilina e por menos dias. Há considerável semelhança entre as diretrizes acerca dos critérios diagnósticos e manejo.

**Conclusão:** Considera-se abaulamento moderado ou grave de membrana timpânica como melhor preditor diagnóstico. A abordagem inicial é geralmente sintomática e observacional. Amoxicilina em doses regulares demonstrou-se eficaz em casos selecionados. O tempo de antibiótico varia conforme idade e gravidade do quadro, entre 5 e 10 dias. Uma síntese das recomendações foi proposta com base nas referências.

## P 462 OTITE MÉDIA COM EFUSÃO ASSOCIADA A DIAGNÓSTICO TARDIO DE FISSURA PALATINA SUBMUCOSA: RELATO DE CASO

Laís da Silveira Botacin, Guilherme Mendes Pimenta, Stela Oliveira Rodrigues, Camilla Gabriela de Oliveira, Raíssa Camelo Valletta, Marina Ferraz Gontijo Soares, Hugo Valter Lisboa Ramos

*Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Os diversos tipos de fissuras labiopalatinas estão entre as mais comuns malformações congênicas faciais, sendo a fissura palatina submucosa uma das diagnosticadas mais tardiamente. Esta malformação acaba por diminuir a qualidade de vida de seus portadores, dificultando o desenvolvimento da fala e levando a episódios recorrentes de otite média com efusão, muitas vezes associada à perda auditiva. Este relato tem como objetivo apresentar o caso de paciente de 9 anos, acompanhada em serviço de Otorrinolaringologia, com história de otite média com efusão, sem melhora com tratamento clínico e intervenção cirúrgica prévia: timpanotomia com colocação de tubo de ventilação. À oroscopia, foi verificada presença de úvula bifida, palato mole com mobilidade diminuída e palpação sugestiva de fissura palatina submucosa. Otoscopia apresentando opacidade da membrana timpânica bilateralmente.

**Discussão:** O diagnóstico é, em geral, mais tardio em relação aos outros tipos de fissura devido à falta de procedimento de *screening* bem definido e variabilidade tanto anatômicas quanto de apresentações clínicas entre os portadores. A média de idade na época do diagnóstico varia entre 3 e 5 anos, sendo que uma pequena porcentagem das crianças chega assintomática, e a grande maioria apresenta alterações auditivas e da fala. Mais de 30% desses pacientes já teriam passado por procedimentos cirúrgicos otorrinolaringológicos sem que o diagnóstico de fissura palatina submucosa fosse feito.

**Considerações Finais:** A anamnese e exame físicos bem realizados, além do desenvolvimento de protocolos de investigação, são de grande importância para realização do diagnóstico o mais precocemente possível, possibilitando intervenções em idade adequada e diminuindo suas complicações.

## P 463 PARALISIA DE PREGA VOCAL UNILATERAL ESQUERDA EM LACTENTE

Rafaela Peloso Bacelar, Nicole Zomer Machado, Taise de Freitas Marcelino, Laura Martins Giraldi, Melissa Ern Benedet, Vinícius de Oliveira Nitz

*Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, sexo feminino, 45 dias de vida, com história clínica de estridor desde o nascimento, fadiga aos esforços, dificuldades no sono e ganho ponderal, alimentando-se de fórmulas e sem outras queixas. Na história pregressa, gestação e parto cesariana sem intercorrências, a termo com 39 semanas, sem necessidades de internação em UTI. Após avaliação otorrinolaringológica, foi indicada nasofibrolaringoscopia que evidenciou uma imobilidade da prega vocal esquerda e ausência de alterações na anatomia laríngea.

**Discussão:** Paralisia de pregas vocais (PPV) representa 1% a 2% das internações em Pediatria e possui diversas etiologias. Em 11 a 37% dos casos, a PPV é idiopática e as principais causas são: congênita, iatrogênica, idiopática, neurológica e viral. A PPV unilateral em neonatos tem como principal desencadeador o trauma, incluindo cirurgias cervicais, intubação traqueal, sonda nasogástrica, seguido de processos inflamatórios, neoplásicos e pós-cirúrgicos. Em recém-nascidos a paralisia unilateral é menos frequente e normalmente está associada a lesão periférica do nervo laríngeo inferior ou recorrente após parto distócico. A PPV unilateral caracteriza-se principalmente por disфонia, dispneia, choro fraco e presença de alterações da deglutição que podem causar síndromes aspirativas. O estridor geralmente prevalece aos esforços. O diagnóstico é determinado pela laringoscopia. Em estudo realizado em Belo Horizonte, a PPV unilateral teve como maior prevalência o acometimento do lado esquerdo (67%). Já em estudo sobre estridor na infância, os pacientes que apresentaram estridor associado à PPV foram poucos (6,5%), diferentemente da literatura, que considera a PPV como segunda causa mais frequente de estridor no neonato. A conduta inicial é a fonoterapia, e na maioria não é necessário intervenção cirúrgica.

**Considerações Finais:** O caso clínico diverge da literatura, visto que o paciente apresenta uma PPV unilateral, entretanto, não há evidências das principais etiologias na história pregressa. A causa congênita possui paralisia principalmente bilateral, contudo, essa etiologia não pode ser descartada.

## P 464 RABDOMIOSSARCOMA NA INFÂNCIA

Fernando Jairo Araújo de Souza, Márcio Fernando Cardoso, Juliana Gomes Paulino, Aline Togeiro Ferreira, Leonardo Petrone Castro, Brunna Paulino Maldini Penna, Bárbara de Melo Torres Alves

*Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Criança masculina, 5 anos de idade, foi encaminhada ao otorrinolaringologista para avaliar tumor no palato mole. A criança não apresentava queixas e não foi possível determinar o tempo de evolução. Foi indicada a remoção completa do tumor. O exame anatomopatológico foi sugestivo de rabdomiossarcoma embrionário. O serviço de oncologia avaliou a criança e sugeriu alargamento cirúrgico das margens da lesão. Após este último procedimento, foi iniciado o tratamento quimioterápico.

**Discussão:** O rabdomiossarcoma é o sarcoma de partes moles mais encontrado em crianças. É um subtipo originário da musculatura esquelética estriada e derivado de células mesenquimais primitivas. O sítio primário mais comum nas crianças é na região da cabeça e pescoço. Suas manifestações variam conforme a localização, sendo as mais comuns: tumor cervical indolor, obstrução nasal, rinorreia e otites médias frequentes. Histologicamente, é subdividido em cinco tipos: embrionário (60%), botrioide, alveolar (20%), pleomórfico (15%) e de células fusiformes. O diagnóstico muitas vezes é feito tardiamente e poucas vezes incluído como diagnóstico diferencial. Em muitos casos, quando o tumor é identificado, já apresenta grande volume, que torna pior o prognóstico. A precisão do diagnóstico depende de uma história clínica completa, exame físico detalhado e exames complementares direcionados. O tratamento do rabdomiossarcoma depende do estadiamento e das condições clínicas do paciente e envolve a combinação de procedimentos cirúrgicos, quimioterapia e radioterapia.

**Considerações Finais:** A quimioterapia é obrigatória em todos os casos e, se persistir tumor após a biópsia/cirurgia, a radioterapia é mandatória. Se houver invasão da base do crânio, a radioterapia é indicada precocemente para evitar a disseminação do tumor. O prognóstico do paciente dependerá de parâmetros, como: tamanho do tumor, sítio primário, subtipo histológico, estágio tumoral, idade do paciente, extensão da doença e sua ressecabilidade.

## P 465 RARE COMPLICATION OF ADENOTONSILLECTOMY - PSEUDOANEURYSM OF THE CAROTID ARTERY

Caue Duarte, Jose Antonio Pinto, Larissa Souza Barreto, Davi Knoll Ribeiro, Beatriz Silveira Zalla

*Nucleo de Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Case Presentation:** A 5-years-old patient underwent adenotonsillectomy and inferior turbinate cauterization. After 13 days, the patient had a episode of oral bleeding, which stopped spontaneously. Posteriorly he presented another episode of oral bleeding and was cauterized and posterior packing. On the 30th postoperative, the patient presented new bleeding in a large quantity, derived from the right tonsil fossa. Angiography were performed and showed pseudoaneurysm of the maxillary artery, which was embolized. On the 5th day after discharge, he presented great oral bleeding from the right tonsil fossa, evolved to hypovolemic shock and death.

**Discussion:** Hemorrhage is the most common complication in the postoperative of tonsillectomies, presenting an incidence of 3-3.9%. Intraoperative hemorrhage is associated with the operative technique and coagulopathy, but late bleeding, most common on days 5 to 7, is associated with separation of the blood clot from the tonsillar fossa. The facial artery has a variable path near the submandibular gland, approaching the tonsillar region, posterolaterally. In this area, the facial and the lingual artery are more vulnerable to traumatic lesions. As therapeutic options for late bleeding, there are three forms: local maneuvers, surgical ligation and endovascular treatment. Angiography is critical in assessing tonsillary blood supply and detecting possible aberrant vessel strokes.

**Final considerations:** Among the causes of late bleeding, pseudoaneurysm rupture can significantly compromise the patient's clinical condition and be fatal. Repeated bleeding episodes should be considered as warning signs of severe bleeding.

**P 466 RELATO DE CASO RARO DE ESPOROTRICOSE EM NARIZ**

Martina Iavarone, Otávio Augusto Iavarone, Afonso do Carmo Javaroni, Luiz Fernando Criscuolo Filho

*Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente E.I.C., 5 anos, sexo feminino, acompanhada em Hospital Oncológico de referência devido Leucemia Linfocítica Aguda tipo B. Foi submetida a transplante de medula óssea heterólogo e após 33 dias do mesmo, já em imunossupressão, apresentou-se com queixa de arroxamento de ponta e véstíbulo nasal, além de secura de narinas. Ao exame, apresentava necrose de ponta nasal e estenose de véstíbulo nasal, mais pronunciado à esquerda. Foi, então, submetida à biópsia de véstíbulo nasal e *swab* para cultura e bacterioscopia de conteúdo de véstíbulo nasal. Após análise com diversos patologistas do serviço, verificou-se tratar-se de esporotricose com manifestação nasal exclusiva.

**Discussão:** A esporotricose é uma infecção crônica ou subcrônica causada pelo fungo dimórfico *Sporothrix schenckii*. Apresenta-se na forma filamentosa na temperatura ambiente (25°C) e em forma leveduriforme na temperatura corporal (37°C). É mais comum em climas tropicais e subtropicais, sendo, portanto, mais prevalente nas Américas Central e do Sul e na África. Clinicamente, se manifesta em mucosa ou através de forma cutânea (localizada, cutâneo-linfática, disseminada ou sistêmica). A forma cutâneo-linfática é a mais comum em humanos. Pode se apresentar como nódulos sólidos ou lesões cutâneas disseminadas. O diagnóstico se faz por meio da identificação do fungo em material de biópsia ou secreção, geralmente escassos e em formato de charuto ou leveduras gemulantes globosas. O prognóstico geralmente é benigno.

**Considerações Finais:** O interesse na descrição deste caso é devido à apresentação em localização incomum (exclusivamente em nariz) em paciente imunossuprimido e também devido à gravidade do caso, com necrose de ponta nasal e estenose de véstíbulo nasal. É, portanto, de fundamental importância o conhecimento desta afecção pelo otorrinolaringologista, que muitas vezes lida com pacientes imunossuprimidos.

## P 467 RELATO DE CASO: LINFANGIOMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CISTO LARÍNGEO

Stela Oliveira Rodrigues, Marina Ferraz Gontijo Soares, Raissa Camelo Valletta, Camilla Gabriela de Oliveira, Laís da Silveira Botacin, Guilherme Mendes Pimenta, Melissa Ameloti Gomes Avelino

*Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Lactente iniciou dificuldade respiratória com estridor. Em primeira assistência, foi percebida lesão supraglótica de aparência cística. Assumido como cisto laríngeo, o paciente foi submetido à punção de alívio, com redução no volume de lesão e consequente melhora clínica. Ressecção cirúrgica eletiva programada da lesão permitiu retirada da lesão sem margens livres, porém sem intercorrências. O exame anatomopatológico revelou linfangioma. Após a cirurgia, o paciente não apresentou novo crescimento de lesão, permanecendo em um seguimento clínico-radiológico.

**Discussão:** As lesões císticas congênitas da laringe são entidades que ocorrem na prática de otorrinolaringologistas. Como diagnóstico diferencial de massas císticas do pescoço, algumas lesões devem ser levadas em consideração, tais como: cisto dermoide, cisto tireoglossos, tecido tireoidiano lingual, linfangioma e hemangioma. As abordagens cirúrgicas das lesões divergem e, portanto, é necessária uma programação pré-operatória adequada. Existem várias opções terapêuticas para o linfangioma e, com a excisão cirúrgica, o exame anatomopatológico confirma o diagnóstico. A possibilidade de deixar a lesão residual na abordagem cirúrgica existe e podem haver recorrências. Assim, a importância de descartar o diagnóstico diferencial de cistos na região laríngea para ser possível uma boa programação terapêutica deve ser enfatizada.

**Considerações Finais:** Com o relato do caso, é evidente a necessidade de considerar diagnósticos diferenciais, por mais raro (como o linfangioma laríngeo), nos casos de lesões da laringe congênitas, para que seja possível uma melhor decisão terapêutica.

## P 468 RELATO DE CASO: VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO (FESS) NO PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE SÍNDROME DE TAY-SACHS.

Natalia Mello do Vale, Nilce Sanny Costa da Silva Behres, Bernardo Relvas Lucas, Larissa Odilia Costa Binoti, Juliana Cagliari Linhares Barreto, Camilo Pessi Brumatte, Thiago Chalfun de Matos Fonseca

*Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente C.H.A.F., masculino, 2 anos, portador de doença de Tay-Sachs, com queixa de pneumonia de repetição e engasgos na oferta da alimentos via oral que vinha em acompanhamento fonoaudiológico. Foi solicitado parecer à Clínica de Otorrinolaringologia pela Clínica de Pediatria para avaliação do quadro. Após consulta, foi realizada a Videoendoscopia da Deglutição (FEES) em conjunto com a Fonoaudiologia. Foram encontradas as seguintes alterações: sinais de penetração laríngea e aspiração laringotraqueal seguidas de tosse na oferta de líquido por mamadeira; penetração na fase epiglótica na oferta de alimento com consistência pastosa sem sinal de aspiração laringotraqueal. Após discussão do caso clínico e baseado nos achados da FESS foi sugerido que o paciente passe a se alimentar por via alternativa de longa duração (GTT), mantendo acompanhamento fonoaudiológico ambulatorial regular.

**Discussão:** Tay-Sachs é uma doença neurodegenerativa, presente principalmente em crianças, decorrente de uma atividade deficiente da enzima lisossomal hexossaminidase A, que acarreta um acúmulo intracelular de substratos e um progressivo déficit neurológico. No HNMD a FESS é usualmente realizada em adultos, mas também pode ser realizada em crianças para investigar distúrbio da deglutição nos pacientes com síndromes neurológicas. É um exame objetivo que permite a visualização endoscópica dinâmica (antes, durante e depois) da deglutição na fase faríngea com alimentos corados nas consistências: líquida, líquida espessada, pastoso e sólido. É seguro para ser realizado em qualquer faixa etária e único para o estudo da amamentação de bebês.

**Considerações Finais:** É um exame de fácil execução nas crianças que necessitem de investigação dos distúrbios da deglutição. Único que avalia o aleitamento materno, sem ocorrer exposição radiológica. Possui baixo custo, podendo ser repetido quantas vezes forem necessárias para acompanhar a evolução do paciente.

## P 470 SÍNDROME DA Sonda NASOENTÉRICA - RELATO DE CASO

Bruna Machado Kobe, Leonardo Palma Kuhl, Denise Rotta Ruttkay Pereira, Marina Matuella, Emanuele Caroline Miola, Luise Sgarabotto Pezzin, Juliana Mazzaferro Krebs

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 1 ano de idade internada por bronquiolite com necessidade de ventilação mecânica e uso de sonda nasoentérica (SNE) por aproximadamente 20 dias. Foi avaliada pela equipe de Otorrinolaringologia por falhas de extubação, com presença de estridor. À laringoscopia direta, apresentava imobilidade de ambas pregas vocais em abdução e edema importante de mucosa, com a impressão de SNE na entrada esofágica. Após a retirada da SNE e manejo da paciente com traqueostomia, a paciente evoluiu com recuperação completa da mobilidade de pregas vocais e decanulação.

**Discussão:** Síndrome da sonda nasoentérica é uma complicação rara e potencialmente fatal que ocorre em adultos e crianças. É caracterizada por obstrução aguda de via aérea superior com paralisia de pregas vocais e inflamação da região pós-cricoide, causada pelo uso da sonda nasoentérica. Em crianças, a síndrome pode ser diagnosticada mesmo na ausência de paralisia, apenas com sintomas como estridor, devido à hiperreatividade e edema de mucosa. Tal complicação pode levar o paciente à traqueostomia antes mesmo que se pense em outras soluções para retirada da SNE, devido ao desconhecimento desta afecção.

**Considerações Finais:** Atualmente, discute-se que a raridade da síndrome pode também estar relacionada com a falta de conhecimento de grande parte dos médicos com relação a esta complicação. Portanto, atentamos os colegas para a importância desta hipótese diagnóstica em casos de obstrução de via aérea alta, para que não subestimem os riscos do uso prolongado de sonda nasoentérica.

## P 471 TIMO ECTÓPICO EM LACTENTE: RELATO DE CASO

Juliana Mazzaferro Krebs, Juliana Soares Vieira Araújo, Juan José Pineda Garcia, Jéssica Lima Coelho, Camila Martins Brock, Emanuele Caroline Miola, Gerson Schulz Maahs

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 5 meses, com massa cervical à esquerda de consistência amolecida, com crescimento progressivo desde o nascimento. Em investigação com ultrassonografia cervical, foi levantada a hipótese diagnóstica de timo ectópico, fortalecida também pelos achados à ressonância magnética. Após confirmação da presença de tecido tímico tópico, foi realizada exérese cirúrgica do tecido ectópico. A hipótese diagnóstica foi confirmada por exame anatomopatológico da peça cirúrgica. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória e segue em acompanhamento otorrinolaringológico.

**Discussão:** O tecido tímico ectópico é uma condição rara, que entra no diagnóstico diferencial das massas cervicais, principalmente na população pediátrica. Embriologicamente, origina-se de tecido remanescente dos ductos timofaríngicos, por sequestro de tecido tímico na descida ou falha na involução. O tecido tímico ectópico pode ser encontrado em qualquer localização no trajeto dos ductos timofaríngicos, do ângulo da mandíbula ao mediastino superior, sendo mais comumente encontrado anteriormente ao terço médio do músculo esternocleidomastoideo. Apresenta-se geralmente como massa cervical assintomática, podendo raramente causar sintomas de compressão de traqueia e esôfago como dispneia, estridor ou disfagia. O principal diagnóstico diferencial é o cisto branquial, cujo trato de origem é adjacente ao trato timofaríngeo, podendo-se incluir também cisto tireoglossal, cisto dermoide, hemangioma, linfangioma e linfadenopatia. O diagnóstico definitivo é realizado pelo exame anatomopatológico e a hipótese levantada por estudo de ultrassom cervical, tomografia computadorizada e ressonância magnética. É de extrema importância investigação do mediastino para avaliação de presença do timo tópico para evitar o desenvolvimento de imunodeficiências futuras.

**Considerações Finais:** O timo ectópico é uma condição rara que deve ser cuidadosamente diferenciada com causas mais frequentes de massas cervicais na infância, como, por exemplo, o cisto branquial. A confirmação da presença do timo tópico autoriza a ressecção cirúrgica da massa ectópica.

## P 472 TONSILITE NECROTIZANTE UNILATERAL EM ADOLESCENTE

Vanessa Schmitz Reis, Gisiane Munaro, Hamilton Leal Moreira Ferro, Tharine Reis de Oliveira, Octavia Carvalhal Castagno, Felipe Raasch de Bortoli, Renato Roithmann

*Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de tonsilite necrotizante unilateral e discutir o seu diagnóstico diferencial. Trata-se de um paciente feminina, previamente hígida, de 16 anos, residente em Canoas-RS. Consultou com queixa de dor de garganta e febre alta com quatro dias de início. A oroscopia demonstrou extensa área ulcerada na topografia da tonsila palatina esquerda em seu polo superior. O hemograma demonstrou leucocitose com desvio à esquerda. Pesquisa de AIDS e sífilis foi negativa. Estava no terceiro dia de tratamento com amoxicilina e ácido clavulânico, prescrito em Hospital de Pronto-Socorro onde foi prestado atendimento primário. Optou-se por manter esquema antibiótico e associar corticoide ao tratamento. No nono dia de antibioticoterapia e sexto de corticoide, a paciente melhorou significativamente. Foi orientado manter o antibiótico em sua residência por mais 10 dias e suspender o corticoide.

**Discussão:** A angina de Plaut-Vincent é causada pela associação de duas bacterias: *Fusobacterium plautvincenti* e *Spirochaeta dentium* e está associada à má higiene oral. A lesão característica é uma área necrótica em topografia de uma das tonsilas palatinas de início insidioso associado a odor fétido na boca, febre baixa e dor de garganta. Em muitos casos de lesões ulceradas e necrotizantes outras afecções precisam ser descartadas como por exemplo: Lúpus eritematoso sistêmico, sífilis, carcinoma espinocelular, leucemia aguda e outras imunodeficiências.

**Considerações Finais:** Diante destas lesões, sugere-se a realização dos seguintes exames: hemograma completo, fator reumatoide, sorologias de doenças sexualmente transmissíveis e tomografia computadorizada com contraste.

## P 473 TRAQUEÍTE BACTERIANA: COMPLICAÇÃO DE CRUPE EM LACTENTE

Laura Martins Giraldi, Melissa Ern Benedet, Vinícius de Oliveira Nitz, Rafaela Peloso Bacelar, Nicole Zomer Machado, Taise de Freitas Marcelino

*Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Criança de 1 ano e 6 meses de idade, sexo masculino, apresenta-se com quadro gripal há 2 dias associado a febre, respiração ruidosa e tosse estridulosa. Ao exame, hiperemia e edema de laringe sem supuração. Após internação, evoluiu com insuficiência respiratória aguda necessitando de intubação, observando-se importante edema de glote. Foi encaminhamento ao Centro de Terapia Intensiva Neonatal (CTIN) com suspeita de traqueíte bacteriana associada a um quadro clínico grave de choque séptico, insuficiência renal aguda, plaquetopenia e anemia necessitando de transfusão. Houve episódios de espasmos em membro superior direito e convulsão tônico-clônica mesmo após a sedação. A RNM de crânio evidenciou encefalopatia hipóxico-isquêmica. Após 10 dias de internação em CTIN, foi retirada a sedação e ventilação mecânica. Ao despertar, a criança apresentou olhar fixo, hipotonia, nistagmo e desvio conjugado do olhar à direita. Não estava contactuante e apresentava hipertensão de difícil controle. Foi observado declínio do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). Passou por avaliação otorrinolaringológica e na nasofibroscopia, além de edema e saliva, e não foram encontradas alterações anatômicas de laringe. Paciente orientado a realizar fonoterapia para melhora da sensibilidade laríngea. Atualmente, realiza fono e fisioterapia, voltando a recuperar movimentos e fala, mas ainda com importante atraso DNPM.

**Discussão:** Laringotraqueobronquite é principal causa de obstrução de vias aéreas superiores em crianças, representando 90% dos casos de estridor. Acomete crianças de 1 a 6 anos de idade, com pico de incidência aos 18 meses, predominantemente no gênero masculino. Embora comum na Pediatria, suas complicações são raras, mas potencialmente letais. A taxa de mortalidade da traqueíte bacteriana – possível complicação da crupe viral – varia entre 18% e 40% dos pacientes.

**Considerações Finais:** A evolução de crupe viral para traqueíte bacteriana embora imprevisível e pouco compreendida quanto à evolução, deve ser considerada em crianças com doença infecciosa aguda de via aérea superior associada à angústia respiratória.

## P 474 TRATAMENTO COM PROPRANOLOL DE MÚLTIPLOS HEMANGIOMAS EM LACTENTE: RELATO DE CASO

Larissa Bianchini, Marina Paese Pasqualini, Mateus Picada Corrêa, Bibiana Callegaro Fortes

*Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, com 10 meses e 15 dias de idade, apresentando hemangiomas difusos. As lesões estavam localizadas em região de columela nasal, membro superior direito, quarto pododáctilo esquerdo e em região cervical. Além disso, familiares referiram dificuldade no aleitamento materno devido à obstrução nasal da lactente durante a sucção mamária. Paciente foi avaliada por um otorrinolaringologista e submetida à nasofibrolaringoscopia, a qual não evidenciou extensão do hemangioma para cavidade nasal. Iniciou-se o tratamento com propranolol 10 g/ml, na dose de 1 mg/kg, durante 6 meses devido déficit de ganho ponderal. Observou-se melhora significativa e redução das lesões.

**Discussão:** O hemangioma é o tumor de tecidos moles mais comum da infância, ocorrendo em 3-10% dos indivíduos, sendo o propranolol considerado o tratamento de escolha. Os hemangiomas costumam ser diagnosticados nas primeiras 4-6 semanas de vida, apresentando crescimento máximo durante os primeiros cinco meses. A maioria dos hemangiomas infantis não necessita de nenhum tratamento, reservando-se esse para situações em que exista risco funcional, vital ou de ulceração dolorosa e deformidades faciais. Corticoides, vincristina e alfa-interferon constituíam o tratamento de escolha para os hemangiomas. Em 2008, sugeriu-se a utilização de betabloqueador não-seletivo, como o propranolol, para manejo desse tumor, devido a sua ação na promoção de apoptose endotelial. Esse medicamento é mais seguro e superior do que os corticoides. Há relatos da utilização de 1-3 mg/kg, com taxa de sucesso variando de 38-63%. O regime de 6 meses, como foi realizado na nossa paciente, é considerado mais eficaz do que o de 3 meses.

**Considerações Finais:** O propranolol mostra-se eficaz no tratamento de hemangiomas infantis. Ainda são necessários acompanhamentos a longo prazo para estabelecer se a medicação simplesmente acelera a involução do tumor ou realmente melhora o resultado final do mesmo.

## **P 476 DISTRAÇÃO ÓSSEA MANDIBULAR COMO OPÇÃO DE TRATAMENTO DA SAHOS EM PACIENTE COM SEQUÊNCIA DE ROBIN**

Natalie Cristina Oliveira Mendes, Sulene Pirana, Dov Charles Goldenberg, Luiz Gabriel Signorelli, Gabriela Marie Fukumoto, Gabriel Zorron Cavalcanti, Ana Carolina Tavares Abrahão

*Hospital Universitário São Francisco de Assis, Bragança Paulista, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Sexo feminino, 2 anos e 8 meses, apresentando Sequência de Robin (SPR) com retrognatia, glossoptose, dessaturação ao ar ambiente e dieta exclusiva por gastrostomia. Apresentava cariótipo 47,XX,der(22)t(11;22)(q24;q12)mat+22, estenose valvar pulmonar, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, hipoacusia condutiva, roncos, respiração oral e disfagia de grau severo com dieta exclusiva por sonda de gastrostomia. Realizada palatoplastia por fissura palatina pós-foraminal completa. À polissonografia, apresentou SAHOS grave com IDR de 18,1/h, sendo 14,2 apneia/hora e 3,2 hipopneia/hora. Submetida à cirurgia para alongamento ósseo gradual da mandíbula bilateral aos 3 anos e 4 meses, com colocação de distrator ósseo ativado por 30 dias, além de cirurgia microotológica para tubo de ventilação bilateral. Após este intervalo, foi obtido evidente avanço mandibular, melhora do padrão respiratório. No 6º mês de pós-operatório apresentava melhora no padrão respiratório e da qualidade do sono, e evolução da dieta para via oral. Polissonografia de controle em 1 ano mostrou IDR de 1,3/hora, sendo 0,0 apneia/hora e 1,3 hipopneia/hora, sem dessaturação da oxihemoglobina, índice de despertares normal.

**Discussão:** O avanço maxilomandibular tem sido a cirurgia mais efetiva para o controle em pacientes com SPR. Induz a neoformação tecidual entre dois segmentos ósseos, por meio de uma força lenta e progressiva de tração. O alongamento da mandíbula permite aumentar suas dimensões, proporcionando simultaneamente alongamento gradual dos tecidos, musculatura, vasos, nervos, pele, deixando a base da língua em posição mais anterior e aumentando as dimensões da via aérea retrofaringea, com taxa de sucesso de 82%.

**Considerações Finais:** Tratamento da SAHOS nos lactentes Sequência de ROBIN é crucial para reduzir as complicações do crescimento e da função neurocomportamental. A intervenção precoce melhora potencialmente as dificuldades de alimentação, os distúrbios neurológicos e de crescimento.

## P 477 EXPERIÊNCIA DA LAOMS NAS AÇÕES SOCIAIS REALIZADAS EM CAMPO GRANDE - MS

Alexandre de Souza Cury, Carlos Henrique Simões Matheus, Fernanda Nicoli Broch, Gabriela Queiroz Rozendo, Rafael de Oliveira, Marina Franco Panovich, Marcelo Augusto Domingues Gonçalves

*Universidade Anhanguera Uniderp, Campo Grande, MS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A promoção de saúde prevê atividades dirigidas à transformação comportamental dos indivíduos para aproximá-los ao ideal de saúde preconizado. Visando esse objetivo, a Liga de Otorrinolaringologia do Mato Grosso do Sul (LAOMS) realizou três ações sociais em seu segundo ano de atuação. Como primeira ação, para alertar sobre os cuidados com a voz, os acadêmicos da LAOMS promoveram a segunda edição da ação social “Dia da Voz”. Ademais, a LAOMS participou do “Ação Global”, promovido por uma emissora de televisão. Os acadêmicos realizaram cerca de 200 consultas supervisionadas na tenda de Otorrinolaringologia. O principal diagnóstico foi perda auditiva decorrente de tampão de cera, motivando a realização da terceira ação - “Mutirão de Lavagem”- realizada no ambulatório do CEMED-UNIDERP.

**Discussão:** As ações objetivaram a conscientização dos principais agravos otorrinolaringológicos e o acesso ao atendimento especializado. O “Dia da Voz” permitiu o reconhecimento precoce de problemas fonológicos, triando os casos suspeitos e encaminhando ao ambulatório do CEMED-UNIDERP para acompanhamento. A participação no “Ação Global” evidenciou uma população carente de informações e vítima da lentidão no atendimento do sistema de saúde. A queixa mais frequente foi a diminuição da acuidade auditiva. Os acadêmicos identificaram, por otoscopia, que a maioria dos casos se tratava de rolha de cera ocluindo o conduto auditivo. Os pacientes obtiveram melhora clínica pela remoção da cera e os ligantes puderam aperfeiçoar esta técnica.

**Considerações Finais:** A conscientização em saúde é essencial para a atenção básica. O acesso às informações é a maneira eficaz para prevenir agravos, permitindo um papel protagonista dos indivíduos na modificação de suas condições de saúde. Além dos benefícios à população, as ações sociais de ligas acadêmicas proporcionam vivências práticas de intercorrências otorrinolaringológicas.

## P 478 RELATO DE CASO: ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

Sabrina Trindade Fernandes, Luciana Mendes Oliveira, Rafael Soares Leonel de Nazaré, Marcela Weber de Jesus, Gustavo Lucas Loureiro, Adão Henrique Gomes, Walter Sedlacek Machado

*Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.M.S., masculino, 56 anos, sequela de AVC, compareceu ao serviço de urgência de ORL do Hospital Municipal Souza Aguiar em julho de 2017 relatando engasgo há 5 dias com prótese dentária (Roach). Após passar por diversos hospitais, compareceu ao HMSA sem sintomas respiratórios, e referia apenas leve desconforto torácico; radiografia de tórax evidenciando corpo estranho em localização duvidosa. Solicitada tomografia computadorizada de tórax, confirmado corpo estranho de aspecto metálico com diversas extremidades pontiagudas em topografia de carina e brônquio fonte direito. Avaliado em conjunto com a cirurgia torácica, optou-se pela remoção em centro cirúrgico por broncoscopia rígida. O procedimento foi realizado com a introdução de tubo broncoscópico 7,5 mm de diâmetro interno acoplado a sistema de ventilação mecânica, visualização do objeto na altura da carina e remoção por pinçamento. Houve sangramento de via aérea durante a remoção por laceração de trajeto, com necessidade de intubação orotraqueal para proteção de via aérea e tamponamento de orofaringe. Permaneceu em observação, sedado e intubado, e após menos de 24 horas foi extubado, sem mais intercorrências. Tomografia computadorizada de tórax de controle não evidenciou pneumotórax nem enfisema subcutâneo.

**Discussão:** A manifestação clássica da aspiração de corpo estranho é a tosse paroxística. Dependendo da idade, tipo do corpo estranho e localização, pode haver obstrução parcial ou total à passagem de ar. Após o quadro inicial, segue-se um período oligo ou assintomático, que varia de horas a dias ou mesmo semanas, até o reaparecimento dos sintomas. Os broncoscópios rígidos permitem o acesso direto às vias aéreas, administração contínua de oxigênio e agente anestésico e possibilitam a passagem de pinças para a extração do corpo estranho.

**Considerações Finais:** A broncoscopia deve ser realizada por profissionais devidamente treinados, equipe multidisciplinar, com arsenal de equipamentos apropriados para cada tipo de paciente e para os mais diversos tipos de corpos estranhos.

## P 479 RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA E ERRO MÉDICO SOB A ÓTICA DO DIREITO

Gabriele Leão Straliozzo Nichele, Luiz Bráulio Farias Benítez, Patrícia Elias Vieira, Claudia Regina Althoff Figueiredo

*Universidade do Vale do Itajaí (Univali), Balneário Camboriu, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** O objetivo principal deste trabalho é discutir a problemática da responsabilidade civil médica sob a ótica do operador do direito. O aumento do número de processos médicos e a crescente medicina defensiva hoje fazem com que a relação médico-paciente seja prejudicada, sendo hoje crescente o número de contratações por parte dos médicos de seguros contra eventuais processos. Foram analisadas diversas publicações em revistas de Direito com pareceres e discussões de advogados e juízes a respeito da problemática dos processos na saúde e suas implicações éticas e legais. Apresentamos também neste trabalho as discussões a respeito do tema no grupo de estudos sobre Medicina e Direito da referida universidade. Sob a ótica do Direito alguns pontos devem ser observados como, por exemplo, o entendimento de uma parte dos juízes de que a relação entre o médico e o paciente deve ser baseada do Código de Defesa do Consumidor. Outros magistrados, contudo, enxergam a relação da prestação de serviços médicos como sendo especial, à parte de uma simples contratação de mão de obra médica, visto que gera um estreitamento de relação interpessoal e é baseada da confiança ao profissional. Entre os anos de 2000 e 2016, o número de processos médicos cresceu 1.600% (mil e seiscentos por cento) junto ao STJ. O estado do Rio de Janeiro é o campeão de processos.

**Discussão:** Muitos pontos ainda devem ser revistos e discutidos, principalmente na esfera cível, pois ainda não chegou-se a um consenso entre os juristas a respeito do assunto. O assunto erro médico tem sido cada vez mais recorrente no meio médico, com o crescente número de processos e indenizações.

**Considerações Finais:** O presente trabalho não esgota o tema, porém pretende discutir e ajudar a classe médica no entendimento, sob o ponto de vista jurídico, dos principais assuntos relacionados à responsabilidade civil médica.

## **P 480 SÍNDROME NEUROPSIQUIÁTRICA ASSOCIADA À INFECÇÃO ESTREPTOCÓCICA (PANDAS) NA INFÂNCIA: UM RELATO DE CASO**

Camila Oliveira Rego, Michelle Oliveira Santos, Marcella Campello Novaes, Lara Damasceno Almeida Moura, Davi Sandes Sobral

*Hospital Santo Antônio, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 8 anos, natural e procedente de Salvador, meningite aos 3 anos. Apresentando amigdalites de repetição, procurou atendimento médico queixando de abaulamento em orofaringe e movimentos oculares rápidos e involuntários. Recebeu alta após realização de exames. Evoluiu após 15 dias com febre e placas esbranquiçadas em orofaringe. Tratado com amoxicilina durante 7 dias (45 mg/kg/dia). Evoluiu com piora do abaulamento em orofaringe, odinofagia e hiperemia acentuados de amígdalas, iniciando ceftriaxone e hospitalizado em fevereiro. Na admissão: hiperemia de orofaringe e tonsilas palatinas, abaulamento periamigdaliano à direita, medindo cerca de 4 cm, e exsudato purulento discreto, e lesão pediculada nesta tonsila. Paroxismos oculares rápidos e recorrentes. Instituída clindamicina (900 mg/dia), com substituição por amicacina por farmacodermia. Evoluiu com piora neurológica, apresentando espasmos faciais, e movimentos repetidos estereotipados de flexão do pescoço e comportamento agressivo. TC de crânio e EEG sem alterações. TC de pescoço: pequena lesão grosseiramente triangular, pediculada, sem realce ao meio de contraste, em parede posterior de orofaringe, na topografia de C2, projetando-se para a luz. A lesão de 1,0 x 0,7 cm. Amigdalectomia em fevereiro, sem intercorrências. A lesão pediculada tinha um aspecto cônico com invaginação do ápice, endurecida e pouco sangrante. O paciente apresentou melhora da infecção, recebendo alta hospitalar com amoxicilina com clavulanato, ácido valproico.

**Discussão:** Nos últimos anos, um crescente número de evidências aponta para um papel do sistema imunológico e infecções no desenvolvimento de transtornos mentais. A presença de autoanticorpos dirigidos contra componentes do SNC indica autoimunidade. Várias opções de tratamento foram propostas: cirurgia, terapia medicamentosa, tratamento cognitivo-comportamental. A infecção estreptocócica em pacientes com PANDAS incentivou o uso de antibióticos.

**Considerações Finais:** Ainda não é claro se a amigdalectomia pode ser considerada como terapia preventiva para sintomas de PANDAS ou terapia de segunda linha para os pacientes que não responderam a antibióticos ou a um tratamento com imunoglobulinas.

## P 481 ABORDAGEM ENDOSCÓPICA NASOSSINUSAL DE ABSCESSO ORBITÁRIO DECORRENTE DE FRATURA BLOWOUT DE ÓRBITA

Gabriel Caetani, Edio Junior Cavallaro Magalhães, Walter Sedlasek Machado, Jorge Montenegro, Águida Maria Menezes Aguiar Miranda, Marcelle Cotrim Rocha, Julia Gaspar de Oliveira Santos

*Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)/Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 21 anos chega à emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar após trauma contuso de face com fratura de órbita do tipo *blowout* à esquerda e consequente queda do assoalho da órbita em direção ao seio maxilar. Inicialmente, optou-se por conduta conservadora e observação, uma vez que o paciente não apresentava queixa de baixa visual. Após alguns dias, o paciente evoluiu com proptose e dor em região de órbita esquerda, observando-se pela TC de seios paranasais coleção e gás no interior da órbita (retrobulbar), além de velamento do seio maxilar por obstrução do óstio natural de tal seio pelo conteúdo orbitário. Durante a internação, ainda com a acuidade visual mantida, iniciou-se antibioticoterapia - com melhora parcial do quadro - e paciente evoluiu com a formação de uma fistula cutânea infraorbitária com saída de secreção purulenta. Devido à evolução insatisfatória do caso, solicita-se avaliação otorrinolaringológica e o paciente é submetido à cirurgia endoscópica nasossinusal, a fim de realizar descompressão orbitária medial, drenagem do abscesso retrobulbar e megantrostomia maxilar para manter a drenagem do seio. Após uma semana, o paciente evoluiu com melhora do quadro álgico e retração significativa da proptose, além de ter apresentado progressiva redução da saída de secreção purulenta nasal e pela fistula cutânea infraorbitária. O paciente recebeu alta após uma semana, com antibioticoterapia oral (Clindamicina + Clavulin®) e com a acuidade visual preservada.

**Discussão:** O caso é relevante à prática otorrinolaringológica, pois expõe uma complicação grave e infrequente da fratura de órbita. A conduta nesses casos, por vezes, é clínico-cirúrgica, devendo sempre se atentar para manutenção ou não da perviedade do óstio maxilar.

**Considerações Finais:** A resolução do caso somente foi possível com a atuação em conjunto dos serviços de Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Bucomaxilofacial, alinhando condutas e objetivando a melhora efetiva do paciente.

## P 482 ABORDAGEM POR VIA ENDOCÓPICA E EXTERNA DE MUCOCELE FRONTOETMOIDAL

Ana Carolina Fernandes de Oliveira, Alexandre Augusto Fernandes, Ivan Machado de Almeida Junior, Abraão Allen Honorato Sobrinho, Luiz Maia de Freitas Junior, Juliana Fernandes de Oliveira, Diego Fernandes Lopes

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminino, adulta, deu entrada no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Onofre Lopes com queixa de cefaleia intensa em região frontal direita, dor periorbitária intermitente associada à assimetria facial há 6 meses. Negava disosmia, obstrução nasal, epistaxe e rinorreia, bem como sintomas contralaterais. Ao exame físico, notava-se proptose ocular direita com infradesnivelamento de globo ocular sem prejuízo na acuidade visual. Pela nasofibrosopia observou-se abaulamento na parede superolateral de fossa nasal direita, não pulsátil com mucosa íntegra. A tomografia computadorizada mostrava lesão ocupando região frontoetmoidal direita de conteúdo heterogêneo, com calcificações, provocando remodelamento ósseo orbital, maxilar e septal. O tratamento realizado foi a exérese cirúrgica com técnica endoscópica combinada com abordagem externa (incisão de Lynch) à direita, através de incisão do sulco nasoocular até região inferior do terço medial da sobrancelha. A paciente evoluiu bem, recebendo alta no segundo dia pós-operatório. O anatomopatológico revelou mucocele. A paciente continua em acompanhamento ambulatorial no primeiro ano pós-operatório, com boa evolução e sem sinais de recidivas (clínica e tomográfica).

**Discussão:** A mucocele dos seios paranasais é uma lesão benigna que se forma a partir da obstrução dos óstios por inflamações, tumores, trauma ou manipulação cirúrgica. A drenagem de secreções e ventilação ficam prejudicadas, provocando remodelamento ósseo por acúmulo de secreções. A órbita será uma das principais estruturas afetadas pela afecção devido à proximidade anatômica aos seios. Pela ordem de acometimento tem-se o região fronto etmoidal (64%), seguido pelo seio maxilar (18,6%), seio esfenoidal (8,4%) e células etmoidais posteriores (6,4%). O tratamento é cirúrgico por exérese e marsupialização, conjunto ao acompanhamento de recidivas e lesões visuais.

**Considerações Finais:** Na rinologia, é importante identificar lesões nasais e tratá-las de forma correta, lembrando da mucocele como um diagnóstico diferencial benigno. A utilização de exames de imagem e a técnica operatória adequada aumentam a eficácia da propedêutica.

## P 483 ABSCESSO CEREBRAL: RELATO DE CASO DE COMPLICAÇÃO INTRACRANIANA DE RINOSSINUSITE FRONTAL

Daniel Buffon Zatt, Martin Batista Coutinho da Silva, Maria Fernanda Piccoli Cardoso de Mello, Janaina Jacques, Mariana Manzoni Seerig, Leticia Chueiri, Fabio Duro Zanini

*Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.R.R., 30 anos, sexo masculino, natural de Florianópolis (SC), paciente com cefaleia holocraniana, pulsátil, diária, 5 meses de evolução. Realizou tratamento com amoxicilina+clavulanato e levofloxacina sem sucesso. Procurou atendimento por associação de diplopia, borramento visual, náuseas, vômitos e agressividade. Nega comorbidades. Exame físico sem alterações. Sorologias negativas. A tomografia de seios da face e crânio evidenciou lesões ovoides e liquefeitas com cápsula espessa corticais frontais-inferiores com importante edema vasogênico, velamento do seio frontal adjacente, com aparente destruição das paredes posteriores. A ressonância magnética confirmou os abscessos cerebrais. Iniciou-se ceftriaxona + metronidazol + vancomicina, com melhora parcial do quadro sintomático. Realizada sinusectomia frontal, com drenagem de secreção purulenta oriunda do seio frontal esquerdo. No pós-operatório, apresentou novos episódios de cefaleia hemcraniana direita. A ressonância magnética de controle evidenciou quadro inalterado dos abscessos frontais. Neurocirurgia manteve conduta expectante por 6 semanas, após manutenção do quadro radiológico, indicou tratamento cirúrgico. Paciente foi submetido à craniotomia para drenagem de abscessos bifrontais. Cultura da secreção intracraniana evidenciou *Staphylococcus* MRSA, sendo realizada substituição da antibioticoterapia por teicoplanina e bactrim após 53 dias de uso do esquema anterior. Paciente evoluiu sem queixas.

**Discussão:** Complicações das rinossinusites agudas intracranianas são raras e com alta morbimortalidade. Como agente etiológico principal tem-se o *Staphylococcus aureus*, e como mecanismos fisiopatológicos tem-se a tromboflebite retrógrada e ou por extensão direta. Quadro clínico variável, quase sempre apresentando sintomas neurológicos. Para avaliação de rotina, está indicada a utilização de tomografia de seios da face e crânio. Na terapêutica preconiza-se a internação hospitalar, antibioticoterapia de amplo espectro e drenagem cirúrgica.

**Considerações Finais:** Apesar de raras, as complicações intracranianas das rinossinusites devem fazer parte do diagnóstico diferencial na abordagem de quadros arrastados e com sinais de alarme.

## P 484 ABSCESSO ORBITÁRIO COMO COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE AGUDA EM RECÉM-NASCIDO

Emanuelle Pereira Gomes Guimarães, Guilherme Guimarães Silveira, Anderson Patricio Melo, Daise Patricia Firmiano Nicacio, Ana Carolina Guimarães Lopes, Leandro Renato Gusmão Duarte, Paulo Henrique Pimenta de Carvalho

*Hospital Universitário Clemente de Faria, Montes Claros, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente D.M.L.M., doze dias de vida, evolui com sintomas de infecção de via aérea superior. Após três dias, apresentou edema periorbitário à esquerda, com progressão rápida para importante proptose ocular, hiperemia de tecidos adjacentes, quemose, prejuízo da motilidade ocular. Foi internado, prescritos oxacilina, amicacina, corticoide venoso e solicitadas tomografia de seios da face e órbitas. O exame de imagem mostrou preenchimento de células etmoidais à esquerda por conteúdo de densidade de partes moles, com coleção líquida orbital esquerda no espaço extraconal. Feito diagnóstico de abscesso orbitário, optou-se pela intervenção cirúrgica imediata. Devido ao tamanho reduzido de fossas nasais, realizada drenagem externa de abscesso através de incisão de Lynch, aspiração de grande quantidade de secreção purulenta e feita etmoidectomia. No seguimento imediato, houve melhora progressiva dos sintomas. O material colhido para cultura mostrou a presença de *Staphylococcus aureus*, sensível à oxacilina. Recebeu alta com 21 dias de internação e em 30 dias retornou com exames otorrinolaringológico e oftalmológico sem alterações.

**Discussão:** As complicações das rinossinusites, embora em menor incidência, ainda apresentam alta taxa de morbimortalidade. Podem ser orbitárias, intracranianas ou ósseas e costumam ocorrer após quadros agudos. As mais comuns são as orbitárias e fatores como imaturidade imunológica, óstios mais estreitos, ossos diploicos e maior vascularização das paredes sinusais facilitam a disseminação do processo infeccioso para regiões vizinhas. No abscesso orbitário extraconal, a coleção rompe o periósteo e estende-se para gordura orbitária, sem invasão do espaço interno aos músculos extraoculares. A tomografia é um excelente método de diagnóstico e acompanhamento das complicações orbitárias. Detectado o abscesso, a drenagem cirúrgica é mandatória, mantendo-se antibioticoterapia adequada e corticoide em doses altas.

**Considerações Finais:** Na suspeita de complicação de doenças nasossinusais, o diagnóstico precoce com abordagem clínica-cirúrgica por equipe multidisciplinar permite boa evolução sem sequelas na maioria dos casos.

## P 485 ABSCESSO ORBITÁRIO SUBPERIOSTEAL EM CRIANÇA COMO COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE

Juliana Teixeira de Souza, Yuri Rodrigues Rocha, Camila Gabriella da Silva Queiroz, Isnara Mara Freitas Pimentel, Débora Lilian Nascimento Lima, Andressa Rolim Freitas, Erika Ferreira Gomes

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminino, 4 anos, previamente hígida, apresentando história de dois dias de prurido e dor em olho esquerdo associados à edema, hiperemia, descarga amarelada ipsilateral e febre. Realizada tomografia computadorizada de seios paranasais que evidenciou material hipodenso obliterando seio maxilar esquerdo, borramento e densificação da gordura orbitária adjacente à lâmina papirácea, extraconal, estendendo-se para gordura periorbitária e pálpebra superior, com gás de permeio, sugerindo abscesso. Apresenta proptose, hiperemia, limitação da motilidade ocular e acuidade visual diminuída em olho afetado. Instituído tratamento com oxacilina e ceftriaxona, com melhora parcial e realizada sinusotomia maxilar com descompressão orbitária esquerda. Paciente apresenta boa evolução após intervenção cirúrgica e segue em acompanhamento.

**Discussão:** A rinossinusite é uma doença potencialmente grave e pode apresentar sérias complicações que estão relacionadas à proximidade anatômica entre os seios paranasais e estruturas da cabeça, pescoço e tórax. Crianças estão na faixa etária mais acometida por tais repercussões, pois há episódios recorrentes de infecções de vias aéreas superiores e presença de osso diploico com maior grau de vascularização na parede dos seios. A classificação das complicações orbitárias das rinossinusites é importante para a conduta terapêutica. De acordo com Mortimore et al., temos o caso descrito como um abscesso subperiosteal, capaz de rápida progressão e extensão intracraniana. O tratamento das rinossinusites complicadas envolve internação hospitalar, antibioticoterapia sistêmica e acompanhamento especializado, sendo a cirurgia necessária em pacientes sem melhora após tratamento clínico adequado.

**Considerações Finais:** Observa-se diminuição na quantidade de casos relacionados às complicações orbitárias decorrentes de rinossinusites com o surgimento da antibioticoterapia, apesar de ainda representarem situações importantes na otorrinolaringologia. Devido à elevada morbimortalidade, a abordagem clínica e/ou cirúrgica deve ser precoce nestes pacientes.

## P 486 ABSCESSO SEPTAL SECUNDÁRIO A CISTO PERIAPICAL. RELATO DE CASO

Isabela Carvalho de Queiroz, Lucas Augusto D'Amorim Silva, Larissa Rodrigues Nepomuceno, Arnóbio Santos Pereira Filho, Víctor Hugo Barreiros de Almeida, Carolina Cincurá Barreto, Marcus Miranda Lessa

*Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 12 anos, previamente hígido, com quadro de dor dentária há 8 dias da admissão, evoluindo com dor e edema em região nasal, associados a febre e vômitos por 2 dias e obstrução nasal bilateral. Apresentava fratura de um terço da coroa dentária da unidade 2.1, havendo história de trauma no local há um ano; negava história de trauma nasal. Foi instituída antibioticoterapia endovenosa, realizada tomografia de seios paranasais, e o paciente foi submetido à drenagem do abscesso, com saída de moderada quantidade de exsudato purulento, sendo observada reabsorção de grande parte da cartilagem septal. Colocado dreno de Penrose e *splint* nasal (removidos no 2º dia pós-operatório), e tampão nasal anterior bilateral (retirado no 1º dia pós-operatório). No 5º dia pós-operatório, foi realizada remoção de cisto periapical abscedado pela equipe de Odontologia. Houve evolução clínica favorável, e o paciente apresentou como complicação “nariz em sela”.

**Discussão:** O abscesso do septo nasal é afecção relativamente rara e tem sido objeto de pouca atenção na literatura médica. É definida como uma coleção purulenta entre septo nasal cartilaginoso ou ósseo e o pericôndrio ou o periósteo correspondente, sendo na maioria das vezes (75%) associada à história de trauma nasal, que leva à formação de hematoma e, subsequentemente, à formação do abscesso. Causas menos comuns incluem cirurgia endonasal, condições infecciosas nasossinusais e de suas partes moles, abscessos odontogênicos, infecções em geral ou idiopática. O tratamento deve ser drenagem precoce e antibioticoterapia adequada para evitar a clássica deformidade nasal “nariz em sela” e outras complicações.

**Considerações Finais:** Abscesso do septo nasal não é entidade comum, e sua real prevalência não é bem estabelecida na literatura mundial. Seu correto manuseio consiste no reconhecimento precoce, pronta drenagem cirúrgica e terapia antimicrobiana apropriada, o que pode minimizar complicações, como deformidade nasal e complicações sépticas.

## P 487 ABSCESSO SEPTAL: RELATO DE CASO

Adriano Sérgio Freire Meira, Alvaro Vitorino de Pontes Junior, Yuri Ferreira Maia, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho, Lorena Pinto de Souza Pontes, Adilson de Albuquerque Viana Junior

*SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.S.N., 11 anos, solteira, estudante, admitida no pronto-atendimento otorrinolaringológico com história de dor e obstrução nasal importante há 4 dias, associado a episódios de febre. Referiu ainda episódio de epistaxe há algumas horas do atendimento, tendo sido este o motivo do comparecimento. Afirmava sintomas de congestão nasal e rinorreia há 1 semana prévia ao quadro apresentado. Negava qualquer histórico de manipulação, traumatismo ou cirurgia nasal prévia. À rinoscopia anterior, foi observado abaulamento hiperemiado ocupando as fossas nasais bilateralmente, associado à secreção hialina do lado esquerdo e sangue do lado direito. Foi realizada palpação, constatando-se que se tratava do septo nasal. Não havia alterações no dorso nasal. Foram interrogadas as hipóteses de hematoma/abscesso septal, mesmo sem história típica relatada. Foi realizada, então, drenagem da coleção, que se mostrou purulenta e fétida, confirmando a hipótese de abscesso septal. Foi iniciada antibioticoterapia, bem como aposição de dreno seguido de tamponamento nasal. A paciente evoluiu bem e sem complicações.

**Discussão:** O abscesso do septo nasal, que consiste em um acúmulo de secreção purulenta entre o septo nasal cartilaginoso ou ósseo e o pericôndrio ou periósteo, é uma afecção geralmente associada a episódios de hematoma septal secundário a trauma nasal ou cirurgia nasal. Há poucos relatos na literatura sobre casos secundários a IVAS/rinossinusite, que foi a provável infecção primária do caso descrito. Outra possibilidade aventada foi de ter surgido após hematoma septal espontâneo.

**Considerações Finais:** O abscesso septal é uma afecção de baixa prevalência, considerada emergência médica. O diagnóstico precoce e o tratamento imediato são essenciais para a prevenção de complicações, que algumas vezes são potencialmente graves. Portanto, mesmo sem história prévia compatível de trauma ou cirurgia nasal, deve-se atentar para esta possibilidade diagnóstica.

## P 488 ABSCESSO SUBDURAL E DE SEPTO NASAL SECUNDÁRIOS À RINOSSINUSITE AGUDA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Ravena Barreto da Silva Cavalcante, Katianne Wanderley Rocha, André Serra Mota, Iara de Vasconcelos Gonçalves Ferreira, Janine Silva Carvalho, Mirella Kalyne Cavalcante Magalhães, Sâmella Cavalcanti Monteiro

*Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Adolescente, 12 anos, procurou o pronto-socorro de Pediatria, devido à edema facial e diminuição da força muscular em dimídio esquerdo. Estava em tratamento para sinusite com cefalosporina de 2ª geração há 3 dias. Foi realizada TC de crânio, que evidenciou empiema subdural, drenado pela neurocirurgia. Fez uso de ceftriaxona, oxacilina, metronidazol, imipenem, vancomicina, fenitoína e fenobarbital. Apresentou três episódios de crise convulsiva durante o internamento, sendo realizada nova TC de crânio, diagnosticado abscesso subdural contralateral e realizada a segunda neurocirurgia para drenagem do abscesso. Após 29 dias de internamento, a Pediatria solicitou avaliação da Otorrinolaringologia, devido a abaulamento em área 3 de Cottle do septo nasal e celulite periorbitária bilateral. Realizou-se drenagem do abscesso do septo nasal e do seio maxilar, com resolução completa do quadro.

**Discussão:** As complicações de rinossinusites agudas são classificadas em orbitárias (60-75%), intracranianas (15-20%) e ósseas (5-10%), sendo também apontadas algumas complicações raras como abscesso ou perfuração do septo nasal, abscesso da glândula lacrimal, acidente vascular cerebral e sepse. Segundo dados apresentados no EPOS 2012, estas complicações surgem numa incidência de 3 por 1.000.000 pessoas/ano. Os sinais e sintomas alertam para potencial existência de complicações das rinossinusites agudas, que necessitam de avaliação e tratamento imediato pela Otorrinolaringologia e, eventualmente, pela Oftalmologia e Neurocirurgia.

**Considerações Finais:** Em geral, a doença sinusal é a causa subjacente de cerca de 10% de supurações intracranianas, enquanto está relacionada a 90% dos casos de celulite orbital e a 10% de celulite periorbitária. As complicações das rinossinusites agudas representam eventos clínicos raros, mas potencialmente graves. Para o tratamento bem sucedido dessas complicações, é geralmente necessário associar ao tratamento específico de cada complicação a drenagem endoscópica dos seios paranasais acometidos, para remoção do foco infeccioso.

## P 489 ACESSOS CIRÚRGICOS COMBINADOS PARA TRATAMENTO DE FRATURAS EM ASSOALHO ORBITAL E LÂMINA PAPIRÁCEA - RELATO DE CASO

Rosalvo Streit Junior, Verônica Cristine Rodrigues Costa, Juliana da Luz Araújo, Elisa Vasconcelos de Queiroz, Diderot Rodrigues Parreira, Rodrigo Tamietti Durães, Felipe Carneiro Krier

*Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** V.D.B., masculino, 28 anos, vítima de traumatismo facial após prática esportiva, em 24/09/2016, apresentava enoftalmia do olho direito e hematoma com desvio de pirâmide nasal. Após tomografia de face com reconstrução 3D, evidenciou-se fratura de base de osso nasal à direita com desvio medial de assoalho de órbita no teto de seio maxilar direito, com herniação de gordura e de parede medial orbitária em lâmina papirácea do osso etmoide. Foi indicada reconstrução orbitária com acessos transconjuntival e transcaruncular em hemiface direita para fixação de placa de titânio com dois parafusos em assoalho da órbita direita e de folha de MEDPORE em lâmina papirácea, respectivamente. Procedimento ocorreu sem intercorrências e paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório.

**Discussão:** A região orbitária é bastante suscetível a traumas. As principais causas de fratura de órbita, nos EUA, são agressões físicas (24,9%), acidentes de trânsito (21,7%), lesões em atividades cotidianas (15,3%) e esportes (15,3%). A maioria dos pacientes são homens (78,3%) e com idade média de 43 anos. Nesses casos, é preciso intervenção cirúrgica eficaz para preservar função visual e harmonia facial do paciente. Os acessos transconjuntival e transcaruncular são excelentes abordagens para reparo orbitário porque proporcionam melhor visualização cirúrgica para adequado posicionamento dos materiais, ausência de cicatrizes cutâneas e poucas complicações. Sobre os materiais biocompatíveis utilizados, a placa de titânio é inabsorvível e permite fixação interna rígida, sendo moldada às curvaturas naturais dos ossos, com baixo risco de infecção. O MEDPORE é um polímero inerte e não absorvente que facilita o crescimento de tecido e reduz as chances de rejeição.

**Considerações Finais:** Ao considerar diferentes etiologias que ocasionam fraturas de órbita, observa-se a importância da escolha do acesso cirúrgico e dos materiais adequados. Dessa forma, as abordagens transconjuntival e transcaruncular são descritas na literatura como formas seguras, rápidas, funcionais e esteticamente benéficas, que apresentam resultados comprovadamente favoráveis.

## **P 490 ACUTE INVASIVE FUNGAL RHINOSINUSITIS IN A PATIENT WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA - A CASE REPORT**

Cintia Vanette, Gustavo Mercuri, Tamires Ferreira Siqueira, Lucas Spina, Dândara Bernardo Siqueira, José Vicente Tagliarini, Renata Mizusaki Iyomasa

*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP, Brasil*

**Case Presentation:** B.F.C., twenty-year-old, female, diagnosed with acute lymphoblastic leukemia at the age of fifteen, presented bilateral epistaxis, right jaw pain and fever for two days. Nasolaryngoscopy was inconclusive. CT scan revealed just an opacification in ethmoid sinus. Amphotericin B was prescribed and the patient underwent functional endoscopic sinus surgery (FESS). There was turbinate necrosis; uncinectomy, bulllectomy and turbinectomy were performed. Fungal culture resulted in *Aspergillus* spp. A second FESS was necessary, since the patient presented necrosis progression in nasal cavity and to nasal wing skin. Despite the treatment, the patient died seventeen days after the first surgery.

**Discussion:** Acute invasive fungal rhinosinusitis is seen particularly in immunocompromised patients and is a source of significant morbidity and mortality. Common causes of immunosuppression include haematologic malignancies, solid organ transplants, chemotherapy-induced neutropaenia. Therefore, it is important to be aware of this condition in this kind of patients.

**Final Considerations:** This case shows the aggressiveness of acute invasive fungal rhinosinusitis. So patients must be examined carefully, to make possible early diagnosis and adequate treatment.

## P 491 ADENOMA PLEOMÓRFICO

Paulo Tinoco, Marina Bandoli de Oliveira Tinoco, Lucas Sieburger Zarro, Amanda Monteiro Pina Queiroz, Fagner De Souza, Diogo Araujo Silveira, Gabriel Pereira Machry

*Universidade Iguazu - Campus V, Itaperuna, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** I.S.T., 7 anos, sexo feminino, natural de Campos - RJ. Há um ano apresenta quadro de obstrução nasal unilateral em fossa nasal direita, associado a quadros intermitentes de epistaxe com resolução espontânea. Submetida a diversos tipos de tratamento tópico e cauterizações nasais sem melhora do quadro. Realizada TC com contraste que demonstrou formação expansiva ovalada em narina direita, proveniente do septo nasal, medindo aproximadamente 1,5x1,4cm. Encaminhada ao HSJA para avaliação otorrinolaringológica. Rinoscopia: massa em narina direita e desvio septal contralateral. Paciente encaminhada ao centro cirúrgico para exérese da lesão via endonasal por videoendoscopia. Evoluindo em bom estado geral, sem qualquer intercorrência pós-cirúrgica. Submetida a revisões semanais pós-operatórias endoscópica sem alterações.

**Discussão:** Existem diversos tipos de afecções que afetam as cavidades nasossinusais. Os tumores benignos nasais são relativamente pouco habituais, entre eles o adenoma pleomórfico, principalmente na faixa etária pediátrica, apesar de ser o tumor benigno glandular mais comum da cabeça e pescoço. A apresentação clínica típica dos pacientes é de obstrução nasal unilateral, mas podendo ocorrer epistaxe, rinorreia purulenta e cacosmia. São mais comumente encontrados na região septal, e a faixa etária mais comum é entre as 4ª e 7ª décadas, sem predileção sexual.

**Considerações Finais:** O adenoma pleomórfico nasal é um tumor raro, principalmente na faixa etária pediátrica. A raridade desta afecção com esta localização e o sucesso do tratamento cirúrgico nos motivou a elaborar este relato de caso. Portanto, deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais de tumores nasais associados à obstrução nasal e epistaxe.

## P 492 ALTERAÇÕES TOMOGRÁFICAS DE SEIOS PARANASAIS EM PACIENTES COM FISSURA LABIOPALATINA

Rhaissa Heinen Peixoto, Emilio Gabriel Ferro Schneider, Fernanda Dias Toshiaki Koga, Guilherme Trindade Batistão, Gustavo Pimenta de Figueiredo Dias Regeane Ribeiro Costa, Danilo Augusto Nery dos Passos Martins, Marco Antônio Ferraz de Barros Baptista

*Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - Universidade São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a presença de célula de Onodi e pneumatização do processo pterigoide em pacientes com fissuras labiopalatinas em tomografias computadorizadas tipo *cone beam*.

**Método:** Foram analisadas 78 tomografias, sendo 58 delas realizadas em pacientes com fissura transforame unilateral, 9 com fissura pré-forame unilateral e 11 com fissura pós-forame. Os resultados foram comparados com estudos prévios de pacientes sem alteração craniofacial.

**Resultados:** Do total de exames realizados, 10 (12,8%) apresentavam célula de Onodi e 18 (23%), pneumatização do processo pterigoide. Nos pacientes com fissura transforame, 5 (8,6%) tinham a presença de célula de Onodi e 14 (24,1%), pneumatização do processo pterigoide. Nos pré-forames, 1 (11,1%) apresentava célula de Onodi e 1 (11,1%), pneumatização do processo pterigoide. E nos pacientes pós-forames, 4 (36,7%) apresentavam célula de Onodi e 3 (27,3%), pneumatização do processo pterigoide.

**Discussão:** Fissura labiopalatina ocupa um importante lugar entre as anomalias congênitas, com prevalência de 1/800-1000. A região dos seios paranasais é complexa, sendo que anomalias craniofaciais ou variações anatômicas podem causar dificuldades durante cirurgias endoscópicas funcionais dos seios paranasais. A presença de célula de Onodi na população em geral varia de 8-14%. Comparando-se com os dados obtidos, observamos semelhança de prevalência com relação aos pacientes com fissura pré-forame e transforame, porém a prevalência em pacientes com fissura pós-forame é mais do que o dobro em relação à população em geral. Já a presença de pneumatização do processo pterigoide pode variar de 15% a 43,6% na literatura, sendo os achados de pacientes com fissura transforame e pós-forame condizentes com esses dados, porém pacientes com fissura pré-forame apresentaram prevalência menor em relação aos dados apresentados.

**Conclusão:** Pacientes com fissura labiopalatina apresentam semelhanças e discrepâncias em relação aos dados obtidos na população em geral. Por isso, os mesmos devem ser avaliados com mais cautela quando submetidos a cirurgias endoscópicas dos seios paranasais.

## P 493 AMAUROSE COMO COMPLICAÇÃO DE SEPTOPLASTIA: RELATO DE UM CASO

Letícia Castruchi Kamei, Roseana Netto Pereira, Luisa Raña de Aragão, Jessyca Porto Santana, Edmir Américo Lourenço, Fabricio Egidio Pandini, Viviane Cristina Martori Pandini

*Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 33 anos, com queixa de obstrução nasal à esquerda, sem resposta ao tratamento clínico. Negava comorbidades. Ao exame, apresentava conchas inferiores hipertróficas e crista septal posterior obstruindo moderadamente a fossa nasal à esquerda. Foi submetida à septoplastia, sob anestesia geral. Realizada infiltração de mucosa septal bilateral com a solução de ropivacaína e adrenalina a 1:100.000. Removido o desvio osteocartilaginoso sem intercorrências. No primeiro pós-operatório queixava-se de visão embaçada em olho direito, sendo encaminhada ao oftalmologista. No retorno, a paciente relatou amaurose em olho direito. Trazia avaliação do oftalmologista com diagnóstico de oclusão de artéria central da retina de olho direito. Foi orientada a pesquisar trombofilia. No momento aguarda demais exames.

**Discussão:** A amaurose é uma complicação rara em cirurgias que envolvem o septo nasal. São descritas como possíveis causas de perda visual após cirurgias intranasais ou injeções a lesão do nervo óptico devido ao aumento da pressão intraorbitária por ruptura de vasos através de trauma direto ou indireto, ou dano à vascularização ocular por lesão vascular, espasmo, embolia ou trombose. Acredita-se que o anestésico local com o vasoconstritor reflui pelas artérias etmoidais e atingem a artéria oftálmica, gerando um vasoespasmo e causando danos ao nervo óptico. Acredita-se que a colocação de vasoconstritor tópico na mucosa nasal antes da anestesia local e a administração lenta com aspiração antes ajudam a prevenir a injeção intravascular inadvertida. Dentre os artigos encontrados em nossa pesquisa, não houve relato de amaurose pós-septoplastia como sendo consequência de alteração hematológica.

**Considerações Finais:** No caso relatado a paciente não possuía qualquer história pregressa ou doença que demonstrasse risco de alteração hematológica. Desta forma, a ocorrência de refluxo do anestésico local pelas artérias etmoidais, com consequente vasoespasmo da artéria central da retina, permanece como nossa principal hipótese para a ocorrência da amaurose.

## P 494 AMELOBLASTOMA MAXILAR: USO DE BIOMODELO EM 3D E ABORDAGEM CIRÚRGICA MULTIDISCIPLINAR

Fabricio Scapini, Élisson Krug Oliveira, Marcele Oliveira dos Santos, Jader Franci Carvalho Oliveira, Tiago Dornelles Fröhlich, Thomaz Pisacco Foster, Frederico da Cunha Abbott

*Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Santa Maria, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 22 anos, tabagista, previamente hígido, procurou o Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Santa Maria com queixa de dor em região maxilar esquerda associada à hiposmia, obstrução nasal e perda da sustentação dos molares superiores ipsilaterais. Ao exame, apresentava aumento de volume do processo alveolar da maxila esquerda. O paciente havia sido atendido inicialmente pelo Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial para exodontia do primeiro molar superior esquerdo, momento no qual foi também realizada biópsia, que foi compatível com ameloblastoma multicístico do tipo folicular. A tomografia computadorizada de seios da face revelou lesão expansiva unilocular sólido-cística centrada na maxila esquerda, com erosão do processo alveolar da maxila até o processo pterigoideo esquerdo. Foi impresso um biomodelo em 3D para o planejamento cirúrgico, sendo então proposta abordagem cirúrgica combinada com ressecção endoscópica endonasal nos limites superior, com preservação do assoalho da órbita e posterior (fossa pterigopalatina), seguida por ressecção sublabial das porções anterior e inferior da lesão, em bloco. Foi possível o fechamento primário do palato duro e mole, com reintrodução da via oral já no segundo dia de pós-operatório. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, mantendo acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** O ameloblastoma é um tumor originado do epitélio odontogênico, benigno, de crescimento lento, entretanto, de comportamento localmente agressivo. Apresenta maior incidência na região posterior da mandíbula e na terceira ou quarta décadas de vida. A abordagem terapêutica envolve desde curetagem até ressecção radical da lesão. Devido ao alto índice de recidiva, torna-se fundamental o acompanhamento pós-operatório.

**Considerações Finais:** A abordagem multidisciplinar envolvendo as equipes de Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia Bucomaxilofacial, e o planejamento cirúrgico com auxílio de biomodelo em 3D possibilitou ressecção cirúrgica completa da lesão com reconstrução no mesmo tempo cirúrgico, sem necessidade de acessos externos, e resultando em menor morbidade.

**P 495 AMELOBLASTOMA NASAL: RELATO DE CASO**

Sara Anieli da Costa Braz Fonseca, Alda Linhares de Freitas Borges, Ana Paula Valeriano Rêgo, Valéria Barcelos Daher, André Valadares Siqueira, Claudiney Cândido Costa, Hugo Valter Lisboa Ramos

*Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo (CRER), Goiânia, GO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.S.O., 50 anos, sexo feminino, negra, encaminhada ao serviço de Otorrinolaringologia com tumor em fossa nasal direita de crescimento rapidamente progressivo há 3 meses, obstrução nasal, epistaxe e dor em face tipo peso. À rinoscopia anterior, observou-se tumor de aspecto vegetante, hiperemiado e friável, com secreção purulenta à direita e desvio de septo nasal impactado em parede lateral nasal esquerda. A nasofibrosopia prévia comprovava os achados da rinoscopia. A TC de seios da face, realizada três meses antes da consulta, evidenciava obliteração de todos os seios da face à direita, solução de continuidade óssea na lâmina papirácea e na parede posterior do seio frontal à direita. Ressonância magnética solicitada evidenciava volumosa lesão expansiva com componente infiltrativo, comprometimento da lâmina cribiforme e impregnação paquimeningea. A biópsia da lesão apresentou potencial biológico incerto, sugestivo de ameloblastoma sinonasal. Optou-se pela exérese do tumor via rinotomia lateral direita. A paciente apresentou importante sangramento intraoperatório, sendo necessária ligadura da artéria maxilar interna direita. Foi encaminhada para observação rigorosa de sangramentos em UTI por 24 horas, evoluindo sem complicações pós-operatórias.

**Discussão:** O ameloblastoma é um tumor benigno, de potencial maligno de baixo grau, mas localmente agressivo, com marcada tendência de recorrência. Surge do epitélio odontogênico e representa aproximadamente 1% dos tumores orais, sendo que, destes, 20% podem ser encontrados na maxila. Apresenta predomínio na terceira década, raça negra e no sexo feminino. Este tumor costuma apresentar crescimento lento e persistente, frequentemente associado a um dente não erupcionado. Não apresenta características radiológicas patognomônicas, apenas histológicas. A excisão cirúrgica com margens adequadas é o tratamento de escolha em todos os casos.

**Considerações Finais:** Os ameloblastomas sinonasais primários são tumores raros. O prognóstico é baseado na extensão da lesão e nas estruturas adjacentes envolvidas. A recorrência geralmente se apresenta após 15 anos ou mais e o paciente deve ser acompanhado periodicamente.

## P 496 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE RINOSSINUSITE CRÔNICA COM E SEM POLIPOSE EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM UM CENTRO HOSPITALAR - UM ESTUDO PILOTO

Júlia Rodrigues Marcondes Dutra, Eveline Tasca Rodrigues, Edna Patricia Charry Ramirez, Thaís Dias da Fonseca, Fhrancis Boechat de Marcos

*Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de rinossinusite crônica (RSC) com polipose e sem polipose dentre os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico entre janeiro de 2013 e julho de 2017 no Hospital Universitário Antônio Pedro.

**Método:** Este estudo descritivo observacional incluiu pacientes cujas cirurgias, classificadas segundo o código SUS de “sinusectomia”, foram realizadas no Hospital Universitário Antônio Pedro, entre janeiro de 2013 e julho de 2017. Para análise estatística, os dados foram distribuídos em tabela do programa Microsoft Excel 2010.

**Resultados:** Foram incluídos 55 pacientes, com média de idade de 51 anos e 54,54% (n = 30) de homens. Em 38 (86,6%) dos laudos há descrição de polipose e, destes, 94% tinham pólipos inflamatórios com predominância de eosinófilos. Mucosa nasal sem atipias esteve presente em 8 (14,5%) laudos.

**Discussão:** As RSC são um conjunto de doenças inflamatórias da mucosa nasal com fisiopatologias e fatores associados diferentes. Divididas classicamente em RSC com pólipos nasais (RSCcPN) e sem pólipos nasais (RSCsPN). A patogênese não é completamente conhecida, mas compreende obstrução do complexo ostiomeatal, alteração na depuração mucociliar e biofilme. Há poucos dados brasileiros de prevalência. Em São Paulo a prevalência foi de 5,5% de RSC. Há ainda menos estudos sobre a proporção dos subgrupos. Estudos sugerem prevalência de 2,7% de RSCcPN nos adultos. A proporção de pacientes com RSCcPN é substancialmente maior em coortes cirúrgicas, como é o caso deste estudo. Os pólipos eosinofílicos são os mais prevalentes na população brasileira.

**Conclusão:** A prevalência de RSCcPN encontrada é maior que a descrita em estudos populacionais, pois trata-se de grupo submetido à cirurgia. A prevalência de polipose associada à eosinofilia encontrada está de acordo com dados populacionais. Um estudo com maior amostra, correlacionando escore de qualidade de vida, resultado de histopatológico e escore tomográfico neste hospital, está sendo conduzido.

## P 497 ANÁLISE DA RELAÇÃO DE CONCHA MÉDIA BOLHOSA E SINUSOPATIA EM ESTUDOS TOMOGRÁFICOS

Adriano Sérgio Freire Meira, Alvaro Vitorino de Pontes Junior, Yuri Ferreira Maia, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho, Adilson de Albuquerque Viana Junior, Alexandre Augusto de Brito Pereira Guimarães, Lorena Pinto de Souza Pontes

*SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil*

**Objetivos:** Analisar a prevalência da concha média bolhosa e relacionar com sinusopatia em estudos tomográficos.

**Método:** Foram avaliadas retrospectivamente 235 tomografias computadorizadas de seios paranasais de pacientes de ambos os sexos com queixas clínicas de sinusopatia, realizadas em uma clínica privada de João Pessoa/PB, no período de fevereiro a abril de 2017.

**Resultados:** Encontramos 15 conchas médias bolbosas nos estudos, o que representa 6,38% das topografias analisadas, sendo 10 casos relacionados com sinusopatia, representando 66% dos casos de sinusopatias em estudos tomográficos.

**Discussão:** A tomografia computadorizada tem sido cada vez mais utilizada para a identificação e avaliação das variações anatômicas das cavidades nasais que podem levar às sinusites. A concha média bolhosa parece ser uma das mais frequentes variações encontradas. A concha média faz parte do complexo óstio-meatal e suas variações anatômicas têm sido implicadas na etiologia das sinusites crônicas e recorrentes, por esta razão, a tomografia computadorizada de seios paranasais, em especial os cortes coronais, tem sido rotineiramente utilizada na avaliação dos pacientes com sintomas sinusais. Apesar da literatura considerar a concha média bolhosa uma variação anatômica comum, aparecendo em até 33% dos achados tomográficos, em nosso estudo sua incidência foi de apenas 6,38%, no entanto, quando presente, a mesma esteve relacionada a 66% dos casos de sinusopatia nos estudos tomográficos, o que denota sua importância no desenvolvimento desta patologia.

**Conclusão:** Concluímos, a partir do estudo, que a concha média bolhosa está relacionada a alta prevalência de sinusopatia.

**P 498 ANOSMIA: MENINGIOMA DE GOTEIRA OLFATÓRIA**

Marcos Loyola Borém Guimarães, Letícia Alves da Fonseca Aguera Nunes, Naiana Manuela Rocha Arcanjo da Cruz, Gustavo Pimenta de Figueiredo Dias, Danilo Augusto Nery dos Passos Martins, Marco Antônio Ferraz de Barros Baptista, Helder Fernandes de Aguiar

*Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) - Universidade São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** C.R.C.S., feminina, 54 anos, vem à Rinologia/HRAC-USP relatando obstrução nasal de longa data e anosmia súbita há cinco anos, associada a dor facial e cefaleia frontal em aperto, sem outras queixas, com nasofibroscoopia sem alterações. Tomografia Computadorizada (TC) solicitada sem alterações nasossinusais, porém evidencia imagem hipodensa em lâmina crivosa com material hiperdenso em periferia sem definição adequada das dimensões, sem plano de clivagem óssea. Solicitada Ressonância Nuclear Magnética (RNM) demonstrando formação expansiva, isoíntensa em todas as sequências, com realce homogêneo pelo contraste, localização central na lâmina crivosa (medindo 4,9 x 4,5 x 3,8 cm). Formação causa compressão sobre giros retos, orbitais bilaterais e quiasma óptico. RNM compatível com meningioma de goteira olfatória. Paciente orientada e encaminhada para Neurocirurgia.

**Discussão:** A literatura subdivide meningiomas de fossa anterior nos de goteira olfatória e os supra-selares por esses tumores apresentarem sintomatologias, riscos e dificuldades cirúrgicas diferentes. Como visto no caso meningiomas comumente são grandes, maiores que 3 cm, podendo desenvolver-se unilateralmente ou simetricamente. Caso abriu sintomatologias incomuns: anosmia e dor facial. Sintomatologias frequentemente encontradas são cefaleia, perda visual e alterações de personalidade. Outras anormalidades menos comuns são convulsões, alterações de memória, anosmia, incontinência urinária, raramente, síndrome de Foster Kennedy (anosmia + atrofia óptica + papiledema contralateral). RNM é o método de escolha para avaliação dessas lesões, pois determina as relações anatômicas do tumor, bem como seu envolvimento vascular e dos nervos ópticos. TC pode acrescentar quanto envolvimento ósseo da base do crânio.

**Considerações Finais:** Os métodos neurorradiológicos atuais permitam que haja um diagnóstico com facilidade, porém ainda se observam volumosas massas tumorais que permanecem pouco sintomáticas por meses até seu diagnóstico. Meningiomas de goteira olfatória devem ser lembrados no diagnóstico diferencial de anosmia, principalmente quando associada a outras alterações neurológicas, tendo sua melhor evolução quando diagnosticados em estágios precoces.

## P 499 APLICABILIDADE DA EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL PRÉ-OPERATÓRIA EM PACIENTES COM NASOANGIOFIBROMA

Andressa Rolim Freitas, Juliana Teixeira de Souza, Larissa Rolim Freitas, Erika Ferreira Gomes, João Flávio Nogueira, Débora Lilian Nascimento Lima, Camila Gabriella da Silva Queiroz

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Caso 1) Paciente do sexo masculino, 17 anos, apresentando obstrução nasal à esquerda há 10 meses, acompanhada de epistaxe, tendo sido necessário tamponamento nasal em serviço de emergência. Tomografia evidenciou lesão expansiva nasossinusal hipervascular. Foi submetido à abordagem cirúrgica endoscópica modificada de Denker sem embolização pré-operatória. Evolui sem sinais de recidiva de doença. Caso 2) Paciente do sexo masculino, 16 anos, apresentando obstrução nasal unilateral à esquerda há 15 meses, evoluindo com abaulamento de hemiface. Tomografia evidenciou processo sólido expansivo, com invasão de seio maxilar, esfenóide, região intraconal da órbita e deslocamento de estruturas do espaço mastigatório. Foi realizada embolização pré-operatória e, após 72h, foi submetido à ressecção endoscópica da lesão. Evolui sem sinais de recidiva de doença.

**Discussão:** O nasoangiofibroma juvenil é um tumor raro, com acometimento principal em jovens do sexo masculino. Corresponde a 0,05% de todos os tumores de cabeça e pescoço. Apesar de ser considerado neoplasia benigna, apresenta potencial de destruição local, com alta taxa de recorrência. De acordo com a classificação de Fisch, podem ser restritos à cavidade nasal e nasofaringe (I), ocupar seios da face ou fossa pterigopalatina (II), estender-se para a fossa infratemporal, órbita e região parasselar (III) ou apresentar invasão intracraniana (IV). A cirurgia é considerada a melhor opção terapêutica e várias vias de acesso podem ser empregadas, isoladas ou combinadas. A embolização pré-operatória das artérias nutridoradas tem sido utilizada para diminuir o volume de sangramento e a necessidade de uso de hemoderivados, com bons resultados. Entretanto, não há consenso quanto à sua utilização rotineira.

**Considerações Finais:** A via de abordagem endoscópica é sem dúvida uma alternativa menos agressiva, menos mórbida e com menor potencial de sangramento. Muitos trabalhos ressaltam o benefício da embolização arterial pré-operatória, entretanto, o fator prognóstico mais importante para as recidivas é o estadiamento prévio.

## P 500 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE PÓLIPO ANTROCOANAL COM COMPONENTE ANGIOMATOSO

Lucas Henrique Vieira, Rafael Calsoni Gomes, Ronny da Silva Lederer, Francesca Maria Maia, Wilma Terezinha Anselmo-Lima, Edwin Tamashiro

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 26 anos, há 1 ano com obstrução nasal à esquerda, associado à rinorreia anterior e epistaxe leve autolimitada. Há 6 meses evoluiu com obstrução nasal bilateral fixa, anosmia, disfagia, roncos, apneias e alargamento de pirâmide nasal. Nega outros sintomas, comorbidades, medicações, cirurgias, alergias, tabagismo e etilismo. Biópsia incisional realizada em outro serviço sugeriu a hipótese de nasoangiofibroma juvenil. Ao exame físico, apresentava abaulamento de pirâmide nasal à esquerda, com presença de massa nasal ipsilateral projetando-se para a orofaringe, não pulsátil, sem vasos proeminentes, com deslocamento de septo caudal para a direita. Tomografia computadorizada demonstrou lesão obliterando o seio maxilar e fossa nasal esquerda, de aspecto homogêneo, sem captação de contraste ou dilatação do foramen esfenopalatino, estendendo-se até a orofaringe. Na ressonância magnética, observou-se massa predominantemente hipointensa em T1 e hiperintensa em T2 e Flair, com tênues áreas de realce pós-contraste. Optado por realização de nova biópsia, evidenciando lesão polipoide revestida por epitélio escamoso sem atipias. Realizada cirurgia endoscópica nasossinusal para remoção da massa, visto componente sólido em cavidade nasal conectado a componente cístico no interior do seio maxilar. Anatomopatológico demonstrou pólipos edematosos com rica vascularização, trombose e sinais de isquemia, corroborando os achados intraoperatórios e radiológicos de pólipos antrocoanais, com componente angiomatoso. Paciente evoluiu com melhora completa dos sintomas.

**Discussão:** As massas nasais unilaterais constituem um grupo com múltiplas etiologias, sendo muitas vezes difícil o diagnóstico devido à sintomatologia semelhante que apresentam, fazendo-se necessária propedêutica com exames de imagem para diagnóstico diferencial.

**Considerações Finais:** Tumores nasossinuais, como o pólipos antrocoanal, podem apresentar evolução atípica e o diagnóstico definitivo depende de uma avaliação global, incluindo características clínicas, radiológicas e achados histopatológicos.

## P 501 ASPECTO CLÍNICO OTORRINOLARINGOLÓGICO NA FIBROSE CÍSTICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Arnaldo Pinto Guedes Paiva Neto, Cleide de Sousa Araújo, Therezita Maria Peixoto Patury Galvão Castro

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Objetivos:** Apresentar uma revisão das publicações sobre manifestações otorrinolaringológicas da fibrose cística.

**Método:** Revisão assistemática da literatura a partir das bases MEDLINE, Lilacs, BDNF e LIS usando como descritor “Fibrose cística”.

**Resultados:** Foram encontrados 34.473 artigos, dos quais 12.903 com texto completo disponível.

**Discussão:** A fibrose cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva, atinge em torno de 1:2000 nascidos vivos em vários países (sobretudo na população caucasiana) e apresenta comprometimento de glândulas exócrinas e dos tratos respiratório, digestivo e reprodutor. A tríade mais comum na FC é a doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência pancreática exócrina e eletrólitos elevados no suor. Manifestações clínicas em vias aéreas superiores (VAS) ocorrem em 100% dos pacientes, incluindo sinusites recorrentes, rinite e/ou polipose nasal. A incidência de pólipos nasal tem sido relatada em 6% a 48% dos casos. Viscosidade das secreções dos seios paranasais, diminuição da drenagem sinusal e comprometimento do transporte mucociliar podem ser responsáveis pela criação de um ambiente propício e adequado para a colonização de bactérias (sobretudo *Pseudomonas* e *Staphylococcus*) nos seios paranasais de pacientes com fibrose cística. A obstrução nasal e secreção nasal purulenta são as queixas mais comumente relatadas. Pansinusite crônica e pólipos nasais também são dados clínicos que sugerem o diagnóstico de fibrose cística. Há uma baixa prevalência de alterações do ouvido médio. Mucoceles são raramente encontradas em adultos e menos ainda em crianças.

**Conclusão:** O otorrinolaringologista pode oferecer contribuição notável no acompanhamento dos pacientes com fibrose cística, pois tem a responsabilidade de manter as vias respiratórias altas em boas condições, contribuindo para prevenir os quadros infecciosos e não apenas de maneira paliativa.

## P 502 ASSOCIAÇÃO ENTRE POLIPOSE NASOSSINUSAL E PAPILOMA INVERTIDO: RELATO DE CASO

Fábio de Azevedo Caparroz, Natália de Matos Branco, Laís Monteiro Amorim, Matheus Rasteiro Conrado, Adriano Guimarães Reis, Maury de Oliveira Faria Junior, José Victor Maniglia

*Instituto Maniglia/HIORP, São José do Rio Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 57 anos, sexo masculino, professor universitário, branco, casado. Apresentava quadro de obstrução nasal bilateral, pior à direita, em bácia, rinorreia anterior e hiposmia de início há sete meses. Negava dor facial, cefaleia ou epistaxe. TC de seios paranasais mostrava conteúdo de partes moles ocupando todos os seios, com alargamento de complexo óstio-meatal bilateralmente, compatível com polipose nasossinusal (PNS). Foi submetido à cirurgia endoscópica endonasal – FESS - em abril de 2014. O anatomopatológico confirmou rinossinusite crônica com polipose nasossinusal. Paciente evoluiu assintomático por três meses, quando iniciou novo quadro de obstrução nasal fixa à direita. Foi submetido a nova TC seios paranasais, a qual evidenciou material com densidade de partes moles em seio maxilar direito, com alargamento de complexo óstio-meatal. Foi submetido a nova abordagem em novembro de 2016 via acesso combinado endoscópico endonasal e Caldwell-Luc à direita. Novo anatomopatológico mostrou papiloma invertido (PI) em fossa nasal direita associado a polipose à esquerda. Paciente permanece em acompanhamento após 8 meses, sem sinais de recidiva ao controle clínico e endoscópico.

**Discussão:** A polipose nasossinusal é uma doença inflamatória crônica da mucosa nasossinusal. Por se tratar de doença sistêmica, a formação dos pólipos é, via de regra, bilateral. Os sintomas mais comuns são obstrução nasal, hiposmia, dor facial e rinossinusites de repetição. Um dos diagnósticos diferenciais mais importantes da polipose é o papiloma invertido (PI), um dos tumores benignos nasossinuais mais frequentes. Tem origem tipicamente na parede nasal lateral. Os sintomas são semelhantes aos da polipose nasossinusal, mas são tipicamente unilaterais. O diagnóstico de papiloma invertido associado à polipose nasossinusal, embora raro, é possível. A frequência desta associação pode chegar até próximo de 1% na literatura.

**Considerações Finais:** O otorrinolaringologista deve estar atento no acompanhamento dos casos de polipose nasossinusal (PNS) para a possibilidade de papiloma invertido (PI) associado.

**P 503 ATRESIA COANAL BILATERAL EM PACIENTE ADULTO JOVEM**

Wande Gonçalves Diniz, Rodrigo de Almeida Liberato, Oswaldo de Oliveira Nascimento Júnior

*Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 27 anos, com queixa de obstrução nasal bilateral persistente de longa data. Apresenta alterações cranio-faciais típicas de respiradores bucais. Realizou videoendoscopia nasal, que evidenciou imperfuração coanal bilateral. Tomografia computadorizada de seios paranasais mostra placa atrésica bilateral.

**Discussão:** Atresia de coana bilateral é potencialmente letal em recém-nascidos. Normalmente, o diagnóstico é feito logo nas primeiras horas de vida. A taxa de sobrevivência é baixa, pois os recém-nascidos são respiradores nasais obrigatórios. O diagnóstico de atresia coanal bilateral em adultos é rara. No caso relatado, a paciente foi diagnosticada e tratada aos 27 anos de idade.

**Considerações Finais:** A atresia de coanas é uma condição congênita na qual o paciente apresenta, como o próprio nome indica, as coanas impérvias. A forma mais comum é a atresia unilateral, na qual o paciente pode apresentar-se oligossintomático. Em uma parcela menor, porém, pode haver atresia simultânea da ambas coanas, representando uma emergência pediátrica, pois os recém-nascidos são, em sua maioria, respiradores nasais obrigatórios. O tratamento cirúrgico permanece como única opção resolutiva nestes casos.

## P 504 ATRESIA CONGÊNITA DE COANA BILATERAL: UM RELATO DE CASO

Carolina Fernandes Pontes de Araújo Oliveira, Andressa Vinha Zanuncio,  
Larissa Oliveira dos Reis

*Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 18 anos, com queixa de obstrução nasal, que perdura desde a infância, rinorreia e roncos leves. Foi diagnosticada com atresia de coana bilateral ao nascimento e submetida à cirurgia de correção aos 9 dias de vida. Ao exame físico: cornetos azulados e palato ogival. Realizada nasofibrosopia, que evidenciou atresia de coana bilateral. A paciente foi submetida à correção cirúrgica endoscópica da atresia e turbinoplastia, e após 60 dias foi observada reestenose do orifício cirúrgico. Uma nova intervenção cirúrgica foi realizada e a paciente evoluiu satisfatoriamente.

**Discussão:** A atresia congênita de coana bilateral é uma anomalia rara e ocorre devido a uma falha no desenvolvimento da abertura posterior da cavidade nasal que impede sua comunicação com a nasofaringe. Pode estar associada a outras más formações, como coloboma ocular, doença cardíaca, retardo mental, anomalias geniturinárias e auriculares. Normalmente, seu diagnóstico é feito precocemente por se tratar de uma emergência médica, uma vez que os recém-nascidos são respiradores nasais obrigatórios. O tratamento cirúrgico deve ser realizado o mais breve possível.

**Considerações Finais:** Esse é um caso incomum, por se tratar de uma paciente adulta. Em decorrência do tratamento muito tardio, a paciente apresentava deformidades faciais resultantes da respiração oral e foi submetida, posteriormente, a uma cirurgia ortognática para avanço de mandíbula. É importante que o diagnóstico e o tratamento sejam realizados precocemente, para minimizar os riscos de insuficiência respiratória grave no período neonatal e evitar alterações no desenvolvimento facial.

## P 505 ATRESIA DE COANA BILATERAL EM PACIENTE DE 41 ANOS: ABORDAGEM NO ADULTO

Paula Mie Murakami Hirotoni, Rodrigo da Silva Bellumat, Julia Maria Amaral Ambrósio, Leticia Andrade de Angelo, Ricardo Alexandre Basso, Antonio Carlos Cedin, Kelen Rabelo Santana Bonin, Paula Gonzalez Pinto

*Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Relatar caso raro atendido e abordado no BP e seu desfecho, para maior conhecimento médico.

**Método:** Trata-se de um relato de caso, descrevendo caso de paciente desde o atendimento via ambulatorial até sua abordagem cirúrgica, realizada no BP pela equipe de Otorrinolaringologia.

**Resultados:** Relato 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 oro-traqueal. Tomografia de seios da face evidenciando atresia de coana bilateralmente, preenchida 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. Por ser tão evidente logo no início da vida, o aparecimento de casos na fase adulta torna-se muito raro. 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.

**Conclusão:** 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.

## P 506 BOLA FÚNGICA ASSOCIADA A DERMATÓFITO: APRESENTAÇÃO RARA

Andressa Rolim Freitas, Larissa Rolim Freitas, Debora Lilian Nascimento Lima, Juliana Teixeira de Souza, Camila Gabriella da Silva Queiroz, Francisco Davi Alves Vasconcelos, Érika Ferreira Gomes

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 16 anos, com história de obstrução nasal unilateral à direita de longa data associada à rinorreia hialina. Relata vários episódios de rinossinusite tratados com antibioticoterapia. História de asma controlada. Nega história de alergias medicamentosas. Tomografia de seios paranasais evidenciou lesão com densidade de partes moles obliterando seio maxilar direito. Foi submetido a tratamento cirúrgico (maxilectomia medial endoscópica à direita associada à etmoidectomia anterior e posterior ipsilaterais), com achados de pólipos e concreções sugestivas de fungo. Histopatológico com achados de hifas e negativo para malignidade. Cultura positiva para *Epidermophyton floccosum*.

**Discussão:** Destacam-se quatro apresentações clínicas da rinossinusite fúngica: micetoma ou “bola fúngica”; sinusite fúngica-alérgica; extramucosa ou lentamente invasiva; e rapidamente invasiva ou fulminante. Os patógenos mais comuns são *Aspergillus*, *Alternatia* e *Bipolris*. O exame de imagem de escolha para o diagnóstico de bola fúngica é a tomografia de seios paranasais, na qual podemos evidenciar opacificação completa ou parcial do seio acometido, microcalcificações ou densidade metálica que representam o produto de degradação da hemosiderina. O tratamento preconizado é cirúrgico (via endoscópica), uma vez que drogas antifúngicas, tópicas ou sistêmicas, não estão indicadas.

**Considerações Finais:** O diagnóstico da rinossinusite fúngica ainda permanece um desafio, apesar do avanço de métodos diagnósticos e tem merecido cada vez maior destaque entre as afecções do trato respiratório superior. Deve ser considerada em todos os pacientes com sinusite crônica quando não há resposta terapêutica adequada ou em sinusites unilaterais recorrentes. É de suma importância a avaliação radiológica e o diagnóstico definitivo baseado na cultura ou achados histológicos de hifas por colorações especiais. Neste trabalho relatamos um caso raro de fungo dermatófito associado a bola fúngica, agente esse bastante incomum como etiologia da doença.

## P 507 BOLA FÚNGICA DE SEIO ESFENOIDAL

Caio Melo Metsavaht, Matheus Pires Braga, Mariana Santana Xavier, Atilio Maximino Fernandes

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 71 anos, diabética e hipertensa, procurou o hospital com quadro de alteração cognitiva, instabilidade postural e dislalia, sem sintomas nasossinusais. Foram realizadas ressonância de crânio e tomografia computadorizada (TC) de face, que evidenciou lesão expansiva em seio esfenoidal à esquerda, com remodelamento ósseo, limites imprecisos e infiltração no recesso esfenoidal, ocupando as células etmoidais posteriores e o clívus. Em avaliação pela Neurocirurgia foram descartados outros fatores que justificassem a alteração cognitiva da paciente. Na nasofibrosopia, foi vista secreção amarelada proveniente de meato superior. Submetida à exérese da lesão em seio esfenoidal à esquerda por via endoscópica nasal, cujo anatomopatológico mostrou fragmentos de tecido necrótico contendo abundantes estruturas fúngicas filamentosas. A cultura da lesão foi negativa para fungos e bactérias. Paciente evoluiu satisfatoriamente.

**Discussão:** A bola fúngica (BF) é uma forma de proliferação fúngica não invasiva. Trata-se de um emaranhado de hifas, sem evidência de invasão tecidual. O principal agente etiológico é o *Aspergillus* spp. Essa lesão pode acometer os seios da face, desenvolvendo rinossinusite crônica. A TC é o procedimento de escolha para o diagnóstico, em grande parte dos casos são encontradas imagens com densidade metálica no interior do seio afetado, sendo um achado altamente sugestivo de bola fúngica, porém a histologia positiva é que vai confirmar o diagnóstico. A cultura é frequentemente negativa. O tratamento é sempre cirúrgico, necessitando da remoção do material fúngico com a abertura do óstio do seio afetado.

**Considerações Finais:** A BF no seio esfenoidal é uma condição pouco comum, porém seu diagnóstico deve ser considerado nos casos de sinusites recorrentes ou refratárias aos tratamentos com antibióticos previamente utilizados e especialmente quando forem unilaterais. Os exames de imagem são de fundamental importância para o diagnóstico e o prognóstico é muito favorável.

## P 508 CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS NASAL: RELATO DE CASO

Miguel Soares Tepedino, Carolina Maria Miyahira, Débora Pereira Rodrigues,  
Ana Clara Miotello Ferrão

*Policlínica de Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.A.T., 77 anos, procurou nosso serviço com queixa de obstrução nasal há 1 ano. Ao exame, apresentava espessamento de palato duro e hipertrofia de conchas inferiores bilateral. Foi solicitado RM de face, evidenciando lesão expansiva aparentemente sólida, ocupando as cavidades nasais com erosão do septo nasal e abaulamento do palato. Foi submetida a procedimento cirúrgico para exérese da lesão. A análise anatomopatológica do material obtido concluiu se tratar de um carcinoma de células escamosas pouco diferenciado exibindo moderada desmoplasia e acometendo mucosa nasal e tecido ósseo adjacente ao septo, além de tecido linfóide amigdaliano. Diante disto, a paciente foi encaminhada para acompanhamento oncológico com quimioterapia e radioterapia.

**Discussão:** As malignidades primárias da cavidade nasossinusais são incomuns, compreendendo 3% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço. O carcinoma de células escamosas (SCC) é o mais comum, representando 50% de todas as malignidades nasossinusais. Os sintomas são inespecíficos, como obstrução nasal e epistaxes. A lesão primária se origina de qualquer parte da cavidade nasal, mais comumente do septo. A investigação baseia-se no exame físico, exames de imagem e análise anatomopatológica, que realiza o diagnóstico definitivo. O tratamento inclui a excisão de tecido tumoral com margens de segurança. A necessidade de quimioterapia e radioterapia adjuvantes deve ser aventada.

**Considerações Finais:** O caso relatado traz à luz a discussão de, diante de um quadro de obstrução nasal, sempre ter em mente as causas de sua ocorrência, orientando a propedêutica e o diagnóstico diferencial para causas incomuns, incluindo SCC nasossinusal. O diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica adequada são capazes de obter resultados satisfatórios no controle da doença.

## P 509 CARCINOMA DE PRÓSTATA COM METÁSTASES PARA SEIOS MAXILAR E ETMOIDAL DIREITOS: UM RELATO DE CASO

Lucas Cunha Ferreira Castro Tolentino, Tatiane Bordignon Uliana, Matheus Cunha Ferreira Castro Tolentino, Conrado Castro Tolentino, Thaísa Consorte Domingues, Martinho da Palma e Melo Neto, Guilherme dos Santos Gomes Alves

*Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Idoso do sexo masculino e portador de câncer de próstata procurou o pronto atendimento do Hospital Regional de Presidente Prudente queixando-se de cefaleia intensa que irradiava para ouvido, olho e maxila à direita. A tomografia computadorizada de crânio e seios da face evidenciou uma opacificação do seio maxilar direito, com destruição de suas paredes ósseas, acometendo também o seio etmoidal ipsilateral e infiltração em musculatura e tecidos moles adjacentes, atingindo também região orbital direita. A fibronasaringoscopia evidenciou um abaulamento na parede lateral direita da cavidade nasal. Dessa forma, foi realizada uma sinusectomia transmaxilar, etmoidal e esfenoidal, associada à exérese do tumor nasal via endoscópica, cujo anatomopatológico resultou em adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante. O paciente foi internado e junto com a equipe da Oncologia foram realizadas sessões de radioterapia. No entanto, após 2 meses da cirurgia endoscópica, o paciente foi a óbito devido ao estágio avançado de sua comorbidade.

**Discussão:** O adenocarcinoma é uma neoplasia maligna formada em glândulas secretoras de muco que raramente se desenvolve nos seios da face. Tumores metastáticos para estas regiões apresentam prognóstico ruim e representam um evento excepcional, cujos sintomas variam conforme as estruturas afetadas. Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética são essenciais para o diagnóstico. O tratamento depende da extensão da doença e inclui cirurgia cranial, radioterapia e privação de andrógenos.

**Considerações Finais:** Metástase nos seios da face é uma condição extremamente rara que pode levar a diagnósticos equivocados e deve ser considerada em contexto de história de câncer. A anamnese correlacionada com os exames físico, de imagem e biópsia foram fundamentais para o diagnóstico da afecção. Sabendo-se que a neoplasia estava em estadiamento avançado, o tratamento baseado na exérese do tumor e radioterapia mostrou-se limitado e nesse caso incapaz de promover a cura.

## P 510 CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE SACO LACRIMAL: RELATO DE CASO

Ananda de Carvalho Menezes Santos, Amaury de Machado Gomes, Taiana Barbosa da Silveira, Marina Barbosa Guimarães, Camila Kalil Silva, Luciana Santos França, Lorena Carneiro Amado

*INOOA, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.J.B.M., 59 anos, masculino, com queixa de obstrução nasal e rinorreia mucoide de longa data, associada a dor facial mais acentuada à esquerda. Há 6 meses, evoluiu com discreto abaulamento em tendão cantal mediano esquerdo e epífora. Ao exame de videonasofibrosopia flexível, foi observado desvio septal em fossa nasal esquerda e degeneração de corneto médio direito como únicas alterações. A tomografia de face destacou imagem com densidade de partes moles em topografia de saco lacrimal esquerdo. Paciente foi submetido à septoplastia e dacriocistorrinostomia à esquerda. Durante o intraoperatório, verificou-se lesão friável em saco lacrimal esquerdo, e a biópsia da peça cirúrgica evidenciou carcinoma escamocelular. Paciente realizou cirurgia com enxerto pediculado e exenteração de órbita esquerda, com necessidade de tratamento radioterápico adjuvante.

**Discussão:** Tumores do saco lacrimal são raros e, quando ocorrem, são em 55% dos casos malignos. A taxa de mortalidade varia de acordo com o estágio e o tipo histológico, com um desfecho fatal em aproximadamente um terço dos pacientes. Os tumores epiteliais são os mais comuns, correspondendo a mais de dois terços de todos os tumores malignos do saco lacrimal. Geralmente, ocorrem em pacientes com idade superior a 50 anos e o diagnóstico é frequentemente adiado, pois não são facilmente visíveis e, muitas vezes, são confundidos com a dacriocistite. Estudos de imagem, como Tomografia computadorizada, ressonância magnética e dacriocistogramas podem fornecer informações sobre a extensão da lesão.

**Considerações Finais:** Os tumores malignos do saco lacrimal tendem a ser infiltrantes, sendo o diagnóstico precoce de extrema importância para o manejo adequado. O fato de não serem facilmente diagnosticados e muitas vezes serem um achado incidental, serve de alerta para os profissionais ficarem atentos às alterações clínicas e de imagem dessa região.

## P 511 CARCINOMA ESPINOCELULAR DE SEPTO NASAL: RELATO DE CASO

Gabriella Soares de Souza, Nicole Martuscelli de Almeida, Romualdo Suzano Louzeiro Tiago, Kamila Satomi Haida, Cibele Madsen Buba, Erica Tamires Gomes de Araújo, Carolina Mazzini Baby

*Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.O.A., 71 anos, sexo masculino, procedente do interior de Minas Gerais, agricultor, previamente hígido, procurou atendimento em um hospital de São Paulo, com queixa de obstrução nasal e lesão expansiva em fossa nasal esquerda, há 2 anos. Relata que a lesão teve crescimento progressivo, impossibilitando a passagem de ar. À rinoscopia, visualizada lesão extensa, vegetante e ulcerada com áreas de necrose em vestibulo, assoalho e septo nasal (áreas II, III e IV) à esquerda com aspecto infiltrativo. Realizada biópsia, cujo resultado foi carcinoma espinocelular bem diferenciado invasivo do septo nasal. Optou-se por tratamento cirúrgico com a ressecção total da lesão em primeiro tempo, com a possibilidade de reconstrução e abordagem estética em segundo tempo. Pós-operatório com evolução clínica satisfatória e anatomopatológico demonstrando margens cirúrgicas livres da neoplasia.

**Discussão:** As lesões malignas da cavidade nasal e dos seios paranasais são raras, sendo responsáveis por 3% das neoplasias em cabeça e pescoço e 0,2% a 0,8% das doenças neoplásicas em geral. As manifestações clínicas otorrinolaringológicas encontradas são crostas nasais, obstrução nasal, perfurações septais, lesões vegetantes, úlceras mucosas e linfadenomegalias cervicais. Apesar da suspeita de neoplasia, a exclusão de outras doenças, como granulomatoses, é essencial. A gravidade da doença se relaciona ao estágio avançado no diagnóstico e ao tipo histológico do tumor. As dificuldades em se propor tratamento adequado ocorre devido à complexidade da anatomia da região, onde a proximidade da lesão com estruturas nobres, muitas vezes, limita a área de ressecção cirúrgica.

**Considerações Finais:** Na avaliação de lesões vegetantes e infiltrativas da mucosa nasal, deve-se considerar as neoplasias como possíveis diagnósticos diferenciais. O tratamento nestes casos deve ser preponderante e imediato, diante da gravidade e da determinação do prognóstico.

## P 512 CARCINOMA EX-ADENOMA PLEOMÓRFICO DE SEPTO NASAL - RELATO DE CASO

Eliana Freitas Cardoso, Alexandra Torres Cordeiro Lopes de Souza, Nicolau Tavares Boechem, Carolina Figueira Selórico, Dario Hart Signorini, Monik Souza Lins Queiroz, Ana Laura Carneiro dos Santos

*Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** D.M.V.M., 41 anos, feminino, encaminhada para consulta de Otorrinolaringologia devido tumoração em fossa nasal esquerda. Paciente refere obstrução nasal esquerda progressiva, hiposmia e epistaxe eventual com 2 anos de evolução. Rinoscopia anterior mostrava massa de aspecto polipoide vascularizada à esquerda e abaulamento de septo nasal à direita. Restante do exame físico normal. Tomografia computadorizada de seios da face: lesão expansiva, densidade de partes moles, ocupando fossa nasal esquerda, estendendo-se ao *cavum* e seio maxilar esquerdo, com desvio de septo para direita e erosão do septo ósseo. Ressonância nuclear magnética de seios da face: Formação sólida de contorno lobulado, sinal intermediário em T1 e elevado em T2 impregnando contraste na fossa nasal esquerda, protuindo para *cavum* e abaulando parede medial de maxilar ipsilateral. Paciente submetida à biópsia, tendo diagnóstico de adenoma pleomórfico. Realizada posteriormente exérese ampla da lesão com origem em septo nasal posterior. Laudo histopatológico de carcinoma ex-adenoma pleomórfico. Paciente mantém acompanhamento ambulatorial sem recidiva da lesão.

**Discussão:** Carcinoma ex-adenoma pleomórfico (CEAP) é uma transformação carcinomatosa dentro do adenoma pleomórfico (AP). Apresenta microscopia variável, com áreas de AP e áreas de degeneração maligna epitelial. Sua prevalência é de 5,6 casos para 100.000 neoplasias malignas. Ocorre mais em mulheres na sexta e sétima décadas de vida. Afeta comumente glândula parótida, glândula submandibular e palato. É raro na cavidade nasal, ocorrendo principalmente na cartilagem quadrangular seguido pelos cornetos. O tratamento é cirúrgico, podendo ser feito radioterapia adjuvante em alguns casos. O prognóstico depende do nível de invasão, metástase à distância, envolvimento linfonodal e grau de componente carcinomatoso.

**Considerações Finais:** O CEAP é um tumor raro, oriundo de transformação maligna no interior do AP, com 5% chance de ocorrência. Apenas 20% ocorrem nas glândulas salivares menores, principalmente no palato. Tendo em vista a extrema raridade de tal lesão em septo nasal e seu desafio diagnóstico, vemos a importância deste relato para o diagnóstico diferencial das neoplasias nasais.

## P 513 CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS: NEOPLASIA AGRESSIVA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES NASOSSINUSAIS

Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos, Clara Mota Randal Pompeu, Érika Ferreira Gomes, Ulisses Meireles Filgueiras Filho, Gabriela de Andrade Meireles Bezerra, Viviane Carvalho da Silva, André Alencar Araripe Nunes

*Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Caso 1: Feminino, 40 anos, obstrução nasal, epistaxe intermitente, rinorreia, hiposmia, dor facial à esquerda, apresentando lesão avermelhada irregular e friável ipsilateral. Tomografia mostrou lesão expansiva, mal definida, em cavidade nasal, seio maxilar, com invasão orbitária e intracraniana. Ressonância magnética confirmou formação expansiva com centro em etmoide esquerdo e extensão intracraniana e orbitária. Anatomopatológico mostrou proliferação celular atípica, imunohistoquímica confirmou carcinoma neuroendócrino de pequenas células (CNPC), de alto grau. Realizou quimioterapia com resposta clínica. No 3º ciclo, descobriu-se gestação. Realizou 6 ciclos de quimioterapia antes do parto, no momento, programam-se radioterapia e quimioterapia. Caso 2: Masculino, 58 anos, com epistaxe e lesão enegrecida exteriorizada por narinas. Tomografia mostrou lesão expansiva heterogênea, captante de contraste, ocupando cavidade nasal, estendendo para etmoide, com invasão intracraniana. Realizada ressecção endoscópica transcribiforme, com biópsia de congelação mostrando neoplasia de pequenas células, sem invasão angiolímfática e perineural. Histopatológico e imunohistoquímica confirmaram CNPC, com margem em tecido cerebral livre. Encaminhado para quimioterapia e radioterapia. Houve recidiva em maxilar esquerdo e linfonodomegalias cervicais. Durante quimioterapia apresentou desorientação. Foi diagnosticado abscesso cerebral, tratado com antibioticoterapia e drenagem. Evoluiu com meningite e fístula rinoliquórica, com êxito letal.

**Discussão:** Carcinoma neuroendócrino nasossinusal constitui neoplasia rara (5% das neoplasias malignas nasossinusais), com alto poder de invasão locorregional e metástase. O pequenas células tem maior incidência no sexo masculino (5ª e 6ª décadas), com recorrência em 45% e metástase em 35% dos casos. Apresenta-se com obstrução nasal, epistaxe e dor facial. Tabagismo e infecção pelo HPV são possíveis fatores etiológicos. Tratamento envolve cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia.

**Considerações Finais:** CNPC nasossinusal é uma neoplasia de mau prognóstico, sendo a combinação quimioterapia e radioterapia a mais utilizada, com sobrevida de 13% a 50% em 5 anos, e a cirurgia reservada para casos selecionados.

## **P 514 CIRURGIA ENDOSCÓPICA ENDONASAL TRANSMAXILAR PARA TUMOR DE FOSSA PTERIGOPALATINA - RELATO DE CASO**

Jan Alessandro Socher, Henrique César Bischoff, Fernanda Jacobsen Cobra, Lara Fabre Pereira, Mateus Leszczynski Guerra, Walter Rodolfo Krutzsch

*Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente asiático, do gênero masculino, 60 anos, procura serviço de Otorrinolaringologia com dor em hemiface direita com irradiação para arcada dentária superior há 3 meses. Neste período relatou tratamentos diversos com antibioticoterapia apresentando melhora relativa. Ao exame de videoendoscopia apresentava rinorreia purulenta em meato médio direito. Após novo tratamento antimicrobiano, o paciente realizou TC de seios da face, que evidenciou uma lesão expansiva de baixa atenuação e sem realce pelo meio de contraste com aproximadamente 3,5 cm X 3,0 cm localizada na fossa pterigopalatina direita, com sinais de erosão e remodelagem das paredes do seio maxilar direito. Paciente foi submetido à cirurgia endoscópica endonasal transmaxilar, com ressecção do tumor compatível no anatomopatológico com diagnóstico de lipoma.

**Discussão:** Tumores na fossa pterigopalatina são raros e correspondem a somente 0,5% de todos os tumores de cabeça e pescoço. Essa região possui um acesso difícil e contém estruturas vasculares e nervosas de elevada importância anatômica. O acesso cirúrgico é muitas vezes feito através de técnicas abertas que necessitam de osteotomias, responsáveis por morbidades, como cicatrizes, lesões vasculares, sensitivas e motoras da face

**Considerações Finais:** A técnica endoscópica permitiu a ressecção completa e segura do tumor, sem sequelas e acompanhamento pós-operatório de 1 ano sem sinais de recidiva.

## P 515 CISTO DO DUCTO NASOPALATINO: RELATO DE CASO

Marcela Coelho Marques Valente, Helder Macário, Marina Barbosa Guimarães, Lorena Carneiro Amado, Amaury de Machado Gomes, Camila Kalil Silva, Taiana Barbosa da Silveira

*INOOA, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente F.M.S., 35 anos, sexo masculino, negro, queixava-se de abaulamento em assoalho de fossa nasal esquerda, com drenagem espontânea e sob expressão de secreção amarelada pelo vestibulo oral, de evolução progressiva há 9 anos. Referia ainda dor em face ipsilateral e cefaleia. Paciente negava outras queixas nasais. Ao exame otorrinolaringológico, foi observada tumefação em região nasolabial à esquerda e elevação do assoalho nasal. A tomografia computadorizada evidenciou lesão expansiva hipodensa, de limites bem definidos, acometendo os processos palatino e alveolar do osso maxilar à esquerda da linha média, projetando-se no seio maxilar e cavidade nasal ipsilaterais, mantendo íntimo contato com concha nasal inferior. Presença de sinais de erosão da cortical e envolvimento parcial da raiz dos dentes incisivos central e lateral e o canino à esquerda. O tratamento consistiu na enucleação cística, sendo a peça analisada histopatologicamente, confirmando a hipótese de cisto nasopalatino.

**Discussão:** O desenvolvimento de cistos nos canais e/ou ductos pode promover alterações estéticas e comprometer estruturas anatômicas. O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) é uma afecção rara, podendo ocorrer em apenas 1% da população. É considerado o cisto não odontogênico mais comum da cavidade oral. Possui desenvolvimento lento e é frequentemente assintomático, apresentando expansão óssea palatina e predileção pelo sexo masculino entre a 4ª e 6ª década de vida. Radiograficamente, apresenta-se como uma área radiolúcida, circunscrita, localizada entre as raízes dos incisivos centrais superiores. O tratamento consiste na enucleação e curetagem.

**Considerações Finais:** Os cistos nasopalatinos são muitas vezes subdiagnosticados na sua fase inicial. O exame físico e topográfico é o método de eleição para diagnóstico, seguido de exame de imagem por tomografia computadorizada. O tratamento responde bem à enucleação conservadora, tendo rara recidiva e prognóstico favorável.

## P 516 CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO VOLUMOSO DE REGIÃO MAXILAR: UM RELATO DE CASO

Camila Gabriella da Silva Queiroz, Juliana Teixeira de Souza, Erika Ferreira Gomes, Yuri Rodrigues Rocha, Isnara Mara Freitas Pimentel, Débora Lilian Nascimento Lima, Andressa Rolim Freitas

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminino, 24 anos, com obstrução nasal predominante à esquerda, associada à hiposmia e rinorreia amarelada ipsilateral de início há 3 anos, sem melhora com uso de antibiótico, cursando com piora progressiva e posterior surgimento de assimetria facial e proptose ocular esquerda. Ao exame, havia lesão ocupando totalmente fossa nasal esquerda, abaulamento do palato mole e retração da membrana timpânica bilateralmente. Tomografia computadorizada evidenciou lesão expansiva heterogênea com áreas hipodensas em meio a áreas com densidade óssea em cavidade nasal/seio maxilar esquerdo, exibindo realce heterogêneo pelo meio de contraste, medindo 7,5 x 6,2 x 4,8 cm. Biópsia inicial sugestiva de pólipos inflamatórios. Foi submetida à ressecção do tumor por via combinada endoscópica e sublabial e a análise histopatológica foi compatível com cisto ósseo aneurismático associado à displasia fibrosa.

**Discussão:** Correspondendo a aproximadamente 1,4% de todos os tumores primários do osso, os cistos ósseos aneurismáticos são lesões benignas raras, osteolíticas, mais comuns na faixa pediátrica e em adultos jovens, cujos principais sítios são os ossos longos e a coluna vertebral, embora possam ocorrer em outros locais como o esqueleto maxilofacial. São constituídos por espaços cheios de sangue separados por tecido conjuntivo septado contendo tecido osteoide e células osteoclásticas. Podem ser assintomáticos ou causar dor, edema e deformidade/erosão óssea com o seu crescimento progressivo. Radiologicamente, podem apresentar uma aparência multiloculada, referida como “aspecto em bolha de sabão”. A abordagem terapêutica mais tradicional consiste em cirurgia. Outras alternativas como radioterapia, crioterapia e embolização também são utilizadas.

**Considerações Finais:** Os cistos ósseos aneurismáticos são lesões ósseas benignas, mais comuns em jovens, que podem acometer a região maxilofacial, constituindo, pois, tema relevante ao otorrinolaringologista.

## P 517 COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE BACTERIANA AGUDA COM ABSCESSO ORBITÁRIO: RELATO DE CASO

Gustavo Mercuri, Cintia Vanette, Lucas Spina, Dândara Bernardo Siqueira, Tamires Ferreira Siqueira, Camila Sá de Melo Campos, José Vicente Tagliarini

*Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, de 14 anos, com quadro de cefaleia, em região frontal, e pico febril único há 2 semanas. Evoluiu com importante edema em região orbitária esquerda. Tratada, em outro serviço, com clindamicina e ceftriaxone por sete dias, sem melhora. Encaminhada para avaliação, apresentava cornetos inferiores hipertróficos e pálidos, secreção purulenta em meato médio, edema bipalpebral associado à presença de quemose e proptose em olho esquerdo. Em avaliação oftalmológica, constatada restrição em supradução e abdução e adução preservadas. Modificada antibioticoterapia para vancomicina e piperacilina – tazobactam. A tomografia de seios da face e órbita ocular demonstrou a presença de abscesso orbitário. Submetida à incisão horizontal abaixo do supercílio esquerdo próximo ao rebordo orbitário e alocado de dreno de penrose, realizada FESS com osteotomia dos seios maxilar, etmoidectomia anterior e posterior, esfeneide, frontal e retirada lâmina papirácea com liberação da periórbita. Paciente apresentou boa evolução, com regressão de edema facial, sem recorrência do quadro.

**Discussão:** As complicações rinossinusite bacteriana aguda parecem ser mais frequentes nas crianças do que nos adultos, e são diretamente relacionadas às íntimas relações anatômicas entre os seios paranasais e outras estruturas da cabeça. O estudo tomográfico é fundamental para um diagnóstico precoce e preciso. Conforme o caso, o tratamento cirúrgico deve ser efetuado o quanto antes, possibilitando, assim, resultados favoráveis.

**Considerações Finais:** As complicações orbitárias frequentemente necessitam de uma abordagem multidisciplinar rápida, pois em alguns casos podem evoluir com graves consequências ou até mesmo a morte.

## P 518 COMPLICAÇÃO INTRACRANIANA DE RINOSSINUSITE AGUDA

Eduardo Romero Sampaio Botelho, Carolina da Silveira Alves, Rosana Guimarães Rodrigues Alves, Geizeane Moraes Cunha, Gustavo Bachega Pinheiro, Maria Stella Jaqueline Alves de Farias, Vanéli Silva Martins

*Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.J.V.G., 8 anos, feminina, previamente hígida, encaminhada do pronto-socorro (PS) da Neurocirurgia (UNC) do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) para PS da otorrinolaringologia relatando cefaleia holocraniana intensa, febre aferida (38,9°C), rinorreia e leve edema periorbitário esquerdo há 8 dias. Diagnosticada com rinossinusite (RS) aguda há 4 dias e iniciada amoxicilina. Após primeira dose do antibiótico, apresentou crise convulsiva tônico clônica, sendo, então, internada no HBDF em uso de ceftriaxone. Ao exame físico, mostrava-se em regular estado geral, sonolenta, porém consciente e orientada. Movimentação ocular preservada. Ausência de sinais flogísticos ou edema periorbitário. Rinoscopia: mucosa hiperemiada, secreção hialina bilateralmente em meatos médios. Trazia resultado de hemograma que mostrava leucocitose e tomografia computadorizada (TC) do crânio evidenciando velamento de seios frontais, maxilares e etmoidal direito. Presença de imagem extradural frontal com realce periférico pelo contraste, sugestivo de empiema subdural. Submetida à pansinusectomia e tratamento conservador pela UNC com ceftriaxone e metronidazol, com duração programada para 6 a 8 semanas.

**Discussão:** As complicações intracranianas das RS representam extensão do processo infeccioso para estruturas adjacentes. As principais complicações de origem nasossinusal são empiema subdural, abscesso cerebral, meningite e abscesso epidural. É descrita grande variedade de agentes etiológicos dessa complicação, com predomínio de *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus sp.*, *Haemophylos influenzae* e outros Gram negativos e anaeróbios.

**Considerações Finais:** As complicações são pouco frequentes e de alta mortalidade, devendo ser encaradas como urgência. Frente à suspeita clínica, a TC permanece como o primeiro exame complementar na investigação diagnóstica. O tratamento é baseado em antibioticoterapia de amplo espectro por tempo prolongado, associada à abordagem neurocirúrgica em casos selecionados com bom prognóstico. O acompanhamento com método de imagem também é indicado.

## P 519 COMPLICAÇÃO PERIORBITÁRIA DE RINOSSINUSITE AGUDA: RELATO DE CASO

Adriano Sérgio Freire Meira, Alvaro Vitorino de Pontes Junior, Yuri Ferreira Maia, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, Taiza Luiza Bezerra Salgado, Rebeca Maurera Almeida Cyrillo

*SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.M., sexo masculino, 22 anos, com queixa de cefaleia, rinorreia, edema e eritema em olho esquerdo há 3 dias da admissão. Inicialmente, encaminhado para avaliação oftalmológica, que evidenciou ao exame físico presença de edema em região periorbital esquerda e redução do movimento de lateralização em olho correspondente com diplopia. Solicitada tomografia de órbita e seios da face que evidenciou pansinusopatia à esquerda, com obliteração dos orifícios de drenagem do seio maxilar e recessos fronto e esferoetmoidal, densificação dos planos adiposos mediais, associada a imagem ovalada, isodensa, com gás de permeio na parede lateral de órbita esquerda, deslocando para lateral o músculo extrínseco medial. Iniciado tratamento antimicrobiano de amplo espectro e solicitada avaliação otorrinolaringológica. À videoendoscopia nasal, observou-se drenagem de secreção purulenta em meato médio e recesso esferoetmoidal esquerdos. Indicado internamento hospitalar para tratamento supervisionado. Paciente evoluiu satisfatoriamente, com melhora clínica e sinais de regressão da pansinusopatia à tomografia de controle. No quinto dia de internação apresentou cefaleia e rinorreia importantes associadas à piora do edema periorbital esquerdo e manutenção de lateralização de órbita esquerda, sendo indicado e realizado procedimento cirúrgico para drenagem de seios maxilar e etmoidal esquerdos. Após a intervenção cirúrgica, paciente permaneceu internado para antibioticoterapia venosa por 8 semanas, apresentando remissão do quadro clínico.

**Discussão:** A rinossinusite aguda é uma entidade clínica prevalente em nosso meio, devendo ser reconhecida facilmente pelas diversas especialidades médicas. As complicações periorbitárias e intracranianas são responsáveis pela morbimortalidade desta entidade, sendo importante seu diagnóstico precoce e tratamento apropriado.

**Considerações Finais:** Por ser uma das infecções mais comuns de vias aéreas superiores, é imprescindível que a rinossinusite aguda seja identificada e tratada adequadamente, evitando suas complicações e reduzindo a incidência de morbimortalidade.

## P 520 COMPROMETIMENTO DE MUCOSA SEPTAL COMO MANIFESTAÇÃO ISOLADA DA HISTOPLASMOSE

Maria Cláudia Mota Pedroso, Amanda Bueno de Araújo, Renato Caleffi Pereira, Eulália Sakano, Marcelo Hamilton Sampaio, Agrício Nubiato Crespo

*Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 58 anos, sexo feminino, há 2 meses com quadro de lesão de aspecto ulceroinfiltrativo em região septal anterior de narina esquerda, sem comprometimento contralateral. A lesão apresentou crescimento progressivo no período, associada à sensação de ardor local, formação de crostas melicéricas e rinorreia amarelada de pequena monta. Antecedente pessoal de transplante renal há 4 anos, por rins policísticos, em uso de tacrolimus e prednisona 10 mg/d. Paciente dona de casa, negava contato direto com o solo ou aves. Foi submetida à biópsia, com envio de material para anatomopatológico, sendo evidenciado processo inflamatório crônico granulomatoso em mucosa nasal, com numerosas estruturas sugestivas de *Histoplasma sp.* e coloração de Grocott e PAS positivos. A radiografia de tórax não mostrava alterações.

**Discussão:** Lesões mucosas associada à histoplasmose são pouco comuns e, quando presentes, estão habitualmente associadas a comprometimento pulmonar ou à forma disseminada da doença, sendo rara a ocorrência isolada em mucosa nasal. No hospedeiro imunocompetente os sintomas são brandos ou mesmo inexistentes; já nos pacientes imunocomprometidos, as manifestações podem ser mais severas e a doença apresentar-se de forma disseminada. Aventa-se a hipótese de que o comprometimento da mucosa nasal, no caso em questão, possa ter sido secundário à inoculação do fungo em lesão pré-existente.

**Considerações Finais:** O caso relatado é um exemplo incomum de histoplasmose septal isolada, visto que a paciente não apresenta epidemiologia clássica ou comprometimento de outros órgãos ou sistemas. Frente a uma lesão septal, deve-se aventar várias hipóteses diagnósticas, dentre elas, hanseníase, tuberculose, paracoccidioidomicose, LES, granulomatose de Wegener, sífilis e leishmaniose, sendo importante o envio de material para anatomopatológico, cultura e uma investigação clínica ampla para correto diagnóstico e terapêutica precoce.

## P 521 CONDIROSSARCOMA NASAL: UM RELATO DE CASO

Débora Caliani de Vincenzi, Thaíse Cesca, Maurício Gusberti, Ricardo Maurício Favaretto, Rodrigo Dors Sakata, Gabriela Soraya Martini, Francisco Polanski Cordeiro

*Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente L.P.F., 77 anos, feminina, com quadro de obstrução nasal e hiposmia há várias semanas com piora progressiva, sem outras queixas. Sem alterações na rinoscopia, ausência de deformidades ou massas. Solicitada tomografia computadorizada (TC) dos seios paranasais revelando massa expansiva arredondada, centrada na topografia do septo nasal e assoalho da cavidade nasal, determinando áreas de erosão do septo nasal, remodelamento das paredes de ambos os seios maxilares e afilamento do palato duro, sem extensão infiltrativa para demais cavidades locais evidentes. Foi submetida à biópsia com resultado de condrossarcoma. Realizada excisão cirúrgica com melhora dos sintomas. Solicitada TC de controle sem alterações no pós-operatório e encaminhada ao oncologista. Após 5 meses, a paciente retorna com aumento em região maxilar e dor local. Ao exame físico, notava-se aumento de volume na pré-maxila, com extensão para o assoalho nasal. TC com a recidiva do tumor no seio maxilar. Realizado novo procedimento cirúrgico e encaminhada ao oncologista para seguimento radioterápico.

**Discussão:** O condrossarcoma é uma neoplasia maligna de crescimento lento proveniente do tecido cartilaginoso. Apresenta localização pouco frequente na região da cabeça e do pescoço. Acredita-se que apenas 10 a 12% dos condrossarcomas estejam situados na região de cabeça e pescoço e configuram apenas 4% de todos os tumores não epiteliais da cavidade nasal, seios paranasais e rinofaringe. Apresenta uma incidência maior em pacientes do sexo masculino, numa razão de 2:1. Na face localiza-se mais frequentemente no osso maxilar, seio maxilar e mais raramente no septo. Os situados no seio maxilar estão relacionados a pior prognóstico

**Considerações Finais:** O prognóstico do condrossarcoma está relacionado a três fatores: localização, grau do tumor e grau de ressecabilidade. Por isso, a importância do diagnóstico e tratamento precoce.

**P 522 CORDOMA CONDROIDE EM CLIVUS**

Maria Isabela Alves Ramos, Fagner Gomides Torres, Sophia Cerceau Pinto Coelho, Prisciliano Thiago da Cruz Gomes, Larissa Nunes Martins de Santana, Marcell de Melo Naves, Ellen Pinheiro Costa

*Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** G.A.S.L., sexo feminino, 63 anos, alegou otalgia, plenitude auricular e hipoacusia bilateral iniciada há 5 meses, evoluindo com obstrução nasal, hiposmia, voz anasalada e odinofagia. Negou doenças prévias ou antecedentes familiares significativos para o caso. Otoscopia sem alterações, rinoscopia desvio de septo nasal à esquerda, hipertrofia de cornetos. Oroscoopia, discreto abaulamento em palato mole, em região mediana. Endoscopia nasal revelou tumor extenso em rinofaringe, submucoso. Tomografia computadorizada apresentou lesão expansiva com atenuação de partes moles em região mediana da nasofaringe associada à discreta erosão da cortical anterior do *clivus* 3,4x3,4x3,0. Foi submetida a biópsia, anatomopatológico compatível com neoplasia intensamente autolisada, suspeita para carcinoma pouco diferenciado. Imunohistoquímica conclui neoplasia composta por cordões de células epitelioides apresentando citoplasma vacuolado, dispersas em meio a estroma mixoide compatível com cordoma condroide. Submetida à ressecção tumoral, exérese de lesão 4,5x5,3x3,5 cm com acesso endonasal, anatomopatológico e estudo imunohistoquímico compatível com cordoma condroide. Complementação com 27 sessões de radioterapia, terminadas há 5 meses, paciente sem sinais de recidiva.

**Discussão:** Cordoma condroide é um tumor raro com origem no tecido embrionário da notocorda (núcleos pulposos dos discos intervertebrais), representa 1 a 4% de todos os tumores ósseos malignos. Pode ser encontrado ao longo de todo o esqueleto axial ou na região da linha média da base do crânio. Região sacrococcígea e *clivus* são locais mais acometidos. Constituem um desafio cirúrgico pela proximidade a estruturas neurovasculares vitais e ao elevado potencial de recidiva.

**Considerações Finais:** O cordoma condroide é uma lesão com prognóstico ruim devido altíssimas taxas de recidiva, por isso, deve-se manter cuidadoso acompanhamento. A cirurgia endonasal constitui uma alternativa minimamente invasiva na abordagem de lesões expansivas da base do crânio, possibilitando, como neste caso, resultados similares e com menor morbidade, relativamente às técnicas cirúrgicas clássicas.

## P 523 CORPO ESTRANHO EM SEIO MAXILAR MIMETIZANDO BOLA FÚNGICA

Rafael Calsoni Gomes, Fernando Massa Correia, Natascia Lumi Adati, Leonardo Biselli da Costa Monteiro, Bruno Alexandre Barbosa da Nascimento, Edwin Tamashiro

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.C.F., 64 anos, há vários anos com queixas de obstrução nasal, cacosmia e descarga posterior, principalmente à direita. Apresentava sintomas atópicos, controlados com uso de budesonida nasal 100 mcg em cada narina a cada 12 horas. Ao exame, apresentava oroscopia sem descarga posterior, otoscopia normal, e nasofibroscopia evidenciando secreção purulenta em pequena quantidade em meato médio à direita e desvio septal em crista inferior para a direita, não obstrutivo. Realizada tomografia computadorizada de seios da face, revelando velamento heterogêneo de seio maxilar direito, com material hiperdenso em seu interior, além de sinais de fratura prévia em mesmo seio. Paciente revelou ter sofrido acidente automobilístico em 1983, com sinais prévios de fratura de face, que na ocasião fora tratado com medidas conservadoras. Foi submetido à cirurgia endoscópica nasosinusal para antrostomia maxilar à direita devido hipótese de bola fúngica. Durante cirurgia, observou-se grande quantidade de fragmentos de vidro dentro de seio, necessitando de Caldwell-Luc para remoção completa. Após cirurgia, paciente evoluiu com resolução dos sintomas de rinossinusite crônica.

**Discussão:** A rinossinusite crônica por corpo estranho é um dos diagnósticos diferenciais de bola fúngica, porém deve-se mais frequentemente a fragmentos ósseos de fratura prévia ou enxertos ou implantes dentários que adentram o seio maxilar. O tratamento se faz com remoção completa do corpo estranho, podendo fazer-se uso de outras vias de acesso, se necessário.

**Considerações Finais:** Embora rara, rinossinusite crônica por corpo estranho deve ser lembrada em casos de acidentes prévios com fratura de face, principalmente em seios maxilares. A remoção completa dos fragmentos, associada à ventilação do seio, promove a resolução da doença.

## P 524 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ATRESIA COANAL CONGÊNITA BILATERAL POR MEIO DE ROTAÇÃO DE RETALHOS: RELATO DE CASO

Sâmella Cavalcanti Monteiro, Iara de Vasconcelos Gonçalves Ferreira, Marcos Antônio de Melo Costa, André Serra Mota, Janine Silva Carvalho, Mirella Kalyne Cavalcante Magalhães, Ravena Barreto da Silva Cavalcante

*Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, Brasil*

**Apresentação do Caso:** S.V.N.S., feminino, 3 meses, com queixa de desconforto respiratório e cianose durante alimentação desde o nascimento, com ganho de peso adequado, sem outras queixas respiratórias. Apresentava todas as sorologias negativas, nenhuma malformação aparente e bom desenvolvimento neuropsicomotor. Durante assistência em alojamento conjunto, houve a solicitação de passagem de SNG sem progressão. Nesse momento, lactente foi transferida da cidade natal para hospital de referência para avaliação otorrinolaringológica e passagem de SOG. Foi realizada avaliação da otorrinolaringologia, quando se confirmou a não progressão de SNG e realizada TC de crânio sem contraste e videonasolaringoscopia, evidenciando atresia coanal bilateral. Foi realizado tratamento cirúrgico para correção da atresia coanal por meio de rotação de retalhos. Após cirurgia, paciente evoluiu clinicamente estável, com terapia fonoaudiológica para readaptação à alimentação oral. Foi retirada a SOG após 1 semana do procedimento, evoluindo sem desconforto respiratório em ar ambiente e não apresentou novos episódios de engasgos e cianose durante a alimentação.

**Discussão:** Atresia coanal é a anomalia nasal mais frequente, sendo predominante no sexo feminino (2:1) e intimamente relacionada com história familiar. Pode ser uma malformação isolada ou associada a outras alterações congênicas, como na Síndrome de CHARGE. São classificadas quanto à lateralidade (unilateral ou bilateral), composição (óssea, membranosa e ósseo-membranosa) e clínica (tipo I, II, III e IV). O padrão ouro para o diagnóstico é TC, mas os sintomas clínicos e falta de progressão de sonda nasogástrica são de grande utilidade na prática clínica. O manejo inicial é feito de forma clínica, com colocação de sonda orogástrica ou cânula oral, mas o tratamento definitivo é cirúrgico.

**Considerações Finais:** Diante da presença de sintomas como desconforto respiratório em graus variados e cianose em recém-nascidos e lactentes é mandatório suspeita de anomalias nasais, como a atresia coanal. O diagnóstico precoce é essencial para o bem-estar e desenvolvimento infantil adequado.

## P 525 CORREÇÃO DE INSUFICIÊNCIA VALVULAR NASAL COM BATTEN GRAFT - UM RELATO DE CASO

Carolina Scortegagna De Conti, Waleska Nunes Maffei, Alana Cardozo Macagnan

*Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** I.T.D., sexo feminino, 65 anos, agricultora. Paciente refere obstrução nasal bilateral, crônica, mais acentuada à direita, acompanhada de respiração oral constante, roncos, rinorreia posterior e pigarro. Refere também dor facial e importante hiposmia. Nega demais sintomas. Ao exame, apresenta-se em bom estado geral, mucosas úmidas, coradas, acianóticas e anictéricas. Sem alterações em oroscopia. Na rinoscopia anterior apresenta desvio de septo nasal posterior à direita. Identifica-se insuficiência valvular nasal. Otoscopia sem alterações. Paciente hipertensa controlada, em uso de losartana 50 mg duas vezes ao dia, anlodipino 10 mg uma vez ao dia e carbonato de cálcio 500 mg uma vez ao dia.

**Discussão:** Tomografia computadorizada de seios da face apresenta discreto espessamento da mucosa etmoidal à direita, paredes mediais dos seios maxilares e seios esfenoidais, presença de hiatos maxilares acessórios bilateralmente, leve hipertrofia da mucosa de revestimento dos cornetos nasais, concha média bolhosa lamelar à esquerda e desvio lateral direito do septo nasal com esporão.

**Considerações Finais:** É realizada a septoplastia, rinoplastia funcional (*Batten Graft*) e turbinoplastia bilateral, sob anestesia geral. Realizada infiltração da mucosa nasal septal com solução xiloadrenalina 1:50.000, incisão hemitransfixante da mucosa septal anterior, descolamento subpericondril e subperiosteal da mucosa septal, correção do desvio septal osteo-cartilaginoso, turbinoplastia à direita e posteriormente à esquerda, descolamento de bolsa subcondral em crura lateral até abertura piriforme à direita, inserção de enxerto de cartilagem septo nasal tipo *Batten Graft*, idem no lado contralateral, sutura de incisão marginal e columelar, colocação de *splint* nasal e fixação. No pós-operatório paciente relata melhora importante da obstrução nasal (80%). Segue lavando as narinas com soro fisiológico. Na rinoscopia apresenta septo centrado, presença de poucas crostas. Importante diminuição do colabamento de asa nasal.

## P 526 CRANIOFARINGIOMA RECIDIVANTE APÓS 30 ANOS COM INVASÃO DE SEIOS PARANASAIS E ALTERAÇÕES EM BASE DE CRÂNIO: RELATO DE CASO

Eduardo de Araujo Silva, Josy da Silva Rodrigues

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 34 anos, diagnosticado com craniofaringioma aos 4 anos de idade, realizou ressecção cirúrgica na ocasião do diagnóstico. Cursava com pan-hipopituitarismo, diabetes insipidus e epilepsia lesional pós-ressecção. Apresentou no último ano piora do estado geral, diminuição progressiva da acuidade visual, estrabismo divergente do olho direito e deixou de deambular. Além disso, apresentava hemiparesia à esquerda e retardo mental. Exames de imagem identificaram surgimento de lesão expansiva com densidade de partes moles na região parasselar esquerda, com invasão do seio cavernoso, além de importante extensão para o seio esfenoidal esquerdo, medindo aproximadamente 3,0 x 2,6 x 2,1 cm nos maiores eixos, causando indefinição da parede lateral deste seio e osteólise do *clivus*. Nessa região havia áreas de depósitos de hemossiderina e/ou calcificações distróficas possivelmente relacionada à recidiva de craniofaringioma. A lesão obliterava o cavo de Meckel, estendendo-se até a fissura orbitária superior e o forame redondo à esquerda. Não se identificou invasão de nasofaringe. Foi encaminhado para iniciar tratamento radioterápico e seguiu-se tratamento para melhora sintomática.

**Discussão:** Os craniofaringiomas são tumores primários da região selar e de natureza histológica quase invariavelmente benigna, encapsulados e de consistência variável. Apresentam pico bimodal de incidência, sendo mais frequentes em crianças e adolescentes. Cursam com crescimento por expansão, causando efeito de massa local, frequentemente associado à compressão de vias ópticas, infiltração e aderência ao parênquima cerebral adjacente, fatos esses que dificultam sua ressecção cirúrgica. Em alguns casos, podem se apresentar em nasofaringe. Invasão de seios paranasais e alterações em estruturas de base de crânio corroboram para um mau prognóstico.

**Considerações Finais:** Recidiva de craniofaringioma na idade adulta é um fenômeno raro e de mau prognóstico, sendo que seu manejo tem como objetivo a redução da morbimortalidade relacionada à doença e complicações correlatas, além de melhorar a qualidade de vida nos indivíduos acometidos.

## P 527 DACRIOCISTOCELE CONGÊNITA BILATERAL: RELATO DE CASO

Marina Ferraz Gontijo Soares, Melissa Ameloti Gomes Avelino, Mariana Moreira de Deus, Raissa Camelo Valletta, Camilla Gabriela Oliveira, Stela Oliveira Rodrigues, Guilherme Mendes Pimenta

*Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** RN do sexo feminino, nascida a termo, de gestação e parto sem intercorrências, apresentou desde o primeiro dia de vida tumoração próxima à região cantal medial do olho direito, que evoluiu para hiperemia, edema e epífora, graduais até o quarto dia de vida. Após antibioticoterapia, evoluiu com melhora dos sinais inflamatórios locais, entretanto, manteve o abaulamento cantal medial.

**Discussão:** Dacriocistocele congênita é uma afecção rara do sistema lacrimal, que acomete com maior frequência recém-nascidos do sexo feminino. Manifesta-se por lesão cística na região cantal medial da órbita, mais comumente de forma unilateral, geralmente identificada por ultrassom gestacional ou pelo exame físico durante os primeiros dias de vida do RN. Frequentemente, pode complicar com infecção bacteriana secundária (dacriocistite aguda) e ainda com celulite, conjuntivite e desconforto respiratório. Entre as formas de tratamento, encontra-se a antibioticoterapia, a massagem e o tratamento cirúrgico.

**Considerações Finais:** Descrevemos um caso de dacriocistocele bilateral congênita, associada à dacriocistite aguda, diagnosticado aos primeiros dias de vida de uma RN do sexo feminino. Destacamos que a identificação precoce do quadro clínico e a adequada avaliação complementar contribuem para tratamento e prognóstico favoráveis.

## P 528 DERMOSSEPTOPLASTIA COMO TRATAMENTO DA EPISTAXE RECORRENTE EM PACIENTES COM TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Paulo André Carvalho de Sousa, Mauro Becker Martins Vieira, Marcos Alexandre de Almeida, Hannah Damasceno Barreto, Kenia Rabelo Santana de Faria, Maycon Sabino Souza e Silva, Sarah Maciel Augusta Morato

*Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente H.L., 82 anos, sexo feminino, procurou o Ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital Felício Rocho por conta de episódios de epistaxe recorrente, por vezes severa, de vários anos de evolução. Havia história de parente de primeiro grau (uma irmã) com diagnóstico clínico de telangiectasia hemorrágica hereditária (THH). Ao exame físico, apresentava lesões telangiectásicas em cavidade oral e perfuração do septo nasal. O diagnóstico clínico de THH foi realizado pelos Critérios de Curação. Após manejo clínico com oclusão narinária intermitente, tamponamentos nasais e cauterização química/elétrica, houve manutenção das epistaxes. Submetida, então, à dermosseptoplastia pela técnica clássica, com correção da perfuração de septo nasal.

**Discussão:** A THH é uma doença rara caracterizada pela presença de telangiectasias e malformações arterio-venosas. O principal achado clínico da doença é o sangramento nasal, presente em quase todos os pacientes aos 40 anos de idade. Pela frequência e intensidade pode levar a diminuição importante da qualidade de vida e morbidade (anemia ferropriva, por exemplo). O tratamento da epistaxe deve ser inicialmente clínico, podendo incluir: cauterização química ou elétrica, fotocoagulação a laser, terapia hormonal, antifibrinolíticos, embolização, e injeções de bevacizumab. A dermosseptoplastia (septodermoplastia) é considerada padrão ouro de tratamento quando o sangramento é severo e crônico, sem resposta a outras medidas. A técnica clássica usada inclui uma abordagem por rinotomia lateral, a qual continua sendo a principal. Como complicações, há descrição de formação de crostas e ressecamento nasal no pós-operatório.

**Considerações Finais:** A dermosseptoplastia demonstrou ser uma conduta viável na epistaxe crônica e servera em pacientes com THH pois, apesar de complicações menores (formação de crostas e ressecamento nasal), houve melhora significativa da frequência e intensidade dos sangramentos e, com a evolução da cicatrização, diminuição das crostas nasais impactando em melhora importante da qualidade de vida.

## P 529 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ALARGAMENTO DE INFUNDÍBULO ETMOIDAL - POLIPOSE NASOSSINUSAL E BOLA FÚNGICA CONCOMITANTE

Daniel Braz Nunes Azevedo, Ester Alves Nunes, Alarico Nunes Azevedo Filho, Luiz Felipe Lira de Moraes, Gabriel Martins Nunes

*Otoclínica, Araguaína, TO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.C.G.G., 32 anos, sexo feminino, residente em zona rural, apresenta quadro de epistaxe oriundo de fossa nasal esquerda há cerca de dois meses, de caráter intermitente, sem histórico de trauma, autolimitada, de pouca monta, sem história de quadro sugestivo de rinosinusite. Em investigação diagnóstica foi flagrada na endoscopia nasal presença de lesão polipoide e corneto médio degenerado, exame de imagem tomografia computadorizada dos seios da face: quadro sugestivo de polipose. Indicada cirurgia endoscópica funcional e polipectomia; durante abordagem cirúrgica foi flagrada bola fúngica concomitante, transcorrida sem intercorrências.

**Discussão:** A epistaxe não é o sintoma mais comum de apresentação da polipose nasossinusal, sendo mandatória a realização de endoscopia nasal e estudo tomográfico. A epidemiologia de ambas as condições concomitantes é rara, sendo por muitas vezes condições oligossintomáticas, devendo o especialista estar atento ao perfil do paciente, no caso, residente em zona rural e histórico de manipulação dentária.

**Considerações Finais:** A baixa incidência da polipose nasossinusal, 1 a 4% da população, aliada com uma apresentação sintomática atípica, levando a uma baixa suspeita diagnóstica, enfatizam a importância do alerta feito por este trabalho, lembrando que a bola fúngica não invasiva também é de baixa incidência, muitas vezes flagrada em investigação diagnóstica com quadro de rinosinusite associado não responsivo a tratamento clínico inicial. Os diagnósticos aqui discutidos têm indicação de abordagem cirúrgica, no caso da bola fúngica, intenção curativa.

## P 530 DISPLASIA FIBROSA MONÓSTOTICA: RELATO DE CASO

Alice Karoline de Oliveira, Eriko Vinhaes, Grasielle Souza Figueredo, Mariana Mascarenhas Assis, Emilio Salviano Neto, Francisco Ramon Teles de Oliveira, Nilvano Alves de Andrade

*Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 41 anos, em acompanhamento com cirurgia buco-maxilo-facial devido à disfunção de articulação temporomandibular (DTM) à esquerda, quando foi solicitada tomografia computadorizada da face que evidenciou nodulação em região esfenoidal com atenuação em vidro fosco. Além dos sintomas associados à DTM, o paciente relatou apenas obstrução nasal e cacosmia intermitente, porém sem lhe trazer incômodo significativo. Foi submetido à cirurgia endoscópica nasal para realização de biópsia de lesão, com resultado anatomopatológico de displasia fibrosa (DF). Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório.

**Discussão:** A DF é uma lesão pseudoneoplásica congênita, caracterizada pela substituição de osso e medula óssea normais por tecido fibroso. Representa 2,5% a 7,0% dos tumores ósseos benignos e pode se apresentar sob as formas monostóticas (acometem apenas um osso) e poliostóticas (acometem dois ou mais ossos). A DF poliostótica é mais rara e, quando associada a manchas “café-com-leite” e distúrbios endócrinos, corresponde à síndrome de McCune-Albright. Já a forma monostótica tem como principal diagnóstico diferencial o fibroma ossificante e, neste caso, o anatomopatológico é essencial.

**Considerações Finais:** A etiologia da DF ainda é incerta, porém, afirma-se que a mesma desenvolve-se de uma anormalidade primária do mesênquima na formação óssea. Acomete, preferencialmente, o sexo feminino. Comumente, manifesta-se com deformidades craniofaciais (ex.: leontíase óssea, causada pela expansão da maxila) e dor, mas pode se apresentar também com alterações oculares, surdez, obstrução nasal e tontura. A TC é o exame de escolha para avaliação das lesões craniofaciais e um adequado planejamento cirúrgico, porém na DF monostótica é essencial o exame anatomopatológico para diferenciação diagnóstica. O tratamento é cirúrgico, objetivando sua remoção completa. A doença tem comportamento benigno, porém, seu crescimento, apesar de lento, pode comprometer estruturas nobres na base do crânio e órbita, merecendo atenção dos otorrinolaringologistas.

## P 531 DISPLASIA FIBROSA POLIOSTÓTICA DE CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO

Andreza Mariane de Azeredo, Marcel Machado Valério, Francesco Prezzi, Konrado Massing Deutsch, Jorge Alexandre Gobbi Manfrin

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 30 anos, encaminhado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre por quadro de dor retroauricular e cefaleia frontal há 6 meses. Relatava piora progressiva da acuidade visual em olho esquerdo e proptose, obstrução nasal bilateral e anosmia. Não apresentava antecedentes mórbidos relevantes. Paciente referia tabagismo, etilismo; usuário de cocaína em abstinência. Ao exame físico, apresentava proptose e abaulamento de fossa nasal esquerda. À rinoscopia anterior, observava-se presença de lesão hiperemiada obstrutiva, ocupando fossa nasal esquerda, desviando septo nasal à direita. Na oroscopia, não se visualizavam lesões. Na tomografia computadorizada evidenciava-se lesão sugestiva de calcificação de 9,5x7,5x6,5 cm; células etmoidais, seio frontal esquerdo protruindo para fossa craniana anterior; ocupação de fossa nasal esquerda; interior do seio esfenoidal esquerdo, estendendo-se para rinofaringe; descontinuidade da parede medial da órbita esquerda com ampla insinuação para dentro desta, determinando desvio do músculo reto medial e nervo óptico para esquerda. O anatomopatológico da biópsia era compatível com displasia fibrosa. A avaliação oftalmológica concluiu que o efeito expansivo da lesão ocasionou aumento da distância entre os globos oculares; proptose, sem comprometimento funcional visual ou motricidade ocular, com pressão intraocular normal. A avaliação da neurocirurgia concluiu que a extensão para sistema nervoso central não afetava parênquima. A cirurgia foi realizada sem intercorrências. Apresentou boa evolução pós-operatória, com redução da distância entre os globos oculares, melhora da acuidade visual e obstrução nasal. Paciente mantém acompanhamento regular no ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço.

**Discussão:** A displasia fibrosa é um tumor benigno raro, de etiologia desconhecida. Nesta condição, há a substituição de osso e medula óssea normal por tecido fibroso e ósseo desordenadamente distribuídos. Apresenta grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, pois estes, geralmente, apresentam consequências funcionais e estéticas importantes.

**Considerações Finais:** Reconhecer esta condição pode contribuir de maneira significativa para o tratamento desses pacientes.

## P 532 DISPLASIA FIBROSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Débora Bressan Pazinato, Lizandra Stopa Passini, Igor Guerra Guimarães, Eron Mosciati, Thiago Carvalho e Silva Figueiredo, Rodrigo Ubiratan Franco Teixeira, Ivan de Picoli Dantas

*Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** V.R.S., 16 anos, sexo masculino, deu entrada no pronto-atendimento do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, em abril 2017, com queixa de abaulamento em olho direito há 4 meses, associado à turvação visual e cacosmia. Negava outros sintomas nasais. Ao exame físico, presença de proptose importante em olho direito e lesão de aspecto polipoide em meato médio à direita, de aspecto firme e coloração amarelada, sem secreção alterada à avaliação nasal endoscópica. Exame tomográfico das órbitas revelou lesão expansiva com atenuação radiográfica de tecido ósseo, fibroso (vidro fosco) em teto de órbita direita e lesão expansiva com bordas escleróticas de conteúdo líquido ocupando células etmoidais à direita, deslocando músculo retomedial e o seio maxilar direito. Realizada sinusectomia endoscópica com descompressão de órbita e marsupialização de lesão expansiva à direita. Avaliação anatomopatológica do material revelou displasia fibrosa com corpos psamomatosos e corpos cemento-ósseos associados a alterações secundárias de cisto ósseo aneurismático em osso da cavidade nasal. Paciente apresentou melhora da proptose já no pós-operatório imediato. Mantém seguimento ambulatorial, sem recidiva da lesão até o presente momento.

**Discussão:** A displasia fibrosa é uma lesão pseudoneoplásica de etiologia desconhecida, caráter benigno, proliferativa, caracterizada pela substituição gradual do trabeculado ósseo normal por tecido fibroso e ósseo imaturo, sendo sua etiologia ainda incerta. Ela pode ser monostótica ou poliostótica, de acordo com o número de ossos envolvidos. Os principais diagnósticos diferenciais incluem o fibroma ossificante e a displasia óssea.

**Considerações Finais:** Lesões fibro-ósseas, como a displasia fibrosa, possuem várias características semelhantes a outras afecções. Torna-se importante obter o máximo de informações, por meio de exames clínicos, imaginológicos, laboratoriais e histopatológicos para chegar a um correto diagnóstico.

## P 533 DOENÇA DE ROSAI-DORFMAN COM MANIFESTAÇÃO EM SEIOS PARANASAIS: RELATO DE CASO

Rafaela Mabile Ferreira dos Santos Sobreiro, Isabella Fonseca da Silva, Marcela Santos Cavalcanti, Ian Selonke, Bruno Amaral Hay, Juliana Cristina Mesti Duarte, Andreza de Carvalho Formiga

*Hospital da Cruz Vermelha Filial Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente I.M., 75 anos, feminino, branca, encaminhada para do serviço de Otorrinolaringologia por anosmia e proptose há 1 ano. A queixa da paciente iniciou de forma progressiva e gradual. Realizou tomografia de seios da face que evidenciou a presença de material de partes moles, velando seios maxilares, etmoidal e frontal. Presença de massa em cone orbitário direito fazendo proptose e massa em região malar direita. Foi realizada biópsia da massa e enviada à anatomia patológica, que evidenciou dacrioadenite crônica linfoplasmocitária acentuada, com ausência de malignidade na amostra, tendo como diagnóstico diferencial doença de Rosai-Dorfman (DRD). Com a progressão dos sintomas, foi realizada sinusectomia maxilar bilateral, sinusectomia etmoidal e exérese de tumor de vias aéreas superiores. O anatomopatológico deste material apresentou denso infiltrado respiratório crônico, rico em plasmócito e histócitos xantomizados. O perfil imunoistoquímico (CD68, S100), em conjunto com os achados morfológicos, foi laudo compatível com DRD.

**Discussão:** A DRD é uma desordem histiocítica, proliferativa, não neoplásica, de etiologia incerta, rara e autolimitada definida por seus achados histológicos, aumento dos histócitos que apresenta núcleo globoso e nucléolo distinto. A doença acomete frequentemente crianças e adultos jovens e negros. Os órgãos mais acometidos são nódulos linfáticos e outros órgãos como pele, trato respiratório e rins. Achados exclusivamente extranodais são raros. Sua evolução é benigna e normalmente está associada com alterações hematológicas. O diagnóstico de DRD é feito pelos achados clínicos associados à imunohistoquímica. A expressão celular frequentemente encontrada é S-100 proteína, CD68, CD163, alfa-1antitripsina, KiM1p e ausência de CD1a.

**Considerações Finais:** O presente relato de caso tem como objetivo descrever uma manifestação atípica de DRD, com comprometimento primário exclusivo de seios paranasais sem linfadenomegalia, além de reforçar a importância de se pensar em doença sistêmica diante de quadro tomográfico sugestivo de polipose nasossinusal.

## P 534 DOENÇA RELACIONADA AO IGG-4 COMPORTANDO-SE COMO TUMOR DE BASE DE CRÂNIO

Isnara Mara Freitas Pimentel, Erika Ferreira Gomes, Jackson Augusto Godim Oliveira, Débora Lilian Nascimento Lima, Yuri Rodrigues Rocha, Juliana Teixeira de Souza, Tiago Silva Holanda Ferreira

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 38 anos, masculino, deu entrada em emergência hospitalar com quadro de cefaleia pulsátil, holocraniana, associado a náuseas, vômitos, diplopia e turvação visual à direita. Portador de HIV em tratamento. Ao exame físico, apresentava Glasgow 15, pupilas anisocóricas (D>E), fotorreagentes, paresia de sexto nervo craniano à direita e diplopia. Realizou ressonância magnética (RNM) de crânio que evidenciou lesão expansiva lobulada hipercaptante de contraste, medindo 3,3 x 2,7 x 3,4 cm, centralizada no *clivus* e na região paraselar à direita, envolvendo circunferencialmente a carótida interna adjacente e aparentando infiltrar seio cavernoso. Foi submetido à cirurgia endoscópica transesfenoidal para tumor de base de crânio sem intercorrências. Imunohistoquímica apresentou quadro morfológico compatível com lesão linfoplasmocitária esclerofibrosante, IgG-4 positivo em células plasmáticas.

**Discussão:** A doença relacionada ao IgG-4 (IgG4-RD) é uma condição imunomediada rara e ainda pouco conhecida, composta por uma série de distúrbios que compartilham características patológicas, sorológicas e clínicas particulares. Essa doença pode afetar um ou mais órgãos e se manifestar como tumores semelhantes aos tumores dos órgãos envolvidos, infiltrado linfoplasmocítico enriquecido em células plasmáticas positivas para IgG-4 e um grau variável de fibrose que possui um padrão esclerosante. Concentrações séricas elevadas de IgG-4 podem ser encontradas em 60 a 70% dos pacientes com IgG4-RD. É mais comum em homens de meia idade e já foi descrita em pâncreas, glândulas salivares, tecidos periorbitários, rins, pulmões, linfonodos, meninges, aorta e tireoide.

**Considerações Finais:** Pelo fato de ser uma afecção de pouco conhecimento na literatura, a IgG4-RD, tal como relatada nesse caso, destaca-se pelo fato raro de se apresentar como lesão expansiva de base de crânio, devendo ser lembrada no diagnóstico diferencial.

## P 535 ENCEFALOCELE NASOETMOIDAL

Carolina da Silveira Alves, Eduardo Romero Sampaio Botelho, Rosana Guimarães Rodrigues Alves, Geizeane Morais da Cunha, Gustavo Bachega Pinheiro, Maria Stella Jaqueline Alves de Farias, Vanéli Silva Martins

*Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente E.F.G., masculino, 5 anos, compareceu ao ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital de Base do DF, acompanhado da mãe, com relato de massa em fossa nasal direita desde 1 ano, de crescimento progressivo, dolorosa à compressão, associada à cefaleia recorrente. Nega comorbidades e intervenções prévias. Ao exame inicial, rinoscopia com tumoração em FND e desvio septal à esquerda, otoroscopia sem alterações. Realizou TC de seios da face revelando massa com densidade de partes moles preenchendo parcialmente a fossa nasal direita, rechaçando, desviando e remodelando a parede medial do seio maxilar direito, a lâmina perpendicular do etmoide, vomer e as paredes mediais das células etmoidais. Solicitada RNM, compatível com encefalocele do subtipo nasotemoidal. Foi submetido à biópsia da massa que revelou glioma nasal. Paciente aguarda correção cirúrgica.

**Discussão:** As anomalias congênitas da linha média nasofrontal são raras, com sua prevalência estimada em 1:20000 ou 1:40000 nascimentos. Os principais diagnósticos diferenciais são cistos dermóides, gliomas nasais e encefaloceles. Apesar de raras, seu diagnóstico é importante devido à possível conexão com o sistema nervoso central, necessitando de tratamento cirúrgico.

**Considerações Finais:** As encefaloceles são massas que alargam o dorso nasal, pulsáteis, azuladas, compressíveis, que crescem à compressão de veias jugulares. É preciso realizar diagnóstico e intervenção precoces, evitando complicações, como meningites ou fístulas secundárias à biópsia.

## P 536 ESTESIONEUROBLASTOMA COM EXTENSÃO INTRACRANIANA: RELATO DE CASO

Taynara Oliveira Ledo, Thays Fernanda Avelino dos Santos, Athina Hetiene de Oliveira Irineu, Marília Batista Costa, Paula Santos Silva Fonsêca, Flavia Feres Bressan, Daniel Lorena Dutra

*Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.S., 56 anos, masculino, com história de obstrução nasal à direita há 1 ano, associada à cefaleia frontal. Evoluiu com episódios de desorientação temporo-espacial e dificuldade de deambulação, levando-o a quedas recorrentes, o que o motivou a procura pelo pronto-socorro. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de crânio que demonstrou processo expansivo na lâmina cribiforme à direita com extensão para seio etmoide, frontal e apagamento dos sulcos corticais adjacentes. Optado por internação hospitalar, realizada ressonância nuclear magnética (RNM) apontando lesão com hipossinal em T1, hipersinal em T2 e FLAIR, com epicentro na lâmina cribiforme à direita e componente intracraniano frontal, produzindo efeito de massa com compressão do ventrículo direito e desvio de linha média. À rinoscopia, evidenciada lesão tumoral em fossa nasal direta, realizada biópsia via endoscópica, com diagnóstico de estesioneuroblastoma. Paciente submetido à craniotomia com ressecção parcial da lesão expansiva frontal devido adesão às artérias cerebrais anteriores. Evoluiu sem sequelas pós-operatórias. Segue em acompanhamento e em programação de radioterapia associada à quimioterapia.

**Discussão:** Devido ao padrão de crescimento lento, pode haver um atraso no diagnóstico do ENB. Os pacientes apresentam sintomas de obstrução nasal e epistaxe recorrentes. A imagem de diagnóstico de rotina incluem tanto a realização de TC com contraste e RNM. As modalidades de tratamento incluem cirurgia, quimioterapia, radioterapia, além dos cuidados paliativos. Atualmente, a abordagem multimodal é elegida para melhora da sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes. A recomendação de tratamento constitui ressecção craniofacial seguida de radioterapia, acrescentada de quimioterapia para pacientes com doença avançada, recorrente ou metastática.

**Considerações Finais:** O ENB é um tumor maligno muito incomum que se origina no epitélio olfatório, apresenta uma história natural caracterizada por recorrência local ou regionais frequentes. A terapia cirúrgica deve ser realizada com a abordagem de equipe multidisciplinar para obter melhores resultados.

## P 537 ESTESIONEUROBLASTOMA, UM TUMOR RARO - RELATO DE CASO

Betina Napoleão Ferreira, Luiz Roberto Tomasi Ribeiro, Caroline de Aguiar dos Santos, Gabriela de Aguiar dos Santos, Gabriela da Costa, Henrique Candeu Patrício, Nadhine Feltrin Ronsoni

*Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, branca, 52 anos, apresentou obstrução da narina direita e cefaleia frontal à direita, iniciadas 6 meses antes de procurar a consulta médica. À rinoscopia, observou-se tumoração em fossa nasal direita. Não encontraram-se particularidades à palpação cervical. Na tomografia de seios da face, evidenciou-se material de densidade de partes moles em região etmoidal olfatória direita, sem invasão intracraniana e sem invasão de estruturas paranasais. Foi realizada cirurgia para extirpação tumoral, via endoscópica endonasal, com ressecção da lesão tumoral, constatada ausência de acometimento da cadeia linfonodal regional. O procedimento ocorreu sem intercorrências, e sem complicações pós-operatórias significativas. Ao exame anatomopatológico, com prova imunohistoquímica, foi feito o diagnóstico de estesioneurolblastoma. Encaminhada para oncologia, realizou sessões de radioterapia. A paciente teve boa evolução pós-operatória. Vem sendo acompanhada e, há 4 anos da cirurgia, não apresenta sinais de recidiva.

**Discussão:** O estesioneurolblastoma é um tumor neuroectodérmico raro, que se origina, geralmente, na porção superior das fossas nasais, junto à placa cribiforme. Constitui 3-5% das neoplasias das fossas nasais, com pico de incidência entre os 40 e 70 anos. O sistema de estadiamento mais utilizado é o de Kadish. Seu diagnóstico definitivo depende de imunohistoquímica. O tratamento de ressecção craniofacial e radioterapia parece associar-se aos melhores resultados. Técnicas endoscópicas têm sido preconizadas em sua terapia com o intuito de diminuir morbidades e custos. A quimioterapia é geralmente reservada a tumores localmente avançados, inoperáveis, recidivas ou doença metastizada.

**Considerações Finais:** O caso relatado corrobora que o uso da técnica cirúrgica endoscópica endonasal traz consigo menor morbidade ao paciente (período de internação e tempo cirúrgico menor) e custos hospitalares diminuídos. Possibilita a ressecção da neoplasia com margens comparáveis à cirurgia craniofacial. Os resultados em longo prazo descritos na literatura são comparáveis ao tratamento convencional. Nosso seguimento da paciente, 4 anos após a cirurgia, apresenta bom prognóstico.

## P 538 ESTESIONEUROBLASTOMA: ABORDAGEM POR MAXILECTOMIA ENDOSCÓPICA E RESSECÇÃO TRANSCRIBRIFORME

Isnara Mara Freitas Pimentel, Yuri Rodrigues Rocha, Erika Ferreira Gomes, Juliana Texeira de Souza, Antonio Serra Lopes Filho, Bruno Alves Teixeira, Cleto Dantas Nogueira

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 56 anos, feminino, com obstrução nasal unilateral, hiposmia e hipogeusia há 3 meses. À rinoscopia anterior, lesão expansiva em fossa nasal esquerda. À palpação cervical, linfonodomegalia em região jugulodigástrica ipsilateral. Tomografia computadorizada (TC) apresentando lesão captante de contraste, ocupando o andar superior e médio da cavidade nasal esquerda. Paciente submetida à ressecção transcribriforme de tumor nasossinusal e maxilectomia endoscópica (Denker modificada). Anatomopatológico evidenciou neoplasia maligna de natureza neuroblástica pouco diferenciada e imunohistoquímica apresentou Cromogranina A, CD56, AE1-,AE3-- + focal, Ki67 10%,CD 99, Miogemina, consistente com estesioneuroblastoma e linfonodo positivo. Realizado esvaziamento cervical seletivo e radioterapia adjuvante.

**Discussão:** Estesioneuroblastoma é uma neoplasia maligna rara, correspondendo 3 a 5% dos tumores de cavidade nasal, incidindo na segunda e sexta décadas de vida. Descrita primeiramente em 1924 por Breger, atualmente relatados cerca de 1000 casos. A dificuldade diagnóstica da doença decorre da sintomatologia inespecífica (cefaleia, obstrução nasal e epistaxe), necessitando de TC, ressonância magnética, anatomopatológico e imunohistoquímica. Considerado padrão ouro o tratamento com ressecção tumoral associado à radioterapia. O acesso transcribriforme é utilizado para remover a área cribriforme com preservação da crista galli, com ou sem ressecção da dura mater. É indicado principalmente para lesões que envolvem o sulco olfatório, hipófise e crista galli, podendo ser uni ou bilateral. A maxilectomia endoscópica modificada implica na remoção de parte da parede medial da maxila para acesso amplo ao seio maxilar. Utilizada para remoção de tumores e tratamento de sinusite maxilar refratária, diferindo da tradicional por preservar o ducto lacrimal e parte da concha inferior.

**Considerações Finais:** O relato de caso é relevante pela raridade da neoplasia e pelo sucesso na ressecção do tumoral por acesso transcribriforme associado à maxilectomia endoscópica modificada, tratando-se de técnica cirúrgica com menos complicações pós-operatórias, sem diminuir a radicalidade do princípio oncológico.

## P 539 ETIOLOGIA DAS FRATURAS NASAIS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL SANTA LUCINDA - PUC-SP

Luiz Eduardo Flório Junior, Mariana Heraria Favoretto, Vinícius de Faria Gignon, Nathalia Tenorio Fazani, Gislaine Patricia Coelho, Gabriella Macêdo Barros, Larissa Borges Richter Boaventura, Gilson Espínola Guedes Neto

*Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Estudar as características dos pacientes com fraturas nasais atendidos nos anos de 2016 e 2017 no serviço de urgência e emergência de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Lucinda - PUC-SP. Os dados coletados foram: sexo, faixa etária, tipo de trauma, tempo de chegada ao serviço e vetor do trauma.

**Método:** Foram analisados prontuários de 71 pacientes com fratura nasal no período de janeiro de 2016 a junho de 2017.

**Resultados:** A maioria dos pacientes são do sexo masculino (64,79%), na faixa etária de 20 a 40 anos (39,43%). O vetor de trauma frontal foi duas vezes maior que o lateral. Quanto ao tempo de chegada até o serviço após o trauma a maioria foi de até 12 horas (53,52%). Os casos acidentais representam 74,64%, os casos de agressão corresponderam a 23,94% do total, e quando separados por sexo, houve maior incidência nos homens.

**Discussão:** No mundo todo as agressões são a causa mais comum (35,8%), quando analisadas por região, na América do Sul representam a maior causa (46,5%) assim como na Europa (40,8%) e Ásia (36,7%). A América do Norte é a única região em que as agressões ficam em segundo lugar (20,7%), assim como no estudo realizado neste serviço (23,94%).

**Conclusão:** As características dos pacientes atendidos no serviço foi muito similar a outros estudos realizados no Brasil e no mundo, porém quanto a causa das fraturas os resultados se assemelharam àqueles da América do Norte.

## P 540 EVOLUÇÃO ATÍPICA DE TROMBOSE DE SEIO CAVERNOSO SECUNDÁRIA À RINOSSINUSITE

Jackeline Paulino D'Agostin, Fábio Duro Zanini, Mariana Manzoni Seerig, Janaína Jacques, Maria Fernanda Piccoli Cardoso de Mello, Martin Batista Coutinho, Henrique Ryuji Takahashi

*Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 52 anos, encaminhado à Otorrinolaringologia por suspeita de complicação intracraniana secundária à rinossinusite. Há 3 meses com evolução insidiosa à esquerda com hiperemia conjuntival, exoftalmia, edema palpebral, dor periorbital, visão turva, diplopia e oftalmoplegia. Tomografia computadorizada de crânio evidenciou trombose de seio cavernoso à esquerda com fístula carótido-cavernosa ipsilateral, veias oftálmicas proeminentes, espessamento mucoso em seios maxilares, óstio do seio maxilar esquerdo obliterado e tecido polipoide em fossa nasal esquerda em meato médio. Arteriografia demonstrou ausência de fluxo em seios cavernosos e caracterizou a fístula carótido-cavernosa como indireta, com drenagem para veia oftálmica superior esquerda e fluxo lento. O paciente foi submetido à antibioticoterapia, sinusectomia e anticoagulação com varfarina e evoluiu bem.

**Discussão:** A trombose séptica do seio cavernoso costuma ter origem de processo infeccioso de órbita, seios paranasais ou metade superior da face (abscesso, otite, etc). O quadro clínico é geralmente de extrema gravidade acompanhado de cefaleia, febre, vômitos, convulsões, taquicardia, leucocitose e anemia. Dentre as alterações locais, incluem-se: quemose conjuntival, edema de pálpebra, oftalmoplegia, midríase ou miose, anestesia da córnea, dor ocular e no terço superior da face, trismo, hemorragias retinianas e papiledema. Fístula carótido-cavernosa é uma complicação possível. O tratamento baseia-se no combate à infecção com antibioticoterapia de largo espectro, remoção do foco de infecção primária, controle da pressão intracraniana e uso de anticoagulantes.

**Considerações Finais:** A trombose do seio cavernoso apresenta prognóstico reservado, mortalidade em torno de 30% e são incomuns evolução insidiosa, quadro clínico restrito a alterações locais e formação de fístula carótido-cavernosa.

## P 541 EVOLUÇÃO DA RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA EM PACIENTE DIABÉTICA

Emanuelle Pereira Gomes Guimarães, Guilherme Guimarães Silveira, Anderson Patricio Melo

*Hospital Universitário Clemente de Faria, Montes Claros, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente R.A.D.S., 45 anos, sexo feminino, diabética insulino-dependente, com queixa de obstrução nasal, hiposmia, rinorreia escura iniciados há quatro meses, após colecistectomia. À endoscopia nasal, apresenta material de aspecto fúngico em meato médio direito e recesso esfeno-etmoidal ipsilateral. Na tomografia de seios da face, detectou-se material com densidade de partes moles em seios maxilar, etmoide e esfenoide direitos, com aspectos sugestivos de etiologia fúngica. Foi submetida à intervenção cirúrgica sob sedação e anestesia local e, no intraoperatório, foram observadas erosões ósseas em parede anterior de esfenoide, porção distal de septo nasal, de parede posterior de seio maxilar, acometendo inclusive fossa pterigopalatina. Foram removidas todas as estruturas comprometidas e desvitalizadas, sem sangramentos relevantes. Dentre outras medidas, prescrito antifúngico sistêmico oral por tempo prolongado. A paciente evoluiu com perfuração em região anterior de septo nasal, apesar de esta região não ter sido abordada cirurgicamente. Ainda em seguimento clínico, sem novas complicações.

**Discussão:** A rinossinusite fúngica pode ser não invasiva ou invasiva, de acordo com evidência histopatológica de invasão tecidual por fungos. A forma invasiva geralmente ocorre em pacientes imunocomprometidos, como diabéticos, mas a forma crônica (mais de quatro semanas de evolução) pode ocorrer em pacientes com sistema imunológico competente. Apresenta-se como uma massa em seios paranasais que pode erodir paredes ósseas e invadir tecidos adjacentes, podendo haver disseminação hematogênica. O *Aspergillus* é o agente mais comum. O tratamento inclui dissecação local ampla e antifúngico sistêmico. Mesmo com tratamento adequado, a recorrência é alta, sendo doença de grande morbimortalidade.

**Considerações Finais:** A rinossinusite fúngica invasiva é uma afecção de alta morbimortalidade, podendo ter desfecho desfavorável mesmo em pacientes imunocompetentes.

## P 542 FÍSTULA LIQUÓRICA BILATERAL

Paulo Tinoco, Lucas Sieburger Zarro, Marina Bandoli De Oliveira Tinoco, Amanda Monteiro Pina Queiroz, Diogo Araujo Silveira

*Universidade Iguazu - Campus V, Itaperuna, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.A.S., 63 anos, sexo feminino. Há um mês apresentando rinorreia hialina unilateral (direita), sendo tratada por outros especialistas com antialérgicos e corticoides tópicos sem melhora do quadro. Evidenciou-se na secreção do gotejamento nasal presença de glicose (57 mg/dl) e realizada injeção de fluoresceína intratecal indicando conteúdo fluorescente em região de etmoide anterior à endoscopia nasal. Foi submetida à cirurgia, sendo corrigida fístula por via endonasal e videoendoscopia. Após 48 horas de pós-cirúrgico, paciente evoluiu com quadro de rinorreia hialina em narina esquerda e irritação meníngea. Colhido o LCR que evidenciou quadro de meningite e nova fístula liquórica à esquerda. Acompanhada pela neurocirurgia, optou-se por tratamento conservador para a fístula rinogênica. Após 72h de antibioticoterapia venosa e normalização laboratorial do quadro infeccioso, foi confirmado espessamento meníngeo na área perifístula e cessada a rinorreia da paciente. Realizamos controles semanais endoscópicos, sem episódios recorrentes.

**Discussão:** Fístulas liquóricas rinogênicas ocorrem quando há uma conexão do espaço subaracnoideo com o lúmen nasal ou dos seios paranasais; podem ser classificadas em traumáticas ou não traumáticas. O quadro clínico apresenta com rinorreia hialina intermitente que emana do nariz. Ocorre principalmente em pacientes entre a 4ª e 6ª década de vida, sexo feminino.

**Considerações Finais:** É de suma importância o conhecimento do quadro clínico e das particularidades diagnósticas da fístula liquórica rinogênica devido à sua incidência, dificuldade de manejo clínico e às suas complicações.

## P 543 FÍSTULA ESPONTÂNEA DE SEIO FRONTAL COM HERNIAÇÃO DE TECIDO CEREBRAL

Emanuelle Pereira Gomes Guimarães, Guilherme Guimarães Silveira, Anderson Patricio Melo, Daise Patricia Firmiano Nicacio, Ana Carolina Guimarães Lopes, Cristiane Gonçalves Cordeiro, Maria Cecília Canela e Paiva

*Hospital Universitário Clemente de Faria, Montes Claros, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente J.A.S., 58 anos, com obstrução nasal, rinorreia persistente por narina esquerda e rinossinusites de repetição, sem história prévia de traumas cranianos, cirurgias de base de crânio ou endonasais. Ao exame, notou-se rinorreia clara, aspecto de “água de rocha”, maior débito à manobra de Valsalva. Solicitadas ressonância magnética de crânio e tomografia de seios paranasais, sendo identificada descontinuidade óssea de parede posterior de seio frontal esquerdo. Não evidenciada herniação de tecido cerebral. Proposto fechamento cirúrgico por abordagem externa, com incisão supraciliar esquerda e visão microscópica. No intraoperatório, detectada pequena herniação de tecido basal de lobo frontal, irreduzível, que foi removida pelo neurocirurgião. Realizado fechamento de fístula com fásia de músculo temporal e cola biológica. Evolução sem intercorrências e melhora total dos sintomas.

**Discussão:** A fístula liquórica decorre de comunicação do espaço subaracnoide com a fossa ou seios nasais, permitindo a saída de líquido pelas narinas. Podem ser classificadas em traumáticas e não traumáticas. Dentre as não traumáticas, existem as espontâneas primárias ou idiopáticas que são mais frequentes em mulheres com IMC normalmente elevado e surgem próximo à quarta década de vida. No diagnóstico, além da endoscopia nasal, podem ser utilizados métodos bioquímicos, como dosagem de beta-2 transferrina e exames de imagem, principalmente a tomografia de alta resolução de seios da face. As fístulas idiopáticas não costumam responder satisfatoriamente às medidas conservadoras, normalmente requerendo intervenção cirúrgica com equipe multidisciplinar. A via endoscópica nasal tem apresentado menores taxas de morbimortalidade, mas, em algumas situações, é necessário o acesso externo. A localização precisa da comunicação é o fator mais importante para o sucesso cirúrgico, podendo ser auxiliada pelo uso da fluoresceína intratecal.

**Considerações Finais:** As fístulas espontâneas primárias apresentam altas taxas de recidiva no mesmo local ou em outra região diferente da operada, devendo-se avaliar e tratar como um subgrupo distinto.

## P 544 FÍSTULA LIQUÓRICA ESFENOIDAL ESPONTÂNEA - RELATO DE CASO

Thais Matsuda Assunção, Sulene Pirana, Natalie Cristina Oliveira Mendes, Gabriela Marie Fukumoto, Antonio Fernando Salaroli, Ana Carolina Tavares Abrahão, Luiz Gabriel Signorelli

*Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 47 anos, com cefaleia frontal intensa, rinoliquorreia à direita ao flexionar a cabeça, obstrução nasal e sinéquias em fossa nasal ipsilateral, com histórico de meningite e cirurgia endoscópica nasal há 4 meses. Tomografia computadorizada de seios da face revelou espessamento mucoso de seio maxilar direito, velamento do seio esfenoidal direito, pneumoencéfalo e solução de continuidade na parede óssea ao nível do *clivus*, sugestivos de fístula liquórica complicada com pneumoencéfalo. Optou-se por remoção das sinéquias nasais à direita e reabordagem endoscópica nasal para correção da fístula liquórica espontânea. Foi submetida à injeção de solução de fluoresceína 5% estéril em região intratecal por punção lombar durante o intraoperatório, seguido de realização de derivação lombar externa. Paciente evoluiu com melhora gradativa dos sintomas e da qualidade de vida, com completa resolução do quadro.

**Discussão:** A fístula liquórica rinogênica é uma comunicação do espaço subaracnoideu com a mucosa nasal ou seios paranasais, decorrente de um defeito anatômico da dura-máter, ósseo e mucoso. A etiologia pode ser traumática e não traumática, e nesta última está incluída a fístula espontânea, que é rara (3%), pouco compreendida e ocasionalmente sem causa definida. A faixa etária compreendida é de 30 a 50 anos, predominante no sexo feminino. O trajeto fistuloso, localizado normalmente no seio esfenoidal, tem como principais complicações: meningite, pneumoencéfalo e abscesso intracraniano. Neste caso, paciente com a entidade patológica rara evoluiu com duas das principais complicações. Optou-se por cirurgia endoscópica nasal (método mais indicado pela literatura por ser seguro e eficiente), e realizada derivação lombar externa, auxiliando na correção da fístula.

**Considerações Finais:** Por se tratar de uma afecção rara, o relato de caso a respeito de fístula liquórica rinogênica contribui com o conhecimento médico, a fim de colaborar com a literatura e evitar as complicações deletérias.

## P 545 FÍSTULA OROANTRAL COMO COMPLICAÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO - RELATO DE CASO

Fernando Martins Cruvinel, Ivo Teles Melo Andrade, Juliana Guimarães Garcia Cunha, Daniela Guimaraes Garcia Cunha, Debora Cury Ribeiro, Camila Chulu Lorentz, Sergio Bittencourt

*Seul Serviços Médicos, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** T.S.D.A., do sexo feminino, 72 anos, diabética e hipertensa, realizou implante dentário aproximadamente cinco anos atrás, sem sucesso por reabsorção óssea. Há três anos, ela desenvolveu sinusite crônica com rinorreia fétida, refratária ao tratamento conservador, motivo que a trouxe à consulta médica. Durante o exame físico, foram visualizadas fístulas oroantrais bilateralmente com drenagem de secreção fétida. Imagens de tomografia computadorizada de face e seios paranasais confirmaram a presença de fístulas oroantrais bilateralmente e evidenciaram opacificação em seios maxilares, além de erosão óssea de seus assoalhos, também bilateralmente. A paciente foi submetida à abordagem cirúrgica, que combinou acesso endoscópico endonasal e externo de Caldwell-Luc bilateralmente, com posterior fechamento das fístulas oroantrais com fixação de placas de titânio e *flaps* de mucosa palatina e bucal fixados com Vicryl. A paciente manteve acompanhamento ambulatorial, com melhora gradual do quadro clínico, alcançando a remissão total dos sintomas.

**Discussão:** A fístula oroantral é uma comunicação anormal entre o seio maxilar e a cavidade oral. Geralmente, surge devido a traumas, infecções dentárias, extrações dentárias ou complicações iatrogênicas de tratamentos endodônticos, como vemos neste relato de caso. O objetivo deste relato de caso é orientar os profissionais pelo gerenciamento desta desordem, com especial atenção para a técnica apropriada empregada na abordagem cirúrgica.

**Considerações Finais:** O diagnóstico de fístula oroantral envolve procedimentos clínicos e radiográficos. A correção cirúrgica precisa de técnica combinada para promover a ventilação do seio maxilar e o fechamento da fístula, devendo ser realizada o mais precocemente possível.

## P 546 FÍSTULA OROANTRAL IATROGÊNICA - RELATO DE CASO

Fernando Martins Cruvinel, Daniela Guimarães Garcia Cunha, Ivo Teles Melo Andrade, Juliana Guimarães Garcia Cunha, Debora Cury Ribeiro, Otavio Eugenio Teixeira Trarbach, Sergio Luiz Bittencourt

*Seul Serviços Médicos, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** E.R.C., 66 anos, do sexo feminino, foi submetida a uma cirurgia de Caldwell-Luc para tratar uma sinusite crônica 30 anos antes. Desde então, desenvolveu pansinusite crônica com polipose nasal e mucocele no seio maxilar esquerdo, refratária ao tratamento conservador. Uma tomografia computadorizada panorâmica dos seios paranasais observou a ausência de parede vestibular, a opacificação em ambos os seios maxilares, uma protuberância da mucosa bucal esquerda sugerindo mucocele e pansinusite com predominância no seio esfenóide e etmoide esquerdos e maxilares bilateralmente. A paciente foi submetida a uma nova abordagem cirúrgica combinando acesso endoscópico endonasal e acesso externo de Caldwell-Luc para fechar a fístula oroantral, incluindo antrostomia, etmoidectomia e esfenoidotomia. A paciente manteve o seguimento ambulatorial com melhora significativa do edema, dor de cabeça e dor facial, evoluindo até a remissão total dos sintomas.

**Discussão:** A fístula oroantral é uma comunicação patológica entre a cavidade oral e o seio maxilar. É comumente causada por trauma durante tratamentos endodôntico, extração dentária e também pode ser iatrogênica, após um procedimento Caldwell-Luc, como vemos neste relato de caso. Nosso objetivo é orientar os profissionais por meio do diagnóstico e gerenciamento desta desordem, focando principalmente na abordagem cirúrgica apropriada.

**Considerações Finais:** O diagnóstico de fístula oroantral envolve procedimentos clínicos e radiográficos. A correção cirúrgica precisa promover o fechamento da fístula, a ventilação do seio maxilar e deve ser realizada o mais precocemente possível.

## P 547 FÍSTULA ORONASAL SECUNDÁRIA À OSTEOMIELEITE MAXILAR DE ORIGEM ESTOMATOLÓGICA: RELATO DE CASO.

Guilherme Francisco dos Santos, Eduardo de Araujo Silva

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 51 anos, trabalhador da construção civil, compareceu à consulta em agosto de 2015, com queixa de dor na face, obstrução nasal intermitente e hipoestesia no lábio superior e região maxilar esquerda. Quadro teve início há 8 anos, quando percebeu lesão sólida no local, confirmada por tomografia computadorizada e retirada cirurgicamente (sem laudo). Paciente hipertenso e tabagista em abstinência (140 maços/ano). Nega perda de peso, febre, nódulos cervicais, sudorese, sangramentos, assim como odinofagia, rouquidão, tosse, dispneia ou alterações de visão e audição. No exame físico otorrinolaringológico observou-se à oroscopia presença de lesão exofítica em palato duro, no terço anterior à esquerda, além de dentes sépticos e halitose. Na rinoscopia observou-se abaulamento de assoalho nasal esquerdo com desvio do septo para a direita. Sem particularidades à otoscopia. Nova tomografia computadorizada demonstrou lesão osteolítica de aspecto cístico no palato à esquerda com fistula para assoalho nasal e palato, bloqueada por granuloma de aproximadamente 1,5 cm, além de desvio septal obstrutivo na fossa nasal direita. Firmou-se o diagnóstico de fistula oronasal por osteomielite secundária à infecção bacteriana dentária. Paciente foi submetido à maxilectomia e extração de três dentes sépticos.

**Discussão:** Paciente apresentava osteomielite maxilar possivelmente causada por processo inflamatório provocado por bactérias odontogênicas, que resultou na fistula oronasal. O tabagismo é o principal fator de risco para este tipo de osteomielite, e a alta carga tabágica do paciente certamente influenciou na história natural da doença, bem como o precário estado odontológico. Casos de osteomielite de maxila não são comuns, sendo mais prevalentes apenas em animais (especialmente caninos). Busca rápida pelas maiores plataformas disponíveis na literatura médica confirma que não se encontram relatos de casos semelhantes.

**Considerações Finais:** Ressalta-se a importância de uma adequada higiene bucal e do abandono do hábito tabágico para prevenir a ocorrência que casos semelhantes.

## P 548 FREQUÊNCIA DE EPISTAXE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO SUL DE SANTA CATARINA

Anita Silva Brunel Alves, Andréia Bittencourt Rodrigues, Taise de Freitas Marcelino, Bárbara de Paula Cioni, Jacqueline Oliveira de Matos, Mariana Krelling Salgado

*Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil*

**Objetivos:** A epistaxe é a mais comum das emergências otorrinolaringológicas. Frequentemente, provém do Plexo de Kiesselbach. A causa idiopática é a mais comum. Tendo em vista a importância clínica, esse trabalho teve como propósito avaliar a incidência de epistaxe em pacientes atendidos em um hospital do sul de Santa Catarina.

**Método:** Estudo descritivo, observacional, de pacientes que chegaram à emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição com sangramento nasal, entre janeiro de 2010 a dezembro de 2014.

**Resultados:** Um total de 532 casos de epistaxe foi identificado, com a incidência de 0,11%. A média de idade foi 42 anos, com picos na 2ª e 6ª década de vida. Homens apresentaram mais sangramento nasal do que mulheres. Os principais fatores predisponentes foram pico hipertensivo, trauma e pós-operatório de cirurgia otorrinolaringológica, mas a maioria foi idiopática, e aproximadamente um terço dos pacientes não necessitou de intervenção médica. Dentre os que necessitaram, 61,78% se beneficiaram com tamponamento nasal. Apenas 8,6% dos pacientes necessitaram de internação hospitalar.

**Discussão:** A epistaxe tem uma apresentação bimodal em relação às faixas etárias, com o primeiro pico durante a infância e outro por volta dos 50 anos de idade. Esse pico na 6ª e 7ª década de vida pode estar relacionado à degeneração da túnica média de vasos nasais e alterações nos mecanismos de hemostasia que ocorrem com o aumento da idade, já o pico durante a infância pode estar relacionado à maior manipulação da cavidade nasal e a traumas. Mulheres são menos afetadas, talvez por um efeito protetor dos hormônios femininos.

**Conclusão:** Epistaxe pode afetar pacientes em qualquer fase da vida. Apenas uma pequena quantidade de pacientes necessitou de internação hospitalar ou apresentou complicações e não houve mortalidade durante o estudo, mostrando a benignidade das epistaxes.

## P 549 GLOMANGIOPERICITONA NASOSSINUSAL: RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA ENDONASAL COM SEPTECTOMIA MÉDIO-POSTERIOR

Fabricio Scapini, Rodrigo Agne Ritzel, Natalia Vieira Gasparin, Marcele Oliveira dos Santos, Isabele dos Santos, Marco Antonio Knapp Dessbesell, Luana Carolina Fontana

*Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.P.M., 69 anos, foi atendida pelo Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Santa Maria com obstrução nasal direita associada à ptose palpebral ipsilateral e diplopia, há cerca de 3 semanas. A endoscopia nasal revelou lesão lisa, vinhosa, não pulsátil ocupando fossa nasal direita. A tomografia computadorizada de seios da face evidenciou lesão hipervascularizada ocupando etmoide, esenoide e toda fossa nasal direitas. A paciente foi submetida à ressecção endoscópica endonasal da lesão, com septectomia posterior para acesso binarínario. O exame histopatológico e imunoistoquímico identificou glomangiopericitoma.

**Discussão:** Glomangiopericitoma é um tumor nasossinusal raro de células mesenquimais originadas dos pericitos - células com características endoteliais e de músculo liso presentes nas paredes de pequenos vasos. Corresponde a aproximadamente 1% dos tumores nasossinuais. Mais frequentes da 3ª a 5ª décadas de vida, sem predominância racial ou por sexo. As principais manifestações clínicas são obstrução nasal, epistaxe e rinorreia. Originam-se geralmente na cavidade nasal, podendo acometer os seios paranasais. A imunohistoquímica é positiva para vimetina e actina de músculo liso. O tratamento é a ressecção cirúrgica com margens livres. O acesso endoscópico endonasal com septectomia médio-posterior permitiu operação pelas duas narinas, facilitando o controle dos limites e melhorando o campo cirúrgico, especialmente nos casos de tumores de origem vascular. Apresenta taxas de recorrência entre 17 a 40%, associada a lesão residual do tumor inicial. Pode haver metástases. Pacientes com tumores maiores que 5 cm, recorrências e margens positivas ou curtas são candidatos à radioterapia adjuvante. Pacientes com tumores irressecáveis e doença metastática podem receber associação de quimioterapia e radioterapia.

**Considerações Finais:** O glomangiopericitoma é um tumor raro, de comportamento indolente, que deve ser considerado no diagnóstico diferencial das neoplasias nasais. O acesso com septectomia posterior facilita a operação e melhora o campo cirúrgico, mesmo em lesões de origem vascular.

## P 550 GRANULOMA REPARATIVO DE CÉLULAS GIGANTES DE CAVIDADE NASAL

Thairine Reis de Oliveira, Rafael Rossel Malinsky, Carina Motter, Júlia Tonietto Porto, Gisiane Munaro, Vanessa Schmitz Reis, Hamilton Leal Moreira Ferro

*Hospital Universitário da Ulbra, Canoas, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso de granuloma reparativo de células gigantes (GCG) intranasal e enfatizar o diagnóstico diferencial com o tumor de células gigantes (TCG). L.A.P., 54 anos, consulta com queixa de obstrução nasal crônica, principalmente em fossa nasal esquerda de início há 2 anos, com formação frequente de crostas nasais. Septoplastia e turbinectomia bilateral há 10 anos. O exame físico evidenciou tumoração granulomatosa em áreas 2 e 3 da fossa nasal esquerda aderida ao septo nasal, não friável, nem dolorosa ao toque. Tomografia computadorizada evidenciou lesão acometendo fossa nasal esquerda. Realizada exérese cirúrgica do tumor. O resultado anatomopatológico revelou tratar-se de tumor de células gigantes, porém, a análise revisional firmou o diagnóstico de granuloma reparativo de células gigantes. Adequada evolução no acompanhamento pós-operatório.

**Discussão:** O GCG é um tumor intraósseo raro, não neoplásico que localiza-se geralmente no esqueleto craniofacial. O TCG trata-se de uma neoplasia verdadeira que pode metastizar, principalmente para os pulmões, e acomete tipicamente a epífise de ossos longos. Ambos apresentam semelhante padrão histopatológico, conforme evidenciado no caso relatado, o que enfatiza a importância da distinção entre as diferentes patologias. A microscopia do GCG evidencia um tecido celular fibroso associado a focos hemorrágicos e agregados de células multinucleadas intimamente relacionadas a células mononucleares no estroma. Pode-se observar trabeculado de osso imaturo. Os sintomas mais comuns quando a localização é intranasal são: obstrução nasal, epistaxe, dor e deformidade facial. O tratamento do GCG é cirúrgico e possui bom prognóstico, havendo potencial para recorrência se sua exérese não for completa.

**Considerações Finais:** A diferenciação entre o diagnóstico do GCG e do TCG é fundamental, devido à diferença do comportamento clínico e resposta ao tratamento instituído. Embora raro, o diagnóstico de GCG deve ser lembrado no diagnóstico diferencial de tumores que acometem a cavidade nasal.

## P 551 GRANULOMATOSE DE WEGENER COM MANIFESTAÇÕES NASAIS: ACHADOS TOMOGRÁFICOS E ABORDAGEM CIRÚRGICA DA DOENÇA EM ESTÁGIO AVANÇADO

Thairine Reis de Oliveira, Renato Roithmann, Octavia Carvalhal Castagno, Gisiane Munaro, Vanessa Schmitz Reis, Felipe Raasch de Bortoli, Hamilton Leal Moreira Ferro

*Hospital Universitário da Ulbra, Canoas, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso de Granulomatose de Wegener (GW) e discutir os principais achados em exames de imagem dos seios da face, bem como possível abordagem cirúrgica das manifestações nasais da doença. M.P.F., 79 anos, procedente de Capão da Canoa (RS). Encaminhada ao otorrinolaringologista com diagnóstico de GW há 24 anos. Em acompanhamento reumatológico, apresentando controle da doença com azatioprina. Queixa-se de cefaleia frontal e parieto-temporal principalmente à direita. Apresenta, também, anosmia e obstrução do canal lacrimal esquerdo. A endoscopia nasal demonstra ampla destruição do septo nasal e das conchas nasais inferiores e médias, com formação de crostas em meio a secreção mucopurulenta bilateralmente. Pouca resposta ao antibiótico e corticoide. Exames de imagem evidenciam extensa destruição do septo nasal e das conchas nasais e formação de múltiplas prováveis mucocelos principalmente nos seios frontais e esfenoidais. Realizado tratamento cirúrgico assistido por videoendoscopia, com abertura dos seios esfenoidais, do etmoide direito, da célula interfrontal, do seio frontal direito, com aspiração de mucopiocele e pequena abertura intranasal da fontanela posterior do seio maxilar direito. Ausência de doença ativa na análise anatomopatológica das peças cirúrgicas. Paciente segue em acompanhamento pós-operatório e apresenta adequada evolução, com melhora da dor frontal.

**Discussão:** GW é uma vasculite sistêmica idiopática, rara, caracterizada pela formação de granulomas necrotizantes que acometem preferencialmente o trato respiratório superior. A biópsia de lesões supeitas somada à análise sorológica firmam o diagnóstico de GW. Os exames de imagem geralmente evidenciam destruição óssea da cavidade nasal com perfuração septal e osteíte esclerosante. Os achados tomográficos mais raros são obliteração completa dos seios paranasais e formação de mucocelos. A abordagem cirúrgica visa reduzir a morbidade, devendo ser realizada com técnicas que prezam pela manutenção da mucosa nasossinusal.

**Considerações Finais:** Diante do exposto, fica evidente o importante papel do otorrinolaringologista diante de um paciente com GW.

**P 552 HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO (HAER)**

Mônica Sofia Padilha de Barros, Anna Paula Silva Andrade, Ronny da Silva Lederer, Rafael Calsoni Gomes, Ricardo Miranda Lessa, Wilma Terezinha Anselmo Lima

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.J.V., sexo feminino, 47 anos. História de obstrução nasal à esquerda progressiva há 7 meses associada à hiposmia, rinorreia, cacosmia e sensação de corpo estranho nasal. Ausência de demais sintomas otorrinolaringológicos. Paciente hipertensa, diabética e com hipotireoidismo. À nasofibroscopia, apresentava lesão de aspecto polipoide, com superfície irregular, ocupando toda fossa nasal esquerda associada à secreção mucoide. Realizada tomografia computadorizada, evidenciando velamento de cavidade nasal esquerda e dos seios paranasais ipsilaterais. Optou-se pela exérese da lesão por cirurgia endoscópica nasal associada a *degloving* médio-facial, sem intercorrências. Ao anatomopatológico, foi evidenciada lesão polipoide de 4,7 x 2,5 x 0,4 cm revestida por epitélio pseudoestratificado cilíndrico ciliado com metaplasia escamosa e estroma com glândulas submucosas.

**Discussão:** O Hamartoma Adenomatoide Epitelial Respiratório (HAER) é uma lesão benigna rara caracterizada por proliferação glandular revestida por células ciliadas respiratórias, podendo acometer a cavidade nasal e seios paranasais, sendo o septo nasal posterior a área mais comumente acometida. Apresenta maior prevalência em homens, entre terceira e nona décadas de vida, manifestando-se com obstrução nasal, hiposmia, epistaxe e rinorreia. Relaciona-se com inflamação crônica da mucosa nasal e frequentemente se associa a rinosinusite crônica e rinite alérgica. Radiologicamente, o achado mais comum é um material com densidade de partes moles em contato com o septo nasal associado a velamento do seio afetado, podendo-se observar ainda alargamento de fenda olfatória, sem erosões ósseas. Os diagnósticos diferenciais incluem pólipos nasal, papiloma invertido e adenocarcinoma, sendo imprescindível o estudo anatomopatológico. O tratamento preconizado é cirúrgico, com ótimo prognóstico e baixa recidiva se exérese completa.

**Considerações Finais:** O HAER deve ser considerado no diagnóstico diferencial das massas nasais. Entretanto, devido a sua raridade e as manifestações clínicas semelhantes a outras afecções, o exame anatomopatológico torna-se elemento fundamental para confirmação diagnóstica.

## P 553 HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO DE CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO

Renata Koza da Mota, Gabriela Gonçalves de Freitas, Marina Andrade Teixeira, Helena Cunha Sarubi, Danielly Solar Andrade Oliveira, Juliana Altavilla Van Petten Machado, Marconi Teixeira Fonseca

*Hospital Socor, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 67 anos, tabagista, com obstrução nasal de longa data. Tomografia computadorizada de seios da face revelou lesão polipoide em fossa nasal bilateralmente. Submetido à ressecção via endoscópica das lesões que estavam aderidas à porção anterior das fossas nasais. Biópsia sugeriu hamartoma adenomatóide epitelial respiratório (HAER).

**Discussão:** HAER se apresenta como massa nasal, sinusal ou nasofaríngea. Acredita-se que se origine comumente na fenda olfatória. Encontra-se frequentemente associado à polipose nasal e rinosinusite crônica. Em 2017, o número de casos reportados na literatura médica era de 394. O HAER tem predileção pelo sexo masculino e idade variando entre a terceira e a nona década de vida. A sintomatologia é insidiosa e se assemelha àquela da rinosinusite crônica. Exames de imagem não apresentam sinais característicos. O achado mais frequente é a opacificação da cavidade nasal, seio paranasal ou fenda olfatória. São comumente encontrados na região olfatória, onde causam o alargamento da lamela lateral. Essa sua localização e sua tendência a respeitar as margens ósseas, possivelmente devido à taxa de crescimento lenta, podem fazer com que ele cresça inferiormente dentro dos limites existentes da cavidade nasal, a partir da fenda olfatória. À microscopia, apresenta proliferação de glândulas compostas por células epiteliais respiratórias ciliadas bem separadas por estroma e cercadas por membrana basal eosinofílica espessa. O diagnóstico diferencial deve ser feito com o papiloma invertido e adenocarcinoma sinonasal, uma vez que o HAER, ao contrário destas outras condições, é uma lesão benigna e sua identificação pode evitar cirurgias agressivas desnecessárias. O HAER pode ainda ser confundido com a polipose nasossinusal. Por não regredir espontaneamente, seu tratamento é, portanto, cirúrgico. Devido ao seu crescimento lento, o prognóstico é excelente.

**Considerações Finais:** O HAER é uma lesão incomum, mas benigna e o diagnóstico correto pode ajudar a evitar cirurgias agressivas.

## P 554 HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIFORME DE SEIO FRONTAL: RELATO DE CASO

Matheus Alves Farah, Natalia Barros de Melo, Rebeca Alevato Donadon, Nathalia Parrode Machado Barbosa, Bertha Catherine Corrêa Pereira, André Luiz Lopes Sampaio, Gustavo Subtil Magalhães Freire

*Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente L.A.H.G., masculino, 17 anos, chegou ao Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Brasília em abril de 2017 com histórico de dor intensa em região frontal direita, progressiva, de difícil controle com analgesia plena, e epistaxes recorrentes de pequena monta ipsilateral, há aproximadamente 6 meses. Tomografia computadorizada demonstrava lesão expansiva de densidade de partes moles em região de assoalho de seio frontal direito, com pequena erosão óssea e extensão para fossa nasal ipsilateral, de aproximadamente 1,85 cm em seu maior diâmetro. Videoendoscopia nasal demonstrou lesão em teto nasal, vermelho-arroxeada, lisa e vascularizada, medial à concha média. Realizado procedimento cirúrgico em maio de 2017, no qual foi realizada etmoidectomia anterior direita, e sinusotomia frontal com Draf 2b, com retirada em bloco da lesão. Anatomopatológico teve laudo sugestivo de hemangioma/endotelioma com células kaposiformes. Solicitada imunohistoquímica para confirmação do quadro, em análise.

**Discussão:** O hemangioendotelioma kaposiforme é uma neoplasia vascular incomum de origem endotelial, derivada de células do fuso endotelial. É um tumor localmente agressivo (como visto no caso relatado), tem tendência a metástase local, bem como a linfonodos regionais, com potencial maligno intermediário. Primeiro descrito em 1971, há poucos casos descritos no seio paranasal (cinco ao todo). Esse trata-se do único caso no sexo masculino, mostrando uma tendência geral para acometimento do sexo feminino. Os locais de ocorrência são tecido mole das extremidades, tronco e retroperitônio. Acometimento paranasal é extremamente raro. Histologicamente, consiste em proliferação de células fusiformes multilobulares infiltrativas que formam canais vasculares tipo fenda. O tratamento é ressecção cirúrgica com margens livres. Isso pode ser conseguido por meio de uma abordagem endoscópica, aberta (rinotomia ou etmoidectomia externa) ou combinada. No caso apresentado, o paciente foi submetido à abordagem endoscópica exclusiva.

**Considerações Finais:** Trata-se de um relato de caso de um hemangioendotelioma kaposiforme de seio frontal, doença rara no âmbito otorrinolaringológico.

## P 555 HEMANGIOMA CAVERNOSO DE CAVIDADE NASAL E SEIOS PARANASAIS - RELATO DE DOIS CASOS

Mariana Moreira de Castro Denaro, Mirian Cabral Moreira de Castro, Camila Braz Rodrigues da Silva, Blyse Sara Souza Pires, Flávio Sirihal Werkema, João Batista de Oliveira, Tiago Fraga Vieira

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Caso 1: L.C.T.R., 38 anos, sem passado morbido, sexo masculino. Obstrução nasal progressiva há um ano com episódios de epistaxe e secreção purulenta sempre à esquerda. Queixava-se de diminuição de lacrimejamento ocular esquerdo e voz anasalada. Ao exame, apresentava proptose discreta à esquerda, hiperemia conjuntival e limitação a movimentação ocular para baixo, bem como abaulamento de parede lateral de cavidade nasal esquerda. Realizou videoendoscopia nasossinusal, tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM) e biópsia para investigação de tumor de cavidade nasal esquerda. Submetido à exérese de lesão em seio maxilar por via endoscópica, com boa evolução pós-operatória. Anatomopatológico evidenciou hemangioma carvenoso de seio maxilar. Caso 2: A.L., 80 anos, sexo masculino, cardiopata. Dor em região de dorso nasal pior à esquerda há seis meses. Notou abaulamento sobre superfície lateral de osso próprio nasal esquerda. Ao exame, lesão expansiva em septo nasal à esquerda de coloração avermelhada. TC e RNM evidenciaram lesão expansiva frontomediana, invadindo o septo nasal e osso nasal esquerdo, de natureza indeterminada. Submetido à biópsia, que apresentou resultado inconclusivo, tendo apresentado sangramento aumentado durante o procedimento. Realizada exérese de lesão por via endoscópica, com bom resultado pós-operatório. Anatomopatológico evidenciou hemangioma cavernoso de cavidade nasal.

**Discussão:** Os hemangiomas são lesões benignas congênicas relativamente comuns e que ocorrem predominantemente na região de cabeça e pescoço, no entanto, são raras no trato nasossinusal. O hemangioma cavernoso com apresentação em cavidade nasal e seios paranasais não tem sinais e sintomas específicos, podendo se apresentar de forma insidiosa e com poucos sintomas. Dessa forma, para o diagnóstico é necessária uma boa avaliação pré-operatória e um alto índice de suspeição.

**Considerações Finais:** Apesar de ser considerada uma entidade rara, o hemangioma cavernoso deve ser suspeitado no diagnóstico diferencial de casos de tumor de cavidade nasal e seios paranasais.

## P 556 HEMANGIOMA CAVERNOSO DE ÓRBITA: RELATO DE UM DIAGNÓSTICO RARO

Laís Cristine Krasniak, Fabio Duro Zanini, Mariana Manzoni Seerig, Daniel Buffon Zatt, Maria Fernanda Piccoli Cardoso de Mello, Leticia Chueiri, Martin Batista Coutinho da Silva

*Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.J., feminina, branca, 37 anos, há 3 anos com emagrecimento, tontura, fadiga, febre e queda importante da acuidade visual em olho direito. Evoluiu com proptose e fisgadas seguidas de escurecimento súbito da visão em olho direito. Apresenta estrabismo convergente congênito e hipotireoidismo. Avô e tia paternos tiveram “tumor cerebral”. Sem alterações à otoscopia e à videonasaringoscopia. Ressonância nuclear magnética de órbita direita evidenciou lesão expansiva nodular de contornos lobulares e delimitados, apresentando realce difuso e irregular pelo contraste, localizado inferiormente ao ventre do músculo reto inferior, deslocando o mesmo superiormente, com remodelamento das estruturas ósseas adjacentes. Paciente foi submetida à ressecção de tumoração em ápice orbitário direito por acesso endoscópico nasal, com retirada de lesão de 1,5x1,0x,18 cm. Anatomopatológico condizente com hemangioma cavernoso. Paciente evoluiu com melhora de queixas no pós-operatório.

**Discussão:** O hemangioma cavernoso de órbita é uma malformação venosa rara, porém benigna. Corresponde a 4,5-7,4% dos tumores de órbita, devendo-se fazer o diagnóstico diferencial de tumores linfoides e síndromes inflamatórias. Trata-se da união de vasos sanguíneos sem junções endoteliais, normalmente sem tecido neural dentro. É mais comum em mulheres e no terço médio da órbita, dentro do espaço intraconal. Há relação com história familiar, sendo comum nesses casos a ocorrência de múltiplas lesões. Costumam ser assintomáticos, porém podem se manifestar com proptose, exoftalmia e queda da acuidade visual ou outros sinais focais. A ressonância nuclear magnética é importante para o diagnóstico e verifica se há sangramento. No caso de sintomas por hemorragia ou efeito de massa o tratamento cirúrgico é a opção de escolha.

**Considerações Finais:** O hemangioma cavernoso de órbita, apesar de raro, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de proptose e queda da acuidade visual. A abordagem endoscópica tem apresentado bons resultados.

## P 557 HEMANGIOMA CAVERNOSO INTRAÓSSEO NASOSSINUSAL: RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA ENDONASAL COM SEPTECTOMIA MÉDIO-POSTERIOR E DRAF IIB

Fabricio Scapini, Luciana Barros Augé, Mariana Zago de Moraes, Carolina Kmentt Costa, Luana Carolina Fontana, Juliano Vicente Rodrigues, Isabele dos Santos

*Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.P., 41 anos, etilista, HIV positivo, internou no Hospital Universitário de Santa Maria para investigar rebaixamento no nível de consciência. A tomografia computadorizada (TC) de crânio revelou lesão expansiva ocupando toda a fossa nasal esquerda, com extensão para seios frontal, etmoidal e maxilar ipsilaterais. A TC e a ressonância magnética dos seios da face sugeriram lesão de origem vascular. Foi programada embolização pré-operatória da lesão, mas o paciente apresentou tromboembolia pulmonar no dia anterior, sendo a mesma suspensa. Passados 6 meses de anticoagulação, o paciente foi submetido à cirurgia endoscópica, sem embolização prévia, com septectomia médio-posterior, Draf IIb, dissecação da base anterior do crânio e órbita até o esfenóide, de forma centrípeta, além da antrostomia maxilar. Não houve sangramento significativo no transoperatório, nem necessidade de tamponamento nasal, com alta hospitalar 24h. O exame anatomopatológico evidenciou proliferação vascular e óssea benigna, compatível com hemangioma cavernoso intraósseo. O paciente permaneceu assintomático, sem sinais de recidiva, até alta ambulatorial após 18 meses de seguimento.

**Discussão:** Hemangiomas são malformações vasculares congênitas de caráter benigno. Porém, podem levar a complicações mais graves, como epistaxe severa. Embora sejam mais comuns em cabeça e pescoço, raramente acometem o nariz ou seios paranasais. São divididos em capilares e cavernosos, sendo este último menos frequente. Ao contrário dos hemangiomas capilares, os hemangiomas cavernosos não regredem espontaneamente e seu tratamento é essencialmente cirúrgico.

**Considerações Finais:** O presente relato descreve uma manifestação atípica de hemangioma cavernoso intraósseo nasossinusal, ressecado com cirurgia endoscópica centrípeta com septectomia médio-posterior e Draf IIb, sem complicações trans e pós-operatórias.

## P 558 HEMANGIOMA DE OSSO NASAL: RELATO DE CASO DE UM RARO TUMOR

Maria Fernanda Piccoli Cardoso de Mello, Fabio Duro Zanini, Janaina Jacques, Leticia Chueiri, Mariana Manzoni Seerig, Daniel Buffon Zatt, Martin Batista Coutinho da Silva

*Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.R.A., 56 anos, sexo feminino, natural de São José-SC, com queixa de tumoração nasal à direita, de início há 6 meses, indolor e de crescimento progressivo, sem sintomas de obstrução nasal, epistaxe ou história de trauma local. Sem comorbidades, exceto transtorno de ansiedade e rinite alérgica. Procurou atendimento, inicialmente, no serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, onde realizou biópsia incisional da lesão. Após o procedimento, apresentou episódios de sangramentos intermitentes, sem epistaxe associada. No exame físico foi identificada presença de nódulo em dorso nasal à direita, com telangiectasias evidentes e protrusão central violácea, de consistência amolecida. A rinoscopia identificou hipertrofia de cornetos e desvio septal de grau II, em área II à direita, sem outras alterações. A tomografia de seios da face revelou lesão lítica e de aspecto insuflante localizada na extremidade anterior direita do osso próprio do nariz, medindo 20x19 mm, com pequena extensão para a porção anterior da fossa nasal correspondente, com erosão do septo nasal. O resultado do anatomopatológico e imunohistoquímica foram condizentes com hemangioma. Optou-se por realizar ressecção da lesão através de acesso longitudinal em dorso nasal e reconstrução com enxerto de cartilagem auricular, com bom resultado estético funcional. Atualmente, a paciente encontra-se sem queixas ou sinais de recidiva, em seguimento de dois meses de pós-operatório.

**Discussão:** Hemangiomas do osso nasal são tumores raros, lentamente progressivos, mais frequente em mulheres. Apresenta-se, geralmente, como massa assintomática no dorso nasal, sendo a obstrução nasal e/ou epistaxe sintomas de exceção. É válido ressaltar a associação dessas lesões com trauma. Entretanto, sua etiologia ainda não está bem definida. O tratamento recomendado é a ressecção cirúrgica e excisão completa da lesão.

**Considerações Finais:** Apesar de raro, o hemangioma de osso nasal deve fazer parte do diagnóstico diferencial do médico otorrinolaringologista na abordagem das tumorações nasais

## P 559 HEMANGIOPERICITOMA NASOSSINUSAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES NASOSSINUSAIS VASCULARES

Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos, Viviane Carvalho Silva, Erika Ferreira Gomes, André Alencar Araripe Nunes, André Luiz Monteiro Cavalcante, Gabriela Maia Coelho, Ulisses Meireles Filgueiras Filho

*Hospital Universitário Walter Cantídio, Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, feminino, 65 anos, hipertensa e diabética apresentava epistaxe intermitente de moderada intensidade há 4 anos associada à hiposmia, sem outros sintomas nasais. Refere trauma nasal há 8 anos. No último episódio de epistaxe necessitou de tamponamento e hospitalização. À rinoscopia anterior, observou-se desvio de septo nasal para a esquerda e irregularidade na mucosa septal bilateralmente. Visualizou-se à nasofibrosopia lesão avermelhada de aspecto carnososo, em teto da cavidade nasal, entre a concha média e o septo nasal à esquerda. Tomografia computadorizada de seios paranasais evidenciou lesão com densidade de partes moles, contornos definidos e formato irregular, ocupando meatos superior e médio em contato com lâmina crivosa. Ressonância nuclear magnética confirmou lesão expansiva alongada com margens lobuladas, realce parcial e moderado ao meio de contraste em topografia parasseptal esquerda, estendendo-se posteriormente para conchas nasais média e inferior ipsilaterais. Realizada biópsia incisional ambulatorial, cuja análise histopatológica mostrou hemangiopericitoma. Realizada abordagem cirúrgica endoscópica.

**Discussão:** Hemangiopericitomas nasossinusais são tumores de partes moles de origem vascular que surgem a partir dos pericitos dos capilares. Correspondem a 1% de todos os tumores vasculares e 15-25% dos casos localizam-se na cabeça e pescoço, 5% acometendo a região nasal e seios paranasais. Apresentam-se com epistaxe e obstrução nasal. Hipertensão, distúrbios hormonais, metabólicos e trauma têm sido citados como fatores etiológicos. Sua apresentação nasal tem comportamento biológico incerto e variantes benignas e malignas têm sido descritas. Tumores com características benignas podem ter comportamento agressivo e capacidade metastática. Técnicas cirúrgicas abertas e endoscópicas com ressecção completa e margens amplas constituem o padrão ouro para tratamento desses tumores.

**Considerações Finais:** Hemangiopericitomas constituem raros tumores vasculares nasossinusais. Possuem comportamento biológico imprevisível. Apresentação clínica os enquadra como importante diagnóstico diferencial de lesões hemorrágicas da cavidade nasal.

## P 560 HEMATOMA SEPTAL E SELAMENTO DE DORSO NASAL

Thais Brunheroto, Lauriane dos Santos Martins, Mariana Barroso Scaldini, Laila Mancilha Daghasanli, Alexandre Wakil Burzichelli

*Santa Casa de Santos, Santos, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** V.R.Z., sexo masculino, caucasiano, 14 anos de idade, solteiro, estudante, com queixa de dor e obstrução nasal após trauma nasal. Na época procurou Unidade de Pronto Atendimento, onde foi prescrita amoxicilina com clavulanato e posteriormente com ceftriaxone. Compareceu ao serviço de Otorrinolaringologia 14 dias após o acidente, com piora das queixas anteriores, hiposmia intensa e deformidade nasal. Ao exame físico, observou-se edema de dorso nasal importante. A rinoscopia revelou abaulamento de mucosa septal amolecido, compressível, doloroso e obstruindo fossas nasais. Submetido à drenagem e aspiração de hematoma septal, com saída de secreção purulenta e coágulos, e realizado tamponamento nasal anterior. Paciente retorna após três dias, com quadro semelhante ao da primeira consulta. Na tomografia de seios da face, evidenciou presença de coleção em fossa nasal e erosão septal. Realizada nova drenagem de hematoma em centro cirúrgico e colocação de *splint*. Paciente evoluiu sem intercorrências clínicas e cirúrgicas no pós-operatório imediato, sendo liberado após 24 horas. Retirado o *splint* no décimo dia pós-operatório, porém evoluiu com selamento de dorso nasal - “nariz em sela”. Foi orientado a dar seguimento com a equipe de cirurgia plástica.

**Discussão:** O hematoma do septo ocasiona o descolamento do pericôndrio da cartilagem, privando-a de seu suprimento nutricional, que já é deficiente. Associado a outros fatores desconhecidos, pode ocorrer absorção rápida da cartilagem quadrangular e ocasionar o desabamento do dorso nasal. O caso descrito relata um paciente com hematoma e abscesso septal, causado pela etiologia mais frequente, o trauma nasal. Evoluiu com uma complicação incomum, o nariz em sela.

**Considerações Finais:** Em casos de hematoma ou abscesso septal é necessário um rápido e preciso diagnóstico para iniciar adequadamente antibióticoterapia e drenar o mais precocemente possível, a fim de evitar a ocorrência de complicações infecciosas graves e sequelas funcionais e estéticas.

## P 561 HIPEROSTOSE FRONTAL INTERNA: UM RELATO DE CASO

Camila Gabriella da Silva Queiroz, Juliana Teixeira de Souza, Magno Eric Barbosa Peixoto, Yuri Rodrigues Rocha, Isnara Mara Freitas Pimentel, Débora Lilian Nascimento Lima, Andressa Rolim Freitas

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminino, 69 anos, com queixa de cefaleia frontal há cinco anos, de moderada intensidade, associada à obstrução nasal bilateral diária e em uso crônico de vasoconstrictor tópico nasal. À rinoscopia anterior e nasofibrosocopia, observou-se hipertrofia significativa de conchas nasais inferiores. Iniciado tratamento com corticoide tópico nasal sem resposta satisfatória. À tomografia computadorizada, conchas médias e inferiores de contornos irregulares, sendo as conchas médias bolhosas, além de hiperostose frontal interna.

**Discussão:** A hiperostose frontal interna corresponde a uma desordem da tábua interna em que há remodelamento ósseo, tornando-o mais esponjoso, sendo, inicialmente, descrita como parte de síndromes, principalmente a síndrome de Morgagni, composta por hiperostose frontal interna, obesidade e virilismo. Atualmente, é considerada uma entidade independente que pode estar associada a condições como cefaleia frontal, obesidade, acromegalia, distúrbios neuropsiquiátricos e hipertricrose. Ocorre mais comumente em mulheres na pós-menopausa, população na qual a incidência atinge 40-60% e, apesar de sua etiologia ainda não ter sido esclarecida, parece estar relacionada a distúrbios do equilíbrio hormonal. Habitualmente, não causa manifestações clínicas significativas e é encontrada como achado incidental em exames de imagem, todavia, pode cursar com crescimento exacerbado e compressão de tecido encefálico. Constitui importante diagnóstico diferencial com outras desordens de hiperproliferação óssea, como osteomas.

**Considerações Finais:** Pela ocorrência, principalmente em mulheres na pós-menopausa, é importante conhecer o significado clínico da hiperostose frontal interna e considerá-la como possível etiologia das cefaleias frontais, sendo diagnóstico diferencial de cefaleias de origem rinogênica.

## P 562 HISTÓRIA DE PESCADOR: FRATURA DE SOALHO ORBITAL - RELATO DE CASO

Lucas Spina, Dândara Bernardo Siqueira, Camila Sá de Melo Campos, Tamires Ferreira Siqueira, Gustavo Mercuri, Cintia Vanette, Silke Anna Theresa Weber

*Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** R. B., masculino, 45 anos, estava pescando quando um peixe, ao pular no barco, chocou-se contra seu olho direito. Após minutos, região periorbital direita ficou edemaciada, piorando após assoar nariz. Ao exame físico, limitação de abertura ocular, além de ptose palpebral e enfisema subcutâneo periorbital; mobilidade ocular extrínseca preservada, sem desnível ou crepitação óssea periorbital aparentes, nem diplopia relatada. À tomografia, fratura de soalho orbital à direita. Paciente foi submetido à cirurgia para correção do defeito, por meio de alocação de placa de titânio no soalho orbital direito, com acesso subciliar. Evolução pós-operatória sem intercorrências, mantendo funções e estética da órbita preservadas.

**Discussão:** A maioria dos traumas de face acomete adultos jovens da população masculina, sendo a fratura nasal a mais comum (35%). Dentre as fraturas, a orbitaria pode ter consequências importantes no que se refere a aspectos funcionais e estéticos das estruturas lesadas. Os principais sinais e sintomas desse tipo de fratura são: enoftalmia, diplopia, perda visual e oftalmoplegia.

**Considerações Finais:** São inúmeros os mecanismos de trauma de face e, dentre suas repercussões estético-funcionais, os de órbita podem evoluir com complicações irreversíveis. Diante de fratura orbital, é essencial avaliação oftalmológica conjunta e, se necessário, intervenção cirúrgica precoce para garantia da integridade das estruturas orbitárias, recuperando forma e função da órbita.

## P 563 IMPACTO DA CIRURGIA NASAL NOS SINTOMAS IRRITATIVOS DA RINITE ALÉRGICA

Thays Fernanda Avelino dos Santos, Natalya de Andrade Bezerra, Fernanda Alves Guimarães, Lucas Osanan Andrade de Sousa, Carolina Cavalcante Dantas, Ludmilla Emilia Martins Costa, Giuliano Bongiovanni

*Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, São Paulo, SP, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o impacto da cirurgia nasal nos sintomas irritativos da rinite alérgica.

**Método:** Estudo prospectivo com pacientes com o diagnóstico de rinite alérgica, e com indicação de septoplastia e/ou turbinectomia devido à obstrução nasal sem melhora com tratamento clínico. Foram realizadas três avaliações: pré-operatório, 30 e 90 dias de pós-operatório. Foram utilizados exame endoscópico nasal e dois questionários: SNOT22 e escala visual analógica (EVA).

**Resultados:** Nosso estudo verificou melhora significativa de todas as queixas nasais, obstrutivas e irritativas, e da qualidade de vida após a abordagem cirúrgica.

**Discussão:** A cirurgia nasal é uma opção terapêutica para aqueles pacientes, alérgicos ou não, cujas queixas foram refratárias ao tratamento clínico. E muito embora a septoplastia e a turbinectomia inferior sejam procedimentos cirúrgicos aplicados para correção de alterações anatômicas, pode-se também apresentar melhora dos sintomas nasais alérgicos após essas abordagens.

**Conclusão:** A septoplastia e turbinectomia, apesar de visarem à correção dos sintomas obstrutivos, podem melhorar os sintomas irritativos da rinite alérgica e a qualidade de vida dos pacientes. Esses procedimentos contribuem para a redução da superfície de contato com alérgenos.

## P 564 LINFOEPITELIOMA DE RINOFARINGE

Isabela Conti Abile, Adriana Rodrigues Zeller, Elvira Lopes da Silva, Francisco José de Lima, Daniela Toletto de Aguiar, Icaro Grandesso Ribeiro

*Santa Casa de Limeira, Limeira, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** N.B.S., 42 anos, masculino, branco, procurou atendimento médico em julho de 2015 com histórico de epistaxe bilateral com predomínio em fossa nasal esquerda associada à otorragia. Ao exame físico, apresentava nódulo cervical de aproximadamente 3 cm nível IIa, rinoscopia com vasos em área de Kiesselbach à esquerda, otoscopia com hemotímpano à direita e crostas hemáticas em conduto auditivo externo à esquerda. O paciente foi internado para investigação. Realizada nasofibroscopia, que evidenciava lesão obstrutiva em rinofaringe, sendo feita biópsia sob anestesia geral. O resultado evidenciou carcinoma de nasofaringe indiferenciado de grandes células para linfóepitelioma de Schmincke. Paciente foi tratado com 9 sessões de quimioterapia e 39 sessões de radioterapia. Após 11 meses do término do tratamento iniciou quadro de diplopia, investigado com ressonância magnética de crânio com lesão expansiva com epicentro do interior do seio esfenóide, invasão de seio cavernoso e espessamento meníngeo. Paciente foi submetido à remoção de lesão expansiva com cirurgia endoscópica transfenoidal, aguardando no momento o novo resultado do anatomopatológico.

**Discussão:** O linfóepitelioma de nasofaringe é uma neoplasia maligna que se origina do epitélio da nasofaringe. Tem maior incidência na raça amarela, sexo masculino e na idade de 21-60 anos. O quadro clínico dos pacientes depende da localização do tumor primário e da direção de sua expansão. Pode apresentar vários sintomas inespecíficos como obstrução nasal, epistaxe, dor facial, cefaleia e zumbido. Na maioria das vezes, porém, o sintoma inicial é uma massa cervical assintomática. A nasofibroscopia associada à biópsia é fundamental para o diagnóstico. O tratamento feito é principalmente com quimioterapia associada à radioterapia.

**Considerações Finais:** O linfóepitelioma de nasofaringe inicia-se muitas vezes com sintomas inespecíficos; a epistaxe, como visto no relato de caso, é uma delas. O tratamento como mostrado no relato normalmente constitui-se em quimioterapia e radioterapia.

## P 565 LINFOEPITELIOMA DE RINOFARINGE EM CRIANÇA

Sara Larissa Souza Figueiredo, Glauca Jainara Ferreira Costa, Odilon Mendes Neto, Leandro Figueiredo de Souza, Eduardo Machado Gaiane, Renata Lopes Mori, Edmo Arruda Aguiar Sobreira da Silveira

*Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente sexo masculino, 11 anos, história de dor e abaulamento em região cervical esquerda de crescimento progressivo de 7 meses. Ao exame, massa dolorosa em região cervical esquerda de aproximadamente 3 cm, endurecida, móvel e nódulos menores em cadeia cervical direita. Diagnósticos diferenciais como parotidite, amigdalite e OMA foram descartados após exames. Nasofibrolaringoscopia evidenciando massa de aspecto polipoide obstruindo fossa nasal esquerda com expansão para rinofaringe. TC face: Lesão expansiva em rinofaringe de limites mal definidos, aspecto sólido, com captação de contraste venoso e destruição óssea de pterigoides medial e lateral a esquerda, invadindo seio esfenoidal esquerdo, medindo 6 cm de diâmetro e obliterando completamente a luz da rinofaringe. Suspeita inicial de angiofibroma juvenil. Biópsia incisional de massa cervical: processo inflamatório policlonal reacional e infiltração por carcinoma sólido indiferenciado, com padrão de linfoepitelioma. Paciente foi encaminhado à Oncologia onde mantém acompanhamento e planejamento de radioterapia.

**Discussão:** A nasofaringe possui vários tipos de tecidos (glandulares, conectivo, linfoide), podendo abrigar uma grande variedade de neoplasias. Os carcinomas da rinofaringe constituem menos de 1% dos tumores malignos da infância, sendo, no entanto, 1/3 dos tumores nasofaríngeos. A maioria em crianças pertence ao grupo não diferenciado. O quadro clínico dos linfoepiteliomas pode variar desde sintomas mais inespecíficos como obstrução nasal, epistaxe, dor facial, cefaleia e zumbido até acometimento de pares cranianos em casos avançados. Na maioria das vezes, o sintoma inicial é uma massa cervical assintomática. Devido à alta radiosensibilidade, a radioterapia é o tratamento de escolha, embora quimioterapia também seja uma opção. O diagnóstico diferencial deve considerar angiofibroma juvenil e rabdomiossarcoma. O tratamento de escolha é radioterapia.

**Considerações Finais:** O trabalho objetiva relatar o caso do linfoepitelioma juvenil, enaltecendo sua raridade e a importância do diagnóstico precoce. Evolução clínica e exames de imagens devem ser utilizados para diagnóstico e guias de intervenções cirúrgicas.

**P 566 LINFOMA NASAL DE CÉLULAS T CD30 POSITIVO**

Luiza Lirio Jacomelli, Alexandra Torres Cordeiro Lopes de Souza, Rayza Gaspar dos Santos, Monik Souza Lins Queiroz, Ana Laura Carneiro Santos, Eliana Freitas Cardoso, Dario Hart Signorini

*Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.C.J., 57 anos, masculino, natural e residente do Rio de Janeiro, trabalha em frigorífico. Evoluiu há 5 meses com nodulação em face posterior da coxa esquerda, crescimento progressivo, posterior ulceração e eliminação de secreção serossanguinolenta. Perda ponderal de 8 kg no período. Concomitante crescimento de massa em fossa nasal esquerda, rinorreia mucopurulenta, epistaxe e obstrução nasal. TC de seios paranasais evidenciou massa em meatos nasais e etmoide, obliterando e insinuando-se à rinofaringe, invadindo seios maxilar e frontal à esquerda, provocando lise de lâmina papirácea e invasão orbitária. Realizada biópsia em massas nasal e de coxa esquerda, encontrado linfoma não Hodgkin de células T CD30 +, sendo iniciada quimioterapia (CHOP).

**Discussão:** O linfoma não Hodgkin nasal é uma rara neoplasia maligna, podendo ser do tipo T ou B, apresentando o primeiro pior prognóstico e sendo responsável por até 75% dos linfomas nasais. O estágio da doença e a extensão paranasal são de importância prognóstica. A imunohistoquímica é de suma importância para o diagnóstico. A quimioterapia é o tratamento de escolha.

**Considerações Finais:** Os linfomas devem entrar no diagnóstico diferencial das doenças nasossinusais, principalmente quando de curso arrastado e com quadros inespecíficos, pois, apesar da raridade do quadro, o diagnóstico precoce é fundamental para instituição do tratamento adequado, prevenção de metástases e prognóstico do paciente.

## P 567 LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRANDES CÉLULAS B DO SEIO MAXILAR E ESFENOIDAL

Bruna Gabriele Sartori, Vinicius Notário Ligerio, Martinho da Palma e Melo Neto, Guilherme dos Santos Gomes Alves, Natalie Piai Ravazzi Rapchan, Thaisa Consorte Domingues, Tatiane Bordignon Uliana

*UNOESTE, Presidente Prudente, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente sexo masculino, 56 anos, iniciou quadro de paralisia em hemiface à esquerda grau IV, disfonia e bradicardia, realizada TC de crânio não evidenciando alterações. Em 1 mês evoluiu com lesão infiltrativa em asa nasal e malar à esquerda, com paralisia facial grau VI. Solicitada nova TC face evidenciando lesão em seio maxilar, erosão da asa maior do esfenóide, remodelamento do osso temporal, infiltração da musculatura retro-orbitária, esfenóide, coana e narina esquerda. Realizada cirurgia endoscópica para biópsia da lesão e biópsia da pele. AP evidenciando LNH de grandes células B. Iniciado tratamento quimioterápico e radioterápico com regressão total da lesão dos seios paranasais e pele.

**Discussão:** O LNH é a 2ª neoplasia maligna mais prevalente na região da cabeça e pescoço. Subtipo mais comum é o linfoma difuso de grandes células B, acometendo homens entre 40 e 70 anos. 1/3 dos LNH são extranodais, acometendo os seios paranasais cerca de 9% dos casos, principalmente em seios maxilares e etmoidais. Pode haver rinosinusites de repetição, obstrução nasal, dor e edema de face, sintomas B (febre > 38°C, sudorese noturna e perda de peso, 10% em 6 meses). O diagnóstico é feito pelo exame físico, exames de imagem e confirmado pelo histopatológico. Tratamento baseia-se em cirurgia, quimioterapia sistêmica e radioterapia localizada, com média de sobrevida de cinco anos.

**Considerações Finais:** Paciente apresentando sintomas atípicos como bradicardia, disfonia e paralisia facial, sendo pensado inicialmente em doenças neurológicas, acompanhando com a Neurocirurgia. Evolução rápida e agressiva, com diferença de um mês entre os exames de imagem, onde o primeiro encontrava-se normal e o segundo com a lesão expansiva. Doença de difícil diagnóstico precoce devido anormalidade dos sintomas iniciais, porém com boa resposta ao tratamento.

## **P 568 LINFOMA T/NK EXTRANODAL DO TIPO NASAL: RELATO DE CASO DE UM RARO SUBTIPO DE LINFOMA NASOSSINUSAL**

Martin Batista Coutinho da Silva, Syriaco Atherino Kotzias, Fábio Duro Zanini, Leticia Chueiri, Janaína Jacques, Maria Fernanda Picolli Cardoso de Mello, Daniel Buffon Zatt

*Hospital Governador Celso Ramos/Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.E.F.A., 35 anos, sexo masculino, natural de São José-SC, apresentou-se a emergência do Hospital Governador Celso Ramos com queixa de dor/pressão facial em região frontomaxilar esquerda há 1 mês, acompanhada de obstrução nasal ipsilateral, rinorreia purulenta e diplopia, sem melhora com o uso de antibióticos. Ao exame físico, identificou-se tumefação em região maxilar esquerda, proptose do olho esquerdo e presença de massa endurecida ocupando toda fossa nasal esquerda. A ressonância magnética de seios da face/órbitas revelou velamento dos seios paranasais esquerdos, sugerindo sinusite fúngica invasiva aguda. Diante da suspeita diagnóstica, foi realizado debridamento cirúrgico, coletado material para culturas e exame anatomopatológico, e instituído tratamento com anfotericina B. O paciente apresentou evolução desfavorável, sendo aventada a possibilidade de linfoma, confirmado posteriormente pelo exame imunohistoquímico. Com o diagnóstico de linfoma extranodal de células T/NK tipo nasal (LTNKN) confirmado, iniciou-se o tratamento quimioterápico, com regressão total da tumefação em hemiface esquerda, sem recidiva até o momento.

**Discussão:** O LTNKN é um subtipo raro de linfoma não Hodgkin que acomete preferencialmente indivíduos do sexo masculino na quinta década de vida. Apresenta-se inicialmente com sintomas nasais inespecíficos, podendo mimetizar um quadro de rinossinusite. O acometimento locorregional é comum com a progressão da doença, envolvendo principalmente órbitas e base do crânio. O diagnóstico é confirmado pelo exame histopatológico e o tratamento mais utilizado é a quimioterapia associada ou não à radioterapia.

**Considerações Finais:** Apesar de raro, o LTNKN deve ser sempre lembrado como diagnóstico diferencial em pacientes com quadros de rinossinusites de repetição refratárias ao tratamento clínico.

## P 569 MANIFESTAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA NO HIV POSITIVO

Marina Abreu Faioli, Camilla Ferreira Gonçalves, Tatiana Roriz Lopes, Fernando Jorge dos Santos Barros, Thiago Botelho Afonso, Fabiana Rocha Ferraz, Andrea David Goldwasser

*Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Mulher, branca, longilínea, 56 anos, do lar, queixa obstrução nasal progressiva há cinco anos, que evoluiu para respiração oral exclusiva há seis meses, roncos noturnos, voz hiponasal e dispneia aos grandes esforços. Endoscopia nasal demonstrou massa volumosa apresentando superfície lisa, consistência macia e normocorada, obstruindo todo o cavum. Ressonância nuclear magnética revelou massa homogênea com densidade de partes moles, localizada, bordas lisas. Após investigação laboratorial, diagnosticou-se imunossupressão pelo vírus HIV. Foi realizada biópsia da massa sob anestesia geral, confirmando diagnóstico de hiperplasia linfoide reativa. Após iniciar tratamento com antirretrovirais, houve regressão significativa da tonsila e melhora dos sintomas obstrutivos.

**Discussão:** A tonsila faríngea é recoberta por linfoepitélio, constituído de células epiteliais, linfócitos, macrófagos e células dendríticas, possuindo papel importante no armazenamento e replicação do HIV-1. O HIV-1 pode estar presente nas tonsilas palatinas e faríngea de portadores assintomáticos do vírus. Em alguns pacientes, sintomas otorrinolaringológicos, como a hipertrofia das tonsilas e apneia obstrutiva do sono, podem ser uma das primeiras manifestações clínicas.

**Considerações Finais:** Pacientes HIV positivos apresentam alterações otorrinolaringológicas devido à hiperplasia, que pode ser generalizada. O otorrinolaringologista deve estar atento a sintomas obstrutivos, podendo estes ser a primeira pista para diagnóstico de infecção pelo HIV.

## P 570 MAXILECTOMIA ENDOSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE PAPILOMA INVERTIDO NASOSSINUSAL RECIDIVADO

Juliana Teixeira de Souza, Erika Ferreira Gomes, Yuri Rodrigues Rocha, Camila Gabriella da Silva Queiroz, Isnara Mara Freitas Pimentel, Andressa Rolim Freitas, Levi Mota Marques

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 32 anos, com história de cirurgia prévia há oito anos por papiloma invertido nasal. Há dois anos, houve recidiva do quadro, com obstrução nasal à direita associada à rinorreia purulenta e epistaxe à manipulação do nariz. Realizada tomografia computadorizada de seios paranasais, cujo laudo evidenciou lesão de aspecto expansivo com epicentro em cavidade nasal direita, preenchendo meatos nasais e seio maxilar ipsilaterais medindo 6,0x5,8x2,5 cm. Realizada maxilectomia endoscópica pré-lacrimal à direita, cujo resultado histopatológico foi o mesmo da cirurgia prévia.

**Discussão:** O papiloma invertido é um tumor benigno e tem origem na mucosa nasal e de seios paranasais, podendo ser constituído por epitélio respiratório, transicional ou escamoso. Acomete principalmente pessoas do sexo masculino com obstrução nasal unilateral na quinta ou sexta décadas de vida. Apesar de histologicamente benigno, o papiloma invertido pode apresentar complicações, como tendência à destruição local, recorrência e malignização. O meato médio e a parede nasal lateral são os principais sítios de implantação do tumor. Estudos demonstram que os subtipos 6 e 11 do HPV estão relacionados a lesões benignas e o subtipo 16 a lesões malignas neste tipo de tumor. A cirurgia radical extranasal é preferida por alguns autores, enquanto outros optam pela abordagem endonasal ou extranasal limitada.

**Considerações Finais:** O papiloma invertido é um tumor nasossinusal raro, benigno e unilateral com achados clínicos inespecíficos. O diagnóstico é realizado por meio de anamnese, exame otorrinolaringológico e exames complementares. O tratamento é essencialmente cirúrgico e abordagens endonasais endoscópicas proporcionam acréscimo ao arsenal terapêutico, oferecendo desfechos satisfatórios e redução na morbidade pela adequada seleção de casos. É raro acometer pacientes mais jovens.

**P 571 MELANOMA MALIGNO DE MUCOSA NASAL: RELATO DE CASO**

Rubens Huber da Silva, Matheus Rasteiro Conrado, Natália de Matos Branco, Adriano Guimarães Reis, Laís Monteiro Amorim, Nathallia Linhares Alves, Thaisa Cajuela Gonçalves

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

**Apresentação do Caso:** Paciente, 51 anos, feminino, branca, deu entrada no HIORP, em bom estado geral, queixando de obstrução nasal progressiva à direita, associada a sensação de peso em hemiface, dor e episódios de epistaxe ipsilateral, há 3 meses. Rinoscopia anterior, lesão polipoide, amarelo-acastanhada em narina direita. Videonasofibrosopia, lesão polipoide amarelo-enegrecida ocupando toda cavidade nasal direita. TC-SPN, lesão ovalar, localizada na cavidade nasal à direita posteriormente, ocupando meato médio, contato com porção óssea do septo nasal e obstrução da coana. RNM-SPN, lesão ovalar hiperintensa em T2, obstrutiva, em contato com septo nasal, parede póstero-medial do seio maxilar direito, medindo 2,7x2,3 cm. Foi submetida à cirurgia endoscópica nasal, com ressecção completa da lesão. Anatomopatológico sugeriu melanoma maligno, sendo realizada análise Imunohistoquímica com positividade para Melan A e HMB45, confirmando o diagnóstico. Foi encaminhada para oncologista clínico, onde deu início a sessões de radioterapia, total 24 sessões. Cintilografia, sem infiltrações ósseas secundárias. TC de abdome total e toráx com contraste dentro dos parâmetros de normalidade. Paciente em acompanhamento há 5 meses, com bom controle clínico e endoscópico.

**Discussão:** Melanoma maligno da mucosa nasossinusal é um tumor raro, representando 0,5 a 2% do conjunto dos melanomas malignos. Extremamente agressivo, com mau prognóstico, mortalidade de 50% em 3 anos. Acometem mais idosos após sexta década de vida, sem relação com o sexo. Principais sintomas são obstrução nasal e epistaxe, podendo apresentar rinorreia, rinolalia, hiposmia, cefaleias fronto-orbitárias, algias faciais, exoftalmia e diplopia. TC e RNM ajudam a estadiar a lesão. Cirurgia radical corresponde à primeira escolha de tratamento.

**Considerações Finais:** O otorrinolaringologista deve estar atento aos quadros de obstrução nasal unilateral associado à epistaxe para realizar diagnóstico diferencial com neoplasias unilaterais das fossas nasais. O diagnóstico precoce é de extrema importância para um melhor prognóstico.

## P 573 MELANOMA MUCOSO DE SEIOS PARANASAIS: UM RELATO DE CASO

Sophia Cerceau Pinto Coelho, Maria Isabela Alves Ramos, Ana Cecília Alves Carvalho, Letícia Teixeira, Prisciliano Thiago da Cruz Gomes, Marcell de Melo Naves, Olga Maria Lima Aguiar

*Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 78 anos, com queixa de epistaxe anterior recorrente em narina direita, associada à obstrução nasal, com um mês de evolução. Ao exame físico, apresentou massa violácea em cavidade nasal direita. A tomografia computadorizada de seios da face evidenciou lesão expansiva, com captação de contraste, ocupando seio maxilar e toda cavidade nasal à direita, sem acometimento de órbita e de base de crânio. O paciente foi submetido à exérese cirúrgica do tumor por acesso combinado via endonasal e *degloving*. A biópsia foi compatível com melanoma. Após a cirurgia, foi realizada PET/CT, que evidenciou lesão primária residual em maxila direita, e múltiplas lesões hipermetabólicas ósseas, em linfonodos ilíacos e glândulas adrenais, compatíveis com metástases. O paciente foi submetido à radioterapia, e seis meses após o início do tratamento encontra-se sob cuidados paliativos.

**Discussão:** O melanoma mucoso de seios paranasais é um tumor maligno raro, mais agressivo que a forma cutânea, com fatores de risco ainda não bem estabelecidos. Os sintomas são inespecíficos, semelhantes a outros tumores nasais e mesmo a doenças benignas, o que pode resultar em atraso diagnóstico. O tratamento de primeira linha é a ressecção cirúrgica, quando possível, e o fator prognóstico mais importante é a remoção completa da lesão inicial com margens livres, o que não ocorreu no caso relatado. A radioterapia adjuvante é geralmente realizada, pois se mostra eficaz no controle local da doença. No entanto, devido à recorrência local e metástases à distância, o prognóstico é reservado, fazendo com que a sobrevida em cinco anos seja apenas 15,7%.

**Considerações Finais:** O melanoma de seios paranasais, apesar de raro, é grave e deve ser considerado no achado de massa intranasal. O ponto chave na abordagem é o diagnóstico precoce, que aumenta a probabilidade de excisão cirúrgica completa e melhora a sobrevida do paciente.

**P 574 MELANOMA NASAL**

Francisco José de Lima, Ralph Silveira Dibbern, Isabela Conti Abile, Adriana Rodrigues Zeller, Elvira Lopes da Silva, Daniela Toledo de Aguiar, Icaro Grandesso Ribeiro

*Irmandade Santa Casa de Limeira, Limeira, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente E.F.L., masculino, 71 anos, tabagista, encaminhado do PS ao serviço de Otorrinolaringologia da Irmandade Santa Casa de Limeira-SP com história de epistaxe recorrente em fossa nasal direita há 2 meses, associada à obstrução nasal ipsilateral. Ao exame de rinoscopia anterior, verificou-se uma tumoração friável. Realizou-se biópsia incisional, cujo resultado evidenciou neoplasia maligna indiferenciada. O exame imunohistoquímico mostrou-se positivo para o melanoma maligno. O paciente foi encaminhado ao centro de Oncologia para quimio e radioterapia.

**Discussão:** A etiologia dos melanomas mucosos é pouco elucidada. O desenvolvimento está associado à transformação maligna dos melanócitos. A relação com fatores de riscos como tabagismo e alcoolismo não está bem estabelecida. Histopatologicamente, observa-se presença de pigmento melânico e vários ciclos mitóticos. Geralmente, são vistas células tumorais positivas para S100, VIM e HBMB45. O diagnóstico é realizado por meio de dados clínicos associado a exames de imagem, citopatológicos e imunohistoquímico. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética podem ser aplicadas para a melhor identificação dos limites anatômicos.

**Considerações Finais:** O melanoma nasal acomete com maior frequência pacientes na sexta década de vida. O tratamento geralmente é radical, todavia, uma terapêutica inicial mais conservadora como a radioterapia e/ou quimioterapia podem ser empregadas. Vale salientar a importância do diagnóstico precoce, uma vez que a sobrevida está diretamente relacionada ao estadiamento da doença.

**P 575 MELANOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO**

Nicole Kraemer Redeker, Renato Roithmann, Julia Tonietto Porto, Bibiana Pedroso da Mota, Hamilton Ferro

*Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 85 anos, apresentou-se ao ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário ULBRA com queixa de obstrução nasal unilateral e epistaxe há 6 meses. Na rinoscopia anterior foi visualizada uma lesão endurecida obliterando totalmente a fossa nasal esquerda. A tomografia computadorizada de seios da face evidenciava imagem polipoide com densidade de partes moles obliterando a fossa nasal esquerda, medindo 2,2x1,2 cm de diâmetro. Seguiu-se a realização de biópsia incisional para análise anatomopatológica, a qual diagnosticou melanoma nasossinusal. A partir do diagnóstico, procedeu-se a uma ressecção ampla da lesão por via endoscópica. Em função da idade do paciente, o procedimento foi limitado à cavidade nasal com tratamento complementar por oncologista. Esta conduta teve o acordo do paciente e da família.

**Discussão:** O melanoma nasossinusal é um tumor extremamente raro. Representa menos de 1% dos tumores malignos da região de cabeça e pescoço e menos de 1% de todos os melanomas malignos. O pico de incidência ocorre entre 50 e 70 anos de idade e a proporção entre homens e mulheres é de aproximadamente 2:1, respectivamente. Origina-se de melanócitos da mucosa nasossinusal e os sítios mais comuns deste tumor são os cornetos médio e inferior e o septo nasal. O paciente frequentemente apresenta uma história de obstrução nasal, epistaxe ou alteração do olfato. A investigação deve incluir um exame de imagem (TC e/ou RNM), embora o diagnóstico definitivo seja feito pelo estudo anatomopatológico e imunohistoquímico da lesão. O tratamento consiste na ressecção completa da lesão sempre que possível e radioterapia adjuvante se necessário. Em geral, o prognóstico é reservado, com uma taxa de sobrevivência em 5 anos entre 12 e 30% para lesões primárias.

**Considerações Finais:** Apesar de ser uma afecção incomum, o melanoma nasossinusal deve sempre ser considerado diagnóstico diferencial em pacientes com obstrução nasal unilateral e epistaxe.

**P 576 MELANOMA PRIMÁRIO DE CAVIDADE NASAL**

Sara Larissa Souza Figueiredo, Renata Lopes Mori, Glauca Jainara Ferreira Costa, Gabriel Denardi Nasser, Edmo Arruda Aguiar Sobreira da Silveira, Odilon Mendes Neto, Cícero Leite Carneiro Vianna

*Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente sexo masculino, 42 anos, iniciou quadro de obstrução em fossa nasal direita acompanhada de cefaleia e epistaxe recorrente de início há 3 meses. À rinoscopia anterior, visualizada massa obstruindo fossa nasal direita. Ao exame de nasofibrolaringoscopia, essa massa se estendia à rinofaringe e exames de TC de face evidenciaram lesão em fossa nasal direita, com realce ao contraste acometendo o complexo óstio-meatal, com sinais de erosão em lâmina papirácea e invasão intracanal produzindo proptose ocular à direita. A RM de face demonstrava lesão expansiva com hipossinal em T1 e sinal intermediário em T2, com impregnação intensa originada da fossa nasal direita com extensão para fóvea etmoidal homolateral com extensão intracraniana comprimindo o giro reto homolateral e orbitário e adenomegalias submandibulares à direita. TC tórax: infiltração metastática do parênquima pulmonar. A biópsia evidenciou infiltração por neoplasia maligna com caracteres de melanoma. O paciente seguiu em acompanhamento com a equipe de Oncologia conduzido para cuidados paliativos exclusivos, sem indicação cirúrgica devido ao estágio avançado do tumor.

**Discussão:** O melanoma maligno primário da mucosa nasal é uma doença rara, de etiologia incerta, comportamento biológico imprevisível e prognóstico sombrio. É observado em menos de 1% entre todos melanomas. Os melanomas malignos têm 2 origens: cutânea e mucosa. A forma mucosa tem pior prognóstico devido à sua agressividade comparada à forma cutânea. É mais comum em homens e acima de 50 anos. Clinicamente, causam sintomas como obstrução nasal, epistaxes e cefaleia. Normalmente, são diagnosticados em estágios avançados, o que dificulta a probabilidade de cura com tratamento cirúrgico nos casos diagnosticados precocemente.

**Considerações Finais:** O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso raro de melanoma nasal e ressaltar a importância do diagnóstico precoce devido ao prognóstico ruim, tendo o mesmo sobrevida média de 1 a 3 anos.

## P 578 MENINGOCELE NASAL - RELATO DE CASO

Thiago Ribeiro de Almeida, Ney Penteadó de Castro Neto, David Roberto Claro, Isabella Cristina Ragazzi Quirino Cavalcante, Thiago Xavier de Barros Correia, Isabela Tavares Ribeiro, Amanda Melim Bento

*Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.C.B., 56 anos, iniciou quadro de obstrução nasal, rinorreia hialina e cefaleia frontal unilateral à esquerda com 5 anos de evolução e piora progressiva. Sem outras queixas. Apresentou um episódio de meningite bacteriana nesse intervalo. À rinoscopia anterior, apresentava lesão esbranquiçada, aspecto polipoide, bordos bem delimitados de provável origem em meato médio. À nasofibrolaringoscopia, lesão esbranquiçada, amolecida, de origem no recesso esfenotmoidal se estendendo até assoalho da cavidade nasal, obstruindo cavidade nasal esquerda. RNM demonstrou alargamento da sela túrsica, que está preenchida por fluido cerebroespinhal, associado a achatamento da glândula hipofisária ao longo do assoalho selar e com a haste hipofisária centrada. Sendo diagnosticada meningocele nasal pela história clínica e imagens radiológicas. Paciente foi encaminhado para serviço de Neurocirurgia para melhor abordagem.

**Discussão:** Meningocele nasal ou rinocele trata-se da deiscência da meninge para a cavidade nasal, que pode ser confundida e operada como um pólipó, advindo daí graves consequências como meningite e até a morte, conforme vários casos na literatura. Trata o presente trabalho da apresentação e estudo de uma malformação bastante rara, segundo o consenso geral de vários autores pesquisados, a qual é necessário uma avaliação e abordagem cuidadosa para que não ocorra condutas inadequadas e consequências catastrófica. Daí a importância desse relato para alertar os outros profissionais quanto a um diagnóstico diferencial lesões tumorais intranasais.

**Considerações Finais:** Apresentamos o caso de uma senhora de 56 anos com diagnóstico de meningocele nasal uma entidade extremamente rara e suas complicações potencialmente fatais, diagnóstico diferencial deve ser feito com o pólipó nasal, e intervenções para este tipo de afecção podem ser altamente danosas, causando meningite, conforme vários casos descritos, e até mesmo a morte.

## P 580 MUCOCELE DE SEIO ESFENOIDAL COM ACOMETIMENTO DE PARES CRANIANOS

Glauca Jainara Ferreira Costa, Sara Larissa Souza Figueiredo, Edmo Arruda Aguiar Sobreira da Silveira, Renata Lopes Mori, Cícero Leite Carneiro Vianna, Leandro Figueiredo de Souza, Eduardo Machado Gaiane

*Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente sexo masculino, 63 anos, com quadro de cefaleia crônica de padrão frontal, irradiando para região occipital, pulsátil, de forte intensidade, sem associação com fotofobia ou fonofobia. Evoluiu com piora significativa da dor em 2 dias, apresentando náuseas, vômito, vertigem, ptose, diplopia e turvação visual. Ao exame: Paresia do músculo reto medial e do reto superior à esquerda, limitação da adução em olho esquerdo. Semiptose palpebral a esquerda. Hipoestesia em hemiface em território de V1 e V2. Nasofibrolaringoscopia sem alteração. TC de face: presença de material de atenuação de partes moles em seio esfenóide e células etmoidais, notadamente à esquerda, com expansão para processo pterigoide se insinuando para órbita ipsilateral, promovendo remodelamento ósseo. RM de seios da face: lesão com hipossinal em T1, hipersinal em T2 e captação periférica pelo contraste em seio cavernoso com efeito compressivo sobre a órbita esquerda. O paciente foi submetido à esfenotomia para ressecção de mucocele, evoluindo com resolução dos sintomas visuais e neurológicos.

**Discussão:** Mucocelos dos seios paranasais são formações císticas benignas contendo muco cobertas pelo epitélio respiratório. São causadas por bloqueio dos óstios dos seios com acumulação de muco que eventualmente expande os seios. A maioria ocorre nos seios etmoidais e frontal. As mucocelos esfenoidais são menos comuns. Clinicamente, manifesta-se com dor de cabeça intratável, diminuição da acuidade visual, defeito do campo visual, exoftalmia e transtorno endócrino da extensão selar. Os sintomas de outros sistemas ocorrem quando a mucocele invade as estruturas circundantes. O diagnóstico baseia-se no exame endoscópico e na TC ou na RM da área e o tratamento é cirúrgico.

**Considerações Finais:** O trabalho objetiva relatar a ocorrência de mucocele de esfenóide, condição rara, sendo responsável por 2% a 3% de todas as lesões dos seios paranasais, tornando-se ainda mais rara por apresentar repercussão visual e neurológica e, por isso, necessitando intervenção precoce.

## P 581 MUCOCELE DOS SEIOS PARANASAIS: RELATO DE UM CASO ATÍPICO

Afonso Possamai Della Júnior, Anita Silva Brunel Alves, Jacqueline Oliveira de Matos, Natália Collodetto Soares, Luiz Eduardo Nercolini, Fernanda Miyoto Tsuru, Lucca Policeno Paulin

*Santa Casa de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** E.C.M., 65 anos, branca, feminina, com queixa de epífora crônica e dacriocistite de repetição à esquerda, há 5 anos. Ao exame físico, pequeno abaulamento em canto medial do olho esquerdo, indolor à palpação. À rinoscopia anterior, desvio de septo à esquerda e palidez mucosa. Dacriocintilografia: via lacrimal direita pérvia; via lacrimal esquerda com estase da lágrima marcada em topografia dos canalículos lacrimais; observou-se progressão discreta do traçador para o saco e ducto nasolacrimal, mesmo após manobras de aspiração com as narinas semiobstruídas e massagem em canto interno. Tomografia computadorizada de face: imagem arredondada, com conteúdo de partes moles na região das células etmoidais à esquerda, com deslocamento da lâmina papirácea e globo ocular, sinais de remodelação óssea, compatível com mucocele etmoidal, com possível compressão das vias lacrimais. Realizada etmoidectomia anterior endonasal à esquerda, via endoscópica, com drenagem e marsupialização da mucocele. Evidenciada exposição da periórbita. A paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, com melhora completa das queixas. Anatomopatológico compatível com mucocele.

**Discussão:** A mucocele é uma lesão cística de revestimento epitelial que acomete os seios paranasais, contém muco espesso em seu interior, possui crescimento lento e caráter expansivo. Parece ser ocasionada pela obstrução do óstio de drenagem do seio paranasal comprometido devido a processos crônicos de rinossinusite, polipose, trauma, cirurgia prévia, tumores benignos ou malignos. O quadro clínico varia conforme a região envolvida. Neste caso, a queixa era bastante atípica. O diagnóstico é feito por meio dos exames de imagem, e a tomografia é o exame de escolha. O tratamento das mucoceles é cirúrgico, sendo que as vias de acesso podem ser externa e endonasal. A cirurgia endoscópica é considerada, atualmente, o tratamento de escolha.

**Considerações Finais:** É importante conhecer as características comuns e as formas atípicas de apresentação da mucocele para o correto diagnóstico e tratamento das lesões sinusais e extrassinusais.

## P 582 MUCOCELE FRONTAL COM EXTENSÃO PERIORBITÁRIA

Eduardo Romero Sampaio Botelho, Carolina da Silveira Alves, Rosana Guimarães Rodrigues Alves, Geizeane Moraes Cunha, Gustavo Bachega Pinheiro, Maria Stella Jaqueline Alves de Farias, Vanéli Silva Martins

*Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil*

**Apresentação do Caso:** R.P.B., 40 anos, feminina, previamente hígida, admitida no pronto-socorro de Otorrinolaringologia do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) queixando-se que há 5 meses, após quadro de infecção das vias áreas superiores, apresenta edema periorbitário direito intermitente, acompanhada de rinorreia unilateral direita e obstrução nasal. Refere piora dos sintomas nas últimas semanas, com edema periorbitário permanente e progressivo. Associado ao quadro, informa proptose e diplopia à direita, além de dor em hemiface ipsilateral mais proeminente em topográfica maxilar e diminuição da acuidade visual. Nega trauma facial ou cirurgias faciais prévias. Ao exame físico: proptose à direita, com lateralização do globo ocular, motricidade ocular extrínseca alterada à direita e secreção hialina em fossas nasais. Trazia tomografia computadorizada de seios da face mostrando lesão hiperdensa ocupando todo o seio frontal direito, com herniação para cavidade orbitária ipsilateral, sugestivo de mucocele. Paciente aguarda cirurgia endoscópica nasal.

**Discussão:** As mucocelos dos seios paranasais são formações císticas benignas, resultantes do acúmulo e retenção de secreção mucoide que ocorrem quando a drenagem do seio é obstruída. São lesões raras dos seios paranasais, porém, constituem a mais comum afecção expansiva desses seios. Apesar de benigna, o caráter expansivo da mucocele pode ocasionar erosão dos limites ósseos dos seios paranasais por compressão e consequente reabsorção óssea, levando ao comprometimento de estruturas adjacentes, sendo de grande importância o diagnóstico precoce. Sua incidência é maior entre a terceira e quarta décadas de vida. O tratamento das mucocelos é cirúrgico, visando o restabelecimento da drenagem do seio.

**Considerações Finais:** É importante conhecer as características comuns e as formas atípicas da apresentação da mucocele para o correto diagnóstico e tratamento das lesões sinusais e extrassinusais e, assim, evitar eventuais complicações clínicas.

## P 584 MUCOCELE GIGANTE COM ORIGEM NO SEIO ESFENOIDAL EM UM ADOLESCENTE DE 14 ANOS: RELATO DE CASO

Pedro Augusto Pessoa de Abreu, Raissa de Carvalho Borges, Anderson da Silva Abreu, Erica Cristina Campos e Santos, Natália Maria Couto Bem Mendonça, Rodrigo Betelli Alves, Washington Luiz Almeida

*Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 14 anos, masculino, encaminhado por neurologista com relato de cefaleia refratária ao uso de analgésicos há 4 meses, irradiando para olhos, com episódios de amaurose parcial bilateral e obstrução nasal. A TC de crânio evidenciou volumosa formação expansiva medindo 7X5X4,2 cm, de origem isolada em seio esfenoide, sugestiva de Mucocele, promovendo efeito expansivo no assoalho selar com remodelamento ósseo e deslocamento de conteúdo cranialmente. Optamos por solicitar uma RNM, que confirmou os achados da TC. Procedeu-se à cirurgia endonasal com remoção septal posterior à esquerda e marsupialização da mucocele. Foi acompanhado semanalmente por meio de anamnese e endoscopia nasal, apresentando melhora completa do quadro.

**Discussão:** A mucocele é uma doença rara, definida como uma formação cística expansiva resultante do acúmulo e retenção de secreção mucosa em seio paranasal ocorrendo quando a drenagem do seio é obstruída. Sua incidência é maior por volta da terceira década de vida, sendo rara na população infanto-juvenil. Possui causas Extrínsecas: cirurgia nasossinusal, trauma acidental, cirurgia odontológica; e Intrínsecas: alergia, tumores nasossinusais ou hipersecreção/estase mucosa. É mais comum nos seios frontais e etmoidais, sendo bastante incomum a origem esfenoide. A TC de crânio é o exame de eleição para o diagnóstico. A RNM fornece melhor informação sobre comprometimento de partes moles, como nervo óptico, porém seu uso não é rotineiro, sendo recomendada quando a TC evidenciar erosão óssea ou perda de visão. O tratamento da mucocele é cirúrgico, sendo a via de acesso de eleição a via endoscópica nasal. Tem por finalidade a confirmação diagnóstica, drenagem e excisão ou marsupialização da parede do cisto.

**Considerações Finais:** O caso em questão evidencia a importância de se considerar entre os diagnósticos diferenciais de massas expansivas nasossinusais a mucocele, mesmo na população infanto-juvenil e quando de origem esfenoide, apesar da raridade do acometimento desta população e sítio anatômico.

## P 585 MUCOMICOSE RINOCEREBRAL EM UM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO - RELATO DE CASO

Fernando Martins Cruvinel, Daniela Guimarães Garcia Cunha, Juliana Guimarães Garcia Cunha, Ivo Teles Melo Andrade, Debora Cury Ribeiro, Camila Chulu Lorentz, Rita de Cassia Soler

*Seul Serviços Médicos, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** S.C.V., do sexo feminino, 60 anos, foi submetida a transplante cardíaco dez anos antes e transplante renal dois anos antes, em uso de drogas imunossupressoras, vinha apresentando edema de hemiface esquerda e sinusite aguda sem resolução após 20 dias de antibioticoterapia. Foram realizadas antróstomia maxilar e etmoidectomia à esquerda, com evidentes sinais de sinusite aguda, rinorreia abundante e áreas necróticas limitadas. Outras abordagens cirúrgicas foram propostas devido à suspeita de invasão de fungos, que posteriormente foi observada em cultura, confirmando a hipótese de mucormicose. Foram realizadas abordagens semanais, totalizando seis cirurgias, com realização de debridamento de áreas necróticas crescentes e irrigação da cavidade nasal com uma solução de anfotericina B.

**Discussão:** A mucormicose é caracterizada por uma infecção oportunista severa, ameaçadora para a vida, causada por fungos da ordem Mucorales. É rara e comumente afeta os seios paranasais, estendendo-se ao cérebro e afeta pacientes com resposta imune deficiente, como aqueles com diabetes melitus, pacientes submetidos à quimioterapia para neoplasia hematológica, pacientes sob terapia com corticosteroides ou aqueles que estão usando drogas imunossupressoras após transplante de órgãos sólidos. Nosso objetivo é relatar um caso de mucormicose, que é uma infecção fúngica rara e muitas vezes fatal, em paciente transplantado renal e cardíaco.

**Considerações Finais:** A mucormicose é rara, rapidamente agressiva e muitas vezes letal, causando lesão rinocerebral, destruição óssea e encefalite temporal em cerca de 50 dias de evolução da condição. O diagnóstico precoce e o tratamento correto são importantes devido à alta morbimortalidade da doença.

## P 587 MUCORMICOSE RINOCEREBRAL EM ADULTO: UM RELATO DE CASO

Adriana Xavier Tavares, Cristiane Marcela Santos Silva, Ana Elizabeth de Santana Carneiro Vilela, Nathália Anaissi Rocha Pessoa, Mariana Sancho de Macedo, Thiago Emanuel Souza de Freitas, Bianca de Lucena Ferreira Lima

*Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.S.A., 40 anos compareceu à emergência clínica queixando-se de dor abdominal, náuseas e vômitos há 5 dias. Ao exame, apresentava-se com estado geral decaído, desorientada, taquipneica, desidratada e afebril. Glicemia capilar 468 mg/dl. Negava diagnóstico prévio de diabetes mellitus ou outras comorbidades. Foi admitida em UTI com diagnóstico de cetoacidose diabética e iniciadas medidas de controle glicêmico e antibioticoterapia. Evoluiu com edema orbitário, ptose palpebral, ausência de reflexo pupilar e de movimentação ocular esquerdos. RNM de encéfalo evidenciou área focal de alteração de sinal com realce periférico pós-contraste venoso, apresentando área cística/necrótica de permeio comprometendo a região subcortical do lobo frontal esquerdo sugestivo de abscesso e pansinusopatia inflamatória. Realizada drenagem cirúrgica de abscesso em lobo frontal por neurocirurgia. Superada cetoacidose, seguiu investigação diagnóstica em enfermaria de clínica médica, sendo avaliada pela Otorrinolaringologia que evidenciou em rinoscopia anterior quantidade abundante de crostas em septo nasal, sendo aventada a hipótese diagnóstica de granuloma letal de linha média secundária à sinusite fúngica invasiva (mucormicose) e iniciada terapia antifúngica. Realizada toaleta cirúrgica de cavidade nasal com retirada de crostas necróticas do septo nasal e enviado material para cultura e anatomopatológico. Em cultura houve crescimento de zigomiceto, confirmando mucormicose e anatomopatológico evidenciou área extensa de necrose septal. Paciente seguiu tratamento com antifúngico sistêmico por 12 semanas e apresentou importante melhora clínica.

**Discussão:** Mucormicose é qualquer infecção fúngica invasiva causada por fungo da classe Zygomycetes. A cetoacidose diabética é o principal fator predisponente. Pode apresentar-se em diferentes formas clínicas, sendo a rinocerebral a mais comum. Manifesta-se como sinusite aguda ou celulite periorbital ou oftalmoplegia unilateral. O tratamento consiste na reversão de condições predisponentes, terapia antifúngica e intervenção cirúrgica.

**Considerações Finais:** A sinusite fúngica invasiva deve ser aventada como diagnóstico diferencial em pacientes predispostos e com sintomas compatíveis, visto que se trata de uma infecção grave e com potenciais complicações.

**P 588 MUCORMICOSE RINOFACIAL: RELATO DE CASO**

Renata Oliveira e Nasser, Larissa Denadai Raffa de Souza, Daiana Terra Nacer, Abílio Torres dos Santos Neto, Lidiani Figueiredo Santana, Talita Santos de Arruda

*Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Neste relato de caso, paciente de 36 anos, masculino, diabético tipo II em tratamento irregular, realizou tratamento endodôntico nos elementos 24 e 25 à esquerda. Após 4 dias, evoluiu com edema de hemiface esquerda com sinais flogísticos e rebaixamento do nível de consciência, motivando atendimento em Unidade Básica de Saúde e encaminhamento a nível hospitalar. Submetido a desbridamento amplo e profundo da hemiface esquerda para drenagem de abscesso dentário com necrose de face (envolvendo estruturas cartilaginosas, ósseas e terminações nervosas), além de enucleação do globo ocular esquerdo. Evidenciada presença de hifas filamentosas em cultura de tecido necrótico de face retirado na referida abordagem cirúrgica. Durante internação hospitalar, permaneceu em ventilação mecânica, sedoanalgesia contínua, evoluindo com choque séptico, insuficiência renal aguda e óbito após 10 dias de internação.

**Discussão:** A mucormicose é uma infecção oportunística grave causada por fungos da Ordem Mucorales, que compreende nove gêneros e é mais prevalente em imunodeprimidos. A infecção resulta de inalação ou ingestão de esporos fúngicos lançados no ar ou de inoculação direta de organismos na pele ou mucosa descontínua, podendo ser assim adquirida por via aérea, digestiva ou mucocutânea. As manifestações clínicas são variáveis e podem se pronunciar com comprometimento gastrointestinal, respiratório, tegumentar, sistema nervoso central e generalizado. A rapidez no diagnóstico e o início precoce do tratamento adequado são fundamentais para melhorar o prognóstico da doença, que costuma estar associado a alta morbimortalidade.

**Considerações Finais:** A incidência da mucormicose no Brasil é pouco desconhecida, já que existem poucos relatos de casos descritos na literatura, porém sabe-se que há um predomínio de casos nas Regiões Norte e Nordeste. O sucesso do tratamento depende da rapidez do diagnóstico e de abordagem combinada entre procedimento cirúrgico e terapia antifúngica.

## P 589 MUCORMICOSE: INFECÇÃO OPORTUNISTA GRAVE EM PACIENTE COM CETOACIDOSE DIABÉTICA - RELATO DE CASO

Débora Bressan Pazinato, Igor Bezerra de Sousa Leal, Lizandra Stopa Passini, Igor Guerra Guimarães, Eron Mosciati, Rodrigo Ubiratan Franco Teixeira, Ivan de Picoli Dantas

*Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** G.R.F., 57 anos, sexo masculino, deu entrada no pronto-atendimento Oftalmológico do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi com queixa de edema periorbitário bilateral, pior à direita, de início súbito há 1 dia, associado a hiperemia e dor local. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial sistêmica, sem outras comorbidades conhecidas. Ao exame, presença de edema em hemiface direita, pior em região periorbitária, com hiperemia, aumento do calor local. Quemose, proptose de olho direito, midríase paralítica e acuidade visual sem percepção luminosa. Solicitada avaliação otorrinolaringológica, com endoscopia nasal revelando edema importante de mucosa, secreção espessa drenando em meato médio bilateral, necrose de região septal em áreas III-IV e necrose de corneto nasal médio à direita. Exames laboratoriais com hiperglicemia e acidose metabólica em gasometria arterial. Realizada biópsia de mucosa nasal, debridamento cirúrgico de área necrótica e ampliação dos óstios de drenagem. Diante da hipótese de infecção fúngica invasiva, iniciado uso de anfotericina B e mantido rigoroso controle glicêmico e de acidose metabólica em regime de internação em Unidade Intensiva. Durante a internação, apresentou novas lesões necróticas em mucosa nasal e em palato duro, sendo necessárias mais duas intervenções cirúrgicas. Manteve anfotericina B durante 50 dias, com estabilização clínica e alta hospitalar. Em seguimento ambulatorial desde então.

**Discussão:** A mucormicose trata-se de uma infecção fúngica rapidamente progressiva, mais comum em pacientes diabéticos descompensados (cetoacidose diabética) ou imunocomprometidos. É fatal, a menos que a imunodeficiência seja controlada ou revertida. Os fungos proliferam nos seios paranasais e provocam necrose. A partir daí, rapidamente invadem as estruturas adjacentes, como órbitas e cérebro, e vasos, levando à trombose.

**Considerações Finais:** A chave para uma terapêutica de sucesso inclui a suspeição clínica e diagnóstico precoce e a estabilização das comorbidades, em conjunto com uma terapêutica médica e cirúrgica agressivas.

## P 590 NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: RELATO DE CASO

Danilo Bruno Meira Matias, Alice Karoline de Oliveira, Ana Clara Gordiano Carneiro, Francisco Ramon Teles de Oliveira, Nilvano Alves de Andrade, Grasielle Souza Figueredo, Natalia de Andrade Costa

*Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.H.B.S., 16 anos, história de 3 episódios de sangramento exteriorizado por fossa nasal direita de grande quantidade há 1 ano do primeiro atendimento. Ao exame, presença de lesão de aspecto lobulado, rosado, ocupando fossa nasal direita. Na tomografia computadorizada de seios da face, visualizada formação expansiva com densidade de partes moles, realce heterogêneo após infusão de contraste organoiodado, presente na porção posterior da cavidade nasal direita e teto da rinofaringe, com extensão para o forame pterigopalatino adjacente, alargando-o e abrangendo a fossa pterigomaxilar, além de erodir e invadir o antro esfenoidal, medindo 3,8x6,2x4,6 cm. Para o tratamento, optou-se por arteriografia com embolização arterial vascular do tumor antes da ressecção cirúrgica por via endoscópica.

**Discussão:** O nasoangiofibroma juvenil é um tumor nasal histologicamente benigno, porém pode invadir localmente as estruturas adjacentes. Sua incidência varia de 0,05 a 0,5% e é quase exclusivo de pacientes do sexo masculino na adolescência. Sua localização, originalmente, é a porção posteronasal, podendo estender-se para seio esfenoidal, sela túrcica e nasofaringe. As manifestações clínicas mais comuns são obstrução nasal progressiva e epistaxe. Além disso, pode haver deformidades faciais e alterações visuais como amaurose e oftalmoplegia, em casos mais extremos. A arteriografia é indicada para confirmar o diagnóstico, determinar a extensão do tumor, avaliar o suprimento sanguíneo e para determinar a embolização pré-operatória. Seu uso, exceto em grandes tumores, não é justificado quando não se faz a embolização, já que a tomografia computadorizada de seios da face é um método diagnóstico melhor para avaliar a extensão tumoral.

**Considerações Finais:** O nasoangiofibroma deve ser sempre lembrado como diagnóstico diferencial de massas nasais em pacientes jovens do sexo masculino, mesmo naqueles sem história de epistaxe. O diagnóstico e avaliação da extensão e vascularização do tumor são essenciais para um adequado planejamento cirúrgico.

## P 591 NEUROBLASTOMA OLFATÓRIO - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA COM NEURONAVEGAÇÃO: RELATO DE CASO

Ana Paula Valeriano Rêgo, Valéria Barcelos Daher, Rodolfo Bonfim Siqueira de Almeida, Hugo Valter Lisboa Ramos, Claudiney Candido Costa, Rodrigo Alves de Carvalho Cavalcante, André Valadares Siqueira

*Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, Goiânia, GO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente S.C.P., gênero masculino, 49 anos, procurou o serviço com queixa de rinorreia, epistaxe e obstrução nasal à esquerda, há cerca de um ano. O exame físico identificou um tumor na cavidade nasal a esquerda, que, à nasofibrosopia, demonstrou ser uma lesão exofítica, de coloração parda, sangrante ao toque do aparelho. A tomografia de seios da face revelou uma massa heterogênea ocupando toda fossa nasal esquerda, ocluindo o meato médio e o recesso esfenotmoidal, com velamento maxilar, etmoidal, esfenoidal e frontal. A ressonância de crânio demonstrou lesão expansiva e infiltrativa, hipercaptante em fossa nasal e em seios etmoide e frontal esquerdos, com aparente invasão de fossa craniana anterior, em região de bulbo olfatório. Foi realizada biópsia com anatomopatológico de neuroblastoma olfatório. A excisão cirúrgica da lesão foi realizada com acesso endoscópico à base de crânio, com auxílio de neuronavegador. Paciente evoluiu sem sequelas centrais ou oftalmológicas.

**Discussão:** O neuroblastoma olfatório é uma neoplasia neuroectodérmica rara da região superior da cavidade nasal, originada de células neuroepiteliais sensoriais olfatórias. Tem um pico de incidência entre os 40 e os 70 anos e a apresentação clínica resulta do crescimento tumoral: obstrução nasal, epistaxe, anosmia, cefaleia e alterações visuais. O diagnóstico é clínico, radiológico e através de exame anatomopatológico e imunoistoquímico. Devido à raridade desta neoplasia, não existe um tratamento padrão estabelecido. A associação de ressecção tumoral e radioterapia parece ter melhores resultados. O grau histológico, o estágio e a presença de metástases cervicais têm sido correlacionados com o prognóstico.

**Considerações Finais:** O presente caso de neuroblastoma olfatório realça a necessidade do tratamento multidisciplinar com as equipes de Otorrinolaringologia e Neurocirurgia na abordagem endoscópica dos tumores da fossa anterior. Além disso, o uso do neuronavegador aumenta a segurança do paciente durante a ressecção do neuroblastoma olfatório e também de outros tumores nasossinusais.

## P 592 ONCOCITOMA NASAL: RELATO DE CASO

Pablo Pinillos Marambaia, Luciana Santos França, Hélder Macário, Lorena Carneiro Amado, Ananda de Carvalho Menezes Santos, Camila Kalil Silva, Marina Barbosa Guimarães

*INOOA, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** V.L.M., 54 anos, sexo feminino, apresentando epistaxe em fossa nasal direita, obstrução nasal e massa palpável ipsilateral há um ano. Ao exame, físico observou-se abaulamento em fossa nasal direita, indolor a palpação e sem sinais flogísticos. Realizada videoendoscopia nasal evidenciando-se lesão arredondada de superfície lisa, pediculada, de provável origem em região superoanterior de vestibulo nasal à direita. A tomografia computadorizada de seios paranasais mostrava lesão expansiva com densidade de partes moles, impregnação heterogênea ao meio de contraste EV, situada na fossa nasal direita. Realizada exérese da lesão supracitada através do descolamento da mesma por planos de clivagem. Ao exame histopatológico, foi encontrado tecido fibrovascularizado com revestimento pavimentoso estratificado. No tecido conjuntivo viu-se neoplasia constituída por cavidade cística com revestimento ora estratificado, ora pavimentoso estratificado. Presença de nódulo mural constituído por grupamentos organoides de células de núcleos arredondados a ovoides, regulares e citoplasma eosinofílico-granular, que se formam em áreas estruturas luminares. Margens cirúrgicas livres. Aspectos morfológicos favoreceram neoplasia benigna.

**Discussão:** Oncocitoma é um tumor de célula epitelial, sendo a cavidade nasal um raro sítio primário. Predomina em adultos e apresenta sintomas como epistaxe, obstrução nasal, rinorreia, epífora, massa nasal e perda auditiva. Evolução variada, podendo estar limitado ao local da lesão, ou presença de metástases e recorrências. Seu diagnóstico é baseado na história clínica e exames complementares (imagem e biópsia). Histologicamente, apresenta célula com citoplasma eosinofílico granular devido à alta taxa mitocondrial. Tem como diagnóstico diferencial o carcinoma oncocítico e apresenta diferentes técnicas cirúrgicas para abordagem da lesão.

**Considerações Finais:** A importância deste relato consiste no fato do oncocitoma nasal ser uma doença rara. Seu diagnóstico deve ser precoce e a escolha da técnica cirúrgica deve ser feita de acordo com a experiência da equipe, podendo acrescentar radioterapia ao tratamento em suspeitas de malignidade.

## P 593 OSTEOMA NASAL GIGANTE: RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA COM SEPTECTOMIA POSTERIOR E DRAF IIB

Fabricio Scapini, Luiz Henrique Schuch, Marcele Oliveira dos Santos, Carolina Kmentt Costa, Marco Antonio Knapp Dessbesell, Marlon Luiz Maders, Isabele dos Santos

*Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.M.R.P., feminina, 63 anos, encaminhada ao serviço de Otorrinolaringologia do HUSM com queixa de obstrução nasal progressiva, que piorava ao dormir e falar. Negava dor. A rinoscopia anterior e a endoscopia nasal evidenciaram lesão obstrutiva com crostas ocupando toda a fossa nasal esquerda. Foi solicitada tomografia computadorizada, que evidenciou lesão radiodensa gigante, ocupando a fossa nasal esquerda, seio frontal e células etmoidais ipsilaterais, sugestivo de osteoma. A paciente foi submetida à exérese endoscópica endonasal, com septectomia posterior e Draf IIB. O diagnóstico de osteoma foi confirmado por exame anatomopatológico. Na evolução pós-operatória, paciente apresentou epífora por obstrução do ducto nasolacrimal, que melhorou com intensificação dos curativos pós-operatórios e lavagem nasal com soro fisiológico.

**Discussão:** O osteoma é uma neoplasia resultante da metaplasia do tecido conjuntivo em tecido ósseo. Consiste em lesões ósseas de crescimento lento e ilimitado, geralmente assintomáticas ou de sintomatologia inespecífica e de etiologia desconhecida – apesar da correlação com lesões traumáticas anteriores. Afetam principalmente o nariz e os seios paranasais, sendo mais comum nos seios frontal e etmoide. O osteoma nasossinusal geralmente é um achado incidental em radiografias, diferentemente do caso descrito em que a paciente buscou atendimento médico pela sintomatologia inespecífica apresentada. Além disso, cefaleia é o sintoma mais comum nesses pacientes. Entretanto, a paciente do caso em questão negava queixas álgicas e apresentava sintomatologia relacionada à obstrução da via aérea superior, tendo em vista a localização e as dimensões da lesão.

**Considerações Finais:** Osteomas são lesões benignas de lenta progressão e, geralmente, assintomáticas. Pode atingir grandes dimensões até o momento do diagnóstico. Assim, opta-se por conduta conservadora em pacientes sem sintomas. Já o tratamento cirúrgico é preferido em pacientes sintomáticos ou com risco de complicações.

## P 595 PAPILOMA ESCAMOSO EM VESTÍBULO NASAL: RELATO DE CASO, REVISÃO DE LITERATURA E USO DE LASER

Luiza Amarante Rodrigues, Durval de Paula Chagas Neto, Isabela Siqueira Guedes de Melo, Paula Bhering de Oliveira, Stefano Tincani, Gerusa Pereira Foschini

*Instituto Penido Burnier, Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 57 anos, com obstrução nasal, lesão em vestíbulo nasal à direita e rinossinusite crônica. Realizada, há 4 anos, sinusectomia, exérese de papiloma escamoso de vestíbulo e correção do desvio septal. Os sintomas voltaram 1 ano após, tendo piorado há 4 meses. Ao exame físico, lesão em vestíbulo à direita de aspecto papilomatoso. Proposto tratamento cirúrgico, com auxílio de laser de CO<sub>2</sub>.

**Discussão:** O papiloma escamoso é uma lesão verrucosa (em 'couve flor'), proveniente da proliferação do epitélio estratificado escamoso, com padrão exofítico, sem atipia nuclear. De etiologia incerta, estudos o associaram à infecção pelo papiloma vírus humano, tendo sido encontrado DNA viral em lesões. Recorrência é comum (60%) e não é considerada lesão pré-maligna. Vários autores referem serrano em vestíbulo nasal, mais frequente na laringe. O caso relatado em vestíbulo nasal se assemelha a outros da literatura, onde houve recorrência após remoção cirúrgica, sem uso de laser. O principal diagnóstico diferencial é o pólipso inflamatório, lesão lisa e brilhante, 25 vezes mais comum. Se diferencia do papiloma invertido, mais comum no nariz, por apresentar múltiplas lesões, de caráter exofítico, localizada no vestíbulo nasal, enquanto o papiloma invertido é lesão única, mais comum na parede nasal lateral e de caráter invasivo. O tratamento é cirúrgico. Laser de CO<sub>2</sub> pode ser utilizado, associado a menores taxas de recidiva. Injeção de cidofovir é alternativa de tratamento.

**Considerações Finais:** O papiloma escamoso de vestíbulo nasal é raro, sendo mais encontrado na laringe. Dentre as lesões nasais, é menos comum que o papiloma invertido. O objetivo deste relato foi atentar para ocorrência dessa entidade no nariz e possibilidades de tratamento. O laser de CO<sub>2</sub> pode auxiliar no retardamento de recidivas, que são extremamente comuns.

**P 596 PAPILOMA INVERTIDO**

Paulo Tinoco, Lucas Sieburger Zarro, Marina Bandoli de Oliveira Tinoco, Amanda Monteiro Pina Queiroz

*Universidade Iguazu - Campus V, Itaperuna, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** D.P.T., 56 anos, masculino, natural de Búzios-RJ, procurou o serviço de Otorrinolaringologia relatando que há 2 meses vinha apresentando obstrução nasal à direita associada a rinorreia mucopurulenta, sem mais queixas. Rinoscopia anterior com presença de secreção e visualização de massa ocupando a narina direita. Endoscopia nasal – tumoração em região de meato médio se estendendo para todo vestibulo nasal direito, de aspecto firme e irregular, não translúcido. Foi encaminhado ao centro cirúrgico para exérese/ressecção da tumoração nasal e posterior análise anatomopatológica da peça. Após a ressecção total, evoluiu satisfatoriamente no pós-cirúrgico. A Patologia do serviço ratificou o diagnóstico de papiloma invertido. Paciente encontra-se em acompanhamento e com melhora rápida dos sintomas obstrutivos.

**Discussão:** Compreendem 47% dos papilomas nasossinusais, caracterizando-se pelo crescimento do epitélio para o estroma e aparecem como grandes massas polipoides unilaterais em fossas nasais. Clinicamente, o sintoma mais comum é a obstrução nasal unilateral, associada à rinorreia mucopurulenta, epistaxe, hiposmia, dor facial e deformidades. Pode ser encontrado em todas as idades, tendo pico entre a 5ª e a 6ª décadas de vida, com um predomínio masculino de 3:1.

**Considerações Finais:** Apesar de considerado benigno, é localmente agressivo, podendo envolver, raramente, ouvido médio ou osso temporal. O tratamento desse tumor é cirúrgico, com necessidade de remoção completa do mesmo, para que se evite recidivas, as quais são frequentes, necessitando de rigoroso acompanhamento pós-operatório.

## P 597 PAPILOMA INVERTIDO

Daniela Toledo de Aguiar, Elvira Lopes da Silva, Francisco José de Lima, Isabela Conti Abile, Adriana Rodrigues Zeller, Icaro Grandesso Ribeiro

*Santa Casa de Limeira, Limeira, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.C.F., 79 anos, branco, encaminhado ao ambulatório devido quadro de obstrução nasal à esquerda há 1 ano, sem outros sintomas associados. À rinoscopia anterior foi visualizada a presença de massa de aspecto polipoide degenerado em fossa nasal esquerda. Realizada tomografia computadorizada de seios da face evidenciando aumento tissular com densidade de partes moles e aspecto polipoide obliterando os seio frontal, maxilar, esenoide e as células etmoidais à esquerda, protuindo na cavidade nasal e na rinofaringe, promovendo erosão do septo nasal e dos limites do seio maxilar. Realizada biópsia evidenciando papiloma invertido, sendo então feita a remoção cirúrgica. No pós-operatório imediato paciente refere melhora da obstrução nasal e mantido rigoroso acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** O papiloma invertido é uma neoplasia epitelial de caráter benigno e localmente agressivo levando à erosão e destruição óssea, assim como alargamento do óstio-meatal. Ocorre principalmente entre a quinta e sexta década de vida, com predomínio no sexo masculino. Correspondem a 0,5-7% de todos os tumores nasais. A etiologia ainda é desconhecida, o HPV (vírus da papilomatose humana) tem sido implicado, principalmente os tipos HPV 6, 11, 18 e 33. Frequentemente, acomete a parede lateral nasal, no nível do meato médio. Apresentam um crescimento da superfície epitelial para o estroma, surgindo como uma massa polipoide unilateral na fossa nasal, associado ou não a epistaxe, saída de secreção mucopurulente, hiposmia, dor fácil e deformidades. O diagnóstico é feito por meio de biópsia. O tratamento desse tumor é cirúrgico, com necessidade de exérese completa da lesão, e acompanhamento rigoroso pós-operatório. A radioterapia é reservada para pacientes com risco cirúrgico.

**Considerações Finais:** O papiloma invertido nasal inicia com quadro de massa polipoide unilateral, ocasionando obstrução nasal como visto no caso. O tratamento é exérese completa da lesão polipoide e acompanhamento rigoroso de pós-operatório como mostrado no caso.

## P 598 PAPILOMA INVERTIDO RECIDIVADO COM CARCINOMA DE CELULAS TRASICIONAIS: RELATO DE CASO

Francisco Ramon Teles de Oliveira, Mariana Mascarenhas Assis, Emilio Salviano Neto, Alice Karoline de Oliveira, Danilo Bruno Meira Matias, Jose Santos Cruz de Andrade, Nilvano Alves de Andrade

*Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** F. S. A., masculino, 31 anos, com queixa de obstrução nasal progressiva à esquerda e sangramento exteriorizado por fossa nasal esquerda há 6 meses intermitente, de pequeno volume e autolimitado. Refere sintomatologia semelhante há 3 anos, quando foi submetido à ressecção de massa tumoral com acesso nasal externo. Visualizada massa de aspecto polipoide em fossa nasal esquerda de coloração rosácea. A ressonância nuclear magnética mostrou lesão nodular em meato superior à esquerda com intenso realce homogêneo após infusão de contraste obliterando recesso frontal, com sinais de manipulação cirúrgica prévia. Paciente foi submetido à cirurgia endonasal com ressecção do tumor. A anatomia patológica mostrou papiloma invertido com área de carcinoma de células transicionais do tipo papilar.

**Discussão:** Papiloma nasossinusal invertido é um tumor benigno, representando entre 0,5 e 4% das neoplasias nasossinusais. Acomete principalmente o sexo masculino na 5ª década de vida. Ao contrário de outros tumores benignos, exibe comportamentos agressivos notáveis, incluindo invasão, recorrência e transformação maligna (aproximadamente 10%). Apresenta-se como massas poliposas unilaterais na grande maioria dos casos, provocando sintomas como obstrução nasal, rinorreia mucopurulenta e epistaxis. Os exames de imagem podem mostra lesão expansiva com propagação do tumor para os seios paranasais, podendo atingir todos e, raramente, ultrapassar seus limites. O tratamento cirúrgico consiste na ressecção do tumor e da mucosa onde este se implanta; quando possível broquear osso da região onde o tumor está inserido. A escolha da técnica cirúrgica depende da extensão tumoral e localização, sendo a via endoscópica mais empregada atualmente.

**Considerações Finais:** Diante das características apresentadas acima, tendo em vista as características do exame de imagem, faixa etária do paciente e a recorrência com malignização da lesão, trata-se de um caso atípico.

## P 599 PAPILOMA INVERTIDO UNILATERAL COM RECORRÊNCIA BILATERAL - RELATO DE CASO

Juliana Guimarães Garcia Cunha, Fernando Martins Cruvinel, Daniela Guimarães Garcia Cunha, Ivo Teles Melo Andrade, Ludmila dos Reis Silva, Camila Chulu Lorentz, Ulisses José Ribeiro

*Seul Serviços Médicos, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** T.G.S., do sexo feminino, 54 anos de idade, vinha apresentando obstrução nasal unilateral há cinco meses associada à anosmia, rinorreia e dor facial. À rinoscopia, visualizada massa esbranquiçada e rinorreia mucopurulenta na cavidade nasal direita. À videonasofibrosopia, grande quantidade de rinorreia mucopurulenta, evidenciado tumor de aspecto polipoide com superfície irregular e consistência firme, preenchendo toda a cavidade nasal direita. Tomografia computadorizada de face e seios paranasais demonstrou material hiperdenso na cavidade nasal, seios maxilares, etmoidais e frontais e aumento do complexo ostiomeatal direito. Uma ressecção completa do tumor foi realizada através de cirurgia endoscópica com biópsia. Após 3 meses, a paciente apresentou recidiva bilateralmente.

**Discussão:** O papiloma invertido é um tumor benigno raro, originário da mucosa nasal e dos seios paranasais. É relativamente incomum, principalmente unilateral e com maior incidência em homens na quinta década de vida. Pode causar obstrução nasal unilateral, epistaxe, hiposmia e rinosinusite recorrente. Originando-se da parede lateral da cavidade nasal, ele tende a destruição local, recorrência e pode malignizar-se em carcinoma de células escamosas. O papiloma invertido pode afetar secundariamente os seios maxilares, etmoides, frontais e esfenoides. A elucidação diagnóstica é importante para o tratamento e seguimento. O tratamento cirúrgico é recomendado e as técnicas devem ser individualizadas. Nosso objetivo é relatar um caso de papiloma invertido unilateral com recidiva bilateral, que é atípica.

**Considerações Finais:** Os papilomas invertidos são incomuns e raramente afetam as cavidades nasais bilateralmente. O acompanhamento pós-cirúrgico é importante porque, apesar de benigno, os papilomas invertidos têm comportamento agressivo. O procedimento cirúrgico para a ressecção deve ser completo, com prévio estudo radiológico detalhado do tumor para poder realizar a melhor técnica, removê-lo completamente e reduzir o risco de recidiva.

## P 600 PAPILOMA SINUSAL ONCOCÍTICO: UM RELATO DE CASO

Bruna Raísa Jennings da Silveira Soares, Renato Oliveira Martins, Márcia dos Santos da Silva, Nina Raísa Miranda Brock, Augusto Benedito Oliveira Rodrigues, Ana Carolina Lopes Belém

*Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus, AM, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 72 anos, sexo masculino, procurou atendimento devido obstrução nasal progressiva à esquerda há 3 anos, associada a espirros, coriza, prurido nasal e hiposmia. Realizou nasofibroscopia que revelou lesão vegetante ocupando 100% de fossa nasal esquerda. A tomografia de face revelou lesão com densidade de partes moles ocupando todo seio maxilar e fossa nasal esquerda, com remodelamento de paredes ósseas. O paciente foi submetido à sinusectomia a Caldwell-Luc, com remoção da mucosa de seio maxilar esquerdo. Observou-se lesão lobulada, amarelada, aspecto fibroso, com origem em assoalho de seio maxilar esquerdo. A análise histopatológica confirmou o diagnóstico de papiloma sinusal tipo oncocítico. O paciente encontra-se agora em acompanhamento para controle de recidivas.

**Discussão:** O papiloma oncocítico é uma tumoração benigna derivada de epitélio schneideriano, formada a partir do ectoderma invaginado da placa olfatória. São raros e representam 3% dos papilomas nasossinuais. Geralmente, acomete pacientes na 5ª década de vida, sem predileção por sexo ou raça. Não apresentam clínica definida, porém, obstrução nasal unilateral é o sintoma mais comum associado a epistaxe e dor local. O epitélio pode transformar-se em diferentes tipos de carcinomas invasivos. O papiloma oncocítico está associado com carcinoma de células escamosas em aproximadamente 15% dos casos. Os exames de radiografia ou tomografia de face mostram lesão restrita ao seio nasal ipsilateral. Destruição óssea é sugestiva de doença maligna concomitante. O tratamento cirúrgico é o padrão-ouro. Quimioterapia e radioterapia podem ser necessárias em casos de lesão maligna. A recorrência pós-cirúrgica é estimada em 25 a 35%, geralmente no local de excisão cirúrgica prévia.

**Considerações Finais:** O papiloma sinusal oncocítico é uma lesão rara e com potencial de malignidade. Seu diagnóstico diferencial deve ser feito com as demais neoplasias intranasais benignas e malignas. Pacientes com esse diagnóstico devem manter acompanhamento regular devido à possibilidade de recidiva e malignização.

## P 601 PAPILOMATOSE NASAL E LARÍNGEA: RELATO DE CASO

Mariana Nagata Cavalheiro, Andreza Formiga, Lorena Cristina Peres Rodrigues Gomes, Michel Balvedi Nomura, Bruno Amaral Hay, Vinicius Ribas Fonseca, Gustavo Baestro Sela

*Hospital da Cruz Vermelha, Filial Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 15 anos, procurou atendimento otorrinolaringológico por obstrução nasal bilateral e rinorreia purulenta, piores à esquerda, desde a infância. Histórico de cinco cirurgias prévias, em outro serviço, para exérese de papiloma nasal e laríngeo. Exame físico: hipertrofia de corneto inferior à direita, presença de crostas e lesão exofítica aderida em narina esquerda. Nasofibroscoopia: hipertrofia de concha nasal inferior severa à direita impossibilitando passagem do nasofibroscópio. Crostas aderidas em concha média e septo nasal, associado a secreção amarelo esbranquiçada nessa região, em assoalho nasal e cavum. Tomografia computadorizada de seios da face: material de partes moles em corneto médio e meato médio à esquerda e espessamento mucoso nos seios maxilares. Foi submetida à sinusotomia maxilar e etmoidal à esquerda, turbinectomia à direita e exérese de tumor à esquerda. Anatomopatológico da lesão: papiloma Schneideriano. Paciente apresentou melhora dos sintomas e permanece em acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** Papilomas Schneiderianos são neoplasias epiteliais benignas incomuns que desenvolvem-se dentro da cavidade nasal. Existem três subtipos histológicos em ordem de prevalência: papiloma invertido, exofítico e oncócítico. Apresenta sintomas inespecíficos como: obstrução nasal, rinorreia com ou sem evidência de massa nasal e é unilateral na maioria dos casos, como no caso relatado. A literatura apresenta clara relação entre papiloma vírus humano e as formas invertidas e exofíticas, não estando relacionado com subtipo oncócítico. A transformação maligna para carcinoma escamocelular pode ocorrer em 5-10% dos casos, principalmente relacionado ao subtipo invertido e ambas as lesões podem coexistir. O tratamento é a excisão cirúrgica, como no caso descrito, e pode ser combinado com aplicação local de podofilotoxina, ácido tricloroacético, cidofovir ou interferon.

**Considerações Finais:** Deve-se manter acompanhamento ambulatorial de longo prazo desses pacientes para diagnóstico precoce das frequentes recorrências e resgate cirúrgico.

## P 602 PARALISIA DO NERVO ABDUCENTE DECORRENTE A SINUSITE ESFENOIDAL

Paulo Tinoco, Marina Bandoli de Oliveira Tinoco, Lucas Sieburger Zarro, Amanda Monteiro Pina Queiroz, Joao Romario Gomes, Diogo Araujo Silveira, Fabio de Moraes Won Held

*Universidade Iguazu - Campus V, Itaperuna, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** F.F.S., 37 anos, masculino, natural de Cordeiro–RJ, procurou o serviço de Otorrinolaringologia apresentando estrabismo em olho esquerdo e quadro de diplopia há 15 dias. Foi submetido ao tratamento clínico com clavulin 875 mg e prednisona 20 mg oral por 15 dias, seguindo após duas semanas com discreta melhora do estrabismo e melhora significativa da diplopia.

**Discussão:** A sinusite esfenoidal é uma entidade rara, especialmente quando isolada e frequentemente causa complicações importantes. Entre os seios paranasais, o seio esfenoidal é certamente o mais negligenciado quanto ao diagnóstico, quer seja por se tratar de localização menos frequentes em sinusites ou pela sintomatologia escassa e mal definida. Cerca de 82,6% dos casos de sinusite esfenoidal isolada apresentam complicações intracranianas como a paralisia do VI nervo intracraniano o abducente. Com relação ao quadro clínico, a cefaleia está presente em mais de 90% dos casos, sendo tipicamente retro-orbitária ou frontotemporal. A febre está presente em praticamente 100% dos casos e em 50% dos pacientes podemos observar sinais de meningismo ou mesmo paralisia de nervo abducente.

**Considerações Finais:** Na presença de alterações visuais ou sinais de acometimento do sistema nervoso central a sinusite esfenoidal deve ser encarada como uma emergência otorrinolaringológica. Eventualmente, mesmo após tratamento clínico adequado, pode não haver remissão completa do quadro clínico, caso haja lesão irreversível das estruturas anatômicas envolvidas.

## P 603 PECOMA DE SEPTO NASAL

Eduardo Rodrigues Gonçalves, Gustavo Vasconcellos Severo, Aline Jade Costa Mendonça, Rafael Milanez Greco, Isadora Ely, Rafaela Konflanz de Lima, Luciana Lima Martins Costa

*Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 19 anos, com obstrução nasal crônica à direita, prurido nasal, espirros e histórico de alergia ao ácido acetil-salicílico (AAS), nega uso de medicações ou comorbidades. Na rinoscopia anterior, apresentava lesão polipoide em fossa nasal direita e desvio septal para esquerda. Fibronasolaringoscopia também demonstrava secreção purulenta em meato médio esquerdo. Tratada a sinusopatia, o paciente foi à cirurgia endoscópica nasal com septoplastia, sendo ressecada lesão de aspecto granulomatoso no septo nasal. Anatomopatológico evidenciava neoplasia com baixo índice mitótico, pouco diferenciada, arranjo nodular e áreas de formação de rosetas, células ora fusiformes, ora epitelioides. A imunohistoquímica foi inconclusiva. Segundo consultoria solicitada para o serviço de Oncopatologia da escola médica de Harvard, a morfologia condizia com *Perivascular Epithelioid Cell Tumor* (PEComa), sem evidência de malignidade, mas com potencialidade para recorrência local. Seguimento de três anos não demonstra sinais de recidiva local.

**Discussão:** Os PEComas são neoplasias mesenquimatosas compostas de células epitelioides dispostas ao redor dos vasos sanguíneos, podendo infiltrar a musculatura lisa. Os PEComas incluem angiomiolipoma, linfangioleiomiomatoma, bem como tumores similares que ocorrem nos tecidos visceral e cutâneo. O diagnóstico diferencial inclui carcinomas, tumores de músculos lisos, de adipócitos e de células claras. Maior prevalência no trato genitourinário (renal principalmente) e ginecológico. Em revisão na literatura, encontramos 19 relatos de PEComa nasal. Ressecção cirúrgica tende a ser tratamento de escolha, pois quimio e radioterapia não apresentam resultados estatisticamente significativos, entretanto, existem relatos de casos em tumores renais com sucesso.

**Considerações Finais:** Devido à escassez de PEComas nasais relatados na literatura, não está claro se esses tumores devem ser rotulados de forma benigna ou com potencial malignidade. Seja pelo potencial de recorrência da lesão, seja pelo desconhecimento de seu comportamento biológico, acreditamos ser recomendável manter o seguimento anual do paciente para diagnóstico precoce e intervenção em caso de recorrência.

## P 604 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EPISTAXE NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA EM JOÃO PESSOA/PB

Adriano Sérgio Freire Meira, Alvaro Vitorino de Pontes Junior, Yuri Ferreira Maia, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, Adilson de Albuquerque Viana Junior, Alexandre Augusto de Brito Pereira Guimarães, Rebeca Maurera Almeida Cyrillo

*SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil*

**Objetivos:** Avaliar o perfil clínico e epidemiológico de epistaxe em uma unidade de emergência hospitalar de João Pessoa/PB, além dos tratamentos realizados para o seu controle.

**Método:** A referida avaliação baseou-se em estudo analítico dos dados de registros da urgência em otorrinolaringologia do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena durante o ano de 2016.

**Resultados:** O estudo verificou que dentre 808 pacientes atendidos, 6% (n = 54) apresentavam relatos de epistaxe, dos quais 61% (n = 33) eram homens e 38% (n = 21) mulheres. Na ocasião das consultas 33% (n = 18) não apresentavam sangramento ativo, 11% (n = 6) foram submetidos a tamponamento nasal anterior, 11% (n = 6) tamponamento nasal anteroposterior, 22% (n = 12) eram hipertensos e 25% (n = 14) foram medicados e orientados ao acompanhamento clínico ambulatorial.

**Discussão:** A epistaxe é uma das afecções de emergência otorrinolaringológicas e compõe parte dos atendimentos nos serviços de alta complexidade. As epistaxes são, em sua maioria, provenientes da região anterior no nariz, sendo autolimitadas e gerando poucas complicações. Todavia, sangramentos posteriores podem evoluir com perda sanguínea maciça, elevando o risco de morbimortalidade desta condição. Apesar da baixa ocorrência no período analisado quando comparado ao total de pacientes atendidos, a epistaxe é uma realidade e o tratamento adequado depende da origem, do volume do sangramento e das condições clínicas, além dos recursos disponíveis na unidade hospitalar.

**Conclusão:** É fundamental que os otorrinolaringologistas avaliem individualmente os casos de epistaxe, buscando o tratamento conservador sempre que possível. Dessa forma, evita-se a ocorrência de iatrogenia e há uma redução dos custos com procedimentos de alta complexibilidade.

## P 605 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM EPISTAXE ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Henrique de Mello Barletta, Fernando Veiga Angelico Junior, Ana Paula Assunção Cecilio, Erica Hoppactah, Gabriel Matos, Guilhermer Bonadia Bueno de Moraes, Luis Felipe Lopes Honorato, Priscila Bogar

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Traçar perfil epidemiológico dos pacientes com epistaxe, identificar as principais etiologias e avaliar conduta necessária para seu controle.

**Método:** Estudo horizontal retrospectivo realizado por meio da coleta de dados de pacientes com epistaxe atendidos em um Hospital Público Terciário entre março de 2014 e junho de 2017.

**Resultados:** Foram analisados 40 casos encaminhados como epistaxe (39 de epistaxe e 1 de hemoptise), sendo 24 homens e 16 mulheres. Oito pacientes (20%) com 18 anos ou menos. As principais etiologias foram: hipertensão arterial descontrolada (55%), uso de anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários (25%) e trauma nasal (12,5%). Vinte e dois pacientes (55%) não apresentavam sangramento nasal ativo e foram apenas orientados. Os principais tratamentos dispensados foram: cauterização com ácido tricloroacético (22,5%), tamponamento anterior ou anteroposterior (20%) e ligadura de artéria esfenopalatina (2,5%). Em um caso foi necessária reabordagem para ligadura de artéria etmoidal anterior.

**Discussão:** Os dados colhidos corroboram os descritos em literatura, evidenciando maior quantidade de homens com quadro de epistaxe (60%), com idade média de 53,3 anos. Antecedente pessoal de hipertensão também é descrito nos casos de epistaxe, sendo bem mais comum nos pacientes analisados que apresentavam sangramento ativo durante avaliação. O uso de anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários, em especial o AAS, apresenta risco relativo de 2,75 se comparado a não utilização da medicação. Estima-se que 23,2% dos casos de epistaxe necessitem de tamponamento anterior e ou anteroposterior, e que somente 4,7% precisem de intervenção cirúrgica para controle do sangramento.

**Conclusão:** As epistaxes, apesar de serem na maioria das vezes autolimitadas, podem ser quadros graves e precisam de avaliação do perfil epidemiológico e dos principais fatores causais para a instituição de terapêutica efetiva.

## P 606 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM PAPILOMA INVERTIDO ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Beatriz Villano Krentz, Fernando Veiga Angélico Junior, Alana Asciutti Victorino, Bárbara Renna Pavin, Erica Hoppactah, Gabriel Matos, Luis Felipe Lopes Honorato, Priscila Bogar

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Traçar o perfil epidemiológico de pacientes com papiloma invertido atendidos em um Hospital Público Terciário.

**Método:** Estudo horizontal retrospectivo realizado por meio da coleta de dados de pacientes com papiloma invertido operados em um Hospital Público Terciário e em seguimento ambulatorial há pelo menos 6 meses.

**Resultados:** Foram coletados dados de 22 pacientes (11 homens e 11 mulheres). A faixa etária entre 50 e 69 anos foi a mais prevalente (63,6%). A maioria dos pacientes tinha profissões *indoor* de baixa exposição (72,7%). Como sintomas iniciais, encontramos: obstrução nasal (100%), rinorreia (59%) e desconforto facial (31,8%). O tumor não apresentou preferência por lado da face. O seio mais acometido foi o seio maxilar (31,8%), seguido por região etmoidal (18,2%) e concha/meato médio (13,6%). A taxa de recorrência foi de 18,2%. Observamos transformação maligna em 1 paciente (4,5%). A via endoscópica foi a mais utilizada (86,4%), seguida pela combinada (13,6%) e aberta (4,5%).

**Discussão:** Os homens são mais acometidos que as mulheres e há suspeita de que a ocupação industrial possa ser um fator de risco para o papiloma invertido, o que não foi visto em nosso estudo. Tais dados podem ter sido comprometidos pelo pequeno número de casos. Os sítios mais frequentes de origem são região etmoidal, parede lateral da fossa nasal e seio maxilar, compatível com a nossa casuística. A taxa de recidiva do tumor na literatura é compatível com a taxa de recorrência obtida, assim como a associação com malignidade também semelhante aos dados da literatura.

**Conclusão:** Não encontramos prevalência por sexo e a faixa etária principal está entre 50 e 69 anos, sem associação com profissões de alta exposição. O principal local de apresentação do papiloma foi o seio maxilar, sem preferência pelo lado direito ou esquerdo. A abordagem endoscópica foi suficiente para remoção da maioria dos tumores.

## P 608 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA ENDOSCÓPICA FUNCIONAL DOS SEIOS (FESS) NUMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MANAUS-AM

Alvaro Siqueira da Silva, Mariana de Landa Moraes Teixeira Grossi, Thayana Pessoa Takemura, Fabíola Moreira Magalhães, Viviane Saldanha Oliveira, Angela Maria de Amorim Sozio, Dayse Kelle Ribeiro, Carlos Eduardo Garcez Teixeira

*Fundação Adriano Jorge, Manaus, AM, Brasil*

**Objetivos:** Analisar as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes submetidos a cirurgia endoscópica nasossinusal em Hospital Público na cidade de Manaus-AM e identificar as principais indicações e complicações cirúrgicas.

**Método:** Trata-se de um estudo observacional transversal envolvendo a população submetida à cirurgia no período de dezembro/2014 e junho/2017, perfazendo uma amostra de 21 pacientes. Dados coletados por meio da análise dos prontuários.

**Resultados:** A avaliação demonstrou que 52% eram do sexo masculino e 48% do sexo feminino, com média de idade de 37 anos (desvio-padrão  $\pm 21,1$  anos) e mediana de 34 anos. Setenta e três por cento dos pacientes estudados não relataram nenhuma comorbidades e 27% deles referiram doenças e hábitos de vida como hipertensão e tabagismo. Os sintomas mais descritos foram obstrução nasal (71%), rinorreia (57%) e epistaxe (42%). Pólipo antrocoanal foi a indicação cirúrgica predominante (59%), seguido de rinossinusite fúngica (14%) e rinossinusite maxilar crônica (14%). Não houve relato de complicações no intra ou pós-operatório.

**Discussão:** A cirurgia endoscópica nasal apresenta várias indicações, tendo como finalidade a melhora da sintomatologia e qualidade de vida dos pacientes com lesões nasossinuais. Na literatura as afecções mais frequentemente tratadas com esta técnica são a polipose nasossinusal e rinossinusite crônica. Neste trabalho o pólipo antrocoanal (de Killian) foi a principal indicação cirúrgica, seguida da rinossinusite fúngica e crônica. As queixas mais relatadas e a faixa etária dos pacientes deste estudo estão de acordo àquelas descritas na literatura.

**Conclusão:** O presente estudo contribui para o conhecimento do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos a cirurgias endoscópicas, bem como avalia as afecções mais frequentemente encontradas. Esta informação torna possível traçar metas mais acuradas para diagnóstico precoce e tratamento destas doenças, melhorando substancialmente a sintomatologia e a qualidade de vida destes pacientes.

## P 609 PÓLIPO ANTRO-COANAL - RELATO DE CASO

Isabella Cristina Ragazzi Quirino Cavalcante, Thiago Ribeiro de Almeida, Isabela Tavares Ribeiro, David Roberto Claro, Thiago Xavier de Barros Correia, Amanda Melim Bento, Ney Penteado de Castro Neto

*Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** G.O.S., 10 anos, natural de São Paulo, relatava obstrução nasal unilateral à direita de início de 7 meses de evolução, com piora progressiva. Nega outros sintomas associados. Nega cormobidades e cirurgias prévias. Ao exame físico, apresentava lesão de bordos regulares, aspecto polipoide exteriorizando em narina direita. Rinoscopia à esquerda sem anormalidades. Oroscopia apresentava lesão de mesmo aspecto quase obstruindo arco palatal à direita. À nasofibrosopia, observou-se lesão ocupando toda narina direita que impede passagem do endoscópio, à esquerda visualizou lesão atingindo orofaringe a direita que não chegava a atingir a epiglote. Ao exame tomográfico, apresentou velamento de seio maxilar e etmoidal à direita e espessamento mucoso à esquerda em seio maxilar, onde foi necessário tratamento cirúrgico.

**Discussão:** A obstrução nasal é um quadro clínico de ocorrência frequente que engloba uma grande série de afecções. Dentre estas, a ocorrência de pólipos antrocoanais (de Killian), apresentando ao exame radiológico um velamento de seio maxilar unilateral. Tem como tratamento indicação cirúrgica, por meio de sinusectomia unilateral pela via de Caldwell-Luc (antrostomia), associada à ressecção pela cavidade oral. Esse caso chama a atenção pela extensão da lesão e possíveis complicações se não instituído tratamento adequado.

**Considerações Finais:** O pólipo antrocoanal ou pólipo de Killian é uma lesão polipoide solitária benigna, que acomete principalmente crianças e adultos jovens. Estudos demonstram que o pólipo de Killian representa entre 4-6% de todos os pólipos nasais da população em geral. Contudo, na população pediátrica, esta porcentagem atinge 33%. Origina-se de uma hipertrofia da mucosa do antro do seio maxilar próximo ao óstio e desenvolve-se, por estímulo desconhecido, através do óstio do seio maxilar para a cavidade nasal e em direção à coana e parte posterior da nasofaringe, podendo estender-se até a orofaringe.

## P 610 PÓLIPO DE KILLIAN COM ORIGEM EM SEIO ESFENOIDAL À DIREITA E INVASÃO DE SEIOS ETMOIDAIIS

Carolina Maria Simon, Luiz Carlos Alves de Oliveira, Micaela Bianchini, Rafaela Guimarães, Mayra Lencioni de Carvalho, Caio Rodrigo Quos

*Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** T.M.G.C., feminino, 53 anos, refere obstrução nasal à direita, associada à rinorreia clara e cefaleia há 35 anos. Nega prurido, queixas otológicas e história de atopia. A nasofibrosopia evidenciou presença de tumoração polipoide, emergindo da abertura do seio esfenoidal e ocupando parcialmente a coana direita. Solicitada tomografia computadorizada de seios da face, que mostrou lesão polipoide, com base de implantação no esfenóide e invasão de seios etmoidais e fossa nasal direita. Realizada antroetmoidectomia e esfenoidectomia com exérese de pólipos com implantação no seio esfenoidal à direita. Avaliação anatomopatológica evidenciou pólipos nasossinusal com características histológicas de tipo antrocoanal. Paciente evoluiu bem, sem recidiva das lesões após quatro meses.

**Discussão:** Pólipo antrocoanal ou pólipo de Killian é uma afecção benigna, geralmente única, unilateral, originária da parede medial do seio maxilar. Pode ter origem nos seios etmoidais e ainda mais raramente, do seio esfenoidal. Representa entre 4-6% de todos os pólipos nasais da população, com maior prevalência em crianças e adultos jovens. A principal manifestação clínica é a obstrução nasal, na maioria dos casos unilateral. Acompanha-se de secreção mucosa ou mucopurulenta, e dependendo das dimensões do pólipo antrocoanal pode acarretar obstrução tubária e otite média secretora. Microscopicamente, é indistinguível do cisto intramural. A nasofibrosopia associada à tomografia computadorizada de seios da face consiste no padrão ouro para o diagnóstico. O tratamento é exclusivamente cirúrgico, sendo a microcirurgia endonasal e a cirurgia endoscópica os acessos mais frequentes para abordagem desse pólipo. A simples avulsão do pólipo de Killian leva à recorrência do mesmo em cerca de 30% dos pacientes.

**Considerações Finais:** Pólipo de Killian é um diagnóstico diferencial de obstrução nasal. O acesso combinado externo e endonasal consiste na abordagem cirúrgica mais empregada pelos otorrinolaringologistas. Deve-se identificar a origem do pólipo, pois o componente sinusal deve ser ressecado, na tentativa de evitar a recidiva da tumoração.

## P 611 PSEUDOCOLESTEATOMA NASAL COM ORIGEM NO SEIO ESFENOIDAL: RELATO DE CASO

Fabricio Scapini, Luiz Henrique Schuch, Jader Franci Carvalho Oliveira, Érica Batista Fontes, Thomaz Pisacco Foster, Gabriela Cadaval Coletto, Isadora Rinaldo Scaburi

*Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** S.F.S., feminina, 16 anos, apresentou-se ao Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Santa Maria com obstrução nasal crônica bilateral, pior à direita, associada a dor facial, anosmia e rinorreia mucopurulenta. Endoscopia nasal evidenciou lesão de aspecto polipoide associada à material de aspecto caseoso com obstrução completa de ambas as fossas nasais (por expansão à direita e compressão à esquerda). Ressonância magnética de crânio demonstrou lesão expansiva em fossa nasal direita, medindo 4,8x5,9x6,1 cm. Foi submetida à cirurgia endoscópica com fronto-etmoido-esfenoidectomia à direita, com aspiração de grande quantidade de material caseoso e ressecção de massa tecidual em recesso pterigoideo do seio esfenoidal direito (RPSED). Anatomopatologia revelou pólipos nasais inflamatórios e material amorfo de amostra desvitalizada eosinofílica. No 14º PO foi detectada recidiva de lesão em RPSED. Biópsia e histopatologia desta revelou metaplasia de epitélio escamoso não queratinizado com exsudato fibrinoneutrocitário. Atualmente, a paciente encontra-se em nono mês de acompanhamento após cirurgia e sem recidiva.

**Discussão:** O colesteatoma nasal é uma entidade clínica rara e historicamente mal-definida. As principais características são presença de polipose nasal associada à lesão expansiva de aspecto caseoso e capacidade de invasão e erosão do complexo osteomeatal. Como a maioria dos relatos não possui as características definidoras do colesteatoma verdadeiro, como a presença de tecido escamoso queratinizado, vários termos vêm sendo propostos para designar a doença, entre eles, “rhinitis caseosa”, pseudocolesteatoma, sinusite fúngica alérgica e rinossinusite eosinofílica mucinosa. Debridamento cirúrgico é o tratamento de escolha.

**Considerações Finais:** Relatamos um caso atípico com definição ainda controversa na literatura. A presença de infiltrado eosinofílico com ausência de hifas fúngicas e de metaplasia de epitélio escamoso não queratinizado, em exames histopatológicos, nos leva a classificar a lesão em pseudocolesteatoma. A paciente seguirá em acompanhamento para monitoramento de possível recidiva.

## P 612 PSEUDOTUMOR NASAL COMO APRESENTAÇÃO PRIMÁRIA EM CASO DE HEMOFILIA

Jeniffer Cristina Kozechen Rickli, Lidio Granato, Renata Furtado Medrado, Livia Castellari Burchianti, Eduardo Landini Lutaif Dolci, Paulo Roberto Lazarini, Jamile Lopes de Souza

*Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 1 ano e 7 meses, deu entrada no Serviço de Otorrinolaringologia com história de trauma nasal há 3 meses apresentando abaulamento em região lateronasal direita, de crescimento progressivo, que invadia e obliterava ambas as fossas nasais. Na programação cirúrgica observou-se alteração no coagulograma, sendo a criança encaminhada ao Serviço de Hematologia, concluindo-se ser portadora de hemofilia do tipo A. O tratamento estabelecido teve uma redução considerável da massa nasal, qual segue em acompanhamento clínico para futura abordagem do remodelamento ósseo nasal.

**Discussão:** Pseudotumores hemofílicos são uma rara complicação da hemofilia, os quais ocorrem geralmente associados a uma deficiência severa de fator VIII ou IX e de apresentação mais comum em ossos longos. É caracterizado por ciclos de hemorragia com subseqüentes encapsulações do coágulo, levando a uma distorção do osso por pressão induzida. O tratamento desta entidade clínica é complexo e necessita de acompanhamento multidisciplinar seriado.

**Considerações Finais:** Pseudotumores nasais, bem como os de cabeça e pescoço, são uma apresentação rara, com poucos casos descritos na literatura. Devem ser sempre considerados como diagnóstico diferencial de massas rapidamente expansivas em crianças, assim como o diagnóstico primário de hemofilia em pacientes que apresentam estabelecida clínica.

**P 613 RABDOMIOSSARCOMA ALVEOLAR ORBITAL: RELATO DE CASO**

Anita Silva Brunel Alves, Natália Collodetto Soares, Jennyfer Paulla Galdino Chaves, Carlos Augusto Seiji Maeda, Andressa Gervasoni Sagrado, Carlos Alberto Mattozo, Afonso Possamai Della Júnior

*Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** R.R.C., 45 anos, sexo feminino, atendida no Hospital Universitário Cajuru com história de parestesia em hemiface esquerda, evoluindo com proptose e edema em região maxilar há 25 dias. Relatava episódios de cefaleia ocasional frontal e dor em face há 2 anos, com múltiplos tratamentos para sinusite. Na investigação, foram realizadas tomografia computadorizada de face e ressonância magnética de crânio que evidenciaram lesão expansiva em cavidade nasal esquerda com hipossinal em T1 e sinal intermediário em T2, intensa e heterogênea impregnação de contraste, medindo 4,4x3,4x5,5 cm, com deslocamento do septo nasal para a direita, erosão das conchas nasais esquerdas e lâmina papirácea, parede medial e anterior do seio maxilar, parede anterior do seio esfenoidal; com extensão ao interior da órbita esquerda promovendo deslocamento dos músculos reto medial e inferior e oblíquo superior esquerdo. Foi realizada biópsia de lesão em cavidade nasal esquerda no dia 10/04/17, com quadro histológico sugestivo de esteseoneuroblastoma. Enviado para análise imunohistoquímica, compatível com rabdomiossarcoma alveolar. Foi submetida à cirurgia para descompressão orbitária e exérese do tumor por via endoscópica nasal, sendo avaliada no intraoperatório lesão expansiva acometendo por contiguidade órbita esquerda, sem possibilidade de ressecção completa do tumor. Paciente segue em tratamento quimioterápico com Oncologia.

**Discussão:** Rabdomiossarcoma é um tumor maligno originário de células do músculo esquelético estriado. Os locais mais comuns são cabeça e pescoço, sistema geniturinário e braços ou pernas. É incomum em adultos, e o subtipo alveolar o mais raro. Idade > 10 anos, tamanho > 5 cm, presença de invasividade (T2), presença de metástases e subtipo histológico alveolar são fatores de mau prognóstico. O tratamento idealmente é multimodal, de forma combinada com cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

**Considerações Finais:** Diante da dificuldade diagnóstica e raridade da apresentação patológica, foi exposto um relato de caso de rabdomiossarcoma orbital em uma paciente de 45 anos.

**P 614 RABDOMIOSSARCOMA DE RINOFARINGE: UM RELATO DE CASO**

Nathalia Tenorio Fazani, Gislaine Patricia Coelho, Luiz Eduardo Florio Junior, Gabriella Macedo Barros, Larissa Borges Richter Boaventura, Gilson Espinola Guedes Neto, Vinicius de Farias Gignon

*Pontifícia Universidade Católica (PUC), Sorocaba, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 14 anos de idade, realizou adenoamigdalectomia sem intercorrências. Foi ao primeiro retorno da cirurgia e compareceu após três meses com queixa de odinofagia há 30 dias, perda ponderal de 6 kg, estrabismo convergente e desvio de língua para esquerda. Nega sangramento ou febre. Ao exame físico, apresentava estrabismo convergente à esquerda, tumoração em rinofaringe à esquerda, desvio da língua ipsilateral, à rinoscopia secreção mucopurulenta em meato médio, sem adenomegalias cervicais palpáveis. Realizada nasofibrosopia sem progressão em fossa nasal esquerda, em ressonância magnética de crânio e tomografia computadorizada de seios paranasais foi evidenciada lesão infiltrativa com 6 cm em seu maior diâmetro em rinofaringe invadindo base de crânio com erosão óssea e circundando seio cavernoso, sugestiva de imagem neoplásica. Realizada biópsia com anatomopatológico de rabdomiossarcoma de nasofaringe.

**Discussão:** Os rabdomiossarcomas são tumores malignos originados da célula mesenquimal embrionária. Compõem 4% a 8% das neoplasias malignas em paciente menores de 15 anos, 7% ocorrem em cabeça e pescoço e 22% são parameningeos. Algumas vezes, o tumor não é detectado ao exame físico, mas torna-se aparente devido à dor ou distúrbio funcional. Muitas vezes, o tumor se apresenta como massa cervical indolor. Obstrução nasal, rinorreia e otites médias recorrentes são os sintomas mais comuns. Não há achados endoscópicos patognomônicos do RMS. Pode haver tumoração em fossa nasal ou alterações da mucosa, como também tumores pequenos restritos aos seios paranasais com a parede sinusal intacta, que não são endoscopicamente detectados. A avaliação por imagem inclui a TC ou RNM de face e crânio. Se o tumor for ressecável, deverá ser removido, desde que a cirurgia não seja muito desfigurante. A quimioterapia é obrigatória em todos os casos e, se persistir tumor após a biópsia/cirurgia, a radioterapia é mandatória. Se houver invasão da base do crânio, a radioterapia é indicada precocemente para evitar a disseminação do tumor no sistema nervoso central.

**Considerações Finais:** Devido à extensão do tumor, optou-se por realizar quimioterapia e radioterapia. Paciente apresentou boa resposta desde a primeira sessão de quimioterapia.

## P 615 RABDOMIOSSARCOMA EM BASE DE CRÂNIO COM EXTENSÃO ÓRBITO-NASAL EM ADULTO: RELATO DE CASO

Larissa Rodrigues Nepomuceno, Arnóbio Santos Pereira Filho, Gabriela Oliveira Brandão Cano, Érika Perez Iglesias, Carolina Cincurá Barreto, Marcus Miranda Lessa

*HUPES, Salvador, BA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminino, 53 anos, apresentando quadro de hematoma ocular à esquerda com compressão ocular, obstrução nasal à direita e epistaxe, além de otite média serosa à direita. Foi submetida à orbitotomia e biópsia incisional de lesão de aspecto tumoral, friável, sangrante, preenchendo a quase totalidade da fossa nasal direita. Previamente acompanhada no serviço de endocrinologia e neurocirurgia por diagnóstico de doença de Cushing secundária a lesão selar desde fevereiro/2016, evoluiu com amaurose em olho esquerdo, perda da visão periférica à direita e ptose palpebral bilateral, sendo submetida à cirurgia transesfenoidal em abril/2016. O relato transoperatório descrevia achado de lesão atípica, aspirável e com invasão de seios cavernosos e *clivus*, cujo resultado anatomopatológico foi inicialmente de adenoma hipofisário e cisto de Rathke. Após cerca de um ano do diagnóstico inicial, o anatomopatológico de lesão de fossa nasal revelou acentuado grau de atipia com diferenciação rabdomioblástica. Paciente foi a óbito em junho/2017, antes mesmo do início do tratamento quimioterápico.

**Discussão:** O rabdomiossarcoma nasossinusal pode apresentar-se como uma massa indolor ou com obstrução nasal, rinorreia, otite média recorrente e epistaxe. Nos tumores de acometimento orbitário, proptose rapidamente progressiva é a manifestação mais comum. Pacientes com idade acima 10 anos, envolvimento meníngeo, extensão intracraniana, grande tamanho do tumor, doença residual após o tratamento inicial e metástases à distância geralmente têm um pior prognóstico. O tratamento deve ser escolhido individualmente para cada paciente. A sobrevida desse tumor aumentou com a instituição de tratamento multimodal, incluindo quimioterapia, ressecção cirúrgica e radioterapia.

**Considerações Finais:** O rabdomiossarcoma é um tumor maligno de crescimento rápido que surge de células mesenquimatosas imaturas, relacionadas com a diferenciação muscular esquelética, de rara ocorrência. É mais frequentemente visto na população pediátrica e representa menos de 1% de todas as neoplasias malignas em adultos. Devido a sua apresentação inespecífica, os pacientes muitas vezes têm diagnóstico tardio.

## P 616 RABDOMIOSSARCOMA EM FOSSA NASAL

Marla Renata Soares Momesso, Poliana Camurça da Silva, Denis Massatsugu Ueda, Murilo Carlos Gimenes, Mariana Renata Nunes, Paulo de Lima Navarro

*Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Adolescente, sexo feminino, 17 anos, com história de 30 dias de alergia em região malar direita. Paciente procurou atendimento odontológico, com exérese de terceiro molar superior ipsilateral. Quadro com piora progressiva, edema local e rinorreia com aspecto “borra de café” em fossa nasal direita. Devido evolução desfavorável, solicitada tomografia de seios da face, sugestiva de massa tumoral em fossa nasal direita com invasão óssea em órbita e osso nasal. Realizada biópsia de lesão por via endoscópica, resultado de anatomopatológico com neoplasia maligna de células pequenas, redondas e azuis, e análise imunohistoquímica compatível com diagnóstico de rabdomiossarcoma em fossa nasal.

**Discussão:** Sarcomas são neoplasias malignas de origem mesenquimal raras. Em adultos, equivalem a cerca de 1% dos cânceres de cabeça e pescoço. Enquanto nas crianças, mais de 50% dos tumores malignos encontrados nessa região são sarcomas de tecidos moles e linfomas. O rabdomiossarcoma, subtipo originário da musculatura esquelética, é o tipo mais comum de sarcoma de tecidos moles em crianças, correspondendo a 50% destes tumores. O sítio primário mais comum de apresentação deste tumor na criança e em adolescentes é a região da cabeça e pescoço. Os sintomas dependem da localização do tumor primário. Algumas vezes, o tumor não é detectado ao exame físico, mas torna-se aparente devido à dor ou sintomas como obstrução nasal, rinorreia e otites médias recorrentes. Sendo então, importante lembrar desta afecção como diagnóstico diferencial nestes casos.

**Considerações Finais:** Rabdomiossarcoma é um tumor raro, mas deve ser diagnóstico diferencial em crianças e adolescentes com sintomas inespecíficos em região de cabeça e pescoço, sendo a investigação complementar necessária em quadros inespecíficos desta região com evolução incomum.

## **P 617 RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO ESFENOIDAL: RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA ENDONASAL PARA DESCOMPRESSÃO DE NERVOS ÓPTICOS E DA BASE ANTERIOR DO CRÂNIO**

Fabricio Scapini, Reinaldo Fernando Cóser Neto, Natalia Vieira Gasparin, Carolina Kmentt Costa, Gabriela Cadaval Coletto, Isadora Rinaldo Scaburi, Frederico da Cunha Abbott

*Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** I.M.B., 6 anos, feminina, avaliada pela equipe de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Santa Maria por alteração comportamental, obstrução nasal, rinorreia serossanguinolenta e ptose em olho direito iniciado 7 dias antes, evoluindo com amaurose bilateral após quatro dias. A endoscopia nasal revelou lesão expansiva obstruindo fossa nasal direita e rinofaringe. A tomografia de seios da face evidenciou lesão expansiva em seio esfenoidal bilateral com invasão da base anterior do crânio, etmoide, maxilar, fossa pterigopalatina e infratemporal direitos, com compressão dos nervos ópticos. A paciente foi submetida à ressecção endoscópica parcial com septectomia posterior, dissecação da base anterior, plano esfenoidal e nervos ópticos bilateralmente. Iniciado tratamento adjuvante com quimioterapia. Anatomopatológico confirmou rabdomiossarcoma embrionário.

**Discussão:** Sarcomas são neoplasias malignas de origem mesenquimal de rara ocorrência. O rabdomiossarcoma, subtipo originário da musculatura esquelética, é o mais comum de tecidos moles em crianças, com incidência de 3,5% de 0 a 14 anos. O sítio primário mais comum em crianças é a região da cabeça e pescoço. Os subsítios da região são órbita, sítios parameningeos (nasofaringe, cavidade nasal, seios paranasais, osso temporal, fossa pterigopalatina e fossa infratemporal) e não parameningeos. Histologicamente, são divididos em embrionário, alveolar e pleomórficos. Em crianças, aproximadamente 60% são embrionários. Os sinais e sintomas dependem da localização do tumor. Obstrução nasal, rinorreia e otites médias recorrentes são os sintomas mais comuns. O tratamento deve ser individualizado, dependendo da extensão e localização do tumor, incluindo quimioterapia, ressecção cirúrgica e radioterapia.

**Considerações Finais:** Em crianças, mais de 50% dos tumores malignos de cabeça e pescoço são sarcomas de tecidos moles, sendo o rabdomiossarcoma o subtipo mais comum. A afecção deve ser suspeitada em crianças que evoluem com quadro de obstrução nasal, rinorreia e alterações visuais de início recente. O tratamento deve ser individualizado, dependendo do local e extensão da lesão.

## P 618 RABDOMIOSSARCOMA NASAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Diego Fernando Costa, Lorena Cristina Peres Rodrigues Gomes, Alana Farias Miksza, José Luiz Pires Junior, Gustavo Murta, Denise Braga Ribas, Rafaela Mabile

*Otorrin Hospital da Cruz Vermelha - Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Sexo masculino, 2 anos e 7 meses, encaminhado para Otorrinolaringologia por pansinusites e dacriocistites bilaterais de repetição há 3 meses e lagoftalmia em olho esquerdo há 15 dias. Sem melhora do quadro com antibioticoterapia. Foi internado para realizar investigação do quadro. Evoluiu precocemente com proptose e ablespia bilaterais. Ressonância magnética demonstrou: volumosa massa sólida nasofaríngea invadindo fossa craniana anterior, parede medial das cavidades orbitárias e maxilas obliterando coanas e *cavum*, de característica inespecífica com possibilidade diagnóstica de rabdomiossarcoma. Foi submetido à procedimento cirúrgico para biópsia e ressecção parcial da lesão. O anatomopatológico evidenciou rabdomiossarcoma nasal. Realizou 8 meses de quimioterapia com melhora dos sintomas nasais e da proptose oftálmica na 6ª sessão. Ressonância magnética de controle após 7 meses do diagnóstico demonstrou pequena lesão sólida nasofaríngea residual comparativamente menor que nos exames anteriores, sem evidência de invasão intracraniana. Foi solicitada avaliação neurológica e oftálmica para avaliar nova abordagem cirúrgica. Permanece em acompanhamento.

**Discussão:** Rabdomiossarcoma é uma neoplasia do músculo estriado, corresponde a 3,5% de todos os cânceres em crianças. Apesar de ser a malignidade pediátrica que mais afeta nariz e os seios paranasais, é considerada rara, com alta morbimortalidade devido à sua proximidade com base de crânio anterior e órbita. Ocorre espontaneamente e sem fatores predisponentes identificados. Apresenta sintomas inespecíficos: obstrução nasal, rinorreia e epistaxe recorrente, comumente confundidos com sinusites ou rinites, como no caso relatado. O diagnóstico é confirmado por estudo histopatológico lesional. A literatura não demonstra consenso para tratamento. Requer terapia multimodal incluindo ressecção cirúrgica, quimioterapia e radioterapia em casos selecionados. Apresenta baixa resposta ao tratamento e grande potencial de metástases precoces.

**Considerações Finais:** Como observado no caso relatado, os sintomas inespecíficos podem atrasar o diagnóstico precoce e o tratamento da doença. Fatores esses fundamentais para reduzir sua morbimortalidade.

## P 619 RECIDIVA DE CRANIOFARINGIOMA EM PACIENTE COM PAN-HIPOPITUITARISMO

Carolina Maria Simon, Jader Franci Carvalho Oliveira, Diogo Trevisan Silveira, Rafaela Guimarães, Micaela Bianchini Souza

*Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.R.D.S., 23 anos, feminino, submetida à ressecção de craniofaringioma no Hospital de Clínicas de Porto Alegre há 4 anos, devido a sintomas compressivos. Resultado pós-cirúrgico: pan-hipopituitarismo. Há cerca de 2 semanas, internou no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) com sonolência/rebaixamento do nível de consciência. Tomografia computadorizada de crânio mostrou volumoso tumor supraselar, com calcificações, ocupando a quase totalidade do sistema ventricular, confirmando a recidiva do craniofaringioma. Procedimentos/invasões: derivação ventricular externa e microcirurgia de ressecção tumoral. Está internada na Unidade de Tratamento Intensivo do HUSM, reage aos estímulos dolorosos e parcialmente responsiva.

**Discussão:** Craniofaringioma é uma neoplasia benigna rara, de origem epitelial que surge ao longo do ducto craniofaríngeo, sendo responsável por 1% a 3% dos tumores intracranianos. Apresenta uma distribuição etária bimodal: o primeiro pico de incidência dos 5 aos 14 anos, e o segundo dos 50 aos 74 anos. Localiza-se predominantemente na região selar, sendo que apenas 5% dos casos ficam limitados à sela túrcica. Cursa com crescimento por expansão causando efeito de massa local, frequentemente associado à compressão de vias ópticas e aderência ao parênquima cerebral. As desordens neuroendócrinas são as mais prevalentes em crianças e os distúrbios visuais, mais frequentes em adultos. Apesar de ser a primeira opção terapêutica, a ressecção completa apresenta complicações e possibilidade de recidivas, representando um desafio aos otorrinolaringologistas. A morbimortalidade associada a esta conduta impulsionou o desenvolvimento de opções terapêuticas como radioisótopos intratumorais. Alterações no eixo hipotálamo-hipofisário e obesidade hipotalâmica são complicações frequentes nesses pacientes, após cirurgia isolada ou associada à radioterapia.

**Considerações Finais:** O manejo do craniofaringioma deve ter como objetivo a redução da morbimortalidade relacionada à doença e complicações correlatas. A baixa incidência do craniofaringioma na população limita a experiência dos otorrinolaringologistas no tratamento desse tumor.

## P 620 RECIDIVA DE PAPILOMA INVERTIDO

Paulo Tinoco, Lucas Sieburger Zarro, Marina Bandoli de Oliveira Tinoco, Amanda Monteiro Pina Queiroz, Fabio de Moraes Won Held, Diogo Araujo Silveira

*Universidade Iguçu - Campus V, Itaperuna, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** G.T.C., masculino, 69 anos, residente de Itaperuna-RJ, procurou o serviço de ORL relatando obstrução nasal há 4 meses acompanhada de episódios de epistaxes recorrentes. Endoscopia nasal - massa de aspecto polipoide, irregular, lobulado, não translúcido. Foi encaminhado ao centro cirúrgico para exérese da tumoração nasal e análise anatomopatológica da peça. Após a ressecção total, evoluiu satisfatoriamente no pós-cirúrgico. O resultado histopatológico evidenciou carcinoma invasivo com diferenciação escamosa. Paciente encontra-se em acompanhamento rigoroso e com melhora rápida dos sintomas obstrutivos.

**Discussão:** O papiloma invertido é uma neoplasia benigna, rara, com incidência de 0,5 a 4% de todos os tumores nasossinuais. Predominante em pacientes do sexo masculino entre a quinta e sexta décadas de vida. Tem origem no epitélio schneideriano da parede nasal lateral, caracterizando-se pelo crescimento do epitélio em direção ao estroma. Pode se apresentar bilateralmente, relacionando-se à malignização.

**Considerações Finais:** Há uma relação do papiloma invertido com neoplasia maligna, possivelmente relacionado ao HPV 16 e 18. Não se sabe se essa associação se deve a uma degeneração maligna do próprio papiloma, ou à existência concomitante de carcinoma e papiloma invertido. Apesar de considerado benigno, é localmente agressivo. O exame fundamental para o diagnóstico, assim como para o estadiamento, é a tomografia computadorizada e a confirmação diagnóstica pela microscopia. O tratamento é cirúrgico, com remoção completa, para evitar recidivas, as quais são frequentes (10-50%).

## P 621 RELATO DE CASO: COMPLICAÇÃO TARDIA DE ENXERTO SINTÉTICO NA RINITE ATRÓFICA

Débora Caliani de Vincenzi, Thaíse Cesca, Ricardo Mauricio Favaretto, Gabriela Soraya Martini, Maurício Gusberti, Rodrigo Dors Sakata, Ian Selonk

*Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.V.G., 65 anos, procurou nosso serviço com queixa de obstrução nasal crônica, sensação de corpo estranho em fossas nasais e cacosmia, sem outras queixas, realizou procedimento cirúrgico para tratamento de rinite atrófica ozenosa há 20 anos. Rinoscopia sem alterações, ao exame de nasofibroscopia presença de crostas com secreção purulenta. Solicitada tomografia dos seios da face evidenciando material com densidade de partes moles em seios paranasais, material de aspecto ósseo em base nasal anterior; realizada cirurgia revisional com retirada de enxerto sintético, bastonetes de acrílico em extrusão. Após 3 meses do procedimento cirúrgico, paciente relata melhora dos sintomas.

**Discussão:** As rinites atróficas podem ser classificadas como primária, secundária e ozenosa. A primária é uma doença nasal crônica de etiologia desconhecida, em que existe uma atrofia moderada da mucosa, normalmente assintomática. A rinite atrófica secundária ocorre após uma agressão da mucosa nasal, como infecção local, doença granulomatosa, trauma ou cirurgia nasal. A rinite atrófica secundária está se tornando cada vez mais comum, principalmente como consequência de turbinectomia inferior total, cirurgia intranasal que causa importante mutilação local, alterando de forma danosa à anatomofisiologia nasal. A ozena é caracterizada pela tríade sintomática composta de atrofia osteomucosa sem ulcerações, crostas amarelo-esverdeadas e fetidez intensa. A rinite atrófica permanece como uma doença incurável com os métodos clínicos, havendo consenso de que a cirurgia oferece melhores resultados. Diversas técnicas disponíveis, entre elas, a inclusão de acrílico sob a mucosa nasal que visa à recalibragem fisiológica das fossas nasais. Existem algumas publicações que referem complicações com esses implantes.

**Considerações Finais:** Apesar do desaparecimento quase completo da ozena na população atual, é sempre importante fazermos o diagnóstico diferencial dos diversos tipos de tratamentos existentes e suas possíveis complicações como neste caso.

## P 622 RELATO DE CASO DE MUCOCELE SECUNDÁRIA À PRESENÇA DE CORPO ESTRANHO APÓS 30 ANOS DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Gabriela da Costa, Nadhine Feltrin Ronsoni, Betina Napoleão Ferreira, Caroline de Aguiar dos Santos, Gabriela de Aguiar dos Santos, Luiz Roberto Tomasi Ribeiro, Henrique Candeu Patrício

*Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.O.M., 73 anos, procura atendimento em 19/01/2016, queixando-se de dor em região supraorbitária esquerda, há 1 ano, agravando-se ao piscar olho esquerdo. Há 3 meses, notou aparecimento de abaulamento doloroso em região palpebral superior esquerda. Relata que há 30 anos sofreu acidente automobilístico, batendo a cabeça no parabrisa por não estar utilizando cinto de segurança, resultando em fraturas de face e órbita esquerda. Foram realizados rinoscopia anterior e endoscopia nasal que apresentaram-se normais, e tomografia de seios da face. Nessa, notou-se presença de 3 fragmentos radiopacos em região frontal e etmoidal esquerda, mucoccele em seio frontal esquerdo, e um quarto fragmento deslocado anteriormente pela mucoccele, projetando-se para região palpebral superior esquerda. Submetida à cirurgia endoscópica endonasal, foram identificados e removidos 3 fragmentos de vidro em região etmoidal e frontal esquerda, e quarto fragmento removido por incisão externa em pálpebra superior esquerda. Para remoção do fragmento mais alto, em seio frontal esquerdo, e tratamento da mucoccele foi necessária remoção da porção septal alta e união dos seios frontais (Lothrop). Paciente apresentou boa evolução, alta hospitalar no dia do procedimento e alta ambulatorial 3 meses após.

**Discussão:** As mucocelas são cistos benignos das cavidades paranasais, com revestimento epitelial repletos de muco, que possuem crescimento lento e expansivo. Podem ter origem de causas obstrutivas, como traumatismo, podendo danificar tecidos subjacentes com consequentes complicações, como abscessos. Materiais como o vidro fazem parte dos corpos estranhos mais frequentes em região da órbita, sendo bem tolerado. As mucocelas pós-traumáticas tardias são raras envolvendo mais comumente nos seios frontal e etmoidal. São melhor identificadas por meio de tomografias computadorizadas ou ressonâncias magnéticas, que permitem a identificação do material e das partes moles adjacentes.

**Considerações Finais:** A abordagem cirúrgica endoscópica endonasal permite a retirada de corpo estranho, bem como esvaziamento de mucoccele, sem maiores prejuízos anatômicos ou estéticos para o paciente.

## P 623 RELATO DE CASO - TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA CAVIDADE NASAL

Karina Pereira da Cruz, Bernard Soccol Beraldin, Luiza Flores da Cunha Thompson Flores, Cassiano Dal Monte Gallas, Guardiano Henrique Martins Teixeira, Luiz Gustavo Espanhol, Giovana Hauschild Pellegrin

*Hospital Beneficência Portuguesa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 47 anos, apresentando queixa de obstrução nasal à direita de início há um ano, associada a dor em hemiface direita e diplopia binocular em levoversão. Ao exame físico, apresentava tumoração de aspecto fibroso obliterando fossa nasal direita. Realizada tomografia de seios da face, que evidenciou lesão tumoral fibrosa expansiva de grande volume ocupando toda fossa nasal direita, comprimindo levemente a lâmina papirácea do mesmo lado, causando retenção de secreção (sinusopatia) em seio maxilar direito e seio frontal à direita. Paciente foi submetido à cirurgia endoscópica nasal com ressecção completa da lesão. Material enviado para estudo anatomopatológico e estudo imunohistoquímico, no qual foi compatível com neoplasia mesenquimal apenas favorecendo tumor fibroso solitário. No seguimento a curto prazo, paciente apresentou resolução dos sintomas iniciais e manteve-se sem recidivas.

**Discussão:** O tumor fibroso solitário (TFS) é considerado uma neoplasia mesenquimal, originalmente descrita como tumor pleural. Representam menos de 0,1% de todas as neoplasias do trato respiratório superior, acomete todas as idades, sem predileção sexual. Descrito em grande variedade de locais extrapleurais. Seu prognóstico deve-se à presença ou ausência de atípias, mitoses atípicas ou necrose. O sintoma mais comum é obstrução nasal, outros menos comum são epistaxe recorrente, rinorreia e distúrbios visuais como epífora e exoftalmia. O TFS é diretamente relacionado às consequências compressivas locais. A ressecção cirúrgica completa se apresenta como curativa na maioria dos casos relatados. O uso da radioterapia adjuvante ainda é debatido e faltam evidências para seu benefício pós-operatório no controle da recidiva.

**Considerações Finais:** O principal fator que determina o prognóstico do TFS são suas características histológicas. O diagnóstico diferencial pode ser feito por meio de imunohistoquímica. A ressecção cirúrgica completa é a curativa. O seguimento com exame clínico e imagem são fundamentais, porém ainda não há um consenso sobre o tempo de acompanhamento, devido ao seu crescimento lento.

## P 624 RELATO DE CASO: CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO CRIBIFORME DE CAVIDADE NASAL

Luiza Flores da Cunha Thompson Flores, Bernard Soccol Beraldin, Karina Pereira da Cruz, Cassiano Dal Monte Gallas, Guardiano Henrique Martins Teixeira, Luiz Gustavo Espanhol, Giovana Hauschild Pellegrin

*Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminino, 82 anos, com quadro de obstrução nasal e dor em hemiface esquerda de longa data, com piora no último ano. Relatava roncos e inúmeros tratamentos para rinossinusites. Ao exame físico, apresentava massa de aspecto fibroso obliterando fossa nasal esquerda. Realizada tomografia de seios da face, que evidenciou lesão extensa ocupando cavidade nasal esquerda, obstruindo seio maxilar e comprimindo lâmina papirácea. Paciente foi submetida à cirurgia endoscópica nasal com ressecção completa da lesão, tendo o anatomopatológico evidenciado carcinoma adenoide cístico cribriforme. No seguimento a médio prazo, manteve-se sem recidivas e relatou resolução dos sintomas iniciais.

**Discussão:** O carcinoma adenoide cístico (CAC) é considerado uma neoplasia rara e de crescimento lento. Apresenta prognóstico desfavorável pela agressividade da invasão tumoral, além das altas taxas de recorrência e metástases tardias. É ligeiramente predominante no sexo feminino, tendo pico de incidência entre 50 e 70 anos. O local mais comum de acometimento é o seio maxilar, seguido pelas cavidades nasais. Sua classificação e prognóstico dependem das características clínicas, localização, tamanho e aspecto microscópico da lesão. Histologicamente, pode ser dividido em cribriforme, tubular ou sólido. Os sintomas mais comuns incluem obstrução nasal, rinorreia, epistaxe, dor facial e anosmia. Exames de imagem são fundamentais para estadiamento tumoral, sendo a tomografia superior na avaliação da arquitetura nasossinusal e invasão óssea. O CAC tem maior tendência à metastatização hematogênica, sendo rara a presença de metástases ganglionares. O tratamento de escolha é cirúrgico, tendo a radioterapia mostrado resultados promissores no controle de recidivas.

**Considerações Finais:** O CAC caracteriza-se por curso clínico e crescimento lento. O melhor controle local é obtido com a cirurgia, tendo a radioterapia papel importante no controle das recidivas. O seguimento com exame clínico e imagem são fundamentais, já que este tumor pode apresentar recidivas após 20 anos do tratamento inicial.

**P 625 RELATO DE CASO: CARCINOMA PAPILÍFERO DE NASOFARINGE**

Mariana Borsa Mallmann, Janaina Jacques, Maria Fernanda Piccoli Cardoso de Mello, Mariana Manzoni Seerig, Letícia Chueiri, Daniel Buffon Zatt, Fábio Duro Zanini

*Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** S.Z., 39 anos, masculino, procurou atendimento hospitalar por quadro de proptose e alteração na mobilidade ocular à direita há 6 dias. Previamente ao quadro, apresentava obstrução nasal e cefaleia frontal leve de início há 2 meses. Ao exame físico, apresentava proptose do olho direito, anisocoria, diminuição da acuidade visual e paresia do nervo abducente à direita, a rinoscopia anterior mostrou massa rósea ocupando toda a luz da fossa nasal direita, associada à secreção branca espessa. Na avaliação complementar com ressonância magnética visualizou-se massa de 76 mm, amorfa, nasossinusal direita com infiltração para a órbita, seio etmoidal e frontal, e parenquimatosas frontais mediais e inferiores. Levantou-se a hipótese diagnóstica de tumor nasossinusal, dentre eles o estesonuroblastoma. Programada intervenção conjunta da Otorrinolaringologia com a Neurocirurgia. No procedimento cirúrgico foi ressecada lesão expansiva intracraniana de fossa anterior, cavidade nasal e órbita. O resultado do exame anatomopatológico concluiu ser um adenocarcinoma papilífero.

**Discussão:** O adenocarcinoma papilífero de rinofaringe é um tumor primário maligno incomum dessa região, não tendo predileção de gênero e afetando a maior parte dos pacientes entre os 11 e os 64 anos de idade. É um tumor de crescimento lento e indolente, que apresenta baixa taxa de recorrência e que tem como sintoma mais comum a obstrução nasal, mas pode haver epistaxe, zumbido, surdez e paralisias de nervos cranianos; massas cervicais são incomuns devido à baixa taxa de metástase de linfonodos cervicais. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica completa, apresentando bom prognóstico.

**Considerações Finais:** Esta condição clínica é incomum, e, apesar de ter se apresentado inicialmente de modo típico, chama a atenção pelo tamanho e seu grau de invasão.

## P 626 RELATO DE CASO: CONDUÇÃO DE UM CASO DE LEISHMANIOSE MUCOSA ORONASAL

Guilherme Trindade Batistão, Regeane Ribeiro Costa, Rhaissa Heinen Peixoto, Fernanda Dias Toshiaki Koga, Marco Antônio Ferraz de Barros Baptista, Gustavo Pimenta de Figueiredo Dias, Helder Fernandes de Aguiar

*Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) - Universidade São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Este relato apresenta um paciente masculino 54 anos com queixa de odinofagia e dor nasal há cinco anos, com rinorreia hialina e formação de crostas. O paciente já havia se submetido a três biópsias em outro serviço, com resultado de “processo inflamatório crônico inespecífico”. À rinoscopia, havia perfuração septal ampla, com crostas aderidas e bordas ativas; e infiltração em área de columela. À oroscopia apresentava palato duro, palato mole, úvula e pilares amigdalianos com aspecto granulomatoso infiltrativo. A nasofibrosopia confirmou os achados e demonstrou a mucosa de revestimento nasal com aspecto infiltrativo/granulomatoso. O paciente foi investigado com pesquisa de autoanticorpos, BAAR, fungos e sorologias. A sorologia para leishmania apresentou-se reagente, levando ao diagnóstico de leishmaniose. Iniciado tratamento com glucantime, após dois meses houve melhora dos sintomas nasais, permanecendo perfuração septal de dois centímetros sem sinais de atividade.

**Discussão:** Epidemiologicamente, o sexo masculino representa 60% dos casos. As queixas são obstrução nasal, crostas nasais, epistaxe, odinofagia e disfagia. Os locais de predileção são a mucosa do septo cartilaginoso, podendo acometer paredes laterais, o vestibulo nasal e a cabeça do corneto inferior. Foi feito tratamento com 729 mg de antimonial pentavalente por dia 18 dias, apresentando melhora dos sintomas após dois meses de tratamento. O Ministério da Saúde recomenda 20mg Sb5+/kg/dia durante 30 dias, e quando não ocorre a cicatrização completa após 12 semanas do tratamento, o esquema terapêutico deverá ser repetido apenas uma vez. A perfuração septal persistente após o tratamento corresponde à seqüela mais comum encontrada.

**Considerações Finais:** Deve-se alertar para causas infecciosas de granulomatoses oronasais, mesmo com biópsias inconclusivas. A pesquisa por meio de sorologias pode definir o diagnóstico e poupar o paciente de procedimentos mais invasivos.

## P 627 RELATO DE CASO: DESFECHO DESFAVORÁVEL EM MUCOCELE NASAL

Vanessa Lunelli, Nédio Atolini Júnior, Tatianny Tieni Yamamoto, Gustavo Pereira Lima Lang, Luis Fernando Melotti, Tiago Braganholi da Silva, Jarbas Mario Zandoná

*Universidade Federal da Fronteira Sul / Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Homem, 48 anos, no pós-operatório tardio (oito meses) de cirurgia endonasal por vídeo devido rinossinusite crônica com polipose, compareceu ao nosso serviço com queixa de amaurose súbita à direita há seis dias, sem outras queixas ou alterações ao exame. Na tomografia computadorizada dos seios paranasais evidenciou-se mucocele etmoidal posterior com invasão da lâmina papirácea direita e compressão do nervo óptico. Realizou cirurgia para abertura e drenagem da mucocele no dia subsequente ao diagnóstico, porém não se obteve melhora da acuidade visual. Atualmente, faz seguimento em nosso ambulatório e realiza tratamento para dessensibilização de AAS após diagnóstico de tríade de Samter e controle dos sintomas nasais.

**Discussão:** A mucocele é definida como uma formação cística resultante da retenção de secreção mucosa em seio paranasal. Sua etiologia permanece incerta, mas acredita-se que seja ocasionada pela obstrução do óstio de drenagem do seio paranasal comprometido. Em cerca de 60% dos casos, ocorrem após procedimentos cirúrgicos nos seios da face, em 35% dos casos são primárias e em 2% após trauma. O paciente apresentado neste estudo havia sido submetido à pansinusectomia e polipectomia endonasal por vídeo oito meses antes de apresentar amaurose. A evolução da lesão pode causar sintomas nasais, oftalmológicos e/ou neurológicos, sendo o diagnóstico é realizado por exames de imagem. A tomografia computadorizada é o exame de escolha e o tratamento é cirúrgico e objetiva confirmação diagnóstica, drenagem e excisão ou masurpialização da parede do cisto.

**Considerações Finais:** As mucocelas são lesões benignas de caráter expansivo que podem ocasionar sérias complicações orbitárias e intracranianas. A cirurgia endonasal é um procedimento seguro e eficiente; no entanto, o diagnóstico e tratamento devem ser precoces, pois a compressão de estruturas vasculares e nervosas por longo período pode causar danos permanentes ao paciente.

## P 628 RELATO DE CASO: ESTESIONEUROBLASTOMA

Juliana Simons Godoy, Antônio Augusto Sampaio, Ligia Zanco Bueno Derrico, Giuliano Aquino, Camila Castelhana Diniz, Natalia Lopes B Sampaio

*Hospital CEMA, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente F.J.D., 64 anos, sexo masculino com queixa de obstrução nasal direita há cerca de 2 anos. Diagnosticado com polipose nasal, faz tratamento com corticoide tópico. Após apresentar sangramentos intensos, procurou nosso serviço onde, após exames de nasofibrolaringoscopia e tomografia de seios da face, foi orientado ressecção cirúrgica, para diagnóstico e conduta. No exame imunohistoquímico foi dado o diagnóstico de esteseoneuroblastoma, sendo então encaminhado ao oncologista de outro serviço.

**Discussão:** O esteseoneuroblastoma é um tumor maligno raro da cavidade nasal. Seu diagnóstico é dificultado pelos sintomas inespecíficos, como obstrução nasal unilateral e epistaxes. Isso faz com que o início do tratamento seja tardio e a maioria dos casos já estão em um estágio avançado da doença. Não existe um consenso no tratamento, mas os últimos estudos evidenciam que a ressecção cirúrgica com acesso craniofacial e margens livres, com posterior radioterapia seja o que proporcione um melhor prognóstico ao paciente. Apesar da agressividade do tumor, sua sobrevida é relativamente alta.

**Considerações Finais:** Por apresentar sintomatologia inespecífica, o esteseoneuroblastoma tem seu diagnóstico em sua maioria tardio, assim como seu tratamento. Deve-se atentar ao exame físico e exames complementares a fim de diminuir esse tempo entre o diagnóstico e o tratamento.

## P 629 RELATO DE CASO: FÍSTULA OROANTRAL APÓS EXTRAÇÃO DENTÁRIA

Nicole Elen Lira, Andréia Batistella, Andreas Weiland Camara, Adriana de Carli, Bruna Lovato, Wilson Braz Dias, Helena Descovi Galelli

*Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.S., feminina, 72 anos, refere queixa de cacosmia e halitose, iniciado há aproximadamente dois meses. Havia realizado extração dentária há cinco meses, permanecendo com uma comunicação buco-sinusal pós-cirurgia. À oroscopia, apresentava fístula com secreção purulenta, sendo necessário uso de antibioticoterapia para controle da infecção. Realizada tomografia computadorizada e posterior intervenção cirúrgica.

**Discussão:** Diversas são as etiologias que podem causar a comunicação, sendo classificadas como causas iatrogênicas, traumáticas ou patológicas. A causa iatrogênica é a mais prevalente, e com frequência ocorre acidentalmente durante exodontia, devido à estreita relação de proximidade do limite inferior do maxilar com os ápices radiculares. A comunicação anômala entre o antro e a boca pode fechar espontaneamente dependendo da sua dimensão e do estado clínico do paciente. Quando isso não ocorre, e o canal se encontra revestido por tecido epitelial proliferativo, impedindo a cicatrização, forma-se a fístula, a qual torna necessária intervenção cirúrgica. O quadro pode cursar com ampla sintomatologia, que tende a ser pior conforme o tempo de evolução. Pode progredir para complicações, como sinusite maxilar aguda ou crônica e infecções orais associadas. O diagnóstico das fístulas oroantrais é baseado no exame clínico, imagens radiológicas e alguns autores sugerem a realização da Manobra de Valsalva. O tratamento pode ser realizado através do fechamento por primeira ou segunda intenção, dependendo da sintomatologia e tamanho do defeito. A escolha da técnica cirúrgica depende da experiência de cada cirurgião, gerando divergências na literatura, porém é unânime a concordância que antes de intervir cirurgicamente é necessário que o antro esteja livre de infecção.

**Considerações Finais:** Complicação operatória de extração dentária, a comunicação oroantral, deve sempre ser avaliada, conforme seu tamanho, localização e sintomatologia. Sabe-se que quanto mais curto o período entre a criação do defeito e a reparação, melhores são os resultados, e assim diminuem as chances de formação da fístula e infecção.

## P 630 RELATO DE CASO: MUCORMICOSE FÚNGICA EM CRIANÇA COM LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA

Bruno Amaral Hay, Leila Roberta Crisigiovanni, Ana Luiza Camargo, Lorena Cristina Peres Rodrigues Gomes, Ian Selonke, Juliana Benthien Cavichiolo

*Hospital da Cruz Vermelha Filial do Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Sexo feminino, 12 anos de idade, encaminhada para otorrinolaringologia por mialgia, cefaleia e febre há 1 dia. Há 20 dias em internamento hospitalar para tratamento quimioterápico de leucemia linfóide aguda. Ao exame físico: edema e hiperemia ocular à esquerda e lesão hiperemiada e necrótica em palato duro. Diagnosticada com celulite periorbitária pré-septal à esquerda e pansinusite de provável etiologia fúngica. Foi submetida à maxilectomia, etmoidectomia e esfenoidectomia à esquerda com desbridamento de tecido necrótico. O anatomopatológico evidenciou: mucormicose fúngica. Realizou tratamento com anfotericina B, apresentou melhora dos sintomas. Permanece em acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** Mucormicose é uma infecção oportunista rara, sendo a doença fúngica aguda mais fatal para o ser humano. Causada por fungos da ordem Mucorales, apresenta potencial invasor com rápida disseminação angiogênica em pacientes imunossuprimidos. Fatores de risco: doenças hematológicas, transplantes hematopoiéticos, diabetes mellitus descompensada, sobrecarga de ferro, uso prolongado de corticosteroides. Como no caso relatado, doenças hematológicas correspondem a 60% dos casos. Pode manifestar-se em órgãos como pulmão, pele, sistema gastrointestinal, rinocerebral ou na forma disseminada. A mucormicose rinocerebral, como apresentada pela paciente descrita, é a mais frequente, afligindo principalmente nariz e seios paranasais. De início agudo e clinicamente semelhante a sinusite ou celulite periorbitária. Pode disseminar-se para órbita, seios paranasais e cavidade oral, formando úlcera necrótica em palato duro, como ocorreu no caso relatado. O diagnóstico definitivo é histopatológico. Tomografia computadorizada e ressonância magnética são necessários para definição da extensão das lesões e planejamento cirúrgico. Não existe consenso sobre tratamento ideal, preconiza-se diagnóstico precoce, retirada dos fatores predisponentes, desbridamento cirúrgico amplo e tratamento antifúngico eficaz. A anfotericina B lipossomal é medicação de escolha.

**Considerações Finais:** Falta de suspeita clínica e limitações diagnósticas contribuem para que 50% dos diagnósticos sejam *post mortem*. Desse modo, deve-se atentar para lesões necróticas nasais e em palato, principalmente em imunocomprometidos.

## P 631 RELATO DE CASO: OSTEOMA E DISPLASIA FIBROSA

Gabriel Matos, Ana Paula Assunção Cecílio, Beatriz Villano Krentz, Henrique de Mello Barletta, Guilherme Bonadia Bueno de Moraes, Fernando Veiga Angelico Junior, Priscila Bogar

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** R.R.R.F., sexo feminino, 18 anos, em acompanhamento com a Equipe da Ortopedia por cisto ósseo aneurismático em região de acetábulo esquerdo (sem sinais de malignidade). Queixa de obstrução nasal, pior à direita, coriza e prurido nasal. Referia dor em região de osso nasal à direita e alteração da acuidade visual. Como antecedentes, paciente asmática e alergia medicamentosa a AINEs. Na nasofibrosopia, visualizada hipertrofia de cornetos inferiores bilateralmente, sem lesões ou demais alterações. Em exame de tomografia computadorizada de seios da face, visualizada formação expansiva etmoidal à direita, com características radiológicas de baixa agressividade, sugestiva de osteoma e displasia fibrosa. Em cintilografia, evidenciado aumento acentuado da atividade osteoblástica na região medial da órbita direita. Optou-se por realizar turbinectomia inferior bilateral com turbinoplastia média bilateral e acompanhamento da lesão óssea.

**Discussão:** Osteoma e displasia fibrosa compreendem tumores benignos dos seios paranasais. Osteoma é a neoplasia mais frequente dos seios paranasais, sendo mais comum o acometimento de ossos frontais e etmoidal e incidência maior no sexo masculino e nas terceira e quarta décadas de vida. Por sua vez, a displasia fibrosa é doença menos comum, que acomete principalmente o sexo feminino, com maior incidência em crianças e adolescentes. Ambas as afecções têm crescimento lento e assintomático. Porém, de acordo com a sua localização, podem resultar em complicações por efeito compressivo. Em exame tomográfico de seios da face, os achados radiológicos são distintos, imagem de “vidro fosco” na displasia fibrosa e lesão hiperdensa no osteoma. O exame anatomopatológico é usado para realização de diagnóstico diferencial.

**Considerações Finais:** Os achados tomográficos sugerem concomitância das duas lesões e casos semelhantes não foram descritos na literatura. Apesar de o diagnóstico ser realizado por anatomopatológico, este não foi realizado por recusa da paciente.

## P 632 RELATO DE CASO: RABDOMIOSSARCOMA ALVEOLAR DE SEIO MAXILAR EM PACIENTE ADULTO

Stela Oliveira Rodrigues, Marina Ferraz Gontijo Soares, Raissa Camelo Valletta, Claudiney Candido Costa, Hugo Valter Lisboa Ramos, Leandro Azevedo Carmargo, José Neto Ribeiro Souza

*Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 49 anos, foi atendida no pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da UFG, queixando-se de edema e dor em hemiface, especialmente na região maxilar. Início dos sintomas datava de um mês, após um procedimento dentário. Ao exame físico, proptose ocular e abaulamento facial foram observados. Por queixar-se de obstrução nasal, uma fibronasovideolaringoscopia foi realizada, percebendo uma massa na cavidade nasal direita. A tomografia evidenciou tumoração no seio maxilar, erodindo limites ósseos, invadindo órbita, cavidade nasal e região pré-maxilar. A biópsia revelou se tratar de um rabdomiossarcoma alveolar e, após, a paciente foi encaminhada para realização de quimiorradioterapia neoadjuvante.

**Discussão:** O rabdomiossarcoma é o tumor mais comum dos tecidos moles, afetando principalmente a cabeça e o pescoço, especialmente em crianças e adolescentes. Este tipo de tumor é relativamente raro na população adulta e pode ser dividido em subtipos: embrionário, alveolar e pleomórfico. Após o diagnóstico (usando exames de imagem e biópsia), a terapia multimodal é indicada. O prognóstico é variável, sendo pior nos sítios parameningeos. Os tumores malignos dos seios paranasais são raros e, entre os subtipos histológicos, o rabdomiossarcoma tem uma prevalência reduzida. No entanto, eles são tumores agressivos e, quando em adultos e subtipo alveolar, apresentam pior prognóstico. A imagem e a biópsia em tempo hábil são essenciais para aumentar as chances de sucesso terapêutico. Uma história de massa nasal em rápida evolução deve estar alerta para tumores malignos, especialmente porque não há fatores de risco estabelecidos para casos de rabdomiossarcoma, com exceção da genética.

**Considerações Finais:** Embora raro, o rabdomiossarcoma nos seios paranasais é um tipo de câncer para o qual os otorrinolaringologistas devem estar alertas. Com agressividade e às vezes com mau prognóstico, torna-se fundamental ter suspeita clínica de diagnóstico rápido para instituição de tratamento adequado.

## P 633 RELATO DE CASO: RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA EM PACIENTE COM LEUCEMIA AGUDA

Lucas Spina, Dândara Bernardo Siqueira, Camila Sá de Melo Campos, Tamires Ferreira Siqueira, Cintia Vanette, Gustavo Mercuri, Renata Mizusaki Iyomasa

*Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Botucatu, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** T.J.A.S, feminino, 20 anos, puérpara, em investigação de leucemia aguda. Queixa de epistaxe autolimitada por fossa nasal esquerda. Ao exame físico inicial, massa de aspecto fibrótico, endurecida, infiltrada no soalho e corneto inferior à esquerda. Apresentou edema palpebral inferior e eritema na hemiface à esquerda. Tomografia de seios da face não revelou alterações características de rinossinusite fúngica, mas havia obstrução do complexo óstio meatal esquerdo pela massa da fossa nasal ipsilateral. Optou-se por realização de FESS, para liberação do complexo óstio meatal e biópsia de corneto inferior. Resultado anatomopatológico revelou infiltração por leucemia aguda, sugestivo de neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas. Cultura positiva para *Fusarium spp* e *Cunninghamella bertholletiae*. Paciente tratada com anfotericina B e manteve quimioterapia, com evolução satisfatória do quadro (regressão dos sintomas clínicos).

**Discussão:** A rinossinusite fúngica invasiva é uma infecção frequentemente fatal (mortalidade entre 20 e 30%) e acomete, quase exclusivamente, pacientes imunodeprimidos. Pode ser causada por diferentes espécies de fungos, dentre eles *Zygomycetes* e *Aspergillus*. Sinais e sintomas incluem: obstrução nasal, rinorreia, dor e edema facial, cefaleia, sintomas oftalmológicos, crostas e granulações da mucosa nasal, bem como tecido necrótico.

**Considerações Finais:** A rinossinusite fúngica invasiva deve ser diagnosticada precocemente para um desfecho favorável. Apesar do progresso de método de tratamento, mortalidade ainda é elevada, sendo necessária colaboração multidisciplinar para intervenção precoce em pacientes imunodeprimidos com suspeita da doença.

## P 634 RELATO DE CASO: SEPTOPLASTIA POR TÉCNICA EXTRACORPÓREA EM PACIENTE COM DESVIO DO SEPTO NASAL ANTERIOR, SINUOSO E OBSTRUTIVO

Viviane Carvalho da Silva, Ulisses Meireles Figueiras Filho, Aline Almeida Figueiredo Borsaro, Rodolfo Borsaro Bueno Jorge, Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos, Clara Mota Randal Pompeu, Monique Barros Brito da Conceição

*Hospital Universitário Walter Cantídio - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 41 anos referia obstrução nasal bilateral diariamente, mais importante à direita, associada a coriza, prurido nasal e espirros. Realizou tratamento com fluticasona tópica nasal com melhora apenas dos sintomas irritativos. Nasofibrosopia evidenciou desvio do septo nasal sinuoso à direita na área 2 para 4 de Cottle, obstrutivo, e caudal à esquerda, conchas nasais inferiores hipertróficas 2+/4+. Optou-se por procedimento cirúrgico com septoplastia extracorpórea e turbinoplastia. Na cirurgia foi realizada incisão no bordo caudal do septo com descolamento da mucosa septal bilateral, incisão transfixante no septo membranoso e incisões intercartilaginosas, para acesso ao dorso nasal. Descolamento do dorso nasal cartilaginoso e desinserção do septo cartilaginoso da crista da maxila. Incisão superior e posterior na cartilagem septal com exérese da quase totalidade do septo cartilaginoso, preservando uma fita de cartilagem superior e a área K. Confecção de “novo” septo cartilaginoso com uma camada de cartilagem em cada lado na porção superior (“*spreader graft*” bilateral), sutura com fio polipropileno, construindo-se um sulco posterossuperior para encaixe no septo nasal superior remanescente. Posicionamento do “novo septo” na linha média nasal, com sutura posterior, superior, na crista da maxila e no septo membranoso. Turbinoplastia inferior. Nasofibrosopia após 30 dias do procedimento evidenciou septo nasal centrado e bom espaço respiratório bilateral.

**Discussão:** São descritas diversas técnicas de septoplastia com resultados efetivos. As mais utilizadas são a de Killian, para desvios médio-posteriores, Metzenbaum modificada, para desvios caudais, Cottle, para área da maxila-pré-maxila, além do uso de enxertos de cartilagem para desvios altos. A septoplastia extracorpórea tem sido realizada em desvios mais anteriores e complexos, que exigem uma reconstrução total da cartilagem septal, com ou sem incremento com enxertos septais.

**Considerações Finais:** A septoplastia extracorpórea com turbinoplastia mostrou-se efetiva, proporcionando melhora do sintoma obstrutivo nasal e satisfação ao paciente.

## P 635 RELATO DE CASO: SINUSOPATIA RECORRENTE COMO PRIMEIRO SINAL DE DOENÇA SISTÊMICA

Tatiany Tiemi Yamamoto, Luis Fernando Melotti, Gustavo Pereira Lima Lang, Vanessa Lunelli, Tiago Braganholi da Silva, Nédio Atolini Júnior, Emílio Jonatas Muneroli

*Universidade Federal da Fronteira Sul/Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Homem, 59 anos, com quadro de sinusites de repetição de longa data resistentes aos tratamentos clínicos e cirúrgicos. Evoluiu com piora do quadro, associando-se dispneia. Tomografia de tórax e abdômen apresentaram lesões nodulares e massas cavitadas bilateralmente, acentuado espessamento indeterminado retroperitoneal peri-aorto-caval abdominal e sinais de nefropatia obstrutiva à esquerda. Realizada fibrobroncoscopia com biópsia e diagnosticada granulomatose de Wegener. Paciente iniciou tratamento com metotrexate e imunossupressão. No seguimento a médio prazo, paciente não apresentou recidivas e relatou melhora dos sintomas acima citados.

**Discussão:** A granulomatose de Wegener (GW) é doença usualmente descrita como uma tríade de lesões: granuloma necrosante do trato respiratório, vasculite disseminada de arteríolas e vênulas de médio calibre e glomerulonefrite. O acometimento de vias aéreas superiores é a manifestação clínica mais frequente, estando presente em 92% no decorrer do tempo. Podem ocorrer sinusite, rinorreia purulenta, úlceras mucosas, crostas nasais, epistaxe e obstrução nasal. O envolvimento pulmonar ocorre em cerca de 45% dos casos no início da doença e entre 66%. O diagnóstico é baseado em critérios clínicos, radiológicos, sorológicos e anatomopatológicos. As formas estáveis devem receber o tratamento convencional com prednisona 1 mg/kg/dia por quatro a seis semanas, com retirada lenta. Deve-se associar ciclofosfamida, cuja dose deverá ser ajustada de acordo com o número de linfócitos. Metotrexato é outra opção terapêutica para pacientes refratários ou com efeitos da toxicidade da ciclofosfamida.

**Considerações Finais:** Granulomatose de Wegener é uma doença sistêmica idiopática rara, imunologicamente mediada, caracterizada por acometer as pequenas artérias dos tratos respiratórios superior e inferior e do rim, provocando reação inflamatória com necrose, formação de granuloma e vasculite nestes órgãos. Este caso ilustra a importância da suspeição de causas secundárias frente a um paciente com evolução atípica.

**P 636 RELATO DE CASO: TUMOR NASOSSINUSAL RARO**

Flavianne Mikaelle dos Santos Silveira, Carolina da Fonseca Barbosa, Jéssica Maia Couto, Alessandro Fernandes Guimarães, Maria Julia Abrão Issa, Roberto Eustáquio Santos Guimarães, Flávio Barbosa Nunes

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, sexo feminino, 41 anos, iniciou há 1 ano quadro de obstrução nasal bilateral, pior à direita, rinorreia e epistaxe intermitente de pequeno volume. Ao exame, apresentava massa em fossa nasal direita, com rechaçamento do septo para esquerda, alargamento e deformidade de piramide nasal. TC de seios da face: preenchimento de fossas nasais com material de densidade de partes moles e destruição óssea de septo nasal, velamento de todos os seios paranasais à direita. Realizada biópsia ambulatorial, que veio sugestiva de rinoscleroma, iniciado tratamento clínico com ciprofloxacino e encaminhado paciente para desbridamento cirúrgico. Realizada cirurgia, com ressecção ampla de lesão até base de crânio e enviado material para anatomopatológico. Resultado da histopatologia compatível com esteseoneuroblastoma grau III de Hyams, encaminhado, portanto, paciente para radioterapia e solicitadas TC E RNM de controle pós-operatórios.

**Discussão:** Esteseoneuroblastoma é uma neoplasia rara, representa 3 a 6% dos tumores nasais, origina-se no epitélio olfativo e frequentemente é confundida com outros tumores. Não há diferença entre os sexos, sendo mais comum entre a segunda e sexta década de vida. Sintomas geralmente são inespecíficos, semelhantes a outras afecções nasais. A suspeição diagnóstica é feita por meio de exame clínico e de imagem, a confirmação é feita através de histopatologia. Tratamento em geral é cirúrgico associado a radioterapia adjuvante.

**Considerações Finais:** O esteseoneuroblastoma é um tumor maligno raro com comportamento agressivo e alta taxa de recidiva local (50%). Tem sobrevida variável a depender do grau histológico do tumor ao diagnóstico, se recidiva, esta cai significativamente. Portanto, é de grande valia o diagnóstico precoce e um seguimento minucioso.

## P 638 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA COM DENKER MODIFICADO DE UM CONDROMA NASAL

Yuri Rodrigues Rocha, Erika Ferreira Gomes, Antonio Serra Lopes Filho, Isnara Mara Freitas Pimentel, Debora Lilian Nascimento Lima, Juliana Teixeira de Souza, Bruno Teixeira

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 44 anos de idade, foi internada devido à massa tumoral que levava a um quadro de obstrução nasal desde a infância bilateral associada à rinorreia e crises esternutatórias. A tomografia computadorizada evidenciou extensa lesão de aspecto osteolítica em fossa nasal esquerda invadindo células etmoidais, seios esfenoidais, lâmina papirácea e assoalho da sela túrcica medindo cerca 6,2x5,2 cm. Foi realizada cirurgia pelo serviço de Otorrinolaringologia, com o histopatológico confirmando condroma nasal.

**Discussão:** O condroma está inserido dentro de grupo heterogêneo de tumores esqueléticos que acomete o nariz; pode desenvolver-se em qualquer local do trato nasossinusal e nasofaringe. É considerada uma neoplasia benigna que se origina de qualquer cartilagem. No nariz e nos seios paranasais, a origem mais frequente é no etmoide (50%) seguido pelo seio maxilar (17%). Geralmente, acomete sexo masculino, entre 40 e 60 anos, manifestando-se principalmente com obstrução nasal uni ou bilateral, de forma progressiva e constante associado à rinorreia anterior e/ou posterior que se exacerba com quadros infecciosos. O diagnóstico é baseado na história clínica associado a exames de imagens, histopatológico e imunohistoquímica. O tratamento padrão ouro é a cirurgia. O condroma nasal é, portanto, um tumor benigno, de crescimento agressivo, cuja diferença para tumores malignos desta linhagens é incompletamente definida, em especial os condrossarcomas bem diferenciados, devendo as ressecções ser mais agressivas para tentar evitar recidivas.

**Considerações Finais:** Neste caso, foi realizada uma maxilectomia endoscópica (Denker modificado), ressecção craniofacial do tumor, sinusectomia maxilar direito, etmoidectomia bilateral e esfenoidectomia bilateral. Revisamos a literatura sobre o assunto com foco nos aspectos gerais e abordagem terapêutica, pois apesar de ser uma entidade rara na cavidade nasal, pode trazer morbimortalidade para os pacientes acometidos, sendo importante o diagnóstico precoce desta afecção.

## P 639 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA COMPLETA DE UM HARMATOMA NASAL

Andressa Rolim Freitas, Yuri Rodrigues Rocha, Erika Ferreira Gomes, Antonio Serra Lopes Filho, Isnara Mara Freitas Pimentel, Debora Lilian Nascimento Lima, Camila Gabriella da Silva Queiroz

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 67 anos, com quadro de epistaxe em fossa nasal esquerda associada à obstrução nasal ipsilateral. À rinoscopia anterior, havia lesão ocupando toda a fossa nasal esquerda. A TC de seios da face apresentou tumoração centralizada sobre o septo nasal, obliterando os recessos esfenoidais bilateral medindo 3,4x2,5 cm. A histopatologia da biópsia incisional foi consistente com o diagnóstico de papiloma escamoso invertido ulcerado. Programada a ressecção endoscópica do tumor. O estudo da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de hamartoma adenomatoide epitelial respiratório.

**Discussão:** Hamartomas são lesões benignas e raras na região nasossinusal. São classificadas como epiteliais (mais comum), mesenquimais e mistas. A maioria dos casos ocorre em homens entre 30 a 90 anos. Geralmente, originam-se do septo posterior, mas alguns casos surgem da fissura olfatória, meato médio, concha inferior e seios da face. Os sintomas mais comuns são obstrução nasal, epistaxe, rinorreia, desvio de septo, sinusite crônica, dor facial, proptose e hiposmia. O achado radiológico mais comum é a opacificação dos seios e sua ligação com o septo. A lesão tem crescimento lento, fazendo uma expansão do osso, ao invés de erodi-lo. A histologia se caracteriza pela presença de proliferação glandular, com uma aparência polipoide, edema do estroma e um processo inflamatório. Alterações displásicas e neoplásicas não são observadas, porém papilomas invertidos e tumor fibroso podem estar associados. A imunohistoquímica não é utilizada rotineiramente para o diagnóstico. O tratamento cirúrgico é considerado o padrão ouro de tratamento.

**Considerações Finais:** Neste caso, foi realizada a ressecção endoscópica do tumor, sendo realizada sinusectomia maxilar, etmoidal e esfenoidal bilateral, além de exérese parcial do septo nasal devido à infiltração pelo tumor. Revisamos a literatura sobre o assunto com foco nos aspectos gerais e abordagem terapêutica, pois tal afecção pode trazer grande morbimortalidade para os pacientes acometidos.

## P 640 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA COMPLETA DE UM HEMANGIOPERICITOMA NASAL

Andressa Rolim Freitas, Yuri Rodrigues Rocha, Erika Ferreira Gomes, Antonio Serra Lopes Filho, Isnara Mara Freitas Pimentel, Camila Gabriella da Silva Queiroz, Debora Lilian Nascimento Lima

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 50 anos, com história de disfagia e *globus* faríngeo há 3 meses. A nasofibrosopia mostrou lesão eritematosa em septo nasal e concha média esquerda. À TC, havia nódulo sólido, polipoide, medindo 2,5 x 1,2 x 2,1 cm; realizada a ressecção endoscópica do tumor. O histopatológico apresentou mucosa respiratória com proliferação neoplásica, composta por células epitelioides e com ausência de atividade mitótica ou necrose – sugestivo para papiloma invertido. A imunohistoquímica, positiva para Ki-67, CD34 e actina músculo liso, favoreceu o diagnóstico de hemangiopericitoma nasossinusal. O novo exame de imagem evidenciou lesão captante de contraste parasseptal, sendo realizada nova abordagem cirúrgica.

**Discussão:** O hemangiopericitoma nasossinusal pode se comportar como benigno ou maligno. Apesar da etiologia desconhecida, várias fatores têm sido sugeridos: hipertensão, desequilíbrio metabólico ou hormonal e trauma. Acometem principalmente pacientes entre a sexta e sétima décadas de vida em ambos os sexos, e o quadro clínico predominante é a obstrução nasal unilateral e/ou epistaxe, com lesão de aspecto polipoide. Na tomografia, os achados são geralmente inespecíficos, apresentando lesão unilateral não calcificada. Figuras mitóticas são imperceptíveis e necrose é ausente. Não apresenta marcadores imunohistoquímicos específicos. Os hemangiopericitomas nasossinusais são, na maioria das vezes, indolentes e com excelente prognóstico após completa ressecção, com taxas de sobrevida acima de 90% em 5 anos. O tratamento cirúrgico é o de escolha. A quimioterapia é considerada para o controle do tumor maligno e metástases. A radioterapia é reservada para tumores irressuscáveis e recorrentes.

**Considerações Finais:** Neste caso, foi realizada a ressecção endoscópica do tumor com etmoidectomia posterior, sinusotomia esfenoidal, cauterização da esfenopalatina esquerda e correção de fístula líquórica intraoperatória. Revisamos também a literatura sobre o assunto com foco nos aspectos gerais e abordagem terapêutica, pois apesar de ser uma entidade rara na cavidade nasal, pode trazer grande morbimortalidade para os pacientes acometidos.

## P 641 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE UM TUMOR DE ROSAI DORFMAN NASAL EM DOIS TEMPOS: RELATO DE CASO

Antonio Serra Lopes Filho, Yuri Rodrigues Rocha, Isnara Mara Freitas Pimentel, Bruno Alves Teixeira, Debora Lilian Nascimento Lima, Juliana Teixeira de Souza, Erika Ferreira Gomes

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 35 anos, com quadro de epífora, proptose ocular e alteração do campo visual temporal à direita. Procurou oftalmologista que solicitou uma tomografia, evidenciando formação expansiva com origem em seio maxilar direito e extensão para a cavidade nasal e órbita ipsilateral. Encaminhado para Otorrinolaringologista, onde realizou biópsia que apresentou histiocitose com emperipoese. Solicitada imunohistoquímica, sendo positiva para CD68 e S100 e negativa para CD1A, compatível com Rosai Dorfman. Realizada, então, ressecção endoscópica em dois tempos, sendo o primeiro da parte nasossinusal e o segundo da porção orbitária intracoanal. Durante a avaliação do paciente, não foram encontrados indícios de doença sistêmica, sendo essa rara entidade diagnosticada após o histopatológico e imunohistoquímica. A cirurgia endoscópica obteve sucesso em ressecar todo o tumor.

**Discussão:** A doença de Rosai Dorfman é uma entidade clínica idiopática, benigna, rara e caracterizada por proliferação primária de histiócitos nos sinusoides linfonodais. A apresentação clínica mais comum é adenomegalia volumosa bilateral em cadeias cervicais, além de febre, perda de peso e leucocitose. Pode haver acometimento extranodal em cerca de 25% dos casos, sendo o nasossinusal e o de órbita um deles, podendo causar obstrução nasal, epífora, proptose ocular e alteração visual. O diagnóstico é realizado por meio de exame histopatológico e da imunohistoquímica. O arsenal terapêutico inclui corticoterapia, quimioterapia, radioterapia e cirurgia, como por exemplo a totalmente endoscópica. No caso, foi realizada uma maxilectomia endoscópica pré-lacrimal à direita com ressecção parcial do tumor, pois havia lesão invadindo lâmina papirácea com suspeita de malignidade, optando-se por aguardar novo histopatológico para confirmação diagnóstica. Com a confirmação de doença de Rosai-Dorfman, foi programada outra abordagem cirúrgica.

**Considerações Finais:** O caso chama atenção pela raridade do tumor, além do sucesso da abordagem totalmente endoscópica da lesão em dois tempos, evitando cicatrizes na face e melhorando a qualidade do pós-operatório.

## P 642 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSCRIBIFORME DE CARCINOMA NEUROENDÓCRINO NASAL APÓS EMBOLIZAÇÃO

Yuri Rodrigues Rocha, Erika Ferreira Gomes, Debora Lilian Nascimento Lima, Isnara Mara Freitas Pimentel, Camila Gabriella da Silva Queiroz, Andressa Rolim Freitas, Juliana Texeira de Souza

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 52 anos, com quadros recorrentes de epistaxe em fossa nasal esquerda associada à obstrução nasal e descarga pós-nasal de secreção hialina. Na nasofibrosopia, observou-se lesão friável ocupando 2/3 da FNE. A TC de seios paranasais mostrou processo expansivo ocupando 2/3 superiores da FNE provocando descontinuidade da placa cribiforme e das paredes da fóvea etmoidal. Foi, então, realizada a biópsia, cujo resultado histopatológico em conjunto com a imunohistoquímica revelou o diagnóstico de carcinoma neuroendócrino de pequenas células, sendo programada cirurgia após embolização.

**Discussão:** No acesso transcribiforme, remove-se o osso da base do crânio para poder visualizar o tecido cerebral, crista-galli e foice cerebral. O limite posterior desta abordagem é a artéria etmoidal posterior. Na cavidade nasal, o carcinoma neuroendócrino é extremamente raro, representando aproximadamente 5% das neoplasias nasossinusais. A OMS, em 2005, classificou os tumores neuroendócrinos como tumor carcinoide típico, carcinoide atípico, carcinoma epidermoide de células pequenas (o mais comum) e carcinoma neuroendócrino “não especificado”. O carcinoma neuroendócrino de pequenas células tem uma incidência de 0,73 casos por 100.000 habitantes, sendo mais comum no homem. Não tem predileção racial ou geográfica e sem associação com fumo. A faixa etária é de 26 a 77 anos. Apresentam sinais clínicos inespecíficos como obstrução nasal, rinorreia, epistaxe, hiposmia e diminuição da acuidade visual. A TC dos seios da face pode ajudar a diagnosticar a natureza maligna do tumor e a RNM melhora a diferenciação entre reação inflamatória, retenção de tumor e líquidos. Dada à quimiossensibilidade do carcinoma neuroendócrino, a quimioterapia neoadjuvante seguida de quimiorradiação ou cirurgia e radioterapia pós-operatória é promissora para o manejo ideal do tumor.

**Considerações Finais:** Neste caso foi realizada a ressecção endoscópica transcribiforme do tumor nasal esquerdo + ligadura da artéria etmoidal anterior esquerda + reconstrução do teto orbitário com gordura e fâscia lata.

## P 643 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSCRIBIFORME DE SCHAWANOMA NASAL

Yuri Rodrigues Rocha, Erika Ferreira Gomes, Isnara Mara Freitas Pimentel, Camila Gabriella da Silva Queiroz, Debora Lilian Nascimento Lima, Andressa Rolim Freitas, Juliana Texeira de Souza

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 64 anos, com quadro de obstrução nasal bilateral, mais acentuada à direita, associada a episódios de sangramento nasal, anosmia e secreção esbranquiçada pelo nariz. Paciente relatava ainda protusão do globo ocular esquerdo e perda total da visão no mesmo olho. A RNM mostrava lesão expansiva com epicentro na lâmina do etmoide estendendo-se para o interior do crânio. Realizou, então, biópsia no ambulatório da ORL do HGF, cujo resultado histopatológico e perfil imunohistoquímico confirmaram o resultado de schawanoma nasal, sendo indicado cirurgia.

**Discussão:** A abordagem transcriciforme é predominantemente utilizada para o fechamento de defeitos de base craniana com vazamentos de LCR, encefalocelos, meningoceles e para a remoção de neoplasias benignas e malignas da cavidade nasal. Schawanoma é um tumor benigno raro, de crescimento lento e geralmente encapsulado. Eles têm origem nas células de Schwann da bainha do nervo periférico, tipicamente na primeira divisão do nervo trigêmeo, ou de gânglios autonômicos, mas também pode se originar em qualquer outro nervo craniano, com exceção dos nervos ópticos e olfatórios, que não possuem células de Schwann. Embriologicamente, têm origem neuroectoderma. São mais frequentes na região da cabeça e pescoço (25-45% dos casos). Aproximadamente 4% destas lesões da cabeça e do pescoço envolvem as cavidades nasais e paranasais com uma incidência de 1 em 3.000. Não há predileção sexual ou racial, ocorrendo principalmente entre 25 a 55 anos Os sintomas mais comuns do schwanoma nasossinusal são: obstrução nasal unilateral, epistaxes, hiposmia e dor facial. Os exames de imagem são usados para avaliar a extensão da lesão e suas relações anatômicas, proporcionando o planejamento terapêutico. O tratamento de escolha consiste na ressecção cirúrgica completa do tumor.

**Considerações Finais:** Neste caso, foi realizada uma ressecção craniofacial via endoscópica (transcribiforme) mais sinusectomia frontal bilateral (Draf 3) mais sinusectomia maxilar endoscópica bilateral.

## P 644 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSCRIBIFORME DE UM CARCINOMA DE NASOFARINGE

Yuri Rodrigues Rocha, Erika Ferreira Gomes, Isnara Mara Freitas Pimentel, Juliana Teixeira de Souza, Camila Gabriella da Silva Queiroz

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 28 anos, com história de obstrução nasal e epistaxe na fossa nasal direita há 2 anos. Na rinoscopia anterior, notava-se a presença de massa ocupando a fossa nasal direita. A biópsia foi compatível com carcinoma de nasofaringe não queratinizado pouco diferenciado com invasão de órbita, sendo encaminhado para realizar radioterapia e quimioterapia. Ficou em acompanhamento ambulatorial, realizando TC de seios da face de controle (18/12/16), que mostrou: formação expansiva em topografia do seio esfenoidal, maxilar e frontal à direita, associada à destruição óssea das estruturas adjacentes; Neste contexto, foi marcada a cirurgia do paciente com ressecção da massa via transcribiforme.

**Discussão:** A neoplasia maligna de nasofaringe corresponde a 2% dos tumores de cabeça e pescoço e a 0,25% de todos os tumores, sendo rara, com exceção da China e região asiática, onde a incidência é de 15-50 por 100.000 habitantes. O início é geralmente em torno da tuba auditiva (na fosseta de Rosenmüller) ou no rebordo da coana, desenvolvendo-se em sentido à própria tuba e em direção à base do crânio. O crescimento para a orofaringe e fossas nasais é raro. Tende a afetar grupo etário mais jovem, sendo mais comum em homens. A Organização Mundial da Saúde atualizou a classificação histológica dos carcinomas da nasofaringe, dividindo-os em dois subtipos: 1 – o carcinoma de células escamosas (25% dos casos); 2 – o carcinoma de células não queratinizadas (75% dos casos). Os sintomas de otite média serosa, cefaleia, obstrução nasal, epistaxe, dor de garganta, trismo e proptose podem está presentes dependendo do tamanho da lesão. O tratamento pode variar desde radioterapia, quimioterapia ou cirurgia de pendendo do tamanho do tumor.

**Considerações Finais:** Neste caso, foi realizado o acesso transcribiforme, removendo o osso da base do crânio para poder visualizar o tecido cerebral, crista-galli e foice cerebral.

## P 645 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSCRIBIFORME DE UM CORDOMA DE CLIVUS

Yuri Rodrigues Rocha, Erika Ferreira Gomes, Juliana Teixeira de Souza, Andressa Rolim Freitas, Debora Lilian Nascimento Lima, Camila Gabriella da Silva Queiroz, Isnara Mara Freitas Pimentel

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 75 anos, com história de diminuição da acuidade visual bilateral, cefaleia frontal, perda de libido e queda de pelos do corpo. A ressonância magnética de sela túrcica mostrava: formação expansiva medindo 3,7x4,0x4,1 cm comprimindo quiasma ótico, polígono de Willis e hipotálamo. Foi realizada uma cirurgia de hipofisectomia transesfenoidal parcial. O estudo histopatológico foi compatível com cordoma de Clivus. Em 2016, paciente evoluiu com queixa de rinorreia sanguinolenta, piora da cefaleia e da acuidade visual. Os exames de imagem evidenciaram: formação expansiva em cavidade nasal com extensão para seios esfenoidais, *clivus* e região suprassellar, medindo 8,3x4,8x4,8 cm. Foi encaminhado ao serviço de Otorrinolaringologia que realizou a cirurgia.

**Discussão:** Cordomas são tumores ósseos raros que representam 0,2% dos tumores nasofaríngeos e menos de 1% de todos os tumores do sistema nervoso central; provavelmente se originam dos remanescentes embrionários da notocorda. Os cordomas são classificados de acordo com sua localização no neuroeixo em: sacrococcígea (50%), esfeno-occipital (35%-base do crânio-*clivus*), ou vertebral (15%). Não tem correlação com idade, padrão histológico ou local do tumor, com predileção pelo sexo masculino (2:1) e pico de incidência nas quinta e sexta décadas. Os sinais e sintomas mais encontrados são: diplopia, dor de cabeça localizada e obstrução nasal. O tratamento clássico é cirúrgico. O acesso transcribiforme é usado para remover a área da cribiforme, com ou sem ressecção da dura-máter; é indicado para tratar lesões que envolvem sulco olfatório, hipófise e crista gali, podendo ser uni ou bilateral.

**Considerações Finais:** Neste caso, foi realizada uma ressecção transcribiforme transfenoidal endoscópica de base de crânio mais sinusectomia maxilar, etmoidal e esfenoidal e revisamos a literatura sobre o assunto com foco nos aspectos gerais e abordagem terapêutica, pois tal afecção pode trazer grande morbimortalidade para os pacientes acometidos.

## P 646 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSCRIBIFORME UNILATERAL DE MENINGIOMA NASAL

Yuri Rodrigues Rocha, Erika Ferreira Gomes, Andressa Rolim Freitas, Isnara Mara Freitas Pimentel, Juliana Teixeira de Sousa, Debora Lilian Nascimento Lima, Camila Gabriella da Silva Queiroz

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 52 anos com historia de dor em região frontal associado a picos hipertensivos. Realizou TC e RNM de crânio, que evidenciaram: lesão expansiva de natureza neoplásica e agressiva, centrada nas células etmoidais médias, destruindo os septos intercelulares e a lâmina crivosa do etmoide, invadindo fossa anterior do crânio, medindo 5,6x4,3x3,8 cm. Foi, então, operado pela neurocirurgia, com biópsia indicando meningioma meningotelial grau I. O paciente foi encaminhado ao ambulatório da ORL por permanência de tumor verificado após TC de seios da face de controle; a ORL decidiu por uma nova abordagem cirúrgica transnasal.

**Discussão:** Meningiomas respondem por quase 20% de todas as neoplasias intracranianas e são os segundos tumores mais comuns do sistema nervoso central (após gliomas). No entanto, meningiomas primários extracranianos são extremamente raros, principalmente na região da cabeça e pescoço. Menos de 2% de todos os meningiomas surgem em um local ectópico primário, ocorrendo no ouvido, nariz, seios paranasais, parótida, pescoço, faringe, mandíbula e pele. Os sintomas são inespecíficos, incluindo massa nasal, obstrução nasal, epistaxe, rinorreia, dor, cefaleia, sintomas visuais e deformidade facial. Os seios mais afetados são em ordem decrescente de acometimento: frontal, maxilar e etmoidal, mas geralmente acomete mais de um seio. A excisão cirúrgica é forma definitiva de tratamento. A abordagem transcribiforme está indicada para meningiomas do sulco olfatório, podendo ser realizado uni ou bilateralmente, com preservação da crista gali.

**Considerações Finais:** Neste caso, foi realizada uma ressecção de tumor nasal via transcribiforme mais septoplastia mais antróstomia maxilar mais etmoidectomia total mais esfenoidectomia à esquerda mais realização de retalho nasosseptal mais Draf II B. Revisamos a literatura sobre o assunto com foco nos aspectos gerais e abordagem terapêutica, pois tal afecção pode trazer grande morbimortalidade para os pacientes acometidos.

## P 647 RESSECÇÃO TOTALMENTE ENDOSCÓPICA DE LEIOMIOSSARCOMA DE CAVIDADE NASAL

Andressa Rolim Freitas, Yuri Rodrigues Rocha, Erika Ferreira Gomes, Antonio Serra Lopes Filho, Isnara Mara Freitas Pimentel, Juliana Teixeira de Souza, Bruno Alves Teixeira

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 46 anos com quadro de obstrução nasal bilateral predominante em fossa nasal esquerda (FNE) associado a quadros de dispneia aos moderados esforços físicos. Refere ainda rinorreia hialina e epistaxe, da qual apresentou maiores frequências nos últimos dois meses. Nega traumas nasais. Realizou tomografia dos seios da face, sendo evidenciado um tumor de fossa nasal esquerda. Paciente submetido à ressecção completa da lesão por via transnasal endoscópica por intermédio de etmoidectomia anterior e posterior, sendo evidenciado em análise histopatológica a presença de neoplasia mesenquimal fusocelular com atipia. Todavia, o estudo imunohistoquímico classificou a lesão em leiomiossarcoma.

**Discussão:** Os leiomiossarcomas com sítios primários localizados na cabeça e pescoço (SCP) são bastante raros: aproximadamente 5 a 15% de todos os casos de sarcomas e apenas cerca de 1% dos tumores malignos primários que ocorrem na cabeça e pescoço. Descrito pela primeira vez no trato nasossinusal por Dobben em 1958. Nos leiomiossarcomas, 68% dos pacientes são homens, 89% são caucasianos e a média de idade é de 64 anos. Comparando com outros sítios como o uterino e o gastrointestinal, os tumores envolvendo a cabeça e pescoço costumam ser mais agressivos e de pior prognóstico. Fatores de risco como exposição à radiação, quimioterapia e história pregressa de retinoblastoma são relatados. Sintomas inespecíficos como obstrução unilateral ou bilateral, epistaxe, dor facial, edema malar podem ocorrer. A literatura indica a cirurgia como parte principal do tratamento. O fator prognóstico mais importante é a ressecção cirúrgica ampla com margens livres, sendo a quimioterapia e radioterapia associadas como adjuvância.

**Considerações Finais:** Neste trabalho foi relatado um caso de leiomiossarcoma nasal e revisamos a literatura sobre o assunto com foco nos aspectos gerais e abordagem terapêutica, pois apesar de ser uma entidade rara na cavidade nasal, pode trazer grande morbimortalidade para os pacientes acometidos.

## P 648 RESSECÇÃO VIA CALDWELL-LUC NO TRATAMENTO DE PAPILOMA INVERTIDO - UM RELATO DE CASO

Carolina Scortegagna de Conti, Waleska Nunes Maffei, Alana Cardozo Macagnan

*Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** N.L., 64 anos, sexo masculino, agricultor. Queixa-se de obstrução nasal há 2 anos, em narina esquerda, acompanhada de rinorreia anterior e posterior com pigarro constante e hiposmia à esquerda. Nega cefaleia. Na rinoscopia anterior observa-se narina esquerda parcialmente preenchida por tumoração com aspecto polipoide. Na oroscopia há discreta hiperemia de pilares amigdalianos. Paciente não faz uso de medicamentos contínuos, nega comorbidades e é tabagista há 50 anos, fumando meia carteira por dia. Realizou sinusectomia há 25 anos, sem intercorrências.

**Discussão:** TC de seios da face apresentando sinais de manipulação cirúrgica prévia (ressecção das paredes anterior medial do seio maxilar e turbinectomia superior e inferior à esquerda (Caldwell-Luc)). Material com densidade de partes moles no interior do seio maxilar e da cavidade nasal à esquerda, com realce heterogêneo pelo meio de contraste, que determina discreto remodelamento ósseo do seio maxilar. Material hipodenso no interior das células etmoidais e no seio frontal à esquerda, que não apresenta realce pelo meio de contraste. Cisto de retenção mucoso/pólipo no recesso alveolar do seio maxilar direito. Identifica-se concha média bolhosa à direita. Ao exame patológico de fragmentos da cavidade nasal, de coloração brancacenta, contornos irregulares e consistência friável, conclui-se a presença de papiloma invertido. Pesquisa de fungos negativa.

**Considerações Finais:** Videocirurgia realizada com paciente em anestesia geral. Incisão hemitransfixante da mucosa septal anterior, descolamento subpericondral e subperiosteal da mucosa septal, correção do desvio septal ósseo cartilaginoso, turbinectomia bilateral, sinusectomia maxilar bilateral, realização de Caldwell-Luc à esquerda, sinusectomia esfenoidal à esquerda e etmoidectomia à esquerda. Paciente em pós-operatório apresentou melhora importante da obstrução nasal. Ausência de crostas ou secreções em ambas fossas nasais, discreto desvio septal anterior à esquerda, ferida operatória em orofaringe bem cicatrizada. Realiza endoscopia nasal na qual é removido coágulo de meato médio esquerdo. Seios maxilar e esfenoidal e frontal pérvios, sem sinéquias.

## P 649 RINOLITO COM CARACTERÍSTICAS DENTÁRIAS EM FOSSA NASAL DIREITA: UM RELATO DE CASO

Bruna Gabriele Sartori, Thaísa Consorte Domingues, Guilherme dos Santos Gomes Alves, Martinho da Palma e Melo Neto, Tatiana Bordignon Uliana, Dagma Ferreira Coutinho, Renata Nakamura Mazzaro Magnoler

*Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente sexo feminino, 61 anos, em consulta ambulatorial, com queixa de epistaxe recorrente há 4 anos em narina direita e dor local. Relata também odor e secreção fétida em narina direita, além de obstrução nasal unilateral, sem melhora com uso de antibioticoterapia sistêmica ou corticoide nasal. Solicitado exame de fibronasolaringoscopia que evidenciou material necrótico em fossa nasal direita e tomografia computadorizada de seios da face que mostrou elemento ósseo heterogêneo (dentição) em cavidade nasal à direita com solução de continuidade oronasal, com descontinuidade palatal adjacente (fístula). Realizada cirurgia endoscópica nasal para retirada do material e enviado para análise, a qual mostrou tecido de necrose com áreas de calcificação. Paciente em acompanhamento ambulatorial, sem queixas após exérese da lesão.

**Discussão:** A rinolitíase é uma infecção rara que se caracteriza pela presença na fossa nasal de concreções calcáreas depositadas progressivamente ao redor de um corpo estranho não diagnosticado. À medida que o rinolito aumenta de volume, surgem fenômenos de obstrução nasal e rinorreia purulenta, por vezes acompanhada de epistaxes, fetidez, cefaleia, entre outros. O tratamento se baseia na remoção do rinolito. A indicação de remoção cirúrgica sob anestesia geral é reservada para rinolitos de grande volume ou na presença de complicações locais.

**Considerações Finais:** A rinolitíase é um quadro clínico raro, em que a suspeição do diagnóstico por sintomas crônicos nasais unilaterais nos leva a realizar um exame físico minucioso associado a exames de imagem para avaliação da fossa nasal. O tratamento de escolha é cirúrgico para retirada do material.

## P 650 RINOLITO EM FOSSA NASAL ESQUERDA EM CRIANÇA DE 8 ANOS: UM RELATO DE CASO

Bruna Gabriele Sartori, Thaísa Consorte Domingues, Martinho da Palma e Melo Neto, Guilherme dos Santos Gomes Alves, Tatiana Bordignon Uliana, Dagma Ferreira Coutinho, Raíssa Vargas Felici

*Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Criança do sexo feminino, 8 anos, vem encaminhada ao PS com queixa de dor em dorso nasal a esquerda, odor e secreção fétida há 15 dias. Relata ter feito uso de inúmero antibióticos, sem melhora do quadro. Relata também febre e sintomas gripais de obstrução nasal, coriza purulenta e espirros. Nega quadros semelhantes prévios. Solicitada radiografia de face na admissão que mostrou lesão de aspecto radiodenso, de aproximadamente 2 cm em região de narina esquerda. Ao exame físico, material aderido a mucosa nasal a esquerda, com características necróticas. Realizado procedimento cirúrgico para remoção do mesmo. A avaliação do material mostrava característica metálica (brincos). Paciente em acompanhamento ambulatorial, sem queixas após procedimento cirúrgico.

**Discussão:** A rinolitíase é uma infecção rara que se caracteriza pela presença na fossa nasal de concreções calcáreas depositadas progressivamente ao redor de um corpo estranho não diagnosticado. À medida que o rinolito aumenta de volume, surgem fenômenos de obstrução nasal e rinorreia purulenta, por vezes acompanhada de epistaxes, fetidez, cefaleia, entre outros. O tratamento se baseia na remoção do rinolito. A indicação de remoção cirúrgica sob anestesia geral é reservada para rinolitos de grande volume ou na presença de complicações locais.

**Considerações Finais:** A rinolitíase é um quadro clínico raro, onde a suspeição do diagnóstico por sintomas crônicos nasais unilaterais nos leva a realizar um exame físico minucioso associado a exames de imagem para avaliação da fossa nasal. O tratamento é cirúrgico para retirada do material.

## P 651 RINOLITOS GIGANTES: RELATO DE CASO

Gabriela Carolina Nazareth Pinto, Ana Paula Assunção Cecilio, Luis Felipe Lopes Honorato, Henrique de Mello Barletta, Gabriel Matos, Fernando Veiga Angelico Junior, Priscila Bogar

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Relatamos dois casos raros de rinolitos gigantes em pacientes do sexo masculino. V.B.S., 55 anos, ex-funcionário de fábrica de papel, com queixa de obstrução nasal e rinorreia serosanguinolenta bilateral acompanhada de hiposmia há dez anos. À rinoscopia, massa pétreo e secreção fétida em fossas nasais bilateralmente. Tomografia de seios da face recente evidenciava massa pétreo em ambas as fossas nasais, ocupando toda a cavidade com extensão para rinofaringe. Indicada cirurgia endoscópica nasal com exérese de rinolitos bilateralmente. O exame anatomopatológico descreveu material proteináceo, acelular, com focos de calcificação e ausência de sinais de malignidade. V.R., 50 anos, ex-funcionário de fábrica de mármore e marcenaria, com queixa de epistaxe em fossa nasal direita e cacosmia há 7 meses. À rinoscopia, visualizado corpo estranho em fossa nasal direita, sem visualização de outras estruturas. Tomografia de seios da face com massa radiopaca ocupando toda fossa nasal direita. Realizada então exérese da lesão por via endoscópica. O exame anatomopatológico evidenciou material calcificado em meio a fragmentos de mucosa respiratória autolisada.

**Discussão:** Rinolitos são massas calcificadas localizadas na cavidade nasal e podem causar sintomas como obstrução nasal, odor fétido, secreção purulenta e dor facial. A origem do corpo estranho pode ser exógena, maioria dos casos, ou endógena. Sua etiologia, muitas vezes, não é definida devido ao difícil reconhecimento da entidade causadora. O seu diagnóstico geralmente é negligenciado.

**Considerações Finais:** No casos relatados os pacientes apresentaram evidências de uma condição clínica de rara ocorrência, incomum no sexo masculino e com as dimensões acima da média dos valores encontrados na literatura internacional. A presença dos rinolitos descritos pode estar relacionada com a ocupação profissional dos pacientes, pois foram expostos à inalação de papel e mármore por tempo prolongado. Isso reforça, portanto, a importância da anamnese ocupacional na história clínica.

## P 652 RINOSSINUSITE AGUDA: ABORDAGEM CIRÚRGICA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO

Thainá Soares Miranda Silva, Mayara Moreira de Deus, Ana Paula Giusti de Campos, Atilio Maximino Fernandes

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente 18 anos, sexo feminino, com diagnóstico de leucemia promielocítica aguda em vigência de quimioterapia pré-transplante, internada por neutropenia febril. Avaliada pela Otorrinolaringologia após 10 dias de internação com obstrução nasal bilateral há 3 dias de caráter progressiva, cefaleia frontal e febre. À rinoscopia: desvio septal médio para direita, mucosa nasal hiperemiada, edemaciada, secreção hialina em moderada quantidade em ambas cavidades nasais com meatos médios livres. Hemograma revelava leucometria de 490. Foi orientada irrigação nasal e realizada tomografia de face: material com densidade de partes moles com nível hidroaéreo em seios maxilares. Submetida à meatotomia media bilateral com ressecção parcial de concha média bilateral e septoplastia após 5 dias de evolução do quadro. Visualizado no intraoperatório secreção mucopurulenta proveniente de seios maxilares bilateral, cultura de material negativa. Paciente evoluiu no pós-operatório com melhora progressiva de obstrução nasal em uso de irrigação nasal e remoção frequente de crostas. Houve melhora progressiva clínica e da leucometria.

**Discussão:** Pacientes submetidos a drogas imunossupressoras tornam-se mais suscetíveis ao acometimento das vias aéreas superiores. Uma vez que as infecções são as principais complicações destes pacientes, torna-se fundamental a pronta investigação do foco infeccioso. Pacientes imunossuprimidos podem apresentar um curso menos sintomático que pacientes imunocompetentes, dessa forma, a avaliação da doença nasossinusal pré-transplante por meio de investigação endoscópica e tomográfica é prática padrão em muitos centros de transplante. O tratamento deve ser realizado pré-transplante, com medidas conservadoras ou abordagem cirúrgica, de acordo com a evolução do quadro.

**Considerações Finais:** Embora não haja consenso na literatura com relação à abordagem cirúrgica, a evolução da rinosinusite aguda em paciente imunossuprimido foi favorável.

## P 653 RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA CRÔNICA COM OSTEOMIELE DE SEIO MAXILAR E ÓRBITA

Fagner Gomides Torres, Maria Isabela Alves Ramos, Ana Cecília Alves Carvalho, Thomas Luiz Santos, Marcell de Melo Naves, Letícia Teixeira, Larissa Nunes Martins de Santana

*Universidade Federal de Uberlândia, Ubelândia, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 65 anos com quadro de proptose ocular direita, restrição da mobilidade ocular e redução da acuidade visual há 4 meses, odontalgia associada. Diabético insulínico dependente, hipertenso, portador de cirrose hepática de etiologia alcoólica provável. Otoscopia, rinoscopia e oroscopia livres. Limitação à lateralização do olho direito, proptose ocular direita. Negou perda de peso ou sintomas consumptivos. Tomografia seios da face revelou lesão expansiva em seio maxilar à direita, com atenuação de partes moles 3,5x3x3,8 cm. Submetido à cirurgia, acesso combinado, endonasal e *degloving* à direita, com exérese de tumoração sólida 2,5x3,7 cm que estendia-se até a órbita. Anatomopatológico compatível com inflamação aguda e crônica necrosante associada à estruturas fúngicas ramificantes e septadas compatíveis com *Aspergillus* sp. Cultura comprovou mesmo achado. Paciente foi tratado com anfotericina B lipossomal, dose acumulada 7520 mg (27 dias), associada à micafungina 100 mg por 14 dias. Devido à manutenção da proptose, o paciente foi reabordado com descompressão orbitária via endonasal, e retirada da concha média a direita (no dia 15 da anfotericina). Ressonância magnética revelou sinais de osteomielite em órbita direita. Foi associada dexametasona 16 mg dia, por 7 dias (desmame gradual posteriormente) e aumento da dose de abelcet, com melhora da proptose e acuidade visual. Após abelcet, foi iniciado voriconazol, ataque 400 mg 12 em 12 horas e manutenção 100 mg de 12 em 12 horas, por 90 dias devido à osteomielite.

**Discussão:** Inúmeras doenças podem causar proptose ocular, massas de origem extraorbitária são comuns, mais características de tumores malignos, como carcinomas sinusais, nasofaríngeos e linfomas. Neste caso trata-se de uma rinossinusite fúngica invasiva crônica, facilitada pela imunossupressão associada ao diabetes.

**Considerações Finais:** Deve-se atentar para rinossinusite fúngica invasiva como diagnóstico diferencial de tumores nasossinusais com manifestação de proptose, principalmente em pacientes imunossuprimidos.

## P 654 RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA CRÔNICA: AFECÇÃO EM IMUNOSSUPRIMIDOS DE ALTO PODER DE COMPLICAÇÃO

Clara Mota Randal Pompeu, Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos, Érika Ferreira Gomes, Viviane Carvalho da Silva, Diane Isabelle Magno Cavalcante, Isabel Cristina Leite Maia, André Alencar Araripe Nunes

*Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Masculino, 18 anos, com obstrução nasal bilateral, rinorreia e hiposmia, há 30 dias, apresentando tumoração nasal friável se exteriorizando. Transplantado cardíaco prévio, por miocardiopatia dilatada, imunossuprimido, hipertenso e doente renal crônico (DRC) não dialítico. Tomografia mostrou velamento de cavidades nasais, com erosão óssea. O achado intraoperatório foi de pólipos sangrantes nasossinusias. Histopatológico evidenciou pólipos, com periosteíte aguda e hifas fúngicas septadas, de paredes paralelas (sugestivo de *Zygomycetes*), inclusive intravasculares. Não houve crescimento em cultura. Paciente apresentou abscesso frontal, com erosão óssea à tomografia, sendo realizada drenagem externa e dois desbridamentos cirúrgicos endonasais sequenciais. Hipótese diagnóstica de rinossinusite fúngica (RSF) invasiva crônica, tratando com micafungina, em seguida, anfotericina B lipossomal e voriconazol. Evoluiu com controle da infecção, porém com DRC dialítica e rejeição ao coração. Encontra-se na fila para transplante coração-rim.

**Discussão:** A RSF pode ser classificada, de acordo com a invasão tecidual, em não invasiva (bola fúngica e fúngica alérgica) e invasiva (fulminante, crônica e granulomatosa). Apresenta incidência crescente, tanto por melhora do diagnóstico, como por condições que favorecem a infecção, afetando mais homens. RSF invasiva é a forma mais letal, com mortalidade de 50-80%, ocorrendo tipicamente em diabéticos, imunossuprimidos e neutropênicos, de rápida evolução, produzindo intensas alterações inflamatórias e edema, sendo o etmoide e esenoide mais comumente envolvidos. RSF invasiva crônica ocorre em pacientes com Aids, transplantados de órgãos sólidos, diabéticos e usuários de corticoides, geralmente com história de rinossinusite crônica, com identificação das hifas em histopatológico, além de invasão vascular. Apresenta um curso de evolução mais longo. Tomografia mostra velamento dos seios, erosão e esclerose óssea. Agentes mais comuns são *Aspergillus* e *Mucor*.

**Considerações Finais:** RSF invasiva é uma condição de alto potencial de complicação e letalidade, sendo importante o diagnóstico etiológico e intervenção precoces. O tratamento envolve desbridamentos cirúrgicos e terapia antifúngica, além de reversão da causa da imunossupressão.

## P 655 RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Cleide de Sousa Araújo, João Vitor Aguiar Monteiro, Alex Mendes Leonel Freire, Therezita Maria Peixoto Patury Galvão Castro

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Objetivos:** Rever os conceitos sobre a rinossinusite fúngica invasiva, fornecendo uma atualização sobre o tema.

**Método:** Trata-se de uma revisão da literatura, realizada nas bases de dados MEDLINE, Lilacs e SciELO.

**Resultados:** A sinusite é definida como uma inflamação da mucosa dos seios paranasais, frequentemente ocorrendo inflamação concomitante da mucosa nasal. As rinossinusites fúngicas (RSF) são divididas em invasivas: (aguda/fulminante e crônica/indolente) e não invasivas (bola fúngica e alérgica). Dependendo da imunidade do hospedeiro e das características do fungo, uma forma não invasiva pode se tornar invasiva, cuja taxa de mortalidade varia entre 20-80%. A RSF aguda é uma doença fulminante, que é comum em imunodeprimidos como diabéticos, portadores de Aids e transplantados. O paciente pode apresentar febre, tosse, rinorreia sero-hemática, cefaleias e alterações do sensorio. A biópsia revela invasão da mucosa, submucosa e vasos sanguíneos. Já a TC pode revelar desde espessamento mucoso até erosão óssea e invasão orbitária ou intracraniana. A forma da RSF crônica é indolente, podendo acometer tanto imunocompetentes quanto imunodeprimidos. O agente etiológico mais comum, assim como na forma aguda, é o fungo do gênero *Aspergillus*. Os sintomas são mais tardios e compatíveis com um quadro de rinossinusite crônica, podendo também haver acometimento ósseo. À TC, pode-se observar massa com erosão óssea e invasão de tecidos adjacentes, mas é a análise histopatológica que confirma o diagnóstico.

**Discussão:** A incidência da RSF invasiva vem crescendo nas últimas décadas, devido principalmente ao aumento no número de pacientes imunodeprimidos, e apesar do progresso no tratamento médico e cirúrgico a taxa de mortalidade dessa condição continua alta.

**Conclusão:** A RSF invasiva necessita de avaliação e intervenção urgentes para evitar desfechos desfavoráveis. É imprescindível que haja detecção precoce, intervenção cirúrgica rápida para o debridamento dos tecidos afetados, identificação anatomopatológica do agente causador e instituição de terapia medicamentosa adequada com antifúngicos.

## P 656 SARCOMA MIOFIBROBLÁSTICO DE BAIXO GRAU EM SEIO MAXILAR - CASO RARO

Durval de Paula Chagas Neto, Paula Bhering de Oliveira, Isabela Siqueira Guedes de Melo, Luiza Amarante Rodrigues, Stefano Tincani, Gerusa Pereira Foschini

*Instituto Penido Burnier, Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Mulher, 38 anos, com cefaleia maxilar esquerda há 1 ano e 6 meses e edema frio em bochecha há 4 meses. Tomografia computadorizada de 11 meses antes, mostrando pequeno espessamento maxilar esquerdo, sugestivo de cisto, porém com descontinuidade óssea. À nasofibrosopia, abaulamento de parede nasal lateral e secreção purulenta em meato médio esquerdo. À tomografia computadorizada dos seios paranasais, atual velamento maxilar esquerdo, com destruição de paredes ósseas sinusais e, à ressonância magnética, confirmada destruição óssea importante, sugerida suspeita de carcinoma. Realizada biópsia incisional, com exérese de tecido esbranquiçado e endurecido. Anatomopatológico indicou tumor mesenquimal inespecífico. Paciente submetida à maxilectomia esquerda, via *degloving* médio facial, com margens cirúrgicas comprometidas. Peça cirúrgica confirmou sarcoma miofibroblástico de baixo grau (SMFBG). Seguimento de 4 meses, paciente em tratamento quimioterápico e sem alterações radiográficas do tumor residual.

**Discussão:** O SMFBG é tumor maligno raro, com alta taxa de recorrência. Tem predileção pela cabeça e pescoço, especialmente língua e cavidade oral. Em revisão bibliográfica, encontramos poucos casos em seio maxilar, sendo localização extremamente incomum. Geralmente, apresenta-se como lesão indolor e indolente, com células fusiformes e poucas mitoses à microscopia e aspecto infiltrativo à tomografia. A imunohistoquímica é fundamental para o diagnóstico, positiva para actina de músculo liso e frequentemente para vimetina. Pela escassez de dados na literatura, critérios diagnósticos e tratamento são controversos. Tratamento cirúrgico é indicado em todos os estudos. O caso relatado e os da literatura com localização em seio da face diferem do habitual somente pela queixa de dor.

**Considerações Finais:** O SMFBG é raro, especialmente em seios da face. Ressaltamos a investigação de lesões discretas que apresentem características radiológicas incomuns às lesões benignas, como descontinuidade da porção óssea do seio da face. Diagnóstico e tratamento precoces são importantíssimos para a sobrevida desses pacientes.

## P 657 SCHWANNOMA CELULAR BENIGNO NASAL: UM RELATO DE CASO

Laura Martins Giraldi, Luiz Felipe Cordeiro Gonçalves, Melissa Ern Benedet, Vinícius de Oliveira Nitz, Rafaela Pelloso Bacelar, Nicole Zomer Machado, José Paulo Fontes Martins

*Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Homem de 55 anos de idade apresenta-se com queixa crônica de obstrução nasal à direita. À rinoscopia anterior, visualização de grande massa de superfície fibrosa e sangrante, que se comprovou com a nasofibrosopia. Observou-se em tomografia computadorizada de seios da face uma massa tumoral que não causava destruição óssea, sendo programada cirurgia para exérese de lesão. Durante o ato cirúrgico, observou-se um tumor nasal friável extensivo ao seio etmoidal e maxilar direitos, o qual foi enviado para análise. O anatomopatológico mostrou sarcoma fusocelular de baixo grau de dimensões 2,5x1,7x1,2 cm que se confirmou na análise imunohistoquímica como schwannoma celular benigno (SCB). No pós-operatório, boa recuperação da cavidade nasal e sem recidiva tumoral em dois anos.

**Discussão:** O schwannoma intranasal é um tumor benigno raro e de crescimento lento que corresponde a apenas 4% dos tumores neurais de cabeça e pescoço, sendo sua localização mais comum no nervo vestibulo-coclear (80%). Embora incomum, ele é o mais frequente tumor de nervo periférico que acomete o trato respiratório alto. Sua malignização é rara (2%), embora ocorra recidiva local após ressecção incompleta. Sua origem é a partir de ramos do tronco maxilar do trigêmeo e do sistema nervoso autônomo. O quadro clínico consiste de obstrução nasal unilateral progressiva, acompanhada ou não de epistaxe, hiposmia e cefaleia. O diagnóstico somente é feito pelo exame anatomopatológico e o tratamento preconizado é o cirúrgico, com exérese completa do tumor, sendo a via de acesso dependente da localização e extensão da lesão.

**Considerações Finais:** Este caso relata a evolução de um paciente com confirmado SCB. Embora raro, este tipo de neoplasia deve ser lembrado nos diagnósticos diferenciais de massas nasais unilaterais que cursam com obstrução nasal, epistaxe e hiposmia.

## P 658 SCHWANNOMA DE CAVIDADE NASAL E SEIOS PARANASAIS: RELATOS DE CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

Mariana Ferreira Sbrana, Diogo Barreto Plantier, Fábio de Rezende Pinna

*Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Caso 1: paciente sexo masculino, 29 anos, com obstrução nasal, rinorreia e epistaxe unilaterais há seis meses. Ao exame endoscópico, visualizou-se lesão polipoide, a qual foi biópsiada, com resultado sugerindo encefalocele. O paciente foi submetido à exérese de lesão em centro cirúrgico com diagnóstico anatomopatológico definitivo de schwannoma. Caso 2: paciente sexo feminino, 58 anos, com redução da acuidade visual há seis meses, obstrução nasal unilateral, cefaleia e parestesia em hemiface direita. Ao exame de imagem, visualizava-se lesão expansiva, com invasão de órbita e intracraniana. Foi submetida à biópsia da lesão, com resultado anatomopatológico de schwannoma e posterior exérese cirúrgica parcial da mesma, em conjunto com Neurocirurgia.

**Discussão:** Schwannomas correspondem a 5% dos tumores benignos de tecidos moles, apresentam crescimento lento, em geral são únicos e ligados a um nervo. São raros na cavidade nasal e seios paranasais. Quando acometem esses sítios, os locais mais frequentes são seios etmoidais, seguidos pelos maxilares, cavidades nasais, esfenoides e seios frontais, o que condiz com os casos relatados. A sintomatologia é variada e depende do local e do tamanho tumoral. Não apresentam predileção por sexo ou raça e podem acometer indivíduos de 6 a 78 anos. À ressonância magnética, a lesão aparece como uma massa, bem definida, com hipossinal ou isossinal em imagens ponderadas em T1, realce heterogêneo pelo meio de contraste e hiperssinal em imagens ponderadas em T2. Histologicamente, apresentam-se sob dois padrões distintos, Antoni A (bandas de células fusiformes, com núcleos alongados, exibindo padrão em paliçada) e Antoni B (estroma mixomatoso, com células em arranjos frouxos). A imunohistoquímica pode ser usada para diagnóstico diferencial, principalmente quando as amostras obtidas são pequenas ou fragmentadas. O tratamento é a excisão cirúrgica, sendo a recorrência rara após remoção.

**Considerações Finais:** Schwannomas necessitam de alto índice de suspeição para diagnóstico correto, feito pelo anatomopatológico e imunohistoquímica.

**P 659 SCHWANNOMA DE FOSSA NASAL: RELATO DE CASO**

Ana Karolina Paiva Braga Rocha, Valéria Barcelos Daher, Ana Paula Valeriano Rêgo, Sara Anieli da Costa Braz Fonseca, Alda Linhares de Freitas Borges, Hugo Valter Lisboa Ramos, André Valadares Siqueira

*Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, Goiânia, GO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 79 anos, gênero feminino, com queixa de obstrução nasal, rinorreia e anosmia à direita, há cerca de um ano. Ao exame físico: lesão amarelada e úmida em fossa nasal direita. Nasofibroscopia: pólipos únicos, extensos, originados em meato médio, que obstruíam completamente fossa nasal direita. TC de seios da face: obliteração com densidade de partes moles dos seios maxilar, esfenoidal e etmoidal, e alargamento e obliteração do recesso esfenoidal, à direita. RM de crânio: formação expansiva localizada em fossa nasal à direita, com obstrução dos óstios de drenagem dos seios maxilar e esfenoidal, ipsilaterais, preenchidos por líquido. A paciente foi submetida à polipectomia e à sinusectomia maxilar, etmoidal, esfenoidal e frontal. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico de neoplasia mesenquimal benigna de padrão neural, sugestiva de schwannoma. Em exame tomográfico de controle, pós-cirúrgico, aventou-se o forame palatino como provável origem do tumor.

**Discussão:** Os schwannomas são tumores de origem nas células de Schwann dos axônios, sem componente neuronal. Até 40% desses tumores ocorrem em cabeça e pescoço. Os sítios mais comuns são os nervos vago e vestibulococlear. Somente 4% originam-se na cavidade nasossinusal, de fibras nervosas autônomas ou de ramos do nervo trigêmeo, principalmente nos seios maxilares e etmoides. Manifestações clínicas: obstrução nasal unilateral progressiva, acompanhada ou não de epistaxe, hiposmia e cefaleia. Ao exame físico, o schwannoma apresenta-se como uma massa acinzentada, podendo ter aspecto de lesão vegetante ou pólipo, sendo muito vascularizado e sangrante. A nasofibroscopia e a tomografia de seios da face são necessárias para avaliar extensão tumoral e programação cirúrgica. O diagnóstico definitivo é feito pelo histopatológico. Schwannomas são radorresistentes e o tratamento preferencial é a exérese cirúrgica do tumor. A transformação maligna é rara.

**Considerações Finais:** Este relato de caso mostra-se importante por mostrar o schwannoma nasal, um raro diagnóstico diferencial dos tumores nasossinuais.

## P 660 SCHWANNOMA NASAL COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE NASOANGIOFIBROMA - RELATO DE CASO

Marco Antonio Cruz Rocha, Mariana de Landa Moraes Teixeira Grossi, Thayana Pessoa Takemura, Alvaro Siqueira da Silva, Súnia Ribeiro, Angela Maria de Amorim Sozio, Adnaldo da Silveira Maia

*Fundação Adriano Jorge, Manaus, AM, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 22 anos de idade, sexo masculino, sem comorbidades. Em 2014, foi diagnosticado com lesão tumoral em cavidade nasal sugestiva de nasoangiofibroma de grande volume acompanhado de epistaxe importante. Durante a embolia pré-cirúrgica a equipe de radiologia percebeu aspecto angiográfico não compatível com nasoangiofibroma, sendo prosseguida nova investigação. No seguimento em 2015, paciente retorna com queixa de obstrução nasal bilateral e persistência do quadro de epistaxe. Nesta oportunidade, à oroscopia revelava um abaulamento de palato e à rinoscopia uma mucosa hiperemiada com secreção purulenta e desvio do septo para fossa nasal direita, enquanto a fossa nasal esquerda encontrava-se ocupada pela lesão, sendo esta de coloração cinza avermelhada com lobulações. A ressonância magnética revelou lesão expansiva que obliterava a fossa nasal esquerda, estendendo-se até a rinofaringe obstruindo o complexo osteomeatal. Foi programada cirurgia e procedida a exérese da lesão. O exame histopatológico revelou uma neoplasia constituída por células de Schwann com núcleos retorcidos e fusiformes, fechando o diagnóstico de schwannoma nasal.

**Discussão:** Há poucos relatos de schwannoma nasal na literatura, na maioria em adultos entre a quarta e sexta décadas de vida, contrastando com a apresentação do presente paciente. O VIII par craniano é acometido em 80% dos casos, sendo raro o acometimento da cavidade nasal, ocorrendo em 4% dos Schwannomas de cabeça e pescoço. Sintomas como obstrução nasal unilateral, acompanhada de epistaxe, hiposmia e cefaleia podem ocorrer, sugerindo outros diagnósticos.

**Considerações Finais:** O schwannoma nasal é um tumor raro, contudo, deve ser sempre suspeitado em pacientes com obstruções nasais unilaterais. Seu diagnóstico é baseado na endoscopia nasal, exames radiológicos e confirmação histológica, e o tratamento cirúrgico com excisão completa da lesão.

## P 661 SCHWANNOMA NASAL: RELATO DE CASO

Brunna Paulino Maldini Penna, Márcio Fernando Cardoso, Bárbara Andrade Lima, Aline Togeiro Ferreira, Fernando Jairo Araújo de Souza, Bruno Magalhães de Pinho Tavares, Cheng T-Ping

*Instituto de Orl de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 42 anos, previamente hígida, apresentava queixa de obstrução nasal unilateral e hiposmia há oito meses. Negava queixas de rinorreia ou cefaleia, bem como outros sintomas nasossinusais. Realizou tomografia dos seios paranasais, em que foi evidenciada lesão tumoral no seio esfenoidal direito que se projetava para o terço posterior da cavidade nasal direita. Foi realizada ressecção intranasal total do tumor por via endoscópica, sem intercorrências. O exame anatomopatológico evidenciou achados de difícil caracterização, sugestivo de schwannoma nasal e sem critérios de malignidade presentes. No exame imunohistoquímico, o marcador desmina foi negativo e S100 foi inconclusivo, porém com fundo positivo, sem atipias evidentes. Foi solicitada então revisão de lâmina para diagnóstico do quadro.

**Discussão:** Os schwannomas são tumores que geralmente acometem o VIII par craniano e raramente acometem a cavidade nasal e os seios paranasais. Trata-se de uma neoplasia benigna originada das células de Schwann, embora tenha potencial de malignização. Os sintomas do tumor são inespecíficos, dependendo da localização. A obstrução nasal unilateral progressiva é o sintoma mais comum, podendo estar associada à anosmia e epistaxe. Existem cerca de 70 relatos de schwannoma nasal na literatura. A maioria dos pacientes são adultos entre a quarta e sexta décadas de vida. A nasofibrosopia e tomografia são necessárias para avaliar a extensão tumoral e programar a cirurgia. O diagnóstico é definido pelo exame anatomopatológico. O tratamento indicado é a exérese completa do tumor.

**Considerações Finais:** O schwannoma nasal é um tumor raro, com poucos casos descritos na literatura, mas deve sempre ser suspeitado nos casos de lesão unilateral da cavidade nasal. Neste relato houve dúvidas em relação ao diagnóstico final, sendo necessária a revisão da lâmina para confirmar o diagnóstico.

**P 662 SCHWANNOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO**

Gilvan Vinícius de Azevedo Maia, Luis Fernando Jaramillo Calero, Rafael Costa Lopes Ramos, Renata Ribeiro de Mendonça Pilan, Tatiana Regina Teles Abdo, Fabio de Rezende Pinna, Richard Louis Voegels

*Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente P.C.L.A., masculino, 40 anos, em seguimento otorrinolaringológico por antecedente de ressecção de nasoangiofibroma à direita em 2007, apresenta há 2 meses cefaleia frontal à esquerda do tipo “pressão”, nega obstrução nasal ou outros sintomas nasossinusais. À endoscopia nasal, sem evidência de alterações importantes. Realizadas tomografia computadorizada e ressonância magnética de face, evidenciando lesão sólida expansiva (3,3x1,9x2,0 cm) no recesso frontal esquerdo, com extensão para seio frontal e etmoide anterior esquerdos, determinando acúmulo local de secreção e efeito insuflativo, com erosão da fóvea etmoidal. Diante do quadro, optou-se por cirurgia endoscópica nasal, com abordagem de mucocele associada e biópsia do tumor. A lesão apresentava grumos em seu interior, mucosa espessa, sendo enviado material para exame anatomopatológico, resultando no diagnóstico de schwannoma. O paciente evoluiu bem, assintomático, mantendo avaliação clínico-radiológica semestral, que não demonstrou crescimento da lesão residual.

**Discussão:** Os schwannomas são tumores de bainha neural predominantemente benignos, de crescimento lento, compostos por células de Schwann. Acometem pessoas entre 0-78 anos, 45% deles são cefálicos ou cervicais e menos de 4% nasossinusais. Os schwannomas nasossinusais são presumivelmente provenientes de ramos do nervo trigeminal e de gânglios autonômicos, menos provavelmente do nervo olfatório, que não possui células de Schwann. O seio etmoidal é o mais envolvido, os sintomas são inespecíficos, sendo obstrução nasal o mais comum. Seu aspecto é de massa cística encapsulada, radiologicamente apresenta-se como lesão de partes moles com realce periférico ao contraste, podendo levar a erosão óssea por pressão. O exame imunohistoquímico mostra alta positividade para proteína S-100, confirmando o diagnóstico. O tratamento consiste em excisão da lesão. O risco de malignização é baixo, sendo necessário seguimento.

**Considerações Finais:** Os schwannomas nasossinusais são raros, mas consistem em um diagnóstico diferencial que deve ser considerado frente a lesões tumorais de partes moles em cavidade nasal.

## P 663 SEPTECTOMIA POSTERIOR ENDOSCÓPICA PARA ABORDAGEM DE PAPILOMA INVERTIDO DE SEIO ESFENOIDAL: RELATO DE CASO

Fabricio Scapini, Élisson Krug Oliveira, Mariana Zago de Moraes, Érica Batista Fontes, Frederico da Cunha Abbott, Tiago Dornelles Fröhlich, Marco Antonio Knapp Dessbesell

*Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente L.C., 66 anos, masculino, consultou no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Santa Maria com obstrução em fossa nasal direita, progressiva, há 7 meses. A endoscopia nasal revelou lesão de aspecto polipoide ocupando o recesso esfeno-etmoidal direito e terço posterior da fossa nasal direita, até a rinofaringe. Tomografia computadorizada (TC) de seios da face evidenciou formação tecidual de aspecto lobulado, que se estendia do seio esfenoidal direito até a rinofaringe causando alargamento do óstio esfenoidal direito. Biópsia da lesão mostrou pólipos do tipo schneideriano, exofítico/fungiforme. O paciente foi submetido à cirurgia endoscópica com septectomia posterior e sinusotomia esfenoidal bilateral ampla para ressecção da lesão. Anatomopatologia confirmou o diagnóstico de papiloma invertido (PI) com displasia de alto grau. A TC de controle com 1 ano de seguimento e as endoscopias nasais de controle demonstraram boa evolução, sem sinais de recidiva.

**Discussão:** O PI é um dos tipos histológicos que compõem o raro grupo de papilomas schneiderianos. Tipicamente, origina-se do seio maxilar, da parede nasal lateral ou recesso etmoidal, sendo raros os casos de PI que se originam no seio esfenoidal. No presente relato, optou-se pela septectomia posterior com sinusotomia esfenoidal bilateral ampla, que proporciona excelente campo de visão, mesmo com sangramentos mais significativos e possibilita operação por ambas as narinas. Embora o PI seja uma neoplasia benigna, apresenta natureza invasiva, alta incidência de recorrência e associação com carcinoma de células escamosas em 5% dos casos. Assim, a técnica cirúrgica aplicada nesse caso permite ainda facilidade de controle endoscópico pós-operatório.

**Considerações Finais:** Este relato descreve um caso de PI com origem esfenoidal, que foi abordado cirurgicamente com septectomia posterior e sinusotomia esfenoidal bilateral, que facilitam o manejo transoperatório bem como o seguimento pós-operatório por meio da endoscopia nasal.

## P 664 SEQUELAS NASOSSINUSAIS ORIUNDAS DA DEFORMIDADE ESTRUTURAL CAUSADA PELA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

Maiana Zanchetta Scherer, Olivia Egger de Souza, Larissa Petermann Jung, Amanda Lucas da Costa, Alessandra Locatelli Smith, Gabriel Kuhl, Andreza Mariane de Azeredo

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 34 anos encaminhado por dor facial e obstrução nasal bilateral há 2 anos. Negava antecedentes mórbidos progressivos. Referia tabagismo 14 anos/maço. Afirmava abstinência por mais de 2 anos de cocaína inalatória. À rinoscopia com óptica, exibia apenas região septal anterior com destruição bilateral das conchas e amplo infiltrado inflamatório. A tomografia computadorizada revelava acentuado espessamento nos seios frontais, etmoidais, maxilares e esfenoidal esquerdo; solução de continuidade da parede medial dos seios maxilares, células etmoidais e lâmina papirácea à esquerda. Paciente havia realizado biópsia de lesão nasal um ano antes, com anatomopatológico (AP) revelando inflamação granulomatosa linfoplasmocítica e elementos fúngicos esporulados e gemulados, sugestivos de histoplasmose. Tratado na época com Itraconazol por 1 ano, sem sucesso. Apresentava todas as sorologias e marcadores reumatológicos negativos. Realizada revisão de lâmina, sem elementos que pudessem nortear o diagnóstico. Realizada biópsia nasal com AP demonstrando infiltrado inflamatório crônico, sem crescimento bacteriano ou fúngico. Após 2 meses, nova biópsia nasal realizada, sem novos achados. Passados 8 meses, biópsias tanto em cavidade nasal quanto em lesões cutâneas foram realizadas, AP lesão cutânea com raros esporos fúngicos em camada córnea, enquanto em nasal infiltrado linfoplasmocitário; sendo evidenciado na coloração GEMSA amastigotas. Dessa forma, por meio dos achados clínicos associados aos aspectos histopatológicos o diagnóstico de leishmaniose mucocutânea foi estabelecido. Realizou tratamento com antimonialto de meglumina parenteral. Paciente apresentou evolução favorável, segue em acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** A leishmaniose mucocutânea constitui um grave problema de saúde pública, sendo a forma mucosa menos frequente e mais grave com extensa deformidade estrutural.

**Considerações Finais:** A leishmaniose é uma entidade clínica que representa um desafio diagnóstico, com consequente tratamento tardio, afetando substancialmente na disseminação da doença, prejuízos funcionais e deformidades estéticas.

## P 665 SCHWANNOMA SEPTAL NASAL COM LESÃO MANDIBULAR SINCÔNICA: RELATO DE CASO

Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos, Raquel Aguiar Tavares, Clara Mota Randal Pompeu, Erika Ferreira Gomes, André Alencar Araripe Nunes, Willian da Silva Lopes, Viviane Carvalho da Silva

*Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** G.M.M., masculino, 56 anos, com história de obstrução nasal progressiva e rinorreia amarelo-esverdeada à esquerda há 6 anos. Negava hiposmia, epistaxe ou dor em face. À rinoscopia anterior: lesão de aspecto polipoide à esquerda. À videonasofibrosopia: lesão sólida com degeneração polipoide ocupando cavidade nasal esquerda. Tomografia de seios paranasais mostrou volumosa formação sólida ocupando metade posterior da cavidade nasal esquerda, com realce heterogêneo ao contraste, estendendo-se à coana e superiormente ao etmoide posterior, limitando-se à fossa olfatória, sem erosão. Visualizou-se ainda lesão óssea focal intramedular no corpo da mandíbula esquerda. À ressonância nuclear magnética (RNM), observaram-se os mesmos achados reiterando ausência de extensão ao parênquima cerebral e lesão sólida heterogênea com captação intensa de contraste em ramo da mandíbula esquerda. Tratado cirurgicamente por via endoscópica com exérese completa da lesão, observado pedículo em septo nasal. Análise histopatológica mostrou neoplasia encapsulada com células fusiformes exibindo corpos de Verocay, sugestivo de schwannoma nasal.

**Discussão:** Schwannomas são neoplasias benignas originadas nas células de Schwann que formam as bainhas dos nervos periféricos. São raros, 25 a 45% localizam-se na cabeça e pescoço e 4% destes envolvem região nasossinusal, sendo a septal mais rara. Incidência maior em adultos sem predileção por sexo. Apresentam-se assintomáticos ou com obstrução nasal progressiva associada ou não à epistaxe e hiposmia. Literatura tem descrito casos de schwannoma nasossinusal em pacientes com neurofibromatose tipo 2 (NF2). Tratamento envolve exérese completa da lesão via endoscópica, aberta ou combinada.

**Considerações Finais:** Schwannomas septais nasais são tumores raros, com poucos casos relatados. Enquadram-se no diagnóstico diferencial de obstrução nasal unilateral e podem ser vistos em pacientes com NF2. No presente caso, não foram observadas outras características clínicas da NF2. RNM de mastoides não evidenciou schwannoma do VIII par. Entretanto, devido à presença de lesão mandibular nos exames de imagem prosseguiu-se investigação e acompanhamento clínico.

## P 666 SIALOMETAPLASIA NECROTIZANTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMA ESPINOCELULAR NASAL

Paula Coli Mendes Lima, Miguel Soares Tepedino, Débora Pereira Rodrigues, Thais Monteiro Silva, João Pedro R. Cantarini de Oliveira

*Policlínica de Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** N.S.C., sexo feminino, 64 anos, natural do Rio de Janeiro, procurou nosso serviço, com queixa de obstrução nasal à esquerda há 8 meses. À rinoscopia anterior, foi visualizada tumoração obstrutiva, com aspecto infiltrativo na parede lateral de fossa nasal esquerda. Tomografia computadorizada revelando massa heterogênea com captação de contraste, sem comprometimento orbitário ou de base de crânio. Durante a biópsia em centro cirúrgico foi observada regressão da lesão, apresentando apenas alterações em mucosa. O estudo anatomopatológico sugeriu, inicialmente, carcinoma espinocelular. Após boa evolução clínica da paciente e regressão total da lesão à endoscopia óptica nasal e exames radiológicos, a lâmina histológica foi revisada sugerindo sialometaplasia necrotizante.

**Discussão:** Sialometaplasia necrotizante é uma doença benigna das glândulas salivares menores, autolimitante e autorresolutiva, pouco frequente na população, que também pode afetar outras áreas da cavidade bucal, glândulas salivares maiores, mucosa nasossinusal e até mesmo laringe. Etiologia desconhecida em que a principal hipótese baseia-se que agentes físicos, químicos ou biológicos poderiam alterar a irrigação capilar provocando isquemia local, necrose e inflamação com diversas tentativas de reparação, surgindo então as modificações metaplásicas. Ao exame anatomopatológico, encontram-se áreas claras de necrose de glândulas mucosas, metaplasia de ductos excretórios escamosas e hiperplasia do bordo pseudoepitélio (úlceras). A lesão pode ser, facilmente, confundida com carcinoma mucoepidermoide ou carcinoma espinocelular, o que pode levar o paciente a um procedimento cirúrgico agressivo e desnecessário em diversos casos.

**Considerações Finais:** Paciente do sexo feminino, com tumoração obstruindo fossa nasal esquerda, tendo como primeira hipótese diagnóstica carcinoma espinocelular em cornetos nasais médio e inferior, apresentou como desfecho uma lesão autolimitada e autorresolutiva, o que obrigou a equipe médica a revisar o estudo anatomopatológico, que após a revisão da lâmina sugeriu ser sialometaplasia necrotizante em sítio atípico da doença.

## P 667 SINEQUIA DE VESTÍBULO NASAL BILATERAL IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO

Adriano Sérgio Freire Meira, Alvaro Vitorino de Pontes Junior, Yuri Ferreira Maia, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho, Alexandre Augusto de Brito Pereira Guimarães, Adilson de Albuquerque Viana Junior

*SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.F.M.N., sexo feminino, 53 anos, procurou o ambulatório de Otorrino, apresentando queixa de “obstrução nasal” há um ano e meio. Também referiu faringites de repetição. Paciente realizou amigdalectomia há 15 anos. Na oroscopia apresenta palato mole posteriorizado, com pilares amigdalianos posteriores sinequiados à parede da orofaringe, permitido apenas uma estreita comunicação da rinofaringe com orofaringe de aproximadamente 1 cm diâmetro. Rinoscopia apresentando sinéquia em vestibulo nasal bilateralmente, sem qualquer orifício de entrada em fossa nasal direita e um pequeno orifício em fossa nasal esquerda. Otoscopia sem alteração importantes. A tomografia computadorizada dos seios da face (13/09/2016) evidenciou pansinusopatia (maxilar, frontal, etmoidal) bilateral e material com densidade de partes moles ocupando região do vestibulo nasal bilateralmente, meatos inferiores e médios livres.

**Discussão:** Em investigação diagnóstica relacionada à sinequia nasal, a paciente referiu rinite alérgica, com obstrução nasal, coriza, espirros e pruridos nasais. Fez uso de várias medicações tópicas nasais, sem orientação medica. A paciente percebeu início de obstrução importante em vestibulo nasal há cerca de 1 ano e meio. A dificuldade para respirar pelo nariz faz a paciente ser respiradora oral e desta forma, facilita as faringites de repetição.

**Considerações Finais:** A paciente possui uma facilidade para formação de sinequias. A sinequia em região faríngea pode ser explicada pelo processo cicatricial pós-amigdalectomia realizado há 15 anos, possivelmente por uma iatrogenia médica. Já a sinéquia em vestibulo nasal pode ter sido ocasionado por possíveis lacerações nasais através de manipulações nasais, característico de pacientes com rinite alérgicas. Porém, nem em todos pacientes com rinite forma-se sinequia. O que sugere-se uma causa idiopática para esta sinequia nasal. Para esta paciente, foi proposto procedimento cirúrgico de ulvulopalatoplastia, rinoplastia para abertura de vestibulo nasal e sinusectomia fronto-maxilo-etmoidal, bem como biópsia de material nasal.

## P 668 SINUSITE FÚNGICA COM CEFALEIA CRÔNICA COMO MANIFESTAÇÃO ÚNICA: RELATO DE CASO

Thiago Chalfun de Matos Fonseca, Bernardo Relvas Lucas, Camilo Pessi Brumatte, Alexandre José de Sousa Cunha, Daniella Leitão Mendes, Natalia Mello do Vale, Leticia Righetti Melo Kropf

*Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente S.M.S., 81 anos, portadora de HAS e artrite reumatoide, encaminhada pelo serviço de Neurologia para avaliação de cefaleia crônica holocraniana, mais intensa em região frontal, diária, refratária ao uso de analgésicos comuns e a terapia de profilaxia de enxaqueca com amitriptilina. Eletroencefalograma sem alterações. Exame otorrinolaringológico sem alterações. Não foram evidenciadas lesões ou secreções em exame de endoscopia nasal. Foi solicitada tomografia computadorizada de seios paranasais que apresentou velamento de seio maxilar direito com conteúdo heterogêneo e calcificação central, sugestivo de bola fúngica. Realizada cirurgia endoscópica nasal com remoção do conteúdo de seio maxilar que apresentou cultura positiva para *Aspergillus* e histopatológico com sinais de infecção crônica inespecífica. A paciente evoluiu bem com resolução de sua sintomatologia.

**Discussão:** A rinossinusite fúngica é conhecida na literatura médica há mais de 200 anos, todavia, apenas nos últimos 25 anos tem recebido maior evidência com o avanço das técnicas laboratoriais de detecção de fungos. As rinossinusites fúngicas se dividem em invasivas e não invasivas. As não invasivas são subclassificadas em: Infestação fúngica saprófita, bola fúngica e rinossinusite fúngica eosinofílica. Nos casos de bola fúngica, os sintomas presentes podem incluir: secreção nasal purulenta anterior ou posterior, obstrução nasal, dor facial persistente e cacosmia. A relevância do caso a ser relatado reside no fato da paciente apresentar apenas cefaleia holocraniana crônica em investigação pela Neurologia sem resposta à terapêutica medicamentosa.

**Considerações Finais:** O caso demonstra a relevância da avaliação otorrinolaringológica frente à queixa de cefaleia e nos alerta para importância da suspeição do quadro de sinusite fúngica, uma vez que esse pode até ser assintomático, todavia, sua terapêutica é mandatoriamente cirúrgica.

## P 669 SINUSITE FÚNGICA ESFENOIDAL SIMULANDO TUMOR DE HIPÓFISE

Marina Paese Pasqualini, Gregori Manfroi, Vitório Ávila Figni, Rubens Rodriguez, Leonardo Frighetto, Paulo Moacir Mesquita Filho, Fábio Pires Santos

*Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 52 anos, hipertensa. Encaminhada ao ambulatório de Neurologia com história de ptose palpebral à direita e cefaleia. Tomografia computadorizada (TC) de seios da face demonstrou lesão expansiva em região selar e suprasselar, com extensão para o seio esfenoidal, determinando abaulamento de sua parede anterior. Ressonância magnética (RM) evidenciou lesão expansiva intrasselar, heterogênea, com porção cística, medindo 4,0x3,9x3 cm. Avaliação hormonal apresentou hiperprolactinemia e aumento do TSH. Foi iniciada cabergolina e levotiroxina, com melhora da ptose e dos exames laboratoriais. Paciente foi submetida à cirurgia transnasal endoscópica. No intraoperatório visualizou-se grande quantidade de material preenchendo o seio esfenoidal, porém não foi visualizada violação da dura-máter. A congelação foi negativa para células neoplásicas, além de evidenciar grande quantidade de estruturas fúngicas. Ampla abertura do seio esfenoidal e lavagem foram realizadas e novos exames de imagem pós-operatórios evidenciaram seio esfenoidal livre e hipófise normal.

**Discussão:** Sinusite fúngica do seio esfenoidal (SFSE) é uma afecção bem reconhecida e estudada, infrequente em pacientes imunocompetentes. Devido similaridade clínico-radiológica e maior prevalência epidemiológica, quando SFSE apresenta-se radiologicamente com erosão da sela túrcica, tem como principal hipótese diagnóstica afecções primárias da hipófise – como macroadenoma hipofisário. Achados radiológicos incluem regiões de calcificação à TC e áreas irregulares de hipoatenuação em T2 à RM, devido acúmulos de material radiopaco.

**Considerações Finais:** Sinusite fúngica do seio esfenoidal com erosão do assoalho da sela túrcica pode simular tumor hipofisário em exames de imagem, sobretudo quando acompanhada de alterações hormonais. A suspeita intraoperatória e o exame de congelação foram de grande importância para o correto diagnóstico e tratamento, uma vez que os exames de imagem não tenham sugerido tipicamente afecção inflamatória do seio esfenoidal no pré-operatório.

**P 670 SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER: RELATO DE CASO**

Alana Farias Miksza, Mariana Nagata Cavalheiro, Michel Balvedi Nomura, Gilberto Bergonse, Trissia Maria Vassoler, Lorena Cristina Peres Rodrigues Gomes

*Hospital da Cruz Vermelha, Filial Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Feminino, 57 anos, epistaxe desde a infância, piora nos últimos 6 meses e equimoses em pele. Filha apresenta os mesmos sintomas. Histórico de episódios prévios, necessidade de cauterização e procura de pronto-atendimento para controle do sangramento. Em uso contínuo de sulfato ferroso por anemia. Ao exame: sangramento em narina direta, turgência vascular em mucosa nasal, petéquias em mucosa oral, língua e em lábio inferior. Nasofibrosopia: escoriações, vasos e sinais de sangramento em mucosa de septo nasal anterior, sem sangramento em região esfenopalatina na avaliação. Diagnosticou-se síndrome de Rendu-Osler-Weber e foi encaminhada para reumatologista. Está em tratamento com sessões de cauterização química dos vasos sangrantes nasais.

**Discussão:** Síndrome de Rendu-Osler-Weber é uma rara displasia fibrovascular autossômica dominante. Defeitos na parede vascular causam malformações arteriovenosas em tecidos mucocutâneos, vísceras e no sistema nervoso central. Fator responsável pela maior vulnerabilidade a traumas e rupturas de vasos. O diagnóstico é baseado nos critérios de Curação: epistaxes espontâneas e recorrentes, telangectasias em lábios, cavidade oral e nariz, malformações arteriovenosas viscerais e história familiar de primeiro grau positiva. É confirmado quando três ou mais achados estão presentes, como no caso relatado. Epistaxe é frequentemente a primeira e principal manifestação da doença, afetando quase 100% dos pacientes até 40 anos de idade. De intensidade variável, limita a qualidade de vida desses pacientes por necessidade de transfusões sanguíneas frequentes e hospitalizações. Não existe consenso de tratamento ideal, Métodos como: tamponamento nasal, cauterização, ligadura venosa, dermoseptoplastia, terapia hormonal com estrogênios, laser e microembolização da artéria maxilar podem ser necessários isoladamente ou em conjunto.

**Considerações Finais:** Otorrinolaringologistas devem estar atentos a quadros de epistaxes importantes e recorrentes para diagnóstico e tratamento precoces dessa doença, a fim de prevenir complicações sistêmicas.

## P 671 SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER: RELATO DE CASO

Lívia Marge de Aquino Guedes, Larissa Odilia Costa Binoti, Alonço Viana Júnior, Bernardo Relvas Lucas, Camila Bae Uneda, Daniella Leitão Mendes, Juliana Cagliari Linhares

*Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A.F.O., masculino, 65 anos, procurou o Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Naval Marcílio Dias há quatro anos com queixa de epistaxes de repetição de pequena intensidade há mais de dez anos, com intensificação dos quadros nas últimas semanas. Apresenta telangiectasias pelo corpo, principalmente em face, tórax, mucosa jugal, lábios e língua. É hipertenso, em uso de enalapril 10 mg. O histórico familiar revela mãe com epistaxes frequentes e telangiectasias em face. À rinoscopia anterior: área de Kiesselbach friável e crostas hemáticas em mucosa septal, bilateralmente. Radiografia de tórax, ecografia abdominal, TC de crânio e abdome não mostraram sinais de malformações arteriovenosas. Hemograma evidenciou anemia crônica. Paciente segue sendo acompanhado neste setor, com realização de cauterizações química das lesões nasais com ácido tricloroacético sob demanda clínica e no setor de Hematologia para acompanhamento da anemia.

**Discussão:** A telangiectasia hemorrágica hereditária ou síndrome de Rendu-Osler-Weber é uma rara displasia fibrovascular, de herança autossômica dominante, que cursa com fragilidade vascular, levando a epistaxes recorrentes. O diagnóstico é feito pelos critérios de Curação: telangiectasias em face, mãos e cavidade oral; epistaxes recorrentes; malformações arteriovenosas viscerais; histórico familiar. É confirmada na presença de pelo menos três dessas manifestações. A terapia é de suporte e prevenção de complicações, seja com tamponamentos anteriores e posteriores, cauterização química ou a laser das lesões ou tratamentos cirúrgicos.

**Considerações Finais:** As manifestações otorrinolaringológicas da doença de Rendu-Osler-Weber são as mais frequentes, sendo a epistaxe recorrente a principal delas. O tratamento é apenas paliativo, sem consenso a respeito da melhor opção terapêutica. O principal objetivo deve ser manter a doença sob controle pelo maior tempo possível. O relato de casos dessa doença evidencia a importância do Otorrinolaringologista no diagnóstico e investigação de complicações, além de promover maior conhecimento sobre controle clínico dos sintomas com terapêuticas diversas.

## P 672 SÍNDROME DE SILVER-RUSSELL: UM RELATO DE CASO

Rodrigo Alvarez Cardoso, Leonardo Rothlisberger, Maria Luiza Dal Toe Pozzobon, Guilherme Wawginiak

*Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 30 anos, com diagnóstico prévio de síndrome de Silver-Russell, procura atendimento devido a quadro de dificuldade na alimentação, sinusite de repetição e apneia obstrutiva do sono. Apresenta alterações faciais (formato triangular, de tamanho pequeno, com frontal amplo, micrognatia, exoftalmia, estrabismo, hipertelorismo, depressão da ponte nasal, macrocrania relativa e baixa implantação das orelhas), retardo mental moderado, atraso no desenvolvimento global, e assimetria corporal com presença de escoliose e clindactilia de todos os dedos das mãos e pés. Paciente apresenta leve dificuldade de deambulação e também no desempenho de atividades que exigem movimentos finos. Apresentou retardo de crescimento intrauterino. Hoje tem 26 kg, altura de 135 cm e índice de massa corporal de 14,4 kg/m<sup>2</sup>. Não há relato de outros casos da síndrome na família. Paciente em acompanhamento clínico com avaliação de possível cirurgia ortognática.

**Discussão:** A síndrome de Silver-Russell (SSR) é uma desordem de crescimento que se caracteriza por crescimento intrauterino restrito e anormalidades de desenvolvimento. A incidência é estimada em 1:50.000 – 1:100.000 nascidos vivos. Atualmente, estão descritos cerca de 500 casos na literatura, com incidências iguais entre os sexos. Os critérios diagnósticos são: retardo de crescimento intrauterino, retardo de crescimento pós-natal, macrocrania relativa ao tamanho do corpo ao nascimento, alterações faciais típicas (pequena e triangular, baixa implantação de orelhas, com frontal amplo, micrognatia e cantos da boca voltados para baixo) e assimetria corporal.

**Considerações Finais:** A síndrome de Silver-Russell é uma entidade clínica, de origem genética, com poucos casos relatados na literatura, sendo o diagnóstico baseado puramente em critérios clínicos. A importância dessa síndrome se dá pela coexistência de múltiplas malformações, incluindo faciais que predisõem os pacientes acometidos a rinosinusites de repetição e apneia obstrutiva do sono, duas entidades amplamente frequentes em nosso meio.

## P 673 SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT COM LESÃO EM SEIO CAVERNOSO - RELATO DE CASO

Mariana Rosa, Luciana Gonçalves, Vinicius Santos, Alexandre Felippu Neto, Alexandre Wady Debes Felippu

*Instituto Felippu, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** A síndrome de Tolosa-Hunt foi descrita pela primeira vez em 1954, quando o autor retrata o caso de um paciente com oftalmoplegia dolorosa causada por um processo inflamatório granulomatoso não específico que comprometeu o seio cavernoso e a porção cavernosa da artéria carótida interna. Sete anos depois, Hunt publicou uma série de seis pacientes, propondo critérios para o diagnóstico desta síndrome: 1 - dor orbital aguda; 2 - alterações no terceiro, quarto, sexto ou primeiro ramo do quinto nervo craniano e, menos comumente, o envolvimento do nervo óptico ou fibras simpáticas ao redor da porção cavernosa da carótida; 3 - sintomas com duração de dias ou semanas; 4 - remissão espontânea da dor; 5 - ataques recorrentes; 6 - resposta rápida à terapia com esteroides. Após mais de 60 anos da descrição da doença, mecanismos fisiopatológicos e etiopatogênese permanecem controversos e obscuros.

**Discussão:** As estruturas que podem estar envolvidas na síndrome de Tolosa Hunt incluem o terceiro, quarto e sexto nervos cranianos, o ramo oftálmico do quinto nervo, as fibras pupilodilatadoras parassimpáticas do terceiro nervo, as fibras pupiloconstritoras simpáticas do terceiro nervo e as fibras pupiloconstritoras simpáticas na região do plexo pericárdico, retro-orbital e supraorbital. Possui como diagnósticos diferenciais: neuropatia diabética, tromboflebite de seio cavernoso, enxaqueca oftalmoplégica e lesões tumorais.

**Considerações Finais:** Trata-se de uma doença de difícil diagnóstico, pelo fato de sua etiopatogenia não ser totalmente esclarecida e pela ausência de marcadores diagnósticos específicos, exigindo ampla experiência, conhecimento anatômico e cirúrgico. O advento da cirurgia endoscópica endonasal, desde que seja realizado por equipe capacitada, impede que sejam realizadas extensas craniotomias, proporcionando melhor recuperação pós-operatória e minimizando as taxas de complicações.

## **P 675 TELANGECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO ATENDIDO NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA- BELÉM/PA**

Cassia Maria Oliveira de Oliveira, Leonardo Mendes Acatauassu Nunes, Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa, Mariane de Souza Zampieri, Felipe Xavier de Souza, Jocyane de Souza Andrade, Regiane Matos Batista

*Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Belém, PA, Brasil*

**Apresentação do Caso:** C.C.A.F., feminino, 26, acompanhada por epistaxes recorrentes, apresentando à rinoscopia, ectasia vascular em mucosa septal, a direita e à endoscopia nasal, telangectasias septais bilateralmente. Realizadas aplicações de ácido tricloroacético a 70%, sem melhora do quadro. Solicitou-se avaliação do hematologista que descartou alterações significativas. Encaminhada ao ambulatório de Rinologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, interrogou-se hipótese de síndrome de Rendu-Osler-Weber e indicou cauterização cirúrgica com exérese da mucosa com telangectasias maiores. O procedimento ocorreu sem intercorrências, sendo recolhido material para exame histopatológico. Reavaliada 7 dias após a cirurgia, apresentou secreção hialina em fossas nasais, sem história de sangramento. Retornou após 15 dias com epistaxe discreta. Submetida à endoscopia nasal, identificando quantidade moderada de secreção mucocataral sobre septo nasal a direita, sem sangramento recente bilateralmente. Após 30 dias do procedimento, retornou com queixa de epistaxe intermitente leve e, à rinoscopia, observou-se área de ectasia vascular em septo de fossa nasal esquerda, sem sinais de sangramento e necessidade de intervenção. Laudo histopatológico demonstrou apenas sinusite crônica agudizada. Atualmente, segue em acompanhamento no ambulatório do serviço.

**Discussão:** A doença de Rendu-Osler-Weber, desde 1909, chama-se telangectasia hemorrágica hereditária. Apresenta fisiopatologia desconhecida, interrogando-se na maioria origem genética, com mutações em proteínas codificadoras do fator de crescimento beta, prejudicando a angiogênese e antiangiogênese. Os sintomas são sangramentos de pele, mucosas e vísceras, localizados principalmente na mucosa septal. O diagnóstico é clínico, por meio dos critérios de Curação: epistaxe recorrente e espontânea, história familiar, telangectasia cutâneo-mucosa e lesão visceral, sendo necessária a presença de 3 dos 4 critérios, presentes no caso, confirmando o diagnóstico. Casos de epistaxes ativas precisam ser tratadas, podendo evoluir satisfatoriamente com decréscimo e gravidade dos episódios.

**Considerações Finais:** Devido a sua elevada morbidade, impedindo atividades diárias, faz-se necessário o conhecimento da afecção para melhora da qualidade de vida.

## P 676 TÉCNICA CENTRÍPETA ASSOCIADA À DENKER MODIFICADO PARA RESSECÇÃO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR : RELATO DE CASO

Vinicius Santos Pinto, Mariana Gonçalves Garcia Rosa, Luciana Gonçalves, Alexandre Wady Debes Felippu, Alexandre Felippu Neto

*Instituto Felippu, São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Mulher, 62 anos, apresentou quadro de obstrução nasal progressiva por cerca de 6 meses em narina esquerda, epistaxes recorrentes com cessação espontânea, rinorreia purulenta contínua, dor facial incapacitante e alteração visual à esquerda. Ao exame endoscópico nasal, observou-se massa em cavidade nasal esquerda obliterando a mesma desde o vestíbulo nasal, secreção purulenta abundante e coágulos. Em tomografia computadorizada de seios da face foi observada tumoração nasal expansiva, a qual invade os seios maxilar e etmoidal esquerdos, a órbita, e está em íntimo contato com a dura-máter da fossa craniana anterior. Foi submetida à cirurgia endoscópica endonasal realizada pela técnica centrípeta associada a Denker modificado.

**Discussão:** A ressecção em bloco com o uso da técnica centrípeta se mostrou eficaz e com baixo índice de complicações. O diagnóstico é realizado por uma história clínica detalhada, exames de imagem, especialmente tomografia computadorizada e biópsia da lesão. Em vista à possibilidade de cirurgia para exérese da lesão, entendemos que a técnica centrípeta, associada à Denker modificado, evita a realização de cirurgias por acesso externo e apresenta melhor recuperação pós-operatória.

**Considerações Finais:** Encontramos pouca literatura de técnicas cirúrgicas, devido ao seu diferente comportamento e diferentes sítios de expansão. Pela extensão e acometimento de áreas importantes da cavidade rinossinusal em que este relato se encontra, concluímos que a técnica centrípeta associada à Denker modificado se mostrou eficaz.

## P 677 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOSSINUSITE CRÔNICA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE KARTAGENER

Ronny da Silva Lederer, Bruno Alexandre Barbosa do Nascimento, Natascia Lumi Adati, Lucas Henrique Vieira, Rafael Calsoni Gomes, Aline Emer Faim, Wilma Terezinha Anselmo-Lima

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 65 anos, queixa de plenitude auricular bilateral e rinossinusites de repetição sem sucesso ao tratamento clínico há 5 anos. Portador de síndrome de Kartagener, pneumonias, bronquiectasias e sinusites de repetição desde a infância, lobectomia pulmonar há 40 anos. Tomografia computadorizada de tórax (TC): *Situs inversus totalis*, bronquiectasias com sinais de impação mucoide nas bases pulmonares. TC de face: espessamento mucoso pansinusal. Audiometria/imitânciometria: perda auditiva mista moderada, curva B e ausência de reflexos bilateralmente. Prova de Função Pulmonar: distúrbio inalatório obstrutivo moderado, sem resposta ao broncodilatador. Nasofibroscoopia: pólipos em meatos médios e teto da cavidade nasal à direita, em meato superior a esquerda; secreção mucosa espessa de todos os seios. Culturas de escarro e nasal no decorrer das agudizações: *Pseudomonas aeruginosa*, *Moraxella catarrhalis* penicilino-resistente, *Mycobacterium gordonae*, *Enterobacter coaclae complex*, *Streptococcus pneumoniae* e outros. Cirurgia endoscópica nasal (CEN): remoção dos pólipos, turbinectomia média bilateral, uncifectomia e antrostomia maxilares, etmoidectomias anterior e posterior, esfenoidectomias e sondagem dos frontais. Anatomopatológico: mucosa pseudoestratificada com células colunares ciliadas, sem atipias, metaplasia epidermoide grau 1, hiperplasia das células caliciformes nas áreas sem metaplasia. Estroma com edema subepitelial grau 3, sem fibrose. Processo inflamatório com linfócitos, macrófagos e eosinófilos. Paciente sem sintomas nasais há 2 anos pós-cirurgia.

**Discussão:** Kartagener, 1933, descreveu a tríade rara composta por dextrocardia, rinossinusopatia crônica e bronquiectasia como entidade clínico-patológica. Incidência varia de 1:20.000 /1:60.000. Esta forma mais grave de discinesia ciliar primária apresenta também infertilidade e quadros infecciosos desde infância.

**Considerações Finais:** Pacientes com síndrome de Kartagener apresentam estagnação de secreção nos seios paranasais, que causam infecções secundárias e inflamação crônica, promovendo polipose nasal. Após falha do tratamento clínico, a CEN favoreceu melhor drenagem e ventilação dos seios. Conclui-se que a cirurgia foi resolutive.

## P 678 TRATAMENTO DESAFIADOR DE ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL EM PACIENTE COM ANEMIA APLÁSICA

Rafael Calsoni Gomes, Lucas Henrique Vieira, Ricardo Cassiano Demarco, Ronny da Silva Lederer, Wilma Terezinha Anselmo Lima, Francesca Maia Faria, Edwin Tamashiro

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** L.P.F., 28 anos, com anemia aplásica refratária a tratamento clínico, com programação de transplante de medula óssea. Há 3 anos vinha apresentando epistaxes espontâneas recorrentes à direita, de grande volume. Ao exame, apresentava otoscopia e oroscopia sem alterações. À nasofibrosopia, apresentava massa avermelhada e pulsátil em região posterior da fossa nasal e *cavum* à direita, sem sinais de sangramento recente. Tomografia computadorizada apresentava lesão hipercaptante em fossa nasal direita e esfenóide, com discreto alargamento de forame esfenopalatino. Ressonância magnética evidenciava lesão expansiva com sinal baixo e heterogêneo em ponderações T1 e T2 e intenso realce homogêneo pós-contraste, acometendo cavidade nasal posterior direita, conchas inferior e média, células etmoidais e esfenóide à direita. Realizada arteriografia, evidenciando irrigação por artérias maxilares bilaterais e faríngea ascendente à direita, seguida de embolização desses ramos arteriais. Após transfusões de hemoderivados para manutenção do alvo de plaquetas  $>50.000/\text{mm}^3$  e hemoglobina  $>10\text{g/dL}$ , foi submetido a tratamento cirúrgico por via endoscópica nasal, com remoção das inserções em fossa pterigopalatina e parede lateral do nariz, septo nasal e rinofaringe. Paciente evoluiu sem sangramentos, porém com hipoestesia em região palatal e maxilar ipsilateral.

**Discussão:** O nasoangiofibroma é um tumor benigno altamente vascularizado, e em pacientes com comprometimento hematológico, como anemia e plaquetopenia, sua exérese torna-se um desafio cirúrgico, devido ao risco de sangramento e suas complicações sistêmicas, que podem comprometer a vida do paciente.

**Considerações Finais:** O tratamento cirúrgico endoscópico do nasoangiofibroma juvenil é possível mesmo em pacientes com anemia aplásica, desde que haja adequado manejo hematológico para manutenção das condições mínimas de segurança hemodinâmica.

## P 679 TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE MUCOCELE ESFENOIDAL GIGANTE RECIDIVANTE

Gabriel Caetani, Edio Junior Cavallaro Magalhães, Walter Sedlasek Machado, Marcelle Cotrim Rocha, Thomas Cito Marinho, Julia Gaspar de Oliveira Santos, Jeova Oliveira de Araújo

*UNIRIO, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente de 86 anos, submetida previamente a dois procedimentos cirúrgicos de ressecção endoscópica de mucocele esfenoideal à esquerda, procura o serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Municipal Souza Aguiar com as queixas de cefaleia frontotemporal, edema de hemiface, sensação de peso retrorbitário, plenitude aural, presença de tumoração móvel à palpação em região temporal e epistaxe ocasional de pequena monta, todos os sintomas à esquerda. Após a realização de TC de crânio e seios paranasais, observa-se a presença de lesão de aspecto cístico em região de seio esfenoideal esquerdo, com dimensões aproximadas de 10x5x6 cm e com efeito de massa em lobo temporal e globo ocular ipsilaterais. A lesão se estende até a parte escamosa do osso temporal, causando erosão desse osso tanto na sua porção lateral quanto na sua porção medial, levando ao adelgaçamento da estrutura óssea da fossa média do crânio. Correlacionando os dados clínicos e radiológicos, foi possível concluir que a paciente apresentava uma recidiva da mucocele, sendo realizado um novo procedimento cirúrgico endoscópico transnasal direto para a drenagem e desobstrução do óstio esfenoideal esquerdo, com melhora total dos sintomas da paciente.

**Discussão:** As mucocelas dos seios paranasais são lesões císticas expansivas benignas, ocorrendo mais comumente nos seios frontal e etmoidal e, em menor frequência, no seio esfenoideal. O caso torna-se relevante pelo fato de a paciente apresentar quadros recidivantes de mucocele esfenoideal, sendo o último episódio com maiores proporções, comprimindo estruturas cranianas vitais. É importante notar que a técnica cirúrgica adotada (pela via endoscópica transnasal direta) é de extrema segurança e rapidez, trazendo um resultado adequado com uma boa recuperação pós-operatória.

**Considerações Finais:** Apesar da infrequência do quadro de mucocele esfenoideal recidivante gigante, a sua resolução não apresenta maiores complicações quando conduzida por profissionais treinados, utilizando-se preferencialmente a via endoscópica transnasal direta.

## P 680 TRAUMA NASAL - URGÊNCIA OTORRINOLARINGOLÓGICA E SUAS COMPLICAÇÕES

Marina Paese Pasqualini, Bibiana Callegaro Fortes

*Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente masculino, 4 anos, encaminhado pelo pediatra com história de trauma nasal há 3 dias. Apresentou queixa de obstrução nasal bilateral com piora progressiva e febre no 3º dia. Rinoscopia demonstrou abaulamento septal bilateral com mucosa arroxeadada. Realizou-se drenagem de hematoma septal com saída de coágulos e secreção purulenta, evidenciando-se ausência importante da porção cartilaginosa do septo nasal. Prescreveu-se lavagem nasal, sintomáticos e antibiótico, observando-se melhora clínica e regressão do edema com 14 dias de pós-operatório.

**Discussão:** O osso nasal é o mais acometido por fraturas nos traumas faciais e o terceiro mais fraturado do corpo humano, sendo o septo nasal também lesionado em 90% dos casos. As complicações mais comuns são epistaxe, hematoma septal (HS), abscesso septal (AS) e necrose irreversível (NI) da cartilagem septal. O HS – coleção de sangue entre septo ósteo-cartilaginoso e mucosa nasal – manifesta-se por obstrução nasal (95%), dor (50%), rinorreia (25%) e febre (25%), sendo o trauma nasal sua principal etiologia. Dano à cartilagem septal pode ocorrer já nas 24 horas pós-trauma, podendo haver NI em apenas 72-96 horas. Clinicamente, a distinção entre hematoma e abscesso é difícil – ambos apresentam-se com abaulamento arroxeadado e flutuação do septo nasal à rinoscopia – porém exames de imagem não são indicados em imunocompetentes ou na ausência de suspeita de complicações intracranianas. Ao diagnosticar-se HS ou AS, deve-se realizar drenagem para diminuir a pressão e restabelecer fluxo sanguíneo para o septo o mais precocemente possível, além de antibioticoterapia empírica por 7-10 dias.

**Considerações Finais:** Por se tratar de uma urgência otorrinolaringológica, o alto nível de suspeição acompanhado de uma avaliação minuciosa de pacientes com trauma ou obstrução nasal aguda propiciam a detecção precoce do hematoma ou abscesso septal, com consequente prevenção de complicações funcionais, estéticas e infecciosas.

## **P 681 TREINAMENTO OLFATÓRIO COMO ALTERNATIVA PROMISSORA DE TRATAMENTO PARA DISTÚRBIOS DO OLFATO - UMA REVISÃO NARRATIVA**

Érica Gonçalves Jeremias, Gabriela Carolina Nazareth Pinto, José Ronaldo de Souza Filho, Luis Felipe Lopes Honorato, Renata Ribeiro de Mendonça Pilan, Fernando Veiga Angélico Júnior, Priscila Bogar, Marco Aurélio Fornazieri

*Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil*

**Objetivos:** Analisar os efeitos do treinamento olfatório em pacientes com perda ou diminuição do olfato, provocadas por diversas etiologias.

**Método:** Revisão narrativa realizada por meio da busca de meta-análises publicadas de 2012 a 2017 nas bases de dados PubMed, Scielo e Cochrane Library, na língua portuguesa e inglesa, com as palavra-chave: “olfato” e “treinamento olfatório”.

**Resultados:** Foram identificadas duas meta-análises, que reuniram 14 artigos (de 2009 a 2016), excluindo os duplicados. Foram avaliados 1008 pacientes ao todo. A análise dos resultados desses trabalhos mostra uma significativa melhora em todos os subgrupos de doenças olfativas, e uma estabilização da função olfatória idosos sem doenças, e portanto, conclui-se que todos eles se beneficiarão do treinamento olfatório.

**Discussão:** O olfato é uma importante função sensorial do nariz, que permite a interação com o meio em que se vive, pela percepção dos odores. Sua alteração promove um importante prejuízo e risco diário. Atualmente, não há um tratamento comprovadamente efetivo para a perda ou diminuição do olfato resultante de causas que não sejam doenças nasossinusais. Devido à neuroplasticidade do sistema olfatório, que, influenciada pelos odores, possui uma extraordinária capacidade regenerativa, o treinamento olfatório tem sido uma base de pesquisa promissora para o tratamento de distúrbios olfativos. Ele busca melhorar a função olfativa pela inalação e/ou exposição repetitiva a odores robustos, e se mostra seguro e não invasivo.

**Conclusão:** Embora o mecanismo exato da recuperação olfativa após o treinamento olfatório ainda requeira uma investigação mais profunda, essa revisão mostra que esse treinamento deve ser considerado uma alternativa ou uma suplementação aos métodos de tratamento já existentes.

## P 682 TUBERCULOSE NASAL: RELATO DE UM CASO

Fabiola Moreira Magalhães, Thayana Pessoa Takemura, Mariana de Landa Moraes Teixeira Grossi, Andre Cavalcante Saraiva, Andreza Andreatta de Castro, Dayse Kelle Ribeiro, Adnaldo da Silveira Maia

*Fundação Adriano Jorge, Manaus, AM, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente sexo feminino, 48 anos, parda, natural e procedente de Manaus-AM, relata tratamento completo para tuberculose pulmonar em 2013, evoluindo no ano seguinte com abscesso em pulmão direito, apresentando histopatológico com diagnóstico de tuberculose pulmonar. Em 2016, foi avaliada devido a quadro de epistaxe bilateral intermitente há 1 ano, de pequena monta e com parada espontânea, associada à eliminação de crostas amareladas por ambas as fossas nasais. Ao exame, observou-se presença de crostas em paredes laterais de fossas nasais, além de perfuração ampla em toda a extensão septal. Tomografia computadorizada de seios da face evidenciou perfuração septal e presença de material com densidade de partes moles em seio etmoidal, maxilar e esfenoidal bilateral. Estudo anatomopatológico da mucosa nasal, realizada em março de 2017, concluiu tratar-se de uma inflamação granulomatosa sugestiva de tuberculose nasal, sendo iniciado plano terapêutico para tuberculose extrapulmonar em unidade de referência. Em seguimento ambulatorial, paciente referiu regressão dos episódios de epistaxe e eliminação de crostas nasais; à rinoscopia, visualizou-se mucosa nasal sem crostas, septo com perfuração extensa e lesão de aspecto polipoide em meato médio direito.

**Discussão:** O comprometimento da cavidade nasal em apresentações extrapulmonares de tuberculose é raro, ocorrendo em apenas 2 a 6% dos diagnósticos de tuberculose. Diversos autores advogam que sua raridade advém do efeito bactericida do muco nasal, bem como da proteção mecânica oferecida pela mucosa ciliada. Dentre os diagnósticos diferenciais, estão incluídos aqueles de origem infecciosa e não infecciosa, resultando em atraso no diagnóstico definitivo.

**Considerações Finais:** O presente caso ilustra um paciente com recorrência do quadro infeccioso de tuberculose, evoluindo com comprometimento nasal. É válido ressaltar que, em alguns casos, não é possível a confirmação histopatológica, sendo o diagnóstico eminentemente clínico. A suspeição diagnóstica e o tratamento precoce são essenciais para evitar complicações e sequelas relacionadas ao progresso dessa doença.

## P 683 TUMOR DE POTT: UM RELATO DE CASO

Melissa do Rocio Regazzo Porto, Byanca Hekavei Hul, Flavia Caroline Klostermann, Caroline Pedrassani de Lira, Gustavo Fabiano Nogueira, Lourenço Sabo Muller, Carolina Branco Andreatta

*Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente feminina, 13 anos, encaminhada ao serviço de emergência com história de sinusite aguda em tratamento inadequado, que evoluiu para edema frontal e periorbitário no período de 15 dias. Admitida com hiporexia, dor facial, obstrução nasal e rinorreia purulenta. Ao exame, abaulamento doloroso, calor local e flutuação na região frontal, edema e hiperemia periorbitária à esquerda. Solicitada prontamente tomografia computadorizada de crânio e seios paranasais, que evidenciava celulite orbitária, pansinusite e osteomielite frontal com abscesso – tumor de Pott. Foi submetida à cirurgia para drenagem do abscesso com acesso de Lynch modificado à esquerda. Mantida em internamento com ciclo de antibioticoterapia endovenosa e corticoterapia, com resolução do quadro agudo. Após duas semanas de internamento, procedeu-se cirurgia funcional endoscópica endonasal (FESS), abordando os seios da face acometidos. A paciente foi de alta assintomática e com exames laboratoriais sem alterações, segue em acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** “Pott’s puffy tumor”, rara condição descrita em 1768 por Sir Percival Pott, é a formação de abscesso subperiosteal com edema local e osteomielite subjacente. É rara, normalmente originada como complicação de uma sinusite aguda e mais comum nos adolescentes. A disseminação mais frequente da infecção é via hematogênica, mas também pode apresentar disseminação direta através da parede posterior do seio (causando empiema/abscesso intracraniano ou meningite), da parede inferior (causando complicações orbitais) e/ou da parede anterior (causando o tumor de Pott propriamente dito). A clínica demonstra cefaleia, rinorreia purulenta, febre, tumefação frontal com flutuação e às vezes celulite periorbital.

**Considerações Finais:** São de fundamental importância o diagnóstico e tratamento precoces como forma de evitar sequelas neurológicas. A suspeição clínica requer exame de imagem para confirmação diagnóstica e exclusão de complicações intracranianas, sendo a tomografia computadorizada de crânio considerada o melhor método diagnóstico. O tratamento se dá com intervenção cirúrgica e antibioticoterapia endovenosa prolongada.

## P 685 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE ASA NASAL

Ana Elizabeth de Santana Carneiro Vilela, Nathália Anaissi Rocha Pessoa, Adriana Xavier Tavares, Bianca de Lucena Ferreira Lima, Mariana Sancho de Macedo, Cristiane Marcela Santos Silva, Thiago Emanuel Souza de Freitas

*Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente do sexo masculino, 37 anos, pescador, com queixa de tumoração em vestíbulo nasal à direita há 1 ano. Evoluindo com obstrução nasal e extrusão através do vestíbulo nasal com quadro pequenos sangramentos intermitentes. Ao exame físico, apresentava tumoração de aproximadamente 4 cm de diâmetro, exoftíca de aspecto irregular e coloração avermelhada. Nasofibrosopia por narina esquerda sem evidências de abaulamento no septo ou tumoração em região de *cavum*. Tomografia dos seios da face evidenciando lesão de densidade de partes moles vegetante em região de vestíbulo nasal no corte sagital, sendo demais cortes sem alterações. Biópsia sugerindo tecido de granulação. Realizada cirurgia com remoção de lesão por via intranasal, a lesão tinha epicentro em asa do nariz e aderida a cartilagem alar. A análise microscópica mostrou proliferação fusocelular com feixes ora aleatórios, ora estoriformes com celularidade variável, exibindo áreas mais celulares e outras mais colagenizadas. Presença de células gigantes multinucleadas e vasos tortuosos de padrão hemangiopericítico, achados característicos de tumor fibroso solitário.

**Discussão:** Tumor fibroso solitário (TFS) é uma neoplasia de origem mesotelial a princípio descrita como de origem pleural. Pode ocorrer em diversos sítios extrapulmonares, sendo raro em cavidade nasal e seios paranasais. Nestes locais apresenta crescimento lento e indolor cursando com obstrução nasal, rinorreia e epistaxes intermitentes. Os TFS são encapsulados, vermelhos e fibrosos, sendo a excisão endoscópica preferencial. O prognóstico e a recidiva depende da ressecabilidade completa do tumor.

**Considerações Finais:** Este caso representa uma rara forma de apresentação do TFS com poucos casos descritos na literatura. Diagnóstico diferencial de tumores nasais que, apesar de incomum, deve ser lembrado.

**P 686 TUMOR GLÔMICO NASAL: UM CASO RARO**

Juliana Teixeira de Souza, Alan Melke Moura Cavalcanti, Camila Gabriella da Silva Queiroz, Yuri Rodrigues Rocha, Isnara Mara Freitas Pimentel, Debora Lilian Nascimento Lima, Andressa Rolim Freitas

*Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Feminino, 38 anos, apresentando quadro de epistaxe à direita com duração de seis anos e sem repercussão hemodinâmica. Realizou cauterização química com ácido tricloroacético a 50% sem melhora. Nega comorbidades e uso crônico de medicamentos. À rinoscopia anterior e nasofibrosopia, visualizada lesão avermelhada em septo anterior à direita, zona dois de Cottle e de aproximadamente três centímetros. Laudo de tomografia computadorizada de seios paranasais descreve pequena imagem nodular em septo nasal cartilaginoso anterior à direita, com cerca de quatro centímetros e inespecífica. Realizada exérese da lesão descrita e resultado de imunohistoquímica foi tumor glômico com anticorpo actina músculo liso positivo. A paciente segue estável e em acompanhamento.

**Discussão:** O tumor glômico é vascular e afeta principalmente pele e tecido adiposo subcutâneo, sendo a mucosa da cavidade nasal e seios paranasais pouco acometida. Nestes casos, os pacientes são sintomáticos devido hemorragias recorrentes e obstrução nasal progressiva. O diagnóstico é realizado com maior frequência em estágios iniciais e ocorre, principalmente, na quarta década de vida, não havendo preferência por sexo. O tratamento de escolha é a remoção da lesão com preferência para abordagem cirúrgica endoscópica menos invasiva e o diagnóstico é histológico. Hemangiopericitoma, um tumor relativamente raro, é um dos principais diagnósticos diferenciais. A radioterapia apenas limita o crescimento tumoral e pode ser empregada se a lesão for inoperável. Há somente cerca de 11 casos publicados na literatura.

**Considerações Finais:** Tumor glômico é uma lesão benigna e relativamente rara na região da cabeça e pescoço e deve ser hipótese diagnóstica entre causas de epistaxe, dor e obstrução nasal. A excisão cirúrgica é diagnóstica e terapêutica.

## P 687 TUMOR MIOFIBROELÁSTICO INFLAMATÓRIO: RELATO DE UM CASO

Byanca Hekavei Hul, Flávia Caroline Klostermann, Melissa do Rocio Regazzo Porto, Carolina Pedrassani de Lira, João Paulo Orejana Contieri, Gustavo Fabiano Nogueira, Carolina Branco Andreatta

*Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil*

**Apresentação do Caso:** D.A.S., mulher, 35 anos. Quadro de cefaleia unilateral intensa há 2 meses, que acorda à noite, de localização à esquerda, pulsátil, sem fotofobia ou fonofobia. Emagrecimento de 5 quilos neste período e hiporexia. Apresenta hipoacusia e *tinnitus* em apito pulsátil à esquerda; diplopia à esquerda. Nega comorbidades ou uso de medicamentos contínuos. Nega tabagismo. Ao exame físico: REG, LOTE, hipocorada, hidratada. Oroscoopia com trismo leve e amígdala grau 1. Nasofibroscoopia: septo centrado, meato médio livre e *cavum* livre. Otoscopia à esquerda com abaulamento de membrana timpânica e dentro da normalidade à direita. C/P: paralisia periférica grau 3, reflexos fotomotor e consensual presentes, paresia ocular à esquerda, sem alteração de outros pares cranianos, ao exame complementar apresentava tumor de base de crânio lateral esquerda. Laboratório: anemia microcítica com hemoglobina de 8,1 g/dl e trombocitose de 468.000/mm<sup>3</sup>. Realizada biópsia com margens e o resultado do anatomopatológico apresentou tumor miofibroelástico inflamatório, contendo proliferação fusocelular em meio a células mononucleares e focalmente neutrófilos e eosinófilos. Não foi evidenciado metástase a investigação. Após cirurgia, manteve quadro de cefaleia, com controle com carbamazepina. Foi encaminhada para radioterapia para complementação do tratamento.

**Discussão:** Tumor miofibroblástico inflamatório é um tumor de origem mesenquimal com maior potencial de malignidade, porém, eventualmente metastatiza e tem taxa de recidiva de 25%. É comumente encontrado em pulmão, retroperitônio e extremidades, porém incomumente encontrado em cabeça e pescoço. A sintomatologia é variável, desde assintomático e descoberta de exame, como por sintomas compressivos locais. Laboratorialmente, caracteriza-se por anemia microcítica, hipergamaglobulinemia e trombocitopenia, o que é compatível com os achados desta paciente. Tomografia e ressonância não apresentam lesões características. A incidência em homem e mulheres é a mesma. O tratamento consiste em exérese cirúrgica com complementação de radioterapia e quimioterapia.

**Considerações Finais:** O tumor miofibroblástico é uma afecção rara, principalmente quando em localização de cabeça e pescoço. Deve ser acompanhado de perto pela possibilidade de recidiva e de metástase em 5 a 11% dos casos. Apesar da benignidade, é altamente destrutivo, deixando sequelas nos pacientes acometidos.

## **P 688 TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET) COMO CAUSA RARA EM CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

Igor Guerra Guimarães, Débora Bressan Pazinato, Lizandra Stopa Passini, Eron Mosciati, Fernando Canola Alliegro, Rodrigo Ubiratan Franco Teixeira, Ivan de Picoli Dantas

*Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.L.P., 69 anos, sexo feminino, compareceu ao ambulatório do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi com queixa de obstrução nasal há 6 meses, lesão em narina esquerda e rinorreia fétida. À endoscopia nasal, presença de lesão de aspecto papilomatosa extensa em fossa nasal esquerda, com extensão para rinofaringe. Tomografia de seios paranasais com lesão hipodensa se estendendo para seios esfenóide, etmoide anterior e posterior, maxilar e para fossa pterigomaxilar, com alargamento do complexo ostio-meatal à esquerda. Optou-se por abordagem cirúrgica com acesso combinado de Caldwell Luc e sinusectomia endoscópica com microdebridador. A análise anatomopatológica revelou neoplasia maligna indiferenciada em mucosa sinonasal. A imunohistoquímica evidenciou PNET, com índice de proliferação de 55%. Paciente foi encaminhada para serviço de oncologia para seguimento e evoluiu ao óbito depois de 3 meses do diagnóstico.

**Discussão:** A incidência de PNET é de 2 a 7% de todos os tumores de cabeça e pescoço, considerada ainda mais rara em região sinonasal. Os sintomas clínicos dependem do local do tumor e da compressão de estruturas circundantes devido ao efeito de massa. Sua disseminação é alta, tornando-se importantes exames complementares detalhados para determinar sítio primário e possíveis focos metastáticos. Devido à sua agressividade é preconizada terapêutica combinada com cirurgia radical, seguida de quimioterapia e radioterapia. A sobrevida em dois anos é inferior a 65%, e reduz para 25% se o tumor primário for superior a 5 cm ou com foco metastático.

**Considerações Finais:** O PNET é um grupo de doenças malignas agressivas que ocorrem muito raramente em região de cabeça e pescoço. Além disso, a citogenética e a imunohistoquímica atuam como facilitadoras para um diagnóstico e tratamento precoce, em busca de uma melhor sobrevida.

## P 689 TUMORES MALIGNOS NASOSSINUSAIS: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Priscila Silva Monteiro, Marina Moraes Loepert, Eduarda Costa Alves, Diogo Lacerda Pereira de Medeiros, Amanda de Almeida Souza, Mariana Meireles Teixeira, Ney Saldanha Nogueira da Gama Júnior

*Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Apresentação do Caso:** R.S.A.J., 36 anos, feminino, admitida em março/2015 apresentando epistaxe recorrente em fossa nasal esquerda há 8 meses. TC de seios paranasais demonstrou lesão expansiva com densidade de partes moles obliterando células etmoidais esquerdas, com extensão ao seio frontal e a fossa nasal ipsilaterais. Submetida à ressecção endoscópica completa em agosto/2015. Avaliação histopatológica demonstrou adenocarcinoma não intestinal de baixo grau. Retornou ao ambulatório com queixa de anosmia. Submetida a quatro RNM dos seios paranasais, a última em setembro/2016 demonstrando lesão de 2,3 cm hipointensa em T1 projetada na goteira olfatória, e TC com lesão com densidade de partes moles em região etmoidal esquerda com destruição óssea de lâmina cribiforme e invasão de fossa olfatória. Realizada abordagem conjunta aberta e endoscópica em fevereiro/2017. Histopatológico demonstrou adenocarcinoma não intestinal/não de glândulas salivares, invasivo, grau intermediário. Segue em acompanhamento endoscópico, apresentando em maio/2017 tecido de granulação local. Encaminhada para oncologia que indicou radioterapia.

**Discussão:** Tumores nasossinusais são raros e não possuem vínculo etiopatogênico com tabagismo e etilismo. Exposição a pó de madeira, níquel, óleos minerais, cromo, tintas e solda são fatores envolvidos na carcinogênese. Apresentam poucos sintomas precoces, sendo epistaxe e obstrução nasal os principais. Representam 6% dos tumores malignos de cabeça e pescoço. Acometem indivíduos principalmente da sexta década, homem e branco. Os subtipos mais frequentes são: carcinoma epidermoide, carcinoma indiferenciado, estesioneuroblastoma, carcinoma neuroendócrino, carcinoma de pequenas células, adenocarcinoma, carcinoma adenocístico e, mais raramente, carcinoma de células cilíndricas e melanoma mucoso. O diagnóstico é por meio de estudo endoscópico, radiográfico e histopatológico. O prognóstico depende de ressecção com margens livres e do tipo histológico.

**Considerações Finais:** Os tumores nasossinusais são raros e necessitam de um alto índice de suspeição para o diagnóstico, já que apresentam sintomas iniciais similares às lesões benignas e processos infecciosos. A ressecção com margens livres e o tipo histológico são definidores do prognóstico.

## P 690 “HORN TECHNIQUE”, UMA NOVA OPÇÃO PARA SUPORTE DA PONTA NASAL NA RINOPLASTIA

Luiz Carlos Barboza Jr, Carlos Alberto Caropreso, José Luiz Teixeira Rodrigues, André Baraldo Rodrigues, Maíra Garcia Martins

*Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Criamos a “*horn technique*” para corrigir a falta de suporte para a ponta nasal na rinoplastia após a redução do dorso nasal. A técnica consiste na preservação de uma porção distal da cartilagem septal no ângulo septal anterior, em formato de chifre (*horn*), durante a remoção do excesso do dorso nasal e do septo, adequada para pacientes com nariz longo e projetado. Esta peça dará maior suporte à técnica “*tongue in groove*” e maior previsibilidade da rotação e projeção da ponta nasal. De agosto de 2016 a janeiro de 2017, realizamos 6 casos em pacientes com nariz longo e projetado. Eles foram submetidos à técnica “*tongue-in-groove*” associada à “*horn technique*”. Para analisar o resultado, realizamos uma revisão retrospectiva das fotografias pré-operatórias e pós-operatórias de seis pacientes tratados com a “*horn technique*”, todos apresentaram resultados efetivos e satisfatórios.

**Discussão:** A abordagem da ponta nasal na cirurgia estética facial ainda é um desafio na maioria dos casos e requer cuidados e experiência do cirurgião. Manter o suporte da ponta nasal de forma harmoniosa de longo prazo é uma das tarefas mais difíceis. O cirurgião deve prever o envelhecimento, a força de gravidade e a cicatrização. A retração alar e o “*columellar show*” são alguns dos resultados indesejados que podem se desenvolver com o tempo. Técnicas variadas podem ser usadas para a correção da ponta. Embora a técnica “*tongue-in-groove*” (TIG) tenha mostrado resultados duradouros, raramente é realizada isoladamente para garantir suporte eficaz da ponta nasal.

**Considerações Finais:** A “*horn technique*” associada à técnica “*tongue-in-groove*” mostrou garantir suporte efetivo e prolongado para a projeção e rotação em rinoplastias de pacientes com nariz longo e projetado.

## P 691 ASSOCIAÇÃO DA CORREÇÃO DO LÓBULO DE ORELHA COM PREENCHIMENTO COM GORDURA (LIPOFILLING): RELATO DE CASO

Bruna Romagna Peterle, Gabriela de Aguiar dos Santos, Caroline de Aguiar dos Santos, Glayse June Sasaki Favarin, Nadhine Feltrin Ronsoni

*Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.S., 24 anos, sexo masculino, procurou o serviço de cirurgia plástica com queixas estéticas devido à presença de defeito em lóbulo auricular esquerdo decorrente de uso de alargador. Ao exame, observou-se alargamento de lóbulo, com bordas finas e região central oca. Foi realizada a lobuloplastia em centro cirúrgico, sob anestesia local e sedação. O ato cirúrgico consistiu na ressecção do retalho circular fino e no preenchimento com gordura nos retalhos reaproveitáveis, para reestruturar o lóbulo de forma adequada. O paciente retornou ao consultório em 15 dias de pós-operatório, sendo possível observar resultado satisfatório, sem desnível de margem livre inferior e boa cicatrização.

**Discussão:** O lugar mais perfurado do corpo para colocação de acessórios é a orelha. O uso principalmente de alargadores pode causar lesões no lóbulo da orelha. Esse, geralmente, inicia-se com a colocação de alargadores de um milímetro que vão aumentando, chegando a tamanhos maiores de dois centímetros, até que se estabeleça a lesão, como no caso do paciente. As técnicas utilizadas para correção, apesar de simples, costumam ser antigas e têm como desvantagens a inestética em lóbulos com defeitos maiores, como é o caso da de Gavello. Quando realizada em situações como a do paciente em questão, causa uma grande perda de tecido no lóbulo, ficando pequeno e estigmatizado. A associação da correção do lóbulo com preenchimento com *lipofilling* caracteriza-se como um refinamento de técnica, proporcionando um acabamento com melhor aspecto estético. Essa nova abordagem realizada no paciente ainda não possui descrição na literatura.

**Considerações Finais:** A técnica de correção de lóbulo auricular com *lipofilling* representa uma opção vantajosa de reconstrução lobular, principalmente àqueles casos devido ao uso de alargadores. O refinamento da técnica proporciona um melhor resultado estético, fornecendo maior volume ao lóbulo auricular e maior semelhança do corrigido com o original. Consiste em uma opção segura e com resultado satisfatório.

## P 692 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ORELHAS EM ABANO: SÉRIE DE CASOS

Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins, Ana Letícia Amorim de Albuquerque, Alex Mendes Leonel Freire, João Vitor Aguiar Monteiro, Renata Leonel Freire Mendes, Thyago Menezes Carvalho

*Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Foi realizada correção cirúrgica de orelhas em abano, com o uso da técnica de Mustardé modificada por Furnas em quatro pacientes de faixa etária variando entre 7 e 35 anos em centro de referência em Maceió. Foram analisados pré e pós-operatório até um ano da correção.

**Discussão:** O ideal cirúrgico é o estabelecimento de uma aparência estética pós-operatória natural e durável. Na técnica de Mustardé modificada por Furnas, é feita uma demarcação do fuso de pele a ser ressecada, tendo como referência o sulco auricular posterior. Ressecção do fuso de pele, liberação da concha e exposição posterior da antihélice. Seccionamos o músculo auricular rotineiramente para melhor visualização da concha. Marcação com agulhas 25 x 7 mm utilizando corante para delimitação posterior da nova anti-hélice. Realiza-se a raspagem e enfraquecimento da região posterior da cartilagem para melhor modelagem e confecção dos pontos na antihélices. Confecção dos pontos com nylon 4-0 em forma de “U”, como preconizado por Mustardé, para confecção da nova antihélice. Fixação e rotação da concha com pontos de nylon 4.0, entre a concha e o perióstio da mastoide como preconizado por Furnas. Síntese da pele com sutura intradérmica contínua, com fio nylon. Curativo com algodão embebido com soro fisiológico nas saliências e reentrâncias da hélice e antihélice. As recidivas, na técnica de Mustardé, quando ocorrem, são geralmente até 12 meses de pós-operatório.

**Considerações Finais:** A otoplastia é uma das cirurgias plásticas mais realizadas em crianças, e suas técnicas modernas podem ser divididas em três categorias quanto às cartilagens: raspagem, incisão e modelagem com suturas posteriores. As técnicas de modelagem parecem mais seguras, mostrando resultados estéticos melhores com menos complicações. Nos casos apresentados, todos os pacientes ficaram satisfeitos com o resultado e não houve recidivas após 12 meses.

## P 693 EPISTAXE EM RINOSSEPTOPLASTIA: RELATO DE CASO DE SANGRAMENTO DE ARTÉRIA ETMOIDAL ANTERIOR EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Karine Bombardelli, Daniela Elisa Miotto, Manoela Paiva de Oliveira, Amanda Lucas da Costa, Natalia Paseto Pilati, Raphaella Migliavacca, Michelle Lavinsky-Wolff

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

**Apresentação do Caso:** E.M.P., 31 anos, masculino, submetido à cirurgia de rinosseptoplastia. Negava comorbidades. Hemograma e provas de coagulação dentro da normalidade. Procedimento realizado sem intercorrências. No pós-operatório imediato, horas após o procedimento, o paciente apresentou epistaxe de grande monta por fossa nasal esquerda. Foram realizadas duas tentativas de tamponamento nasal anterior, sem sucesso, e o paciente foi levado à cirurgia de urgência para reintervenção sob anestesia geral. Realizada endoscopia nasal com ótica de 0º, com aspiração de sangramento com identificação de epistaxe volumosa em topografia da artéria etmoidal anterior esquerda. O manejo do sangramento se deu pela ligadura desta artéria, através de acesso externo via incisão de Lynch modificada, com controle imediato da epistaxe.

**Discussão:** Sangramentos, tanto trans quanto pós-operatórios, estão entre as complicações descritas na rinosseptoplastia. O suprimento sanguíneo arterial nasal é dado por ramos das artérias carótidas interna e externa. O sangramento posterior, que costuma ser de maior monta e de mais difícil controle, se dá em geral pela artéria esfenopalatina e seus ramos – originados do sistema carotídeo externo - ou pela artéria etmoidal anterior, que tem origem no sistema carotídeo interno. Em casos mais severos, medidas como o tamponamento nasal podem não ser o suficiente e a abordagem cirúrgica deve ser considerada. Para tanto, é essencial a identificação do ponto de sangramento para uma intervenção eficiente. Se oriundos da artéria etmoidal anterior, pode-se lançar mão da abordagem endoscópica ou aberta (incisão de Lynch), dependendo da experiência e habilidade da equipe cirúrgica, sendo fundamental um conhecimento profundo da anatomia local.

**Considerações Finais:** O presente relato de caso ilustra uma situação pouco frequente de sangramento pós-operatório imediato por lesão da artéria etmoidal anterior. Sangramentos nasais pós rinosseptoplastia em geral são de pequena monta, mas eventualmente podem ser condição grave, necessitando de equipe médica assistente e de enfermagem bem preparada para manejo do sangramento.

## P 694 EXPERIÊNCIA DO RESIDENTE EM RINOSSEPTOPLASTIA DURANTE SUA FORMAÇÃO NA OTORRINOLARINGOLOGIA

Eron Mosciati, Débora Bressan Pazinato, Lizandra Stopa Passini, Igor Guerra Guimarães, Augusto Cesar Bernardes Miguel, Jose Eli Baptistella

*Complexo Hospitalar Ouro Verde, Campinas, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Relatar a experiência do residente no aprendizado da técnica de rinosseptoplastia durante a formação médica na residência de Otorrinolaringologia no serviço do CHOV/CHPEO- Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi. Os pacientes foram submetidos à avaliação otorrinolaringológica, avaliação pré-operatória, além de realização de fotos, preenchimento de protocolo do próprio serviço e programação detalhada do procedimento cirúrgico.

**Discussão:** A Medicina, com ênfase na plástica facial, obteve avanço das mais diversas áreas, inclusive na rinosseptoplastia, permitindo bons resultados e maior satisfação dos pacientes. A cirurgia estética e reconstrutora tem por objetivo a utilização de procedimentos cirúrgicos para alcançar melhora estética e funcional. O processo de aprendizado da cirurgia estética nasal demanda do cirurgião dedicação e habilidade para o domínio das técnicas e da correta avaliação para satisfazer os anseios dos pacientes, sem segregar a parte estética da funcional. Os médicos residentes do terceiro ano e *Fellow* do primeiro ano realizaram a cirurgia de rinosseptoplastia com supervisão dos preceptores responsáveis pelo serviço de cirurgia plástica da face da Otorrinolaringologia do nosso hospital. Sempre que necessário, o preceptor interveio na cirurgia, corrigindo falhas, desenvolvendo a técnica e finalizando a cirurgia em um tempo seguro para o paciente. Dessa forma, o residente pode abstrair o máximo de técnica cirúrgica e habilidade para melhorar seu desenvolvimento em rinosseptoplastia durante seu aprendizado, melhorando sua curva de sucesso cirúrgico.

**Considerações Finais:** A rinosseptoplastia exige grande habilidade e experiência cirúrgica para atingir bons resultados. Sabemos que as queixas nasais funcionais e estéticas são frequentes no consultório de Otorrinolaringologia e na maior parte das vezes associadas entre si; com isso, é importante que o residente consiga usufruir dos bons ensinamentos para alcançar uma capacitação adequada durante sua formação profissional e estar apto para poder realizá-la com toda segurança.

## P 695 FORMAÇÃO DE QUELOIDE BILATERAL TARDIO APÓS CIRURGIA DE OTOPLASTIA: RELATO DE CASO

Isabella Cristina Ragazzi Quirino Cavalcante, Ney Penteado de Castro Neto, David Roberto Claro, Amanda Melim Bento, Thiago Ribeiro de Almeida, Thiago Xavier de Barros Correia, Isabela Tavares Ribeiro

*Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil*

**Apresentação do Caso:** J.P.M., sexo masculino, pardo, 15 anos, realizou otoplastia bilateral há 3 anos; apresentou boa cicatrização no pós-operatório, sem qualquer tipo de intercorrência, com bom resultado estético. Após dois anos e seis meses, formou-se queloide em cicatriz retroauricular bilateralmente. Paciente nega dor local ou prurido, apenas o incomodo estético. Filho de mãe parda e pai branco, possui um irmão pardo, sem histórico familiar de queloide. Paciente já realizou previamente apendicectomia aos 9 anos e adenoamigdalectomia com 12 anos, apresentando boa cicatrização cutânea. Não possui cicatrizes de escoriações prévias. Nega qualquer comorbidade ou uso crônico de medicação.

**Discussão:** A orelha de abano é a anormalidade congênita mais frequente da orelha externa. Apesar de não causar prejuízos à condução aérea do som, pode gerar transtornos sociais e baixa autoestima, justificando o caráter estético desta cirurgia. Dentre as complicações relatadas em otoplastia, a presença de cicatrização inadequada, como cicatriz hipertrófica e queloide, possui prevalência relatada de 0,7 a 3,3%, com pico de incidência entre seis meses a um ano após a cirurgia. O queloide apresenta preponderância em africanos, asiáticos e indivíduos de pele escura em geral; tem característica familiar, de mecanismo pouco esclarecido. Possui prevalência semelhante entre homens e mulheres, na mesma faixa etária, entre 10 e 30 anos, principalmente na região pré-esternal, cervical posterior, dorso e pavilhão auricular.

**Considerações Finais:** O queloide, como complicação de otoplastia, apresenta baixa prevalência, porém deve ser incluído na lista de possíveis eventos adversos desse procedimento. O maior risco ocorre em pacientes que já apresentaram previamente alguma anormalidade de cicatrização, devendo os mesmos ser bem orientados quanto aos riscos, já que uma cicatrização inadequada vai contra os princípios estéticos de escolha por esse tipo de cirurgia.

**P 696 REAÇÃO AO FIO NYLON EM CIRURGIA DE RINOSSEPTOPLASTIA**

Mariana Bastos Faria, Thais Baratela Loss, Lais Cristina de Pin, Mário Pinheiro Espósito, Fabiano Amaral Rodrigues dos Santos

*Hospital Otorrino de Cuiabá, Cuiabá, MT, Brasil*

**Apresentação do Caso:** M.G.O.N., sexo feminino, 51 anos, atendida em ambulatório devido à congestão e insatisfação com estética nasal. Realizada cirurgia de rinosseptoplastia estética devido à vontade da própria paciente. Após 8 meses de PO, retornou devido à hiperemia e edema em ponta nasal evoluindo para abscesso e, posteriormente, drenagem com fistulização da pele. Ao exame físico – identificado fio de nylon no local da fístula, retração da pele e deformação estética da ponta nasal. Foi conversado com a paciente a necessidade de uma nova intervenção cirúrgica para reconstrução da estética nasal.

**Discussão:** O nylon é um material sintético, monofilamentar que se caracteriza pela elasticidade devido a sua resistência mecânica, este provoca uma reação inflamatória de pequena extensão e por tempo limitado, podendo gerar reação de corpo estranho. A proliferação de fibroblastos e capilares sanguíneos é mais precoce nos locais em contato com o fio. Atualmente, o fio mais indicado na rinosseptoplastia é o PDS um monofilamento sintético absorvível que apresenta vantagens sobre os fios absorvíveis sintéticos existentes para utilização em tecidos que necessitem que o material de sutura permaneça por longo período.

**Considerações Finais:** O nylon que, além de necessitar remoção, é um fio traumático desde a penetração da agulha nos tecidos cutâneos e subcutâneos até à inserção do próprio material estranho ao organismo. Este material ocasiona uma reação inflamatória, resultando na epitelialização do trajeto de sutura pelos tecidos com invaginação das bordas da ferida e a persistência por vários dias de crostas hemáticas. O fio de nylon é caracterizado por apresentar uma proliferação de fibroblastos, aumentando a secreção de matriz de colágeno acompanhada de fibrose. O polímero de polidioxamona é, empiricamente e atualmente, considerado não antigênico, não pirogênico e desencadeia somente uma leve reação do tecido durante a absorção, além de apresentar maior resistência à tração.

## P 697 RELATO DE NOVA TÉCNICA DE COLOCAÇÃO DE ALAR RIM GRAFT

Aline Almeida Figueiredo Borsaro, Clara Mota Randal Pompeu, Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos, Ulisses Meireles Filgueiras Filho, Gabriela de Andrade Meireles Bezerra, Viviane Carvalho da Silva, Rodolfo Borsaro Bueno Jorge

*Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 33 anos, sexo feminino, com obstrução nasal bilateral crônica, associada a queixa estética na região da borda alar das narinas bilateralmente. Evidencia-se, à rinoscopia, desvio septal anterior direito e leve hipertrofia de conchas nasais inferiores. Ao exame físico da válvula nasal externa, observou-se retração leve do contorno alar associada a leve colabamento na região das válvulas nasais externas, em repouso e inspiração. Paciente foi submetida à septoplastia e correção da insuficiência da válvula nasal externa, com *alar rim graft*, por meio da transfixação de Gelco 14 na borda narinária, para posicionamento de enxerto, sem necessidade de incisão marginal. O resultado mostrou melhora na relação estética entre columela e borda narinária e na respiração nasal.

**Discussão:** A retração alar é uma alteração estética nasal, que pode ser secundária a cirurgias prévias e/ou posicionamento cefálico das cartilagens laterais inferiores, em que enxertos de suporte, tais como enxerto composto, *alar strut graft*, *alar rim graft*, divisão lobular vertical e *alar batten graft* são necessários. Além da desfavorável aparência estética, pode acarretar prejuízo funcional, manifestando-se como colapso da válvula externa. Podemos identificar a retração alar pela presença de pinçamento alar, crura laterais enfraquecidas e retração da margem alar. O *alar rim graft* é um enxerto de cartilagem que busca fornecer suporte para a margem alar, podendo ser usados para corrigir pinçamentos, retrações alares leves (<1,5 mm) ou como profilaxia de retração alar, em casos de pacientes suscetíveis ou em rinoplastias revisionais. A técnica tradicional envolve uma incisão marginal e dissecação com tesoura, inserindo e ajustando o enxerto nesse bolsão.

**Considerações Finais:** A utilização do *alar rim graft* é uma abordagem simples e versátil, para promover um suporte adicional para a válvula nasal externa e melhorar o contorno da base nasal, sendo a técnica descrita neste trabalho de fácil realização, sem necessidade de incisão marginal.

## P 698 REPOSICIONAMENTO AURICULOTEMPORAL APÓS RESSECÇÃO DE NEUROFIBROMA EM FACE

Thaizza Cavalcante Correia, Michelle Oliveira dos Santos, Lara Damasceno Almeida Moura, Aline Citty Duccini, Jessica Ramos Santos, Davi Sandes Sobral

*Hospital Santo Antonio, Salvador, BA*

**Apresentação do Caso:** Paciente J.M.A.S., feminino, 32 anos, apresentando otorreia e otalgia desde 10 anos, com episódios de otite externa a esquerda. Aos 16 anos, iniciou abaulamento retroauricular esquerdo, de crescimento progressivo, causando deformidade da região auriculotemporal esquerda. Observamos lesão disforme, amolecida em região retroauricular e temporo-mandibular, deslocando pavilhão auditivo esquerdo inferoanteriormente e abaulando o conduto auditivo externo e concha auricular. Apresentava outras lesões amolecidas de pequeno volume e manchas café com leite dispersas. Realizados RNM e TC evidenciando formação expansiva de contornos irregulares com densidade de partes moles envolvendo pavilhão auricular, planos cutâneos periauriculares, adiposos e musculares locais. Realizado procedimento cirúrgico ressecando parte deste neurofibroma e excesso de pele distendida pela lesão, restaurando perviedade da orelha externa e reposicionando a estrutura anatômica do pavilhão auricular extremamente distópico, com evidente prejuízo estético. A cirurgia não apresentou intercorrências e a paciente refere extrema satisfação com resultado obtido.

**Discussão:** As manifestações clínicas mais comuns da neurofibromatose tipo 2 são lesões neurológicas, oculares e cutâneas, com placas intradérmicas, nódulos cutâneos e subcutâneos. As deformidades causadas são estigmatizantes, causando grande impacto negativo do aspecto psicossocial. Manifestações cutâneas são infrequentes e inespecíficas, apesar disso podem ser recursos suficientes para suspeita e diagnóstico. O tormento psicológico causado por depreciada autoimagem e impacto nas relações sociais e laborais foi fator mais evidente frente à deformidade “estética” apresentada.

**Considerações Finais:** As deformidades causadas por neurofibromas podem ter impacto psicológico de grande morbidade. Cirurgias de remodelação devem ser fortemente recomendadas mesmo que não curativas em relação à afecção de base.

## P 699 RINOPLASTIA ABERTA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM DORSO NASAL

Kallil Monteiro Fernandes, Mylene Cristina Pinto de Paiva Almeida, Liliane Queiroz de Lira, Arthur de Sousa Pereira Trindade, Luiz Maia de Freitas Junior, Natania Tuanny Damasceno Inácio, Daniel de Menezes Cortês Bezerra

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Homem, 27 anos, com queixa de obstrução nasal unilateral à direita, além de sinais flogísticos e supuração em dorso nasal à direita. Afirma que sintomas iniciaram após acidente de trabalho, durante o qual alguns fragmentos de madeira entraram em seu nariz. Na época do acidente, procurou um pronto-socorro onde foi controlado o sangramento e realizada sutura da ferida da pele, sendo então encaminhado para consulta ambulatorial da Otorrinolaringologia HUOL. Nasofibroscopia não evidenciando corpos estranhos dentro da fossa nasal, com granulomas em ambas as válvulas nasais, sendo maior à direita. Paciente sem sintomas nasais previamente. Foi submetido à cirurgia para retirada de corpo estranho, sob anestesia geral, 3 meses após o acidente, utilizando-se a técnica rinoplastia aberta, através da qual foram retirados 3 fragmentos de madeira que se alojaram entre a cartilagem lateral superior e osso próprio nasal, além de trajeto fistuloso que estava acima da cartilagem lateral. O paciente evoluiu com boa cicatrização da ferida operatória, sem obstrução e dor nasal.

**Discussão:** O corpo estranho em partes moles do nariz é uma situação relativamente incomum, porém bastante incômoda para o paciente, pois além da deformidade estética que provoca, promove inflamação crônica e facilitador de infecção. A retirada desses corpos estranhos pode ser feita por incisão direta sobre a pele onde se encontra o corpo estranho, porém com pouca exposição da área e com resultados estéticos insatisfatórios na maioria dos casos. A rinoplastia aberta permite uma visão direta sobre o arcabouço cartilaginoso e ósseo nasal, além de cicatrizes menos danosas. Essa técnica, utilizada mais comumente para cirurgia funcional e/ou estético nasal, permite uma excelente abordagem para corpos estranhos entre a pele e cartilagem do nariz.

**Considerações Finais:** Esse caso mostra a importância do aprendizado da técnica rinoplastia aberta durante a residência de Otorrinolaringologia com fins funcionais e reparadores.

## P 700 RINOSSEPTOPLASTIA ABERTA COM SEPTOPLASTIA EXTRACORPÓREA E INVERSÃO SEPTAL ANTEROPOSTERIOR: RELATO DE UM CASO

Alda Linhares de Freitas Borges, Sara Anieli da Costa Braz Fonseca, Rodolfo Bonfim Siqueira de Almeida, Ana Karolina Paiva Braga Rocha, Claudiney Cândido Costa, Hugo Valter Lisboa Ramos, André Valadares Siqueira

*Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, Goiânia, GO, Brasil*

**Apresentação do Caso:** Paciente, 15 anos, masculino, procurou o serviço de Otorrinolaringologia com história de trauma nasal na primeira infância e queixa de obstrução nasal e respiração oral, além de descontentamento com a estética nasal. Apresentava desvio caudal do septo nasal para a esquerda, desvio obstrutivo em região de válvula interna e desvio da pirâmide nasal para a direita. Optou-se por rinosseptoplastia funcional por técnica aberta via incisão marginal e columelar em “v” invertido, seguida de septoplastia extracorpórea com inversão anteroposterior da cartilagem quadrangular, realizada sutura *tongue in groove* (TGI) e intradomal para sustentação e rotação da ponta nasal além da correção do desvio caudal. Não houve necessidade de moldagem da cartilagem quadrangular para que a mesma fosse reposicionada na região septal nasal. Paciente não apresentou complicações no pós-operatório e evoluiu com correção da laterorrinia e do desvio septal.

**Discussão:** Desvios septais importantes, especialmente na extremidade dorsal e caudal do septo cartilaginoso, são difíceis de tratar e, geralmente, estão associados ao desvio externo do nariz. A abordagem clássica de septoplastia torna-se inadequada para desvios tão graves, o que geralmente requer uma reconstrução septal extracorpórea para corrigir a laterorrinia. A correção do terço inferior do nariz é talvez o componente mais desafiador da realização de uma rinosseptoplastia. A técnica de TIG fornece um método para corrigir o excesso de espectro columar e manter a correção do desvio caudal e é indicada para controlar a rotação e projeção da ponta nasal, preservando a integridade do complexo cartilaginoso lobular.

**Considerações Finais:** O uso da septoplastia extracorpórea para a correção do desvio septal caudal severo é uma técnica relativamente nova, pouco se sabe sobre suas taxas de complicações; no entanto, dados atuais indicam taxas comparáveis à septoplastia convencional. A técnica TIG, quando usada em conjunto com técnicas de septoplastia, ajuda a manter a correção de um septo caudal desviado.

A ASSOCIAÇÃO ENTRE DRGE E AS QUEIXAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS DOS PACIENTES ATENDIDOS NA AÇÃO SOCIAL DO BAIRRO JARDIM VENEZA EM JOÃO PESSOA/PB (P 216).....	267
A FISIOPATOLOGIA E RELEVÂNCIA DO COMPONENTE ANTEROPOSTERIOR NA AVALIAÇÃO DIMENSIONAL DA ÁREA AXIAL MÍNIMA NA SAOS (TL 001).....	8
ABORDAGEM AMBULATORIAL DE CORPO ESTRANHO MAXILAR DE TRAJETO TRANSORBITÁRIO (P 094) .....	151
ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DE GRANULOMA TRAQUEAL (P 141).....	194
ABORDAGEM ENDOSCÓPICA NASOSSINUSAL DE ABSCESSO ORBITÁRIO DECORRENTE DE FRATURA BLOWOUT DE ÓRBITA (P 481).....	521
ABORDAGEM POR VIA ENDOSCÓPICA E EXTERNA DE MUCOCELE FRONTOETMOIDAL (P 482) .....	522
ABSCESSO CEREBRAL COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE EXTERNA NECROTIZANTE: RELATO DE CASO (P 265) ...	314
ABSCESSO CEREBRAL: RELATO DE CASO DE COMPLICAÇÃO INTRACRANIANA DE RINOSSINUSITE FRONTAL (P 483) .....	523
ABSCESSO CERVICAL RETROCRICOIDEO – RELATO DE CASO (P 142) .....	195
ABSCESSO DE BASE DE LÍNGUA APÓS INGESTÃO DE ESPINHA DE PEIXE (P 095) .....	152
ABSCESSO DE BEZOLD - RELATO DE CASO (P 266) .....	315
ABSCESSO DE BEZOLD: COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDICA CRÔNICA (P 143) .....	196
ABSCESSO DE ESPAÇO CERVICAL MASTIGATÓRIO COM EXTENSÃO TEMPORAL (P 144) .....	197
ABSCESSO EXTRADURAL POR OTITE MÉDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA: UM RELATO DE CASO (P 267) ...	316
ABSCESSO ORBITÁRIO COMO COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE AGUDA EM RECÉM-NASCIDO (P 484).....	524
ABSCESSO ORBITÁRIO SUBPERIOSTEAL EM CRIANÇA COMO COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE (P 485) ....	525
ABSCESSO ORBITÁRIO SUBPERIOSTEAL EM RECÉM-NASCIDO, UM RELATO DE CASO (P 434) .....	476
ABSCESSO PERIAMIGDALIANO GIGANTE (P 096).....	153
ABSCESSO SEPTAL EM CRIANÇA: PRECARIIDADE DA HIGIENE COMO FATOR DE RISCO (P 435) .....	477
ABSCESSO SEPTAL SECUNDÁRIO A CISTO PERIAPICAL. RELATO DE CASO (P 486).....	526
ABSCESSO SEPTAL: RELATO DE CASO (P 487) .....	527
ABSCESSO SUBDURAL E DE SEPTO NASAL SECUNDÁRIOS À RINOSSINUSITE AGUDA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO (P 488) .....	528
ACESSOS CIRÚRGICOS COMBINADOS PARA TRATAMENTO DE FRATURAS EM ASSOALHO ORBITAL E LÂMINA PAPIRÁCEA – RELATO DE CASO (P 489) .....	529
ACUTE INVASIVE FUNGAL RHINOSINUSITIS IN A PATIENT WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA – A CASE REPORT (P 490).....	530
ADENOCARCINOMA DE LARINGE: CASO RARO DE ENVOLVIMENTO SUBGLÓTICO (P 217).....	268
ADENOMA DE PARATIREOIDE INTRATIREOIDIANO: RELATO DE CASO (P 145) .....	198
ADENOMA PLEOMÓRFICO (P 491) .....	531
ADENOMA PLEOMÓRFICO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO (P 268) .....	317
ADENOMA PLEOMÓRFICO DE PALATO DURO: RELATO DE CASO (P 097).....	154
ADENOSE POLICÍSTICA ESCLEROSANTE EM ADOLESCENTE (P 146) .....	199
AGLOSSIA AND MAXILLOMANDIBULAR SYNECHIAE IN A ONE-YEAR-OLD CHILD – A CASE REPORT (P 098).....	155

ALTERAÇÕES AUDITIVAS EM CRIANÇAS COM MICROCEFALIA E PROVAVEL INFECÇÃO PELO ZIKA VIRUS (ZIKV) (P 032).....	98
ALTERAÇÕES ENDOSCÓPICAS NASAIS EM PACIENTES COM OTITE MÉDIA CRÔNICA (P 016).....	86
ALTERAÇÕES GUSTATÓRIAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS APÓS RADIOTERAPIA EM CABEÇA E PESCOÇO (TL 011).....	18
ALTERAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON (TL 029).....	35
ALTERAÇÕES TOMOGRÁFICAS DE SEIOS PARANASAIS EM PACIENTES COM FISSURA LABIOPALATINA (P 492).....	532
AMAUROSE COMO COMPLICAÇÃO DE SEPTOPLASTIA: RELATO DE UM CASO (P 493).....	533
AMELOBLASTOMA MAXILAR: USO DE BIOMODELO EM 3D E ABORDAGEM CIRÚRGICA MULTIDISCIPLINAR (P 494).....	534
AMELOBLASTOMA NASAL: RELATO DE CASO (P 495).....	535
AMELOBLASTOMA: RELATO DE CASO (P 099).....	156
AMILOIDOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO (P 218).....	269
AMILOIDOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO (P 219).....	270
AMILOIDOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO - HOSPITAL OTORRINOS FEIRA DE SANTANA – BA (P 220).....	271
AMILOIDOSE LOCALIZADA EM RINOFARINGE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA (P 269).....	318
AMILOIDOSE SISTÊMICA COM MANIFESTAÇÃO LARÍNGEA (P 221).....	272
AMPUTAÇÃO BILATERAL DE ORELHAS EXTERNAS POR TUMORES DE PELE LOCALMENTE AVANÇADOS E RECONSTRUÇÃO EM VÁRIOS TEMPOS COM USO DE RETALHOS DE PELE, RETALHO MUSCULOCUTÂNEO E ENXERTOS (P 147).....	200
ANÁLISE COMPARATIVA DA GRAVIDADE DO ZUMBIDO EM UMA AMOSTRA DE 868 PACIENTES DIABÉTICOS E NÃO DIABÉTICOS AVALIADOS CLINICAMENTE EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM OTOLOGIA. (P 017).....	87
ANÁLISE DA PONTUAÇÃO DO DHI EM DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES COM TONTURA (P 397).....	441
ANÁLISE DA PONTUAÇÃO NO SCORE DE LUND-MACKAY EM PACIENTES COM RINOSSINITE CRÔNICA SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO - UM ESTUDO PILOTO (P 059).....	117
ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE OTITES MÉDIAS ENTRE PACIENTES COM FISSURA LABIOPALATINA (P 271) ..	320
ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE RINOSSINITE CRÔNICA COM E SEM POLIPOSE EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM UM CENTRO HOSPITALAR - UM ESTUDO PILOTO (P 496).....	536
ANÁLISE DA RELAÇÃO DE CONCHA MÉDIA BOLHOSA E SINUSOPATIA EM ESTUDOS TOMOGRÁFICOS (P 497).....	537
ANÁLISE DAS PRINCIPAIS COMORBIDADES EM PACIENTES ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE SONO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA (HUBFS) (P 100).....	157
ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS NO DIA MUNDIAL DA VOZ NOS ÚLTIMOS 8 ANOS (TL 030).....	36
ANÁLISE DOS LIMIARES AUDITIVOS DE PACIENTES COM OTOSCLEROSE APÓS ESTAPEDOTOMIA EM SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (P 270).....	319
ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS TIMPANOPLASTIAS REALIZADAS NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR (P 272).....	321
ANÁLISE MICROBIOLÓGICA DAS SOLUÇÕES SALINAS UTILIZADAS PARA LAVAGEM NASAL (TL 059).....	64
ANÁLISE MORFOFUNCIONAL DA VOZ EM SUJEITOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO INFRATENTORIAL (P 002).....	72

ANÁLISE RETROSPECTIVA DE COMPARAÇÃO ENTRE MÉTODOS SUBJETIVOS E OBJETIVO NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS FUNCIONAIS NASAIS A LONGO PRAZO (P 060).....	118
ANÁLISE RETROSPECTIVA DO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CIRURGIAS FUNCIONAIS EM PACIENTES COM OBSTRUÇÃO NASAL CRÔNICA ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PEAK FLOW NASAL (P 061) .....	119
ANALYSIS OF VIDEO LARYNGOSCOPY IMAGES WITH AND WITHOUT PROTECTIVE COVER FOR THE INTRAORAL ODONTOLOGICAL CAMERA (P 001).....	71
ANEURISMA AÓRTICO DIAGNOSTICADO A PARTIR DE UMA DISFONIA - RELATO DE CASO DE PARALISIA DE PREGA VOCAL ESQUERDA (P 222) .....	273
ANGINA DE LUDWIG (P 148).....	201
ANGINA DE LUDWIG COM ABSCESSO PERIAMIGDALIANO À DIREITA: UM RELATO DE CASO (P 149).....	202
ANGINA DE LUDWIG: RELATO DE CASO (P 150).....	203
ANGIOFIBROMA JUVENIL NASOFARÍNGEO: EFICÁCIA DA LIGADURA ARTERIAL NA REDUÇÃO DA PERDA SANGUÍNEA INTRAOPERATÓRIA (P 062) .....	120
ANGIOMA CAVERNOSO EM CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO (P 273).....	322
ANOMALIA DE TERCEIRO ARCO BRANQUIAL: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA (P 151) .	204
ANOSMIA: MENINGIOMA DE GOTEIRA OLFATÓRIA (P 498) .....	538
APLICABILIDADE DA EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL PRÉ-OPERATÓRIA EM PACIENTES COM NASOANGIOFIBROMA (P 499).....	539
APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO, FLUXO NASAL E ALTERAÇÕES NA PRESSÃO ARTERIAL PULMONAR EM CRIANÇAS RESPIRADORAS ORAIS OBSTRUTIVAS (P 033) .....	99
APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ADENOMA PLEOMÓRFICO (P 152) .....	205
APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE PÓLIPO ANTROCOANAL COM COMPONENTE ANGIOMATOSO (P 500).....	540
APRESENTAÇÃO ATÍPICA DO SCHWANNOMA DO NERVO FACIAL (P 274).....	323
APRESENTAÇÃO SIMULTÂNEA DE OTOSCLEROSE E DEISCÊNCIA DO CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR (P 275).....	324
AQUISIÇÃO DE HABILIDADES CIRÚRGICAS A PARTIR DO TREINAMENTO DE CIRURGIA ENDOSCÓPICA NASAL EM MODELO DE CORDEIRO (TL 053) .....	59
ASPECTO CLÍNICO OTORRINOLARINGOLÓGICO NA FIBROSE CÍSTICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA (P 501).....	541
ASPECTO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA LARINGOMALÁCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA (P 436) .....	478
ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA AMILOIDOSE LARÍNGEA: UMA REVISÃO DE LITERATURA (P 003) .....	73
ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA LARINGOCELE: UMA REVISÃO DE LITERATURA (P 004) .....	74
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E HISTOLÓGICOS DOS PACIENTE SUBMETIDOS À TIREOIDECTOMIA NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA (TL 012) .....	19
ASSOCIAÇÃO DA CORREÇÃO DO LÓBULO DE ORELHA COM PREENCHIMENTO COM GORDURA (LIPOFILLING): RELATO DE CASO (P 691) .....	721
ASSOCIAÇÃO DAS TÉCNICAS TONGUE-IN-GROOVE E DIVISÃO VERTICAL DE DOMUS EM RINOPLASTIA: SÉRIE DE CASOS (TL 017).....	23

ASSOCIAÇÃO ENTRE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL E SINAIS/SINTOMAS DE REFLUXO FARINGO-LARÍNGEO (TL 031).....	37
ASSOCIAÇÃO ENTRE POLIPOSE NASOSSINUSAL E PAPILOMA INVERTIDO: RELATO DE CASO (P 502).....	542
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM OTORRINOLARINGOLOGIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO (P 086).....	143
ATRESIA COANAL BILATERAL EM PACIENTE ADULTO JOVEM (P 503).....	543
ATRESIA CONGÊNITA DE COANA BILATERAL: UM RELATO DE CASO (P 504).....	544
ATRESIA DE COANA BILATERAL EM PACIENTE DE 41 ANOS: ABORDAGEM NO ADULTO (P 505).....	545
AVALIAÇÃO AUDIOMÉTRICA DE ALTAS FREQUÊNCIAS EM PACIENTES COM ZUMBIDO E AUDIÇÃO NORMAL (P 398).....	442
AVALIAÇÃO AUDITIVA APÓS 3 ANOS DA CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR (P 276).....	325
AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DE EXTRATOS DERIVADOS DO CERRADO BRASILEIRO (ANNONA CORIACEA MART) SOBRE LINHAGENS DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEÇA E PESCOÇO (TL 007).....	14
AVALIAÇÃO DA COMBINAÇÃO DE PREDNISOLONA E PENTOXIFILINA NO TRATAMENTO DA SURDEZ SÚBITA (P 277).....	326
AVALIAÇÃO DA MELHORA CLÍNICA DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE RINOSSINUSITE CRÔNICA SUBMETIDOS À CIRURGIA ENDOSCÓPICA NASOSSINUSAL (P 063).....	121
AVALIAÇÃO DA SOLUÇÃO DE D-PANTENOL 5% NA CICATRIZAÇÃO DA MUCOSA NASAL APÓS TURBINECTOMIA, UM ESTUDO CONTROLADO, RANDOMIZADO E DUPLO-CEGO (P 064).....	122
AVALIAÇÃO DA SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL ENTRE CAMINHONEIROS (TL 002).....	9
AVALIAÇÃO DA VISUAL VERTICAL SUBJETIVA ATRAVÉS DO TESTE DO BALDE EM PACIENTES EM CRISE DE TONTURA (P 400).....	443
AVALIAÇÃO DA VOZ EM PACIENTES SUBMETIDOS À CORDECTOMIA (P 005).....	75
AVALIAÇÃO DE CASO DE EDEMA DE REINKE SOB NOVA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL, 2017 (P 223).....	274
AVALIAÇÃO DE FADIGA E DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES COM A SÍNDROME DA APNEIA HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (TL 003).....	10
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES CANDIDATOS À RINOSSEPTOPLASTIA SEGUNDO WHOQOL-BREVE (TL 018).....	24
AVALIAÇÃO DE UM MODELO DE OSSO TEMPORAL ARTIFICIAL COMO FERRAMENTA DE TREINAMENTO EM CIRURGIAS OTOLÓGICAS (TL 035).....	41
AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA FALA EM CRIANÇAS SUBMETIDAS AO IMPLANTE COCLEAR (TL 023).....	29
AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE AMIGDALITES AGUDAS NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2015 (P 437).....	479
AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE OTITE MÉDIA AGUDA NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO SUL DE SANTA CATARINA (P 035).....	101
AVALIAÇÃO DO EFEITO DO USO PROLONGADO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PRÓTONS SOBRE A VITAMINA B12 NO TRATAMENTO DE REFLUXO LARINGOFARÍNGEO (P 006).....	76
AVALIAÇÃO DO FLUXO NASAL INSPIRATÓRIO TOTAL E DA PATÊNCIA NASAL ATRAVÉS DE RINOMANOMETRIA ANTERIOR ATIVA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES RESPIRADORES BUCAIS ANTES E APÓS ADENOIDECTOMIA E/OU TONSILECTOMIA (P 036).....	102

AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA IDIOPÁTICA RECORRENTE ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE SÃO PAULO (P 019).....	88
AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO EM CRIANÇAS COM TRANSTORNOS DE APRENDIZADO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ (TL 024) .....	30
AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS DO OLFATO EM IDOSOS: RESULTADOS PRELIMINARES (TL 060).....	65
AVALIAÇÃO EM INDIVÍDUOS PRÉ E PÓS-LINGUAIS SUBMETIDOS A IMPLANTE COCLEAR (P 020) .....	89
AVALIAÇÃO ETIOLÓGICA DE PERDA AUDITIVA EM PACIENTES IMPLANTADOS NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO (TL 036).....	42
AVALIAÇÃO OBJETIVA DE OBSTRUÇÃO NASAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (P 037) .....	103
AVALIAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA EM PACIENTE PORTADOR DE ACROMEGALIA E CONSEQUENTE SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAHOS): RELATO DE CASO (P 102) .....	158
AVALIAÇÃO TRIDIMENSIONAL DA SAOS NA INFÂNCIA (P 438).....	480
AVALIAÇÃO TRIDIMENSIONAL DO CRESCIMENTO DA FACE DE CRIANÇAS COM OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES APÓS ADENOTONSILECTOMIA (P 034).....	100
BÓCIO ADENOMATOSO GIGANTE: RELATO DE CASO (P 153) .....	206
BOLA FÚNGICA ASSOCIADA A DERMATÓFITO: APRESENTAÇÃO RARA (P 506).....	546
BOLA FÚNGICA DE SEIO ESFENOIDAL (P 507) .....	547
CAMPANHA NACIONAL DA VOZ EM MACEIÓ/AL: RELATO DE EXPERIÊNCIA (P 007).....	77
CÂNCER DE LARINGE: ANÁLISE DA MORTALIDADE NO BRASIL EM UM PERÍODO DE DEZ ANOS (P 013).....	83
CAPACIDADE OSTEOGÊNICA DE MEMBRANA POLIMÉRICA DE ELASTINA NO REPARO DE DEFEITO DO OSSO NASAL DE RATOS SUBMETIDOS À INGESTÃO CRÔNICA DE ÁLCOOL (TL 019).....	25
CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO (P 154).....	207
CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO DE SUBGLOTE: RELATO DE CASO (P 155).....	208
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE OSSO TEMPORAL EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE OTITE MÉDIA CRÔNICA: RELATO DE DOIS CASOS (P 278) .....	327
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS NASAL: RELATO DE CASO (P 508).....	548
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS SARCOMATOIDE DE LARINGE PÓS-RADIOTERAPIA (P 156).....	209
CARCINOMA DE OROFARINGE E HPV - RELATO DE CASO EM ADOLESCENTE (P 157).....	210
CARCINOMA DE PRÓSTATA COM METÁSTASES PARA SEIOS MAXILAR E ETMOIDAL DIREITOS: UM RELATO DE CASO (P 509) .....	549
CARCINOMA DE RINOFARINGE EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO (P 158).....	211
CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE AMÍGDALA, PALATO E ÚVULA: RELATO DE CASO (P 159) .....	212
CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE SACO LACRIMAL: RELATO DE CASO (P 510).....	550
CARCINOMA ESPINOCELULAR DE SEPTO NASAL: RELATO DE CASO (P 511).....	551
CARCINOMA EX ADENOMA PLEOMÓRFICO: UM RELATO DE CASO (P 160) .....	213
CARCINOMA EX-ADENOMA PLEOMÓRFICO DE SEPTO NASAL – RELATO DE CASO (P 512).....	552
CARCINOMA INDIFERENCIADO DE NASOFARINGE - RELATO DE CASO (P 161).....	214
CARCINOMA INDIFERENCIADO DE PARÓTIDA - RELATO DE CASO (P 162) .....	215

CARCINOMA MIOEPITELIAL EM CONDUTO AUDITIVO EXTERNO (P 279).....	328
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE EM TONSILA PALATINA – RELATO DE CASO (P 163).....	216
CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS DE LARINGE: RELATO DE CASO (P 164).....	217
CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS: NEOPLASIA AGRESSIVA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES NASOSSINUSAIS (P 513).....	553
CARCINOMA POUCO DIFERENCIADO DE PADRÃO INSULAR DE TIREÓIDE - RELATO DE UM CASO (P 165)....	218
CARCINOMA SARCOMATOIDE DE LARINGE: DESAFIO TERAPÊUTICO (P 224).....	275
CASE REPORT: PYOGENIC GRANULOMA OF THE TYMPANUM. (P 280).....	329
CASE REPORT: TONGUE SQUAMOUS CELL CARCINOMA (P 166).....	219
CASUÍSTICA DAS CORDECTOMIAS REALIZADAS PARA TRATAMENTO DE TUMORES GLÓTICOS INICIAIS NO HOSPITAL SÃO PAULO (TL 032).....	38
CEFALEIA E TONTURA: DOIS SINTOMAS INDEPENDENTES OU DIFERENTES ESPECTROS DA MESMA DOENÇA? (TL 041).....	47
CENTRAL VESTIBULAR DYSFUNCTION DUE NEUROSCHISTOSOMIASIS: CASE REPORT (P 402).....	444
CERUMINOMA (P 281).....	330
CIRURGIA ENDOSCÓPICA ENDONASAL TRANSMAXILAR PARA TUMOR DE FOSSA PTERIGOPALATINA – RELATO DE CASO (P 514).....	554
CIRURGIA ROBÓTICA PARA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: RELATO DE CASO PARA BASE DE LÍNGUA (P 103).....	159
CISTO DE ARCO BRANQUIAL: RELATO DE UM CASO COM ACOMETIMENTO CERVICAL BILATERAL (P 167)...	220
CISTO DE DUCTO DA GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO (P 168).....	221
CISTO DE ÚVULA EM CRIANÇA (P 439).....	481
CISTO DO DUCTO NASOPALATINO: RELATO DE CASO (P 515).....	555
CISTO EM DUCTO TIREOGLOSSO – UMA INFREQUENTE APRESENTAÇÃO – RELATO DE CASO (P 169).....	222
CISTO NASOALVEOLAR BILATERAL (P 104).....	160
CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO VOLUMOSO DE REGIÃO MAXILAR: UM RELATO DE CASO (P 516).....	556
COCHLEAR IMPLANTATION IN FAR ADVANCED OTOSCLEROSIS: A CASE REPORT (P 282).....	331
COLESTEATOMA CONGÊNITO BILATERAL: RELATO DE CASO (P 283).....	332
COLESTEATOMA CONGÊNITO DA MEMBRANA TIMPÂNICA – PRIMEIRO CASO DESCRITO OPERADO POR VIA ENDOSCÓPICA (P 284).....	333
COLESTEATOMA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA (P 285)....	334
COLESTEATOMA DE OUVIDO MÉDIO APÓS IMPLANTE COCLEAR (P 286).....	335
COLESTEATOMA GIGANTE (P 287).....	336
COLESTEATOMA GIGANTE EM CRIANÇA DE 5 ANOS DE IDADE (P 288).....	337
COLESTEATOMA INTRAMEMBRANOSO (P 289).....	338
COLOBOMA AURIS – RELATO DE CASO (P 440).....	482
COMPARAÇÃO DA EFETIVIDADE DE DIFERENTES PROPOSTAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR (P 029).....	96
COMPARAÇÃO DOS NÍVEIS SÉRICOS DE CITOCINAS EM CRIANÇAS COM TONSILITES RECORRENTES	

OU HIPERTROFIA TONSILAR (TL 004).....	11
COMPARAÇÃO ENTRE A ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH E PARÂMETROS POLISSONOGRÁFICOS EM PACIENTES COM A SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO – ARTIGO DE REVISÃO. ( P 105) .....	161
COMPLETA CALCIFICAÇÃO DO LIGAMENTO ESTILO-HIOIDEO LEVANDO À SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO ( P 170) .....	223
COMPLICAÇÃO DE FARINGOPLASTIA EXPANSIVA: HIPOGEUSIA PERSISTENTE ( P 106) .....	162
COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE BACTERIANA AGUDA COM ABSCESSO ORBITÁRIO: RELATO DE CASO ( P 517) .....	557
COMPLICAÇÃO EXTRATEMPORAL DE OTITE MÉDIA AGUDA: RELATO DE CASO ( P 290) .....	339
COMPLICAÇÃO INTRACRANIANA DE RINOSSINUSITE AGUDA ( P 518) .....	558
COMPLICAÇÃO ORBITÁRIA DE RINOSSINUSITE EM CRIANÇA: RELATO DE CASO ( P 441).....	483
COMPLICAÇÃO PERIORBITÁRIA DE RINOSSINUSITE AGUDA: RELATO DE CASO ( P 519) .....	559
COMPLICAÇÃO RARA DE OTITE MÉDIA AGUDA - RELATO DE CASO ( P 291).....	340
COMPLICAÇÕES NA IMPLANTAÇÃO DE PRÓTESE AUDITIVA TRANSCUTÂNEA OSTEOANCORADA - BONEBRIDGE EM FOSSA MÉDIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA ( P 292) .....	341
COMPORTAMENTO DO P300 EM PACIENTE COM NEURINOMA APÓS CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR ( P 293) .....	342
COMPORTAMENTO DO P300 EM PACIENTES USUÁRIOS DE IMPLANTE COCLEAR COM ELETROESTIMULAÇÃO UNILATERAL – RESULTADOS PRELIMINARES (TL 037) .....	43
COMPROMETIMENTO DE MUCOSA SEPTAL COMO MANIFESTAÇÃO ISOLADA DA HISTOPLASMOSE ( P 520)....	560
CONDROMA DE CARTILAGEM CRICOIDE ( P 225) .....	276
CONDORADIONECROSE DE LARINGE: RELATO DE CASO ( P 171).....	224
CONDROSSARCOMA EM ORELHA ESQUERDA: RELATO DE CASO ( P 172) .....	225
CONDROSSARCOMA NASAL: UM RELATO DE CASO ( P 521) .....	561
CONDUTA CONSERVADORA NO TRATAMENTO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA POR IOT PROLONGADA EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DE SÃO PAULO ( P 173) .....	226
CONGENITAL DERMOID CYST OF THE TONGUE CAUSING RESPIRATORY DISTRESS: A CASE REPORT ( P 442) .....	484
CORDOMA CONDROIDE EM CLIVUS ( P 522) .....	562
CORISTOMA NEUROGLIAL DE ORELHA MÉDIO: RELATO DE CASO ( P 294).....	343
CORPO ESTRANHO ANIMADO (FORMIGA) EM VALÉCULA: RELATO DE CASO ( P 226) .....	277
CORPO ESTRANHO EM MEATO AUDITIVO EXTERNO - ARANHA MARROM ( P 295).....	344
CORPO ESTRANHO EM OTORRINOLARINGOLOGIA: PERFIL DOS ATENDIMENTOS E COMPLICAÇÕES EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA (TL 055).....	60
CORPO ESTRANHO EM SEIO MAXILAR MIMETIZANDO BOLA FÚNGICA ( P 523).....	563
CORPOS ESTRANHOS DE NARIZ, OROFARINGE E ORELHAS RETIRADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO ( P 088).....	144
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ATRESIA COANAL CONGÊNITA BILATERAL POR MEIO DE ROTAÇÃO DE RETALHOS: RELATO DE CASO ( P 524).....	564
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ORELHAS DE ABANO: REVISÃO ASSISTEMÁTICA DA LITERATURA ( P 443) .....	485

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ORELHAS EM ABANO: SÉRIE DE CASOS (P 692).....	722
CORREÇÃO DE INSUFICIÊNCIA VALVULAR NASAL COM BATTEN GRAFT - UM RELATO DE CASO (P 525).....	565
CORRELAÇÃO DO TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL COM SATISFAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL NASAL (TL 020).....	26
CRANIOFARINGIOMA RECIDIVANTE APÓS 30 ANOS COM INVASÃO DE SEIOS PARANASAIS E ALTERAÇÕES EM BASE DE CRÂNIO: RELATO DE CASO (P 526).....	566
CRIPTOCOCOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO (P 227).....	278
DACRIOCISTOCELE CONGÊNITA BILATERAL: RELATO DE CASO (P 527).....	567
DADOS ESTATÍSTICOS DE PACIENTES PORTADORES DE FISSURAS LABIOPALATAIS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO DISTRITO FEDERAL (P 038).....	104
DEFORMIDADE AURICULAR CONGÊNITA DE STAHL: REVISÃO DE LITERATURA (P 444).....	486
DEISCÊNCIA DO CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR EM PACIENTE COM FISSURA LABIOPALATINA (P 297)....	345
DERMOSSEPOTPLASTIA COMO TRATAMENTO DA EPISTAXE RECORRENTE EM PACIENTES COM TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA (P 528).....	568
DESCOMPRESSÃO CIRÚRGICA BILATERAL DE OSSO TEMPORAL - RELATO DE CASO (P 298).....	346
DESCOMPRESSÃO DO SACO ENDOLINFÁTICO EM PACIENTE REFRACTÁRIO AO TRATAMENTO CLÍNICO NA DOENÇA DE MÉNIÈRE: RELATO DE CASO (P 403).....	445
DESENVOLVIMENTO DE MODELO EXPERIMENTAL PARA ESTUDO DA REDE ARTERIAL NASOSSINUSAL E DA BASE DO CRÂNIO ATRAVÉS DO USO DE CONTRASTE IODADO E LÁTEX EM CADÁVERES (TL 061).....	66
DESORDENS VESTIBULOCOCLEARES IMUNOMEDIADAS: SÉRIE DE CASOS (P 404).....	446
DETERMINATION OF IMMUNOHISTOCHEMICAL VARIATIONS IN WORKERS EXPOSED TO COTTON DUST WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS (TL 062).....	67
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ALARGAMENTO DE INFUNDÍBULO ETMOIDAL - POLIPOSE NASOSSINUSAL E BOLA FÚNGICA CONCOMITANTE (P 529).....	569
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA RINITE ATRÓFICA OZENOSA: UMA REVISÃO DE LITERATURA (P 065).....	123
DISACUSIA NEUROSENSORIAL IMUNOMEDIADA: RELATO DE CASO (P 299).....	347
DISFAGIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE PATOLOGIA OSTEOARTICULAR CERVICAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO (P 228).....	279
DISFAGIA EM DEFICIENTES MENTAIS INSTITUCIONALIZADOS - AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO (TL 025).....	31
DISFAGIA POR OSTEOFITOSE CERVICAL, MANEJO CLÍNICO E MELHORA NA DEGLUTIÇÃO: RELATO DE CASO (P 107).....	163
DISPLASIA FIBROSA DO OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO (P 300).....	348
DISPLASIA FIBROSA EM SEIO MAXILAR EM CRIANÇA: RELATO DE CASO (P 445).....	487
DISPLASIA FIBROSA MONÓSTÓTICA: RELATO DE CASO (P 530).....	570
DISPLASIA FIBROSA POLIOSTÓTICA DE CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO (P 531).....	571
DISPLASIA FIBROSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA (P 532).....	572
DISPLASIA ÓSSEA ESFENOIDAL EM PACIENTE COM HIV SUGESTIVA DE MENINGIOMA (P 301).....	349
DISTRAÇÃO ÓSSEA MANDIBULAR COMO OPÇÃO DE TRATAMENTO DA SAHOS EM PACIENTE COM SEQUÊNCIA DE ROBIN (P 476).....	516

DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO EM PACIENTES APNEICOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DE DIFÍCIL CONTROLE ( P 031) .....	97
DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES COM QUEIXA DE ZUMBIDO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (P 108) .....	164
DISTÚRBIOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS EM ADULTO COMO MANIFESTAÇÕES DE RARA DOENÇA GENÉTICA: NEUROFIBROMATOSE TIPO 2 ( P 405) .....	447
DIVERTÍCULO DE ZENKER COMO PROVÁVEL CAUSA DE IMOBILIDADE DE PREGA VOCAL ESQUERDA: RELATO DE CASO ( P 109) .....	165
DIVERTÍCULO FARINGOESOFÁGICO: AVALIAÇÃO DAS MODALIDADES TERAPÊUTICAS ( P 213) .....	264
DOENÇA DE BEHÇET EM ASSOCIAÇÃO COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA ( P 110).....	166
DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO: RELATO DE CASO ( P 174) .....	227
DOENÇA DE ROSAI-DORFMAN COM MANIFESTAÇÃO EM SEIOS PARANASAIS: RELATO DE CASO ( P 533).....	573
DOENÇA RELACIONADA AO IGG-4 COMPORTANDO-SE COMO TUMOR DE BASE DE CRÂNIO ( P 534).....	574
DOENÇAS OTOLÓGICAS IMUNOMEDIADAS: QUANDO SUSPEITAR, COMO DIAGNOSTICAR E TRATAR? (P 302).....	350
DOLICOECTASIA DO SISTEMA VÉRTEBRO-BASILAR COMO CAUSA DE PERDA AUDITIVA MISTA ASSIMÉTRICA: RELATO DE CASO ( P 406) .....	448
É VÁLIDO REALIZAR CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE GLÔMUS TIMPÂNICO EM TODOS PACIENTES? ( P 306) .....	354
ECTOPIC LINGUAL THYROID REMOVAL WITH CO2 LASER – A CASE REPORT ( P 175) .....	228
EDEMA AGUDO PULMONAR PÓS ADENOAMIGDALECTOMIA ( P 111).....	167
EDEMA DE REINKE UNILATERAL OU ASSIMÉTRICO: UMA SÉRIE DE 7 CASOS ATENDIDOS EM SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE SÃO PAULO ( P 008).....	78
EFEITOS DO TRATAMENTO COM OMALIZUMABE EM PACIENTES COM POLIPOSE NASAL SUBMETIDOS À CIRURGIA ENDOSCÓPICA NASOSSINUSAL ( P 066).....	124
EFFECTS OF ADENOTONSILLECTOMY ON CHILDREN’S SMELL PERCEPTION (TL 047) .....	53
ENCEFALOCELE NASOETMOIDAL ( P 535) .....	575
ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO SOBRE O IMPACTO DA LAVAGEM NASAL COM SORO FISIOLÓGICO NO CONTROLE CLÍNICO DA RINITE ALÉRGICA ( P 067) .....	125
EPISTAXE EM RINOSSEPTOPLASTIA: RELATO DE CASO DE SANGRAMENTO DE ARTÉRIA ETMOIDAL ANTERIOR EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ( P 693).....	723
ESCLEROSE TUBEROSA COM MANIFESTAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA: RELATO DE CASO ( P 446) .....	488
ESTENOSE CONGÊNITA DE ABERTURA PIRIFORME: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA ( P 447) ...	489
ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO SECUNDÁRIA À FRATURA DO CÔNDILO MANDIBULAR: RELATO DE CASO ( P 303) .....	351
ESTENOSE LARINGOFARÍNGEA - RELATO DE CASO ( P 229) .....	280
ESTESIONEUROBLASTOMA COM EXTENSÃO INTRACRANIANA: RELATO DE CASO ( P 536).....	576
ESTESIONEUROBLASTOMA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIAS MALIGNAS DA CAVIDADE NASAL ( P 176).....	229
ESTESIONEUROBLASTOMA, UM TUMOR RARO - RELATO DE CASO ( P 537).....	577
ESTESIONEUROBLASTOMA: ABORDAGEM POR MAXILECTOMIA ENDOSCÓPICA E RESSECÇÃO TRANSCRIBRIFORME ( P 538) .....	578

ESTUDO E ANÁLISE DE DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO ASSOCIADOS AO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO INFRATENTORIAL (TL 026).....	32
ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS ACHADOS EM LARINGOSCOPIA RÍGIDA INDIRETA DE PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA (P 009) .....	79
ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS ACHADOS SOBRE A SEMANA DA CAMPANHA DA VOZ DO ESTADO DO AMAZONAS (P 230).....	281
ESTUDO TOMOGRÁFICO DO RECESSO DO SEIO FRONTAL E SUA VIA DE DRENAGEM, UTILIZANDO O SOFTWARE OSIRIX® PARA RECONSTRUÇÃO MULTIPLANAR (P 069).....	126
ETIOLOGIA DAS FRATURAS NASAIS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL SANTA LUCINDA – PUC-SP (P 539).....	579
EVOLUÇÃO ATÍPICA DE FARINGOTONSILITE EM PACIENTE JOVEM E PREVIAMENTE HÍGIDO (P 112) .....	168
EVOLUÇÃO ATÍPICA DE TROMBOSE DE SEIO CAVERNOSO SECUNDÁRIA À RINOSSINUSITE (P 540) .....	580
EVOLUÇÃO DA RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA EM PACIENTE DIABÉTICA (P 541) .....	581
EVOLUÇÃO DE CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS E PARÂMETROS POLISSONOGRÁFICOS EM CRIANÇAS COM HIPERTROFIA ADENOTONSILAR (TL 048).....	54
EVOLUÇÃO FAVORÁVEL DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DE PALATO MOLE APÓS TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E RADIOTERÁPICO: RELATO DE CASO (P 177) .....	230
EXAME FONIÁTRICO EM PACIENTES COM SUSPEITA DE SURDEZ: UMA AVALIAÇÃO DA SUA IMPORTÂNCIA (P 014).....	84
EXEQUIBILIDADE E VALIDADE DO MÉTODO DE COLETA DE ESPÉCIMES DO FLUIDO NASAL E DO ESCARRO INDUZIDO PARA A MEDIDA DE INTERLEUCINAS POR UMA MATRIZ SINTÉTICA ABSORVIVA (TL 008) .....	15
EXOSTOSE DE CONDUTO AUDITIVO INTERNO É UMA CAUSA RARA DE HIPOACUSIA (P 304).....	352
EXPERIÊNCIA DA LAOMS NAS AÇÕES SOCIAIS REALIZADAS EM CAMPO GRANDE – MS (P 477).....	517
EXPERIÊNCIA DO RESIDENTE EM RINOSSEPTOPLASTIA DURANTE SUA FORMAÇÃO NA OTORRINOLARINGOLOGIA (P 694).....	724
EXTRUSÃO DE PRÓTESE DE TITÂNIO EM OUVIDO COM ATRESIA DE JANELA OVAL – RELATO DE CASO (P 305).....	353
FARINGOPLASTIA LATERO-EXPANSIVA: TÉCNICA COMBINADA PARA O TRATAMENTO DA SAOS (TL 005) .....	12
FASCEÍTE NECROTIZANTE DE REGIÃO CERVICAL POSTERIOR: RELATO DE CASO (P 178) .....	231
FÍSTULA ESPONTÂNEA DE SEIO FRONTAL COM HERNIAÇÃO DE TECIDO CEREBRAL (P 543) .....	583
FÍSTULA LIQUÓRICA BILATERAL (P 542).....	582
FÍSTULA LIQUÓRICA ESFENOIDAL ESPONTÂNEA – RELATO DE CASO (P 544).....	584
FÍSTULA LIQUÓRICA ESPONTÂNEA OTOLÓGICA (P 307) .....	355
FÍSTULA OROANTRAL COMO COMPLICAÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO - RELATO DE CASO (P 545).....	585
FÍSTULA OROANTRAL IATROGÊNICA - RELATO DE CASO (P 546) .....	586
FÍSTULA ORONASAL SECUNDÁRIA À OSTEOMIELEITE MAXILAR DE ORIGEM ESTOMATOLÓGICA: RELATO DE CASO. (P 547).....	587
FORMAÇÃO DE QUELOIDE BILATERAL TARDIO APÓS CIRURGIA DE OTOPLASTIA: RELATO DE CASO (P 695). 725	
FRATURA ATRAUMÁTICA DO CABO DO MARTELO (P 308).....	356
FREQUÊNCIA DE EPISTAXE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO SUL DE SANTA CATARINA (P 548).....	588

GLOMANGIOPERICITONA NASOSSINUSAL: RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA ENDONASAL COM SEPTECTOMIA MÉDIO-POSTERIOR (P 549) .....	589
GRANULOMA GRAVÍDICO EXUBERANTE EM REGIÃO GENGIVAL (P 113).....	169
GRANULOMA LARÍNGEO RETROCRICOIDE PÓS-INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM PACIENTE USUÁRIA DE ANTICOAGULANTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA (P 231) .....	282
GRANULOMA REPARATIVO DE CÉLULAS GIGANTES DE CAVIDADE NASAL (P 550) .....	590
GRANULOMATOSE DE WEGENER COM MANIFESTAÇÕES NASAIS: ACHADOS TOMOGRÁFICOS E ABORDAGEM CIRÚRGICA DA DOENÇA EM ESTÁGIO AVANÇADO (P 551) .....	591
GRANULOMATOSE OROFACIAL IDIOPÁTICA RESPONSIVA À CORTICOTERAPIA INTRALESIONAL: RELATO DE CASO (P 114) .....	170
HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO (HAER) (P 552).....	592
HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO DE CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO (P 553). 593	593
HAMARTOMA LARÍNGEO - UM RARO CASO DE OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA EM RECÉM-NASCIDO (P 448) . 490	490
HANSENÍASE CAUSANDO DISFONIA E DISFAGIA: RELATO DE CASO DESTA ENTIDADE POUCO PREVALENTE NO SUL DO BRASIL (P 232).....	283
HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIFORME DE SEIO FRONTAL: RELATO DE CASO (P 554).....	594
HEMANGIOMA CAPILAR – UM TUMOR VASCULAR RARO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO (P 309).....	357
HEMANGIOMA CAVERNOSO DE CAVIDADE NASAL E SEIOS PARANASIS - RELATO DE DOIS CASOS (P 555). 595	595
HEMANGIOMA CAVERNOSO DE ÓRBITA: RELATO DE UM DIAGNÓSTICO RARO (P 556) .....	596
HEMANGIOMA CAVERNOSO INTRAÓSSEO NASOSSINUSAL: RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA ENDONASAL COM SEPTECTOMIA MÉDIO-POSTERIOR E DRAF IIB (P 557).....	597
HEMANGIOMA DE LARINGE (P 233).....	284
HEMANGIOMA DE LARINGE: PATOLOGIA VASCULAR BENIGNA (P 234).....	285
HEMANGIOMA DE OSSO NASAL: RELATO DE CASO DE UM RARO TUMOR (P 558).....	598
HEMANGIOPERICITOMA NASOSSINUSAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES NASOSSINUSAIS VASCULARES (P 559) .....	599
HEMATOMA DE PREGAS VOCAIS EM PACIENTE EM USO DE AINE E ANTICOAGULANTE ORAL – RELATO DE CASO (P 235) .....	286
HEMATOMA SEPTAL E SELAMENTO DE DORSO NASAL (P 560) .....	600
HEMORRAGIA PÓS-TONSILECTOMIA E COAGULOPATIA: RELATO DE CASO (P 115).....	171
HERPES ZOSTER ÓTICO COM ENVOLVIMENTO DE MÚLTIPLOS PARES CRANIANOS APRESENTANDO BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA SOBRE PROGNÓSTICO (P 310).....	358
HERPES-ZÓSTER COM APRESENTAÇÃO MUCOCUTÂNEA DISSEMINADA E PARALISIA DE PREGA VOCAL DIREITA: RELATO DE CASO (P 236).....	287
HETEROTOPIA GLIONEURONAL: UM RELATO DE CASO (P 449).....	491
HIGROMA CÍSTICO GIGANTE EM ADULTO - UM RELATO DE CASO (P 180).....	232
HIPEROSTOSE FRONTAL INTERNA: UM RELATO DE CASO (P 561) .....	601
HIPERTROFIA ADENOAMIGDALIANA COMO CAUSA DE HIPERTENSÃO PULMONAR: RELATO DE CASO (P 450) .....	492

HIPERTROFIA DE TONSILAS PALATINAS E LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO: UM RELATO DE CASO (P 116)....	172
HIPOACUSIA NA SÍNDROME DE DOWN: UMA REVISÃO DA LITERATURA (P 451).....	493
HIPOACUSIA UNILATERAL NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA REDUTORA (P 311) .....	359
HISTIOCITOSE DAS CÉLULAS DE LANGERHANS EM OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO (P 312).....	360
HISTOPLASMOSE DISSEMINADA COM MANIFESTAÇÃO ORAL EM PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDA (P 118) .....	173
HISTOPLASMOSE DISSEMINADA EM CRIANÇA AFETANDO BOCA E NARIZ, UM RELATO DE CASO (P 452) ....	494
HISTOPLASMOSE ORAL E NASAL EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO: RELATO DE CASO (P 181).....	233
HISTÓRIA DE PESCADOR: FRATURA DE SOALHO ORBITAL – RELATO DE CASO (P 562) .....	602
HORN TECHNIQUE”, UMA NOVA OPÇÃO PARA SUPORTE DA PONTA NASAL NA RINOPLASTIA (P 690).....	720
IMAGEM DAS OSTEODISTROFIAS DO OSSO TEMPORAL – REVISÃO DA LITERATURA (P 313).....	361
IMPACTO DA ADENOIDECTOMIA E/OU TONSILECTOMIA NA PRESSÃO ARTERIAL PULMONAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES RESPIRADORES BUCAIS MEDIDA POR ECODOPPLERCARIOGRAFIA (TL 049).....	55
IMPACTO DA CIRURGIA NASAL NOS SINTOMAS IRRITATIVOS DA RINITE ALÉRGICA (P 563).....	603
IMPLANTE COCLEAR EM MALFORMAÇÃO DE CÓCLEA: ESTIMULAÇÃO ANÔMALA DO NERVO FACIAL (P 315) .....	363
IMPLANTE COCLEAR EM PACIENTES COM PERDA AUDITIVA SINDRÔMICA (P 022).....	90
IMPLANTE COCLEAR NA DISACUSIA PROFUNDA UNILATERAL E ZUMBIDO INCAPACITANTE (P 314) .....	362
IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA NAS ALTERAÇÕES DE MOBILIDADE LARÍNGEA (P 237) .....	288
INFECÇÃO PELO ZIKA VÍRUS E A HIPOACUSIA (P 316).....	364
LARINGOPLASTIA COM BALÃO E SEU IMPACTO NA MORBIDADE ASSOCIADA AO TRATAMENTO DA ESTENOSE SUBGLÓTICA AGUDA ADQUIRIDA EM CRIANÇAS (TL 050).....	56
LEIOMIOSSARCOMA DE LARINGE: RELATO DE CASO (P 182).....	234
LESÃO ORAL COMO MARCADOR DE INFECÇÃO AGUDA PELO VÍRUS CHIKUNGUNYA (TL 009).....	16
LESÕES DO ÁPICE PETROSO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA (P 317) .....	365
LESÕES HIPERCRÔMICAS OBSERVADAS EM LARINGOSCOPIA DE PACIENTE TRATADA COM CLOROQUINA POR SUSPEITA DE VASCULITE P-ANCA POSITIVA (P 239) .....	289
LESÕES ORAIS NO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS SECUNDÁRIA (P 119).....	174
LIGA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL DA UFRGS: UMA FERRAMENTA PEDAGÓGICA DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E PROFISSIONAL NA ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGIA AOS GRADUANDOS EM MEDICINA (TL 056) .....	61
LINFOEPITELIOMA DE RINOFARINGE (P 564).....	604
LINFOEPITELIOMA DE RINOFARINGE EM CRIANÇA (P 565).....	605
LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO EM ANEL LINFÁTICO DE WALDEYER: NEOPLASIA AGRESSIVA (P 184).....	235
LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B (P 120).....	175
LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRANDES CÉLULAS B DO SEIO MAXILAR E ESFENOIDAL (P 567).....	607
LINFOMA NÃO HODGKIN EM SEIO PARANASAL: RELATO DE CASO (P 185) .....	236
LINFOMA NASAL DE CÉLULAS T CD30 POSITIVO (P 566) .....	606

LINFOMA T/NK EXTRANODAL DO TIPO NASAL: RELATO DE CASO DE UM RARO SUBTIPO DE LINFOMA NASOSSINUSAL (P 568).....	608
LIPOMA EM MEATO ACÚSTICO INTERNO - RELATO DE CASO (P 318) .....	366
LIPOSSARCOMA MIXOIDE SUPRAGLÓTICO (P 240).....	290
MACROSTOMIA CONGÊNITA ASSOCIADA À MICROTIA UNILATERAL: UM RELATO DE CASO (P 453) .....	495
MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS NA GÊNESE DA OBSTRUÇÃO NASAL DO RECÉM-NASCIDO: RELATO DE CASO (P 454) .....	496
MALOCLUSÃO EM CRIANÇAS RESPIRADORAS ORAIS (P 042).....	105
MANDIBULAR ADVANCEMENT IN CHILDREN WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA: A REVIEW AND META-ANALYSIS. (P 043) .....	106
MANIFESTAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA NO HIV POSITIVO (P 569).....	609
MANIFESTAÇÕES DO PÊNFIGO VULGAR NA OTORRINOLARINGOLOGIA (P 121) .....	176
MANIFESTAÇÕES ORAIS DE HISTOPLASMOSE (P 122) .....	177
MANIFESTAÇÕES OTOLÓGICAS DA SÍNDROME DE OKIHIRO (P 320) .....	367
MANIFESTAÇÕES OTOLÓGICAS NA SÍNDROME DE LARSEN (P 321) .....	368
MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DAS VASCULITES LIGADAS AO ANCA (P 322) .....	369
MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA DISPLASIA ECTODÉRMICA ANIDRÓTICA – RELATO DE CASO (P 455).....	497
MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA ICTIOSE LAMELAR (P 323).....	370
MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA SÍNDROME DE CROUZON: RELATO DE CASO DE MÃE E FILHO (P 324).....	371
MASSA ESFENOIDAL EM CRIANÇAS: RELATO DE UM CASO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (P 456) .....	498
MASTOIDITE AGUDA RECORRENTE EM CRIANÇA COM IMUNODEFICIÊNCIA - RELATO DE CASO (P 457).....	499
MAXILECTOMIA ENDOSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE PAILOMA INVERTIDO NASOSSINUSAL RECIDIVADO (P 570).....	610
MELANOMA CUTÂNEO COM METÁSTASE PARA TONSILA PALATINA: RELATO DE CASO (P 186).....	237
MELANOMA MALIGNO DA MUCOSA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO (P 187).....	238
MELANOMA MALIGNO DE MUCOSA NASAL: RELATO DE CASO (P 571).....	611
MELANOMA MUCOSO DE SEIOS PARANASAIS: UM RELATO DE CASO (P 573) .....	612
MELANOMA NASAL (P 574).....	613
MELANOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO (P 575).....	614
MELANOMA PRIMÁRIO DE CAVIDADE NASAL (P 576).....	615
MEMBRANA LARÍNGEA CONGÊNITA: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM (P 458) .....	500
MEMBRANA LARÍNGEA NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE DIGEORGE: RELATO DE CASO (P 459) .....	501
MENINGOCELE NASAL - RELATO DE CASO (P 578).....	616
MENSURAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR INSPIRATÓRIA E EXPIRATÓRIA EM CRIANÇAS RESPIRADORAS ORAIS: UM ESTUDO PILOTO (P 045).....	107
METÁSTASE LARÍNGEA DE CARCINOMA RENAL: CASO RARO TRATADO COM LARINGECTOMIA PARCIAL (P 189).....	240

METÁSTASE MANDIBULAR DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA: RELATO DE CASO (P 190).....	241
METÁSTASE PARA CAVIDADE ORAL E PESCOÇO DE NEOPLASIA MALIGNA PANCREÁTICA (P 188).....	239
MÉTODOS DE LARINGOSCOPIA DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIA DA VOZ: VANTAGENS E LIMITAÇÕES (P 241) ....	291
MICROCIRURGIA DE LARINGE COM LASER DE DIODO NO TRATAMENTO DE LARINGOCELE MISTA (P 191).....	242
MICROCIRURGIA DE LARINGE NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS DISFÔNICAS: QUANDO E PORQUE INDICAR (TL 051).....	57
MÍÍASE NO PÓS-OPERATÓRIO PRECOCE DE TIMPANOMASTOIDECTOMIA ABERTA: RELATO DE CASO (P 325).....	372
MÍÍASE PERI-TRAQUEOSTOMIA EM CRIANÇA – RELATO DE CASO (P 460).....	502
MIRINGITE GRANULAR (P 326).....	373
MIXOFIBROSSARCOMA DA GLÂNDULA TIREOIDE: PRIMEIRO CASO DAS AMÉRICAS (P 192).....	243
MUCOCELE DE SEIO ESFENOIDAL COM ACOMETIMENTO DE PARES CRANIANOS (P 580).....	617
MUCOCELE DOS SEIOS PARANASAIS: RELATO DE UM CASO ATÍPICO (P 581).....	618
MUCOCELE FRONTAL COM EXTENSÃO PERIORBITÁRIA (P 582).....	619
MUCOCELE GIGANTE COM ORIGEM NO SEIO ESFENOIDAL EM UM ADOLESCENTE DE 14 ANOS: RELATO DE CASO (P 584).....	620
MUCOMICOSE RINOCEREBRAL EM UM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO – RELATO DE CASO (P 585).....	621
MUCORMICOSE RINOCEREBRAL EM ADULTO: UM RELATO DE CASO (P 587).....	622
MUCORMICOSE RINOFACIAL: RELATO DE CASO (P 588).....	623
MUCORMICOSE: INFECÇÃO OPORTUNISTA GRAVE EM PACIENTE COM CETOACIDOSE DIABÉTICA - RELATO DE CASO (P 589).....	624
NASOANGIOFIBROMA JUVENIL - UM RELATO DE CASO (P 193).....	244
NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: RELATO DE CASO (P 590).....	625
NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA: RELATO DE CASO (P 123).....	178
NEUROBLASTOMA OLFATÓRIO - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA COM NEURONAVEGAÇÃO: RELATO DE CASO (P 591).....	626
NEUROFIBROMA EPITELIOIDE EM CORDA VOCAL. RELATO DE CASO (P 242).....	292
NEUROFIBROMA PLEXIFORME GERANDO OBSTRUÇÃO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO E PARALISIA DE RAMO TEMPORAL DO NERVO FACIAL EM PACIENTE COM NEUROFIBROMATOSE DO TIPO 1: RELATO DE CASO (P 328).....	374
NEUROPATIA COM COMPROMETIMENTO AUDITIVO E VISUAL: RELATO DE DOIS CASOS (P 214).....	265
NÍVEL DO CORTISOL SALIVAR APÓS ADENOTONSILECTOMIA PARA ANÁLISE DA DOR PÓS-OPERATÓRIA EM CRIANÇAS (TL 052).....	58
NOVA ÁREA DOADORA DE GORDURA PARA ENXERTO LIVRE EM PACIENTES SUBMETIDOS À PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL (P 194).....	245
NOVA ASSOCIAÇÃO DE TÉCNICAS PARA CORREÇÃO DE FLAT NOSE (TL 021).....	27
NOVA CLASSIFICAÇÃO DAS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DO RECESSO DO FRONTAL (P 070).....	127
O APARELHO INTRAORAL É EFICAZ NO TRATAMENTO DO RONCO E DE EVENTOS DE LIMITAÇÃO AO FLUXO AÉREO EM PACIENTES COM SÍNDROME DA RESISTÊNCIA DE VIA AÉREA SUPERIOR (TL 006).....	13
O GÊNERO PODE INFLUENCIAR NO ESCORE DA ESCALA ANÁLOGO-VISUAL EM PACIENTES COM	

RINOSSINUSITE CRÔNICA? (P 071) .....	128
O IMPACTO SOCIOECONÔMICO DOS GASTOS COM A COMPRA DE BATERIAS EM PACIENTES PORTADORES DE IMPLANTE COCLEAR USUÁRIOS DO SUS (TL 038) .....	44
O PAPEL DA DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DE MANDIBULA NA VIA AÉREA DE CRIANÇAS COM SEQUÊNCIA DE ROBIN (P 046) .....	108
O USO DA MUSICOTERAPIA NA REABILITAÇÃO AUDITIVA EM CRIANÇAS IMPLANTADAS (P 047).....	109
O USO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PARA O CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DO COLESTEATOMA (P 329).....	375
OBSESITY AND APNEA: IS IT ALWAYS THE SAME? (P 124).....	179
OBLITERAÇÃO DO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO POR INFECÇÃO DECORRENTE DE AUTOMUTILAÇÃO (P 330).....	376
OLFACTORY CHANGES DURING PREGNANCY AND THEIR RELATIONSHIP WITH RHINITIS (TL 063) .....	68
ONCOCITOMA NASAL: RELATO DE CASO (P 592) .....	627
OSSICULAR CHAIN RECONSTRUCTION IN CHRONIC OTITIS MEDIA: HEARING RESULTS AND ANALYSIS OF PROGNOSTIC FACTORS (P 023) .....	91
OSTEOGÊNESE IMPERFEITA – RELATO DE CASO (P 331) .....	377
OSTEOMA NASAL GIGANTE: RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA COM SEPTECTOMIA POSTERIOR E DRAF IIB (P 593) .....	628
OSTEOMIELITE DE BASE DE CRÂNIO SEM FOCO PRIMÁRIO - RELATO DE CASO (P 332) .....	378
OSTEOSSARCOMA DE MANDÍBULA E PROGNÓSTICO APÓS RESSECÇÃO CIRÚRGICA COM MARGENS LIVRES (P 195) .....	246
OTITE MÉDIA AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO EPIDURAL APÓS ANTIBIOTICOTERAPIA: RELATO DE CASO (P 333).....	379
OTITE MÉDIA AGUDA EM CRIANÇAS: COMPARAÇÃO ENTRE DIRETRIZES INTERNACIONAIS E SÍNTESE PROPOSITIVA (P 461) .....	503
OTITE MÉDIA COM COMPLICAÇÕES INTRATEMPORAIS E INTRACRANIANAS: RELATO DE CASO (P 335).....	380
OTITE MÉDIA COM EFUSÃO ASSOCIADA A DIAGNÓSTICO TARDIO DE FISSURA PALATINA SUBMUCOSA: RELATO DE CASO (P 462).....	504
OTITE MÉDIA CRÔNICA TUBERCULOSA (P 336) .....	381
OTITE MÉDIA TUBERCULOSA - RELATO DE CASO (P 338).....	383
OTITE MÉDIA TUBERCULOSA: RELATO DE CASO (P 337).....	382
OTORRINOLARINGOLOGIA EM SISTEMA ORGANIZADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA GENERALISTA NOS MANEJOS DOS CASOS SIMPLES E O FLUXO DOS PACIENTES PELO SISTEMA DE SAÚDE (TL 057).....	62
OTOSCLEROSE E TUBA PATENTE: UMA ASSOCIAÇÃO INCOMUM (P 339).....	384
OTOSÍFILIS EM PACIENTE HIV POSITIVO: RELATO DE CASO (P 407) .....	449
PADRONIZAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DE MARGENS NA CIRURGIA TRANSORAL DO CÂNCER DE LARINGE (TL 033) .....	39
PAPEL DA VISUALIZAÇÃO ENDOSCÓPICA APÓS ADENOIDECTOMIA CONVENCIONAL: PREVENÇÃO DE RESQUÍCIOS ADENOIDEANOS NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO (P 049).....	110
PAPILOMA ESCAMOSO EM VESTÍBULO NASAL: RELATO DE CASO, REVISÃO DE LITERATURA E USO DE LASER (P 595) .....	629

PAPILOMA INVERTIDO ( P 596).....	630
PAPILOMA INVERTIDO ( P 597).....	631
PAPILOMA INVERTIDO NASOSSINUSAL COM ACOMETIMENTO OTOLÓGICO ( P 340).....	385
PAPILOMA INVERTIDO RECIDIVADO COM CARCINOMA DE CELULAS TRACIONAIS: RELATO DE CASO ( P 598).....	632
PAPILOMA INVERTIDO UNILATERAL COM RECORRÊNCIA BILATERAL – RELATO DE CASO ( P 599).....	633
PAPILOMA SINUSAL ONCOCÍTICO: UM RELATO DE CASO ( P 600) .....	634
PAPILOMATOSE LARÍNGEA RECORRENTE EM IDADE PEDIÁTRICA - CASO CLÍNICO ( P 243).....	293
PAPILOMATOSE NASAL E LARÍNGEA: RELATO DE CASO ( P 601).....	635
PAPILOMATOSE RESPIRATÓRIA RECORRENTE COM DISSEMINAÇÃO PULMONAR – RELATO DE CASO ( P 244).....	294
PARACOCCIDIOIDOMICOSE LARÍNGEA COM DISSEMINAÇÃO CEREBRAL: RELATO DE CASO ( P 245) .....	295
PARACOCCIDIOIDOMICOSE LARÍNGEA, RELATO DE CASO ( P 246).....	296
PARALISIA BILATERAL DAS CORDAS VOCAIS: PARTICULARIDADES DE UMA SÉRIE DE 18 CASOS ( P 010) .....	80
PARALISIA DE PREGA VOCAL ASSOCIADA À MIGRAÇÃO CERVICAL DE ESPINHA DE PEIXE: RELATO DE CASO ( P 196).....	247
PARALISIA DE PREGA VOCAL UNILATERAL ESQUERDA EM LACTENTE ( P 463) .....	505
PARALISIA DO NERVO ABDUCENTE DECORRENTE A SINUSITE ESFENOIDAL ( P 602) .....	636
PARALISIA FACIAL COM RECUPERAÇÃO EXCELENTE ( P 408).....	450
PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA POR OTITE MÉDIA AGUDA: RELATO DE UM CASO ( P 341).....	386
PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA POR SÍFILIS: RELATO DE CASO ( P 409) .....	451
PARALISIA IDIOPÁTICA DE PREGA VOCAL COM RETORNO DA MOBILIDADE APÓS TIREOPLASTIA DO TIPO 1 ( P 248).....	297
PAROXISMIA VESTIBULAR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM TONTURA E ZUMBIDO ( P 410).....	452
PAROXISMIA VESTIBULAR: RELATO DE CASO ( P 411).....	453
PAROXISMIA VESTIBULAR: RELATO DE CASO. ( P 412).....	454
PECOMA DE SEPTO NASAL ( P 603) .....	637
PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL EM ADULTO POR CITOMEGALOVÍRUS CONGÊNITO: UMA RARA POSSIBILIDADE ( P 413).....	455
PERDA AUDITIVA SENSORINEURAL EM PACIENTE COM DEISCÊNCIA DO CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR ( P 343).....	387
PERDA AUDITIVA UNILATERAL POR COMPRESSÃO DE ARTÉRIA VERTEBRAL ASSOCIADA A HEMIESPASMOS FACIAIS ( P 344) .....	388
PERFIL ALERGÊNICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE RINITE ALÉRGICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO ( P 072).....	129
PERFIL AUDIOLÓGICO E EPIDEMIOLÓGICO DE RE-TESTES DA ORELHINHA REALIZADOS EM UMA CLÍNICA DE MANAUS ( TL 042) .....	48
PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS À POLISSONOGRAMA NO INTERIOR DO ESTADO DA BAHIA ( P 125) .....	180
PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM DISTÚRBO DE PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL	

ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA – BELÉM/PA (TL 027) .....	33
PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À TIMPANOPLASTIA NA FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE (P 345) .....	389
PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CORPO ESTRANHO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM JOÃO PESSOA-PB (P 089).....	145
PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM RINOSSINUSITE CRÔNICA (RSC) EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (P 073) .....	130
PERFIL COMPARATIVO DOS DIFERENTES ESTÁGIOS DE LESÃO NASAL EM PACIENTES COM LEISHMANIOSE MUCOSA (P 074) .....	131
PERFIL COMPARATIVO DOS NÍVEIS DE TNF- $\alpha$ NOS DIFERENTES ESTÁGIOS DE LEISHMANIOSE MUCOSA (P 075) .....	132
PERFIL DAS MICROCIRURGIAS DE LARINGE EM IDOSOS (P 011) .....	81
PERFIL DOS ATENDIMENTOS COM QUEIXA DE CORPO ESTRANHO EM OROFARINGE EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB (P 126) .....	181
PERFIL DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA OTORRINOLARINGOLÓGICA NUMA CIDADE DO INTERIOR DE SÃO PAULO (P 090) .....	146
PERFIL DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DISFAGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES (P 015).....	85
PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE TIMPANOPLASTIA EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM OTORRINOLARINGOLOGIA (P 346).....	390
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA NUM AMBULATÓRIO DE NÍVEL TERCIÁRIO (P 347).....	391
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CIRURGIAS DE LARINGE REALIZADAS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MANAUS (P 012).....	82
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS RINOPLASTIAS REALIZADAS NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL CAJURU DE CURITIBA/PR (P 084).....	141
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EPISTAXE NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA EM JOÃO PESSOA/PB (P 604).....	638
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ATRESIA DE COANA OPERADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO (P 076).....	133
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM EPISTAXE ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO (P 605) .....	639
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM MUCOCELE ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO (P 077) .....	134
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM OUVIDO CRÔNICO - HOSPITAL OTORRINOS FEIRA DE SANTANA – BA (P 348) .....	392
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM PAPILOMA INVERTIDO ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO (P 606).....	640
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO AMBULATÓRIO DE ZUMBIDO DO HOSPITAL OTORRINOS FEIRA DE SANTANA, BAHIA. (P 414) .....	456
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ABSCESSOS CERVICAIS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE CURITIBA (TL 013) .....	20
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS COM CAUSA DE MORTE BRONCOASPIRAÇÃO NO SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO DE FLORIANÓPOLIS/SC NO PERÍODO DE 2010 A 2015 (TL 058).....	63

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE SONO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA – BELÉM/PA ( P 127).....	182
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO CEAC/DERDIC/PUCSP (TL 028) .....	34
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM FÍSTULA LIQUÓRICA NASAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO BRASIL – RESULTADOS PRELIMINARES ( P 078).....	135
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PROTETIZADOS NO CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO - CER II COLINAS - TO, NO PERÍODO DE JANEIRO A JULHO DE 2017 ( P 415).....	457
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA ENDOSCÓPICA FUNCIONAL DOS SEIOS (FESS) NUMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MANAUS-AM ( P 608).....	641
PERFIL MICROBIOLÓGICO DAS SECREÇÕES DE OTITE MÉDIA CRÔNICA SUPURATIVA DE INDIVÍDUOS COM FISSURA LÁBIO-PALATAL ( P 024).....	92
PERICONDRITE BILATERAL E ESTENOSE DE MEATO ACÚSTICO EXTERNO POR SESTA EM SACOS DE ESTOPA ( P 349).....	393
PERICONDRITE INVASIVA POR ASPERGILLUS ( P 350) .....	394
PERTINÊNCIA DA PROTEÇÃO DE EXPOSIÇÃO À ÁGUA APÓS MIRINGOTOMIA COM TUBOS – RESULTADOS DE ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO MULTICÊNTRICO ( P 050) .....	111
PETROSECTOMIA SUBTOTAL PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA LIQUÓRICA OTOGÊNICA AMPLA: RELATO DE CASO ( P 351) .....	395
PILOMATRICOMA DE OUVIDO: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA ( P 352).....	396
PLASMOCITOMA LARÍNGEO ( P 249).....	298
PLEOMORPHIC ADENOMA OF THE SUBMANDIBULAR GLAND IN CHILDREN: A CASE REPORT ( P 197) .....	248
PÓLIPO ANTRO-COANAL - RELATO DE CASO ( P 609).....	642
PÓLIPO DE KILLIAN COM ORIGEM EM SEIO ESFENOIDAL À DIREITA E INVASÃO DE SEIOS ETMOIDAIIS ( P 610) .....	643
PÓLIPO PILOSO DA NASOFARINGE EMERGINDO DA TUBA AUDITIVA: RELATO DE CASO DE UM TUMOR RARO TRATADO ATRAVÉS DE UMA ABORDAGEM INCOMUM ( P 353).....	397
PÓLIPOS NAsAIS UNILATERAIS: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 63 CASOS ( P 079).....	136
PREVALÊNCIA DAS QUEIXAS LARINGOLÓGICAS ENCONTRADAS DURANTE A CAMPANHA NACIONAL DA VOZ EM MACEIÓ ( P 250).....	299
PREVALÊNCIA DE APÊNDICES PRÉ-AURICULARES EM RECÉM-NASCIDOS E RESULTADOS NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL ( P 051).....	112
PREVALÊNCIA DE NEGATIVOS NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL NO HOSPITAL MATERNIDADE REFERÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO MATO GROSSO DO SUL ( P 053).....	113
PROFILE OF PATIENTS IN URGENCY / EMERGENCY DEPARTMENT IN A PRIVATE HOSPITAL IN SÃO PAULO, BRAZIL ( P 091) .....	147
PROJETO OUVINDO NA MELHOR IDADE” – PROTETIZAÇÃO NO ASILO ( P 396).....	440
PROPOSTAS DE TRATAMENTO PARA FÍSTULA OROANTRAL: UMA ANÁLISE CASO-ESPECÍFICA ( P 128).....	183
PROTEÇÃO AURICULAR À ÁGUA EM PACIENTES COM TUBO DE VENTILAÇÃO EM MEMBRANA TIMPÂNICA: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO ( P 054).....	114
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO OBJETIVA DA MOBILIDADE DO CONJUNTO TÍMPANO-OSSICULAR EM LABORATÓRIO DE OSSO TEMPORAL (TL 039) .....	45
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO VESTIBULAR PRÉ-OPERATÓRIA DA CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR NA	

CRIANÇA: ESTUDO DESCRITIVO ANALÍTICO (TL 043) .....	49
PSEUDOCOLESTEATOMA NASAL COM ORIGEM NO SEIO ESFENOIDAL: RELATO DE CASO (P 611).....	644
PSEUDOTUMOR NASAL COMO APRESENTAÇÃO PRIMÁRIA EM CASO DE HEMOFILIA (P 612) .....	645
PUNÇÃO ASPIRATIVA DE TIREOIDE GUIADA POR ULTRASSOM REALIZADA POR CIRURGIÃO: AVALIAÇÃO DA CURVA DE APRENDIZAGEM (TL 014).....	21
QUEIMADURA DO TRATO AERODIGESTIVO SUPERIOR POR INGESTÃO ACIDENTAL DE ALIMENTO QUENTE; UM RELATO DE CASO. (P 251).....	300
QUEIXAS VESTIBULARES EM IDOSOS E QUALIDADE DE VIDA: REVISÃO LITERÁRIA (P 416).....	458
RABDOMIOSSARCOMA ALVEOLAR ORBITAL: RELATO DE CASO (P 613) .....	646
RABDOMIOSSARCOMA DE NASOFARINGE (P 198) .....	249
RABDOMIOSSARCOMA DE RINOFARINGE: UM RELATO DE CASO (P 614).....	647
RABDOMIOSSARCOMA EM BASE DE CRÂNIO COM EXTENSÃO ÓRBITO-NASAL EM ADULTO: RELATO DE CASO (P 615).....	648
RABDOMIOSSARCOMA EM FOSSA NASAL (P 616).....	649
RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO DE CAVIDADE ORAL EM ADULTO: RELATO DE CASO (P 199).....	250
RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO ESFENOIDAL: RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA ENDONASAL PARA DESCOMPRESSÃO DE NERVOS ÓPTICOS E DA BASE ANTERIOR DO CRÂNIO (P 617) .....	650
RABDOMIOSSARCOMA NA INFÂNCIA (P 464).....	506
RABDOMIOSSARCOMA NASAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO (P 618) .....	651
RÂNULA MERGULHANTE - RELATO DE CASO (P 200).....	251
RARE COMPLICATION OF ADENOTONSILLECTOMY – PSEUDOANEURYSM OF THE CAROTID ARTERY (P 465).....	507
REABILITAÇÃO AUDITIVA EM PACIENTES SUBMETIDOS À MASTOIDECTOMIA COM TÉCNICA ABERTA E MEATOPLASTIA (P 026).....	93
REABILITAÇÃO VESTIBULAR NA MIGRÂNEA VESTIBULAR: RELATO DE CASO (P 417).....	459
REAÇÃO AO FIO NYLON EM CIRURGIA DE RINOSSEPTOPLASTIA (P 696) .....	726
RECIDIVA DE CRANIOFARINGIOMA EM PACIENTE COM PAN-HIPOPITUITARISMO (P 619).....	652
RECIDIVA DE PAILOMA INVERTIDO (P 620) .....	653
RECIDIVA ENDOLARÍNGEA DE CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE: RELATO DE CASO (P 201).....	252
RECONSTRUÇÃO ESOFÁGICA NO TRAUMA: RELATO DE CASO CLÍNICO (P 202).....	253
REFRATARIEDADE AO TRATAMENTO CIRÚRGICO MULTINÍVEL NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: RELATO DE CASO (P 129) .....	184
RELATO DA EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE ENXERTO EM RINOPLASTIA NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL CAJURU EM CURITIBA/PR (P 085).....	142
RELATO DE CASO – TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA CAVIDADE NASAL (P 623) .....	656
RELATO DE CASO DE MUCOCELE SECUNDÁRIA À PRESENÇA DE CORPO ESTRANHO APÓS 30 ANOS DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (P 622).....	655
RELATO DE CASO LINFOMA T NK COM MANIFESTAÇÃO INTRAORAL EXCLUSIVA (P 130).....	185
RELATO DE CASO RARO DE ESPOROTRICOSE EM NARIZ (P 466).....	508

RELATO DE CASO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO USO DA VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO PARA TRATAMENTO DA DISFAGIA EM UM PACIENTE COM DEMÊNCIA COM CORPOS DE LEWY (P 131) .....	186
RELATO DE CASO: ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO (P 478).....	518
RELATO DE CASO: CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO CRIBIFORME DE CAVIDADE NASAL (P 624).....	657
RELATO DE CASO: CARCINOMA PAPILÍFERO DE NASOFARINGE (P 625).....	658
RELATO DE CASO: CARCINOMA VERRUCOSO DE CAVIDADE ORAL (P 203).....	254
RELATO DE CASO: COLESTEATOMA EM CRIANÇA PÓS-TRAUMA (P 354).....	398
RELATO DE CASO: COMPLICAÇÃO TARDIA DE ENXERTO SINTÉTICO NA RINITE ATRÓFICA (P 621).....	654
RELATO DE CASO: CONDUÇÃO DE UM CASO DE LEISHMANIOSE MUCOSA ORONASAL (P 626).....	659
RELATO DE CASO: CONSIDERAÇÕES DA PERDA AUDITIVA NA SÍNDROME G/BBB (P 355).....	399
RELATO DE CASO: DERMATOFIBROSSARCOMA PROTUBERANTE (P 204).....	255
RELATO DE CASO: DESAFIOS NO ACOMPANHAMENTO DE NEURIMOMA DO FACIAL SEM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA (P 418).....	460
RELATO DE CASO: DESFECHO DESFAVORÁVEL EM MUCOCELE NASAL (P 627).....	660
RELATO DE CASO: ESTENOSE LARÍNGEA PÓS-TRAUMA (P 252).....	301
RELATO DE CASO: ESTESIONEUROBLASTOMA (P 628).....	661
RELATO DE CASO: FÍSTULA LIQUÓRICA ESPONTÂNEA DE OUVIDO MÉDIO (P 356).....	400
RELATO DE CASO: FÍSTULA OROANTRAL APÓS EXTRAÇÃO DENTÁRIA (P 629).....	662
RELATO DE CASO: HEMANGIOMA LARÍNGEO (P 253).....	302
RELATO DE CASO: HEMORRAGIA ESPONTÂNEA DE TONSILA PALATINA (P 132).....	187
RELATO DE CASO: LARINGOCELE (P 254).....	303
RELATO DE CASO: LINFANGIOMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CISTO LARÍNGEO (P 467).....	509
RELATO DE CASO: MICROCARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE COM METÁSTASE PARA CALOTA CRANIANA (P 205).....	256
RELATO DE CASO: MUCORMICOSE FÚNGICA EM CRIANÇA COM LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA (P 630).....	663
RELATO DE CASO: OSTEOMA E DISPLASIA FIBROSA (P 631).....	664
RELATO DE CASO: PERDA AUDITIVA SÚBITA APÓS FEBRE CHIKUNGUNYA (P 419).....	461
RELATO DE CASO: PERICONDRITE E TUBERCULOSE DE PAVILHÃO AURICULAR (P 357).....	401
RELATO DE CASO: RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR DE SEIO MAXILAR EM PACIENTE ADULTO (P 632).....	665
RELATO DE CASO: REMOÇÃO DE ESPINHO DE PEIXE EM CAVIDADE ORAL COM AUXÍLIO DE ULTRASSONOGRRAFIA (P 206).....	257
RELATO DE CASO: RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA EM PACIENTE COM LEUCEMIA AGUDA (P 633).....	666
RELATO DE CASO: SANGRAMENTO ESPONTÂNEO DE TONSILAS PALATINAS (P 133).....	188
RELATO DE CASO: SEPTOPLASTIA POR TÉCNICA EXTRACORPÓREA EM PACIENTE COM DESVIO DO SEPTO NASAL ANTERIOR, SINUOSO E OBSTRUTIVO (P 634).....	667
RELATO DE CASO: SÍNDROME DE ORTNER: DISFONIA E ANEURISMA DE AORTA (P 255).....	304
RELATO DE CASO: SINUSOPATIA RECORRENTE COMO PRIMEIRO SINAL DE DOENÇA SISTÊMICA (P 635).....	668
RELATO DE CASO: SIRINGOCISTOADENOMA PAPILÍFERO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO (P 358).....	402

RELATO DE CASO: SURDEZ SÚBITA ( P 359).....	403
RELATO DE CASO: TONTURA POSTURAL PERCEPTUAL PERSISTENTE ( P 420).....	462
RELATO DE CASO: TUMOR NASOSSINUSAL RARO ( P 636).....	669
RELATO DE CASO: TUMOR ODONTOGÊNICO CÍSTICO CALCIFICANTE DE MAXILA ( P 207).....	258
RELATO DE CASO: VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO (FESS) NO PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE SÍNDROME DE TAY-SACHS. ( P 468).....	510
RELATO DE EXPERIÊNCIA: PERCEPÇÕES DE ESTAGIÁRIOS DO ESTÁGIO MÉDICO OBSERVADOR DENTRO DA ESPECIALIDADE OTORRINOLARINGOLOGIA ( P 092).....	148
RELATO DE NOVA TÉCNICA DE COLOCAÇÃO DE ALAR RIM GRAFT ( P 697).....	727
RELATO DE UMA RARA CAUSA DE VERTIGEM: ENCEFALOPATIA DE WERNICKE ASSOCIADA A HIV ( P 421)....	463
RELEVÊNCIA DOS ACHADOS CLÍNÍCOS ASSOCIADOS EM SURDEZ SÚBITA SENSORIONEURAL COM CONFIGURAÇÃO AUDIOMÉTRICA ASCENDENTE – RELATO DE DOIS CASOS. ( P 360).....	404
REMOÇÃO CIRÚRGICA ENDOSCÓPICA COMBINADA DE COLESTEATOMA GIGANTE – RELATO DE CASO ( P 361).....	405
REPERCUSSÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE MIASTENIA GRAVIS: RELATO DE CASO ( P 256).....	305
REPOSICIONAMENTO AURICULOTEMPORAL APÓS RESSECÇÃO DE NEUROFIBROMA EM FACE ( P 698).....	728
RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA E ERRO MÉDICO SOB A ÓTICA DO DIREITO ( P 479).....	519
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA COM DENKER MODIFICADO DE UM CONDROMA NASAL ( P 638).....	670
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA COMPLETA DE UM HARMATOMA NASAL ( P 639).....	671
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA COMPLETA DE UM HEMANGIOPERICITOMA NASAL ( P 640).....	672
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE UM TUMOR DE ROSAI DORFMAN NASAL EM DOIS TEMPOS: RELATO DE CASO ( P 641).....	673
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSCRIBIFORME DE CARCINOMA NEUROENDÓCRINO NASAL APÓS EMBOLIZAÇÃO ( P 642).....	674
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSCRIBIFORME DE SCHWANOMA NASAL ( P 643).....	675
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSCRIBIFORME DE UM CARCINOMA DE NASOFARINGE ( P 644).....	676
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSCRIBIFORME DE UM CORDOMA DE CLIVUS ( P 645).....	677
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSCRIBIFORME UNILATERAL DE MENINGIOMA NASAL ( P 646).....	678
RESSECÇÃO TOTALMENTE ENDOSCÓPICA DE LEIOMIOSSARCOMA DE CAVIDADE NASAL ( P 647).....	679
RESSECÇÃO VIA CALDWELL-LUC NO TRATAMENTO DE PAPILOMA INVERTIDO - UM RELATO DE CASO ( P 648).....	680
RESSECÇÃO VIA TRANSCOCLEAR DE COLESTEATOMA CONGÊNITO DE ÁPICE PETROSO: RELATO DE CASO ( P 362).....	406
RINOLITO COM CARACTERÍSTICAS DENTÁRIAS EM FOSSA NASAL DIREITA: UM RELATO DE CASO ( P 649)....	681
RINOLITO EM FOSSA NASAL ESQUERDA EM CRIANÇA DE 8 ANOS: UM RELATO DE CASO ( P 650).....	682
RINOLITOS GIGANTES: RELATO DE CASO ( P 651).....	683
RINOPLASTIA ABERTA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM DORSO NASAL ( P 699).....	729
RINOSSEPTOPLASTIA ABERTA COM SEPTOPLASTIA EXTRACORPÓREA E INVERSÃO SEPTAL ANTEROPOSTERIOR: RELATO DE UM CASO ( P 700).....	730

RINOSSINUSITE AGUDA: ABORDAGEM CIRÚRGICA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO (P 652).....	684
RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE NASOSSINUSAL (RSCCPNS) ASSOCIADA A ASMA COM IGE ELEVADA – ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA (ABPA): UM DIAGNÓSTICO A SER DESCARTADO (P 080).....	137
RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA AGUDA: ANÁLISE DE UMA SÉRIE DE CASOS (TL 064) .....	69
RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA CRÔNICA COM OSTEOMIELOTE DE SEIO MAXILAR E ÓRBITA (P 653).....	685
RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA CRÔNICA: AFECÇÃO EM IMUNOSSUPRIMIDOS DE ALTO PODER DE COMPLICAÇÃO (P 654).....	686
RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA: UMA REVISÃO DA LITERATURA (P 655).....	687
SAOS: PERFIL CLÍNICO E POLISSONOGRÁFICO NA INFÂNCIA (P 056) .....	115
SARCOMA DE LARINGE: NEOPLASIA LARÍNGEA MESENQUIMAL RARA (P 257).....	306
SARCOMA DE MÚSCULO LISO DA LARINGE - A PROPÓSITO DE UM CASO (P 258) .....	307
SARCOMA FIBROMIXOIDE DE OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO (P 363) .....	407
SARCOMA MIOFIBROBLÁSTICO DE BAIXO GRAU EM SEIO MAXILAR – CASO RARO (P 656).....	688
SAÚDE AUDITIVA DO TRABALHADOR (P 093) .....	149
SCHWANNOMA CELULAR BENIGNO NASAL: UM RELATO DE CASO (P 657).....	689
SCHWANNOMA DE CAVIDADE NASAL E SEIOS PARANASAIS: RELATOS DE CASOS E REVISÃO DA LITERATURA (P 658).....	690
SCHWANNOMA DE FOSSA NASAL: RELATO DE CASO (P 659).....	691
SCHWANNOMA DE ÓRBITA – RELATO DE CASO (P 208) .....	259
SCHWANNOMA DO ACÚSTICO BILATERAL: UM RELATO DE CASO (P 364).....	408
SCHWANNOMA INTRAVESTIBULAR (P 365).....	409
SCHWANNOMA LINGUAL: RELATO DE CASO (P 209).....	260
SCHWANNOMA NASAL COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE NASOANGIOFIBROMA – RELATO DE CASO (P 660).....	692
SCHWANNOMA NASAL: RELATO DE CASO (P 661).....	693
SCHWANNOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO (P 662) .....	694
SCHWANNOMA SEPTAL NASAL COM LESÃO MANDIBULAR SINCRÔNICA: RELATO DE CASO (P 665) .....	697
SCHWANNOMA VESTIBULAR BILATERAL EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO (P 366).....	410
SCHWANNOMA VESTIBULAR: RELATO DE 3 CASOS CLÍNICOS (P 367).....	411
SEMANA DA VOZ COM PROFESSORES DA CIDADE DE MANAUS-AMAZONAS (P 259).....	308
SEPTECTOMIA POSTERIOR ENDOSCÓPICA PARA ABORDAGEM DE PAPILOMA INVERTIDO DE SEIO ESFENOIDAL: RELATO DE CASO (P 663).....	695
SEQUELAS NASOSSINUSAIS ORIUNDAS DA DEFORMIDADE ESTRUTURAL CAUSADA PELA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (P 664).....	696
SÉRIE DE CASOS DE PERFURAÇÃO TIMPÂNICA TRATADOS POR MIRINGOPLASTIA ENDOSCÓPICA TRANSCANAL EM SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (P 368).....	412
SIALOMETAPLASIA NECROTIZANTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMA ESPINOCELULAR NASAL (P 666).....	698

SÍNDROME DA CÚPULA LEVE – UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA VERTIGEM POSICIONAL. ( P 422) .....	464
SÍNDROME DA FIBROMATOSE HIALINA: UMA CAUSA RARA DE DISFAGIA E ATRASO DE DESENVOLVIMENTO ( P 134) .....	189
SÍNDROME DA Sonda NASOENTÉRICA – RELATO DE CASO ( P 470) .....	511
SÍNDROME DA TERCEIRA JANELA: MIMETIZANDO OUTRAS DOENÇAS DO APARATO AUDITIVO PERIFÉRICO ( P 371) .....	415
SÍNDROME DE DEISCÊNCIA DE CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR ASSOCIADA A HISTÓRIA DE OTITE MÉDIA CRÔNICA ( P 372) .....	416
SÍNDROME DE FLOATING HARBOR: RELATO DE CASO ( P 215).....	266
SÍNDROME DE GRADENIGO - RELATO DE CASO ( P 373).....	417
SÍNDROME DE GRADENIGO EM PACIENTE COM TROMBOSE DE SEIO CAVERNOSO ( P 374).....	418
SÍNDROME DE LEMIERRE, RELATO DE CASO ( P 210).....	261
SÍNDROME DE MELKERSSON ROSENTHAL: RELATO DE CASO ( P 375).....	419
SÍNDROME DE RAMSAY HUNT ( P 369) .....	413
SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT COM ACOMETIMENTO PRÉVIO DE NERVO TRIGÊMEO: RELATO DE CASO ( P 376) .....	420
SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT COM MANIFESTAÇÃO ATÍPICA ( P 377) .....	421
SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT EM PACIENTE DIABÉTICO - RELATO DE CASO ( P 378).....	422
SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER: RELATO DE CASO ( P 670) .....	702
SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER: RELATO DE CASO ( P 671) .....	703
SÍNDROME DE SILVER-RUSSELL: UM RELATO DE CASO ( P 672) .....	704
SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON INDUZIDA POR CIPROFLOXACINO: RELATO DE CASO ( P 135).....	190
Síndrome de Susac: uma rara causa de surdez ( P 379).....	423
SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT COM LESÃO EM SEIO CAVERNOSO - RELATO DE CASO ( P 673) .....	705
SÍNDROME DE VAN DER HOEVE-DE KLEYN: RELATO DE CASO ( P 423) .....	465
SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA (SVKH) – RELATO DE CASO ( P 380) .....	424
SÍNDROME NEUROPSIQUIÁTRICA ASSOCIADA À INFECÇÃO ESTREPTOCÓCICA (PANDAS) NA INFÂNCIA: UM RELATO DE CASO ( P 480).....	520
SINEQUIA DE VESTÍBULO NASAL BILATERAL IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO ( P 667) .....	699
SINUSITE FÚNGICA COM CEFALEIA CRÔNICA COMO MANIFESTAÇÃO ÚNICA: RELATO DE CASO ( P 668).....	700
SINUSITE FÚNGICA ESFENOIDAL SIMULANDO TUMOR DE HIPÓFISE ( P 669) .....	701
SIRINGOCISTOADENOMA PAPILÍFERO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO ( P 370).....	414
SUPERIMPOSITION OF MULTISLICE AND CONE BEAM TOMOGRAPHIES: TECHNIQUE DESCRIPTION AND VIRTUAL MODELS EVALUATION ( TL 010).....	17
SURDEZ IMUNOMEDIADA ASSOCIADA À NEUROMIELITE ÓPTICA ( P 381).....	425
SURDEZ SÚBITA ASSOCIADA A DENGUE - RELATO DE 3 CASOS. ( P 424).....	466
SURDEZ SÚBITA BILATERAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE COINFEÇÃO POR SÍFILIS E VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) ( P 382) .....	426

SURDEZ SÚBITA BILATERAL EM PACIENTE IMUNODEPRIMIDO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: RELATO DE CASO (P 383).....	427
SURDEZ SÚBITA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE SÍNDROME DE MÉNIÈRE – RELATO DE CASO (P 425) ...	467
SURDEZ SÚBITA E SCHWANNOMA VESTIBULAR CONTRALATERAL: RELATO DE CASO (P 384) .....	428
TÉCNICA CENTRÍPETA ASSOCIADA À DENKER MODIFICADO PARA RESSECÇÃO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR : RELATO DE CASO (P 676).....	707
TELANGECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO ATENDIDO NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA- BELÉM/PA (P 675)...	706
TIMO ECTÓPICO EM LACTENTE: RELATO DE CASO (P 471) .....	512
TIREOIDE ECTÓPICA EM TOPOGRAFIA SUBGLÓTICA (P 260) .....	309
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COMO EXAME PRÉ-OPERATÓRIO NA OTITE MÉDIA CRÔNICA SIMPLES (P 027) .....	94
TONSILITE NECROTIZANTE UNILATERAL EM ADOLESCENTE (P 472).....	513
TONTURA X LABIRINTOPATIA METABÓLICA: UMA SÉRIE DE CASOS (TL 044).....	50
TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO DO REFLUX SYMPTOMS INDEX (TL 034) .....	40
TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL E RINOSSEPTOPLASTIA: AVALIAÇÃO DE PREVALÊNCIA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO (TL 022) .....	28
TRAQUEÍTE BACTERIANA: COMPLICAÇÃO DE CRUPE EM LACTENTE (P 473).....	514
TRAQUEOSTOMIA DE URGÊNCIA: EXPERIÊNCIA OTORRINOLARINGOLÓGICA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO (TL 016).....	22
TRAQUEOSTOMIA NA INFÂNCIA: 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO (P 057).....	116
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOSSINUSITE CRÔNICA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE KARTAGENER (P 677) .....	708
TRATAMENTO CLÍNICO DA OTOSCLEROSE: REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA (P 028).....	95
TRATAMENTO CLÍNICO DA SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA (SRS): RELATO DE CASO (P 426) .....	468
TRATAMENTO COM PROPRANOLOL DE MÚLTIPLOS HEMANGIOMAS EM LACTENTE: RELATO DE CASO (P 474).....	515
TRATAMENTO DESAFIADOR DE ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL EM PACIENTE COM ANEMIA APLÁSICA (P 678).....	709
TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE MUCOCELE ESFENOIDAL GIGANTE RECIDIVANTE (P 679) .....	710
TRAUMA AGUDO DO PALATO: RELATO DE CASO (P 136).....	191
TRAUMA NASAL – URGÊNCIA OTORRINOLARINGOLÓGICA E SUAS COMPLICAÇÕES (P 680).....	711
TREINAMENTO OLFATÓRIO COMO ALTERNATIVA PROMISSORA DE TRATAMENTO PARA DISTÚRBIOS DO OLFATO – UMA REVISÃO NARRATIVA (P 681) .....	712
TROMBOSE DE SEIO LATERAL SECUNDÁRIA À OTITE MÉDIA AGUDA: RELATO DE DOIS CASOS ATENDIDOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO GRANDE DO SUL (P 385).....	429
TROMBOSE DE SEIO SIGMOIDE EM PACIENTE COM FÍSTULA LIQUÓRICA ESPONTÂNEA PARA OSSO TEMPORAL (P 427).....	469
TROMBOSE DO SEIO SIGMOIDE POR COMPLICAÇÃO DE MASTOIDITE AGUDA (P 386) .....	430
TUBERCULOSE LARÍNGEA ASSOCIADA A CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LARINGE - RELATO DE CASO (P 211).262	

TUBERCULOSE MASTOÍDEA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO (P 387).....	431
TUBERCULOSE NASAL: RELATO DE UM CASO (P 682).....	713
TUBERCULOSE PULMONAR COM MANIFESTAÇÃO FARINGOLARÍNGEA - RELATO DE CASO (P 261).....	310
TUBERCULOSE TONSILAR: UM RELATO DE CASO (P 138).....	192
TUMOR DE CÉLULAS GIGANTE DO OSSO TEMPORAL (P 388).....	432
TUMOR DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO REFRAATÁRIO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO (P 389).....	433
TUMOR DE POTT: UM RELATO DE CASO (P 683).....	714
TUMOR DE WARTHIN DA LARINGE: UM RELATO DE CASO RARO- HOSPITAL OTORRINOS FEIRA DE SANTANA – BA (P 262).....	311
TUMOR DERMOIDE ORIGINADO DA TUBA AUDITIVA: RELATO DE CASO (P 390).....	434
TUMOR DO SACO ENDOLINFÁTICO EM TRATAMENTO EXCLUSIVO COM RADIOQUIMIOTERAPIA: RELATO DE CASO (P 391).....	435
TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO (TFS) NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO (P 212).....	263
TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE ASA NASAL (P 685).....	715
TUMOR GLÔMICO EM MASTOIDE – APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA (P 392).....	436
TUMOR GLÔMICO NASAL: UM CASO RARO (P 686).....	716
TUMOR LARÍNGEO DE CÉLULAS GRANULARES: RELATO DE CASO (P 263).....	312
TUMOR MIOFIBROELÁSTICO INFLAMATÓRIO: RELATO DE UM CASO (P 687).....	717
TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET) COMO CAUSA RARA EM CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA (P 688).....	718
TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO DE OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO (P 393).....	437
TUMORES MALIGNOS NASOSSINUSAIS: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA (P 689).....	719
ÚLCERAS CUTANEOMUCOSAS RELACIONADAS À CITOTOXICIDADE INDUZIDA POR METOTREXATE: RELATO DE CASO E BREVE REVISÃO DA LITERATURA (P 139).....	193
UMA APRESENTAÇÃO CLÍNICA RARA DA SÍNDROME DE EAGLE CAUSANDO PARALISIA FACIAL (P 394).....	438
USO DA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM LONGO PRAZO NA DECISÃO DE INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES COM RINOSSINUSITE CRÔNICA (P 081).....	138
USO DO ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) NA ANÁLISE TARDIA DE CIRURGIA NASAL FUNCIONAL (P 082).....	139
USO DO PEAK-FLOW NASAL NA ANÁLISE TARDIA DAS CIRURGIAS FUNCIONAIS NASAIS (P 083).....	140
VARIANTE RARA DE TUMOR SUPRAGLÓTICO (P 264).....	313
VERTIGEM ALTERNOBÁRICA: REALIDADE ENTRE MERGULHADORES (P 428).....	470
VERTIGEM POSTURAL PAROXÍSTICA BENIGNA PÓS-TRAUMA (P 429).....	471
VHIT – RELATO DA EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE OTONEUROLOGIA/HUOL (TL 045).....	51
ZUMBIDO E ALTERAÇÃO PERCEPTUAL AUDITIVA ASSOCIADOS À SINAPTOPATIA COCLEAR EM INDIVÍDUOS COM AUDIÇÃO NORMAL (TL 040).....	46
ZUMBIDO E INSÔNIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE A CORRELAÇÃO ENTRE AS PATOLOGIAS (TL 046).....	52
ZUMBIDO E PERDA AUDITIVA UNILATERAL SECUNDÁRIA À SÍNDROME DE KLIPPEL- TRENAUNAY: RELATO DE CASO (P 395).....	439

ZUMBIDO EM IDOSOS E AS CONSEQUÊNCIAS NA QUALIDADE DE VIDA: REVISÃO DA LITERATURA (P 430) .	472
ZUMBIDO OBJETIVO DE ORIGEM NÃO OTOLÓGICA (P 431) .....	473
ZUMBIDO PULSÁTIL: ANOMALIA DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA (P 432).....	474
ZUMBIDO SÚBITO APÓS CRISE HIPERTENSIVA: RELATO DE CASO (P 433).....	475

## A

Abílio Torres dos Santos Neto.....	623
Abraão Allen Honorato Sobrinho .....	522
Adão Henrique Gomes Diniz.....	280, 518
Adda Sabrinna da Silva Moura.....	76
Adilson de Albuquerque Viana Junior .....	145, 380, 527, 537, 638, 699
Adnaldo da Silveira Maia .....	86, 692, 713
Adriana de Andrade Batista Murashima .....	67
Adriana de Carli.....	402, 662
Adriana Kosma .....	331
Adriana Rodrigues Zeller.....	176, 604, 613, 631
Adriana Torres da Silva.....	160, 209, 247, 258, 317, 398
Adriana Xavier Tavares.....	163, 251, 340, 396, 622, 715
Adriano Guimarães Reis.....	542, 611
Adriano Sérgio Freire Meira.....	52, 145, 171, 181, 236, 267, 380, 537, 559, 638, 699
Afonso do Carmo Javaroni.....	185, 508
Afonso Possamai Della Júnior.....	10, 618, 646
Agnaldo Graciano.....	199
Agnaldo José Graciano.....	21, 120, 245
Agrício Nubiato Crespo:.....	21, 36, 39, 44, 106, 177, 199, 309, 313, 352, 560
Águida Maria Menezes Aguiar Miranda.....	521
Alan Melke Moura Cavalcanti.....	716
Alana Ascitti Victorino .....	133, 134, 136, 192, 640
Alana Cardozo Macagnan .....	565, 680
Alana Farias Miłksza .....	190, 344, 651, 702
Alana Santos da Silva .....	200, 469
Alarico Nunes Azevedo Filho .....	440, 457, 569
Albina Messias de Almeida Milani Altemani .....	69, 199
Alda Linhares de Freitas Borges.....	221, 535, 691, 730
Aldo Eden Cassol Stamm .....	41, 64, 125, 126, 430
Aldo José Bellodi .....	375
Alessandra Caland Noronha .....	476
Alessandra Locatelli Smith.....	23, 108, 484, 696
Alessandra Teixeira Bezerra de Mendonça.....	93
Alessandro Fernandes Guimarães.....	17, 100, 103, 105, 135, 270, 449, 385, 669
Alex Mendes Leonel Freire .....	73, 74, 478, 485, 486, 493, 687, 722
Alexandra Kolontai de Sousa Oliveira .....	98
Alexandra Torres Cordeiro Lopes de Souza .....	305, 491, 552, 606, 460
Alexandre Augusto de Brito Pereira Guimarães.....	145, 380, 537, 638, 699
Alexandre Augusto Fernandes.....	494, 522
Alexandre Caixeta Guimarães.....	44, 352
Alexandre de Souza Cury .....	222, 517
Alexandre Felippu Neto .....	705, 707
Alexandre José de Sousa Cunha .....	376, 467, 700
Alexandre Ramos Caiado Filho .....	239, 259
Alexandre Wady Debes Felippu .....	705, 707
Alexandre Wakil Burzichelli.....	400, 600
Alfredo Aurélio Marinho Rosa Filho .....	77
Alfredo Dell' Aringa.....	393
Alice Andrade Takeuti .....	46
Alice Angélica Siqueira Rocha Colares Moreira .....	219
Alice Karoline de Oliveira .....	16, 156, 211, 441, 487, 570, 625, 632
Alice Lang Silva .....	250, 429
Aline Almeida Figueiredo Borsaro .....	452, 667, 727
Aline City Duccini.....	728
Aline Costa de Oliveira Cavalcanti.....	343, 348, 437
Aline Emer Faim.....	42, 287, 323, 338, 378, 394, 416, 473, 708

Aline Jade Costa Mendonça.....	637
Aline Pires Barbosa .....	116
Aline Saraiva Martins .....	476
Aline Silveira Martha.....	173, 285, 373
Aline Silvestre Alves Ferreira.....	220, 239
Aline Togeiro Ferreira.....	152, 258, 506, 693
Allan Bonani .....	112
Almiro José Machado Júnior.....	106
Alonço da Cunha Viana Júnior .....	186
Alonço Viana Júnior .....	212, 703
Aloysio Enck Neto .....	243
Aluhine Lopes Fatturi .....	29, 76, 82, 281, 389, 641, 692
Alvaro Siqueira da Silva.....	76, 82, 281, 389, 641,692
Alvaro Vitorino de Pontes Junior .....	145, 171, 181, 236, 267, 380, 527, 537, 559, 638, 699
Amanda Bueno de Araújo.....	39, 309, 560
Amanda de Almeida Souza .....	52, 205, 249, 294, 719
Amanda Lucas da Costa .....	108, 696, 723
Amanda Melim Bento.....	226, 383, 442, 489, 616, 642, 725
Amanda Monteiro Pina Queiroz .....	175, 207, 284, 413, 531, 582, 630, 636, 653
Amarildo Nunes da Costa .....	264
Amaury de Machado Gomes .....	138, 550, 555
Ana Amélia Soares Torres .....	490, 501
Ana Carolina Daflon Scoralick.....	186
Ana Carolina Feitosa Riedel .....	426
Ana Carolina Fernandes de Oliveira .....	494, 522
Ana Carolina Guimarães Lopes .....	166, 524, 583
Ana Carolina Lopes Belem .....	272, 273, 296, 308, 634
Ana Carolina Moreno de Campos.....	25, 165, 358
Ana Carolina Tavares Abrahão .....	516, 584
Ana Caroline Nunes Ribeiro.....	457
Ana Cecília Alves Carvalho .....	612, 685
Ana Clara Gordiano Carneiro .....	206, 211, 268, 441, 625
Ana Clara Miotello Ferrão .....	548
Ana Cláudia Mirândola Barbosa Reis.....	43, 342
Ana Cristina Coelho Dal Rio Teixeira .....	177
Ana Cristina Costa Martins .....	403, 462, 471
Ana Elisa de Landa Moraes Teixeira Grossi.....	253
Ana Elizabeth de Santana Carneiro Vilela.....	396, 163, 251, 340, 622, 715
Ana Gabriela Silva .....	14
Ana Helena Pereira Correia Carneiro.....	275
Ana Jardim .....	111
Ana Karina da Costa Dantas .....	494
Ana Karolina Paiva Braga Rocha.....	691, 730
Ana Larisse Gondim Barbosa .....	30, 157
Ana Laura Carneiro dos Santos.....	460, 552
Ana Laura Carneiro Santos.....	305, 491, 606
Ana Letícia Amorim de Albuquerque .....	73, 74, 77, 191, 299, 458, 472, 478, 485, 486, 493, 541, 687, 722
Ana Luiza Camargo.....	663
Ana Luiza Costa Lage.....	219, 248, 329
Ana Maria Almeida de Sousa.....	452, 461
Ana Olívia Oliveira Camargo .....	433
Ana Paula Assunção Cecilio .....	134, 143, 144, 639, 683, 302, 664
Ana Paula Avila Pinzon .....	428
Ana Paula Cavaliere.....	222
Ana Paula Giusti de Campos .....	22, 239, 684
Ana Paula Ivata Mori.....	286
Ana Paula Limberger.....	356

Ana Paula Marques.....	166
Ana Paula Peres Martins Alonso.....	411
Ana Paula Pinzon.....	285
Ana Paula Valeriano Rêgo.....	221, 535, 626, 691
Ana Rita Lameiras.....	279
Ananda de Carvalho Menezes Santos.....	277, 550, 627
Ananda Lopes Soares.....	464, 466
Anderson Castelo Branco.....	156, 487
Anderson da Silva Abreu.....	620
Anderson Patricio Melo.....	524, 581, 583, 166
André Afonso Nimitz Rodrigues.....	227
Andre Alencar Araripe Nunes.....	168, 229, 235, 289, 306, 349, 476, 553, 599, 686, 697
André Baraldo Rodrigues.....	720
Andre Bezerra de Pinho.....	254, 301
Andre Cavalcante Saraiva.....	86, 713
André de Campos Duprat.....	40
André dos Santos Brandão.....	9, 30, 157
André Jaeger de Belli.....	285, 373
André Luis Lopes Sampaio.....	357, 408
André Luis Maion Casarim.....	227
André Luiz Lopes Sampaio.....	195, 594
André Luiz Machado da Costa Uchoa.....	62
André Luiz Monteiro Cavalcante.....	122, 599
André Serra Mota.....	324, 351, 448, 528, 564
André Souza de Albuquerque Maranhão.....	397
André Valadares Siqueira.....	221, 535, 626, 691, 730
André Yamamoto.....	95
Andrea David Goldwasser.....	609
Andreas Weiand Camara.....	402, 662
Andreia Ardevino de Oliveira.....	42, 335, 473
Andréia Batistella.....	402, 662
Andréia Bittencourt Rodrigues.....	588
Andréia Melchior Wenzel.....	56
Andressa Avendaño Forbellone.....	58
Andressa Bernardi.....	204
Andressa Brunheroto.....	341, 363
Andressa dos Santos Kodama.....	95
Andressa Flores Santos.....	58
Andressa Gervasoni Sagrado.....	646
Andressa Guimarães do Prado Almeida.....	40
Andressa Rolim Freitas.....	196, 314, 423, 525, 539, 546, 556, 601, 610, 671, 672, 674, 675, 677, 678, 679, 716
Andressa Vinha Zanuncio.....	544
Andreza Andreatta de Castro.....	48, 76, 82, 281, 389, 713
Andreza Azeredo.....	23
Andreza de Carvalho Formiga.....	573
Andreza Formiga.....	635
Andreza Mariane de Azeredo.....	26, 28, 204, 237, 241, 250, 283, 484, 571, 696
Andy de Oliveira Vicente.....	362
Andy de Oliveira Vicente.....	366, 425
Andy Oliveira Vicente.....	361, 365
Ane Trento Burigo.....	321
Angela Maria de Amorim Sozio.....	82, 86, 389, 641, 62
Anita Silva Brunel Alves.....	10, 19, 20, 60, 141, 142, 588, 618, 646
Anna Carolina Fonseca.....	438
Anna Caroline Rodrigues de Souza Matos.....	93, 122, 168, 235, 306, 349, 553, 599, 667, 686, 697, 727
Anna Cristina Petraccone Caixeta.....	99
Anna Paula Batista de Avila Pires.....	449

Anna Paula Silva Andrade .....	592
Anne Rosso Evangelista.....	41, 64, 125, 126, 430
Antonio Augusto Freitas Junqueira.....	172
Antônio Augusto Lopes Sampaio.....	483, 661
Antonio Carlos Cedin .....	545
Antonio Carlos de Oliveira Ruellas.....	17
Antonio Fernando Salaroli .....	584, 256
Antonio Richieri da Costa.....	189
Antonio Serra Lopes Filho.....	578, 670, 671, 672, 673, 679
Ariele Cristine Pereira Macedo .....	174, 393
Arnaldo Pinto Guedes de Paiva Neto .....	191, 472, 458, 541
Arnóbio Santos Pereira Filho .....	526, 648
Arthur de Sousa Pereira Trindade.....	51, 85, 459, 729
Arthur Justi Cassettari .....	245
Arthur Menino Castilho .....	44, 352
Aryane Marcondes Rezende.....	25
Athina Hetiene de Oliveira Irineu .....	234, 332, 347, 379, 419, 427, 446, 453, 576
Atilio Maximino Fernandes.....	22, 129, 220, 547, 684
Augusto Benedito Oliveira Rodrigues.....	272, 308, 634
Augusto Cesar Bernardes Miguel .....	724
Augusto Duarte Romera .....	167
Aureliano Carneiro Barreiros .....	409

## B

Bárbara Andrade Lima .....	152, 209, 247, 693
Barbara Barros Leal.....	98, 328, 381
Bárbara Carolina Miguel Jorge.....	337
Bárbara das Neves Linhares.....	430
Bárbara de Melo Torres Alves.....	152, 160, 258, 317, 398, 506
Bárbara de Paula Cioni.....	19,20, 60, 141, 142, 588
Bárbara Miranda .....	95
Barbara Renna Pavin.....	192, 133, 134, 136, 143, 640
Bárbara Ribeiro de Belmont Fonseca .....	316, 369, 382
Bárbara Teixeira Dionysio.....	350
Beatriz Figueiredo Brandão .....	275
Beatriz Luiza de Costa Remor .....	90, 325
Beatriz Moraes Vieira da Silva .....	407
Beatriz Schorro Gianini .....	222
Beatriz Silveira Zalla .....	228, 507
Beatriz Soares de Azevedo Sardano .....	153
Beatriz Villano Krentz.....	133, 134, 136, 192, 302, 640, 664
Bernard Soccol Beraldin.....	656, 657
Bernardo Quiroga Souki.....	17, 100, 105
Bernardo Relvas Lucas .....	212, 421, 467, 510, 700, 703
Bertha Catharine Corrêa Pereira Silva .....	195, 310, 408, 434, 594
Betina Napoleão Ferreira.....	214, 577, 655
Bianca Cristina Dantas .....	65
Bianca de Lucena Ferreira Lima .....	163, 251, 340, 396, 622, 715
Bianca Mendonça de Almeida.....	202, 403, 462, 471
Bianca Simone Zeigelboim.....	58, 190
Bibiana Callegaro Fortes .....	515, 711
Bibiana Pedrosa da Mota.....	188, 614
Blyse Sara Souza Pires.....	444, 463, 595
Brena Cardoso de Azêdo.....	253
Brenda Barzotto Arnold .....	113, 455
Breno Pinn de Castro .....	167, 337
Bruna Coelho Ellery .....	129, 465

Bruna Gabriele Sartori .....	202, 607, 681, 682
Bruna Gomes Pereira .....	123, 475
Bruna Letícia Butzke.....	429
Bruna Lovato .....	402, 662
Bruna Machado Köbe .....	262, 339, 502, 511, 208, 246
Bruna Raísa Jennings da Silveira Soares .....	272, 308, 634
Bruna Romagna Peterle.....	721
Bruna Telles Scola .....	188
Bruna Tramontina .....	320
Brunna Paulino Maldini Penna .....	152, 247, 506, 693
Bruno Alexandre Barbosa da Nascimento.....	563, 128, 287, 323, 335, 338, 378, 394, 416, 708
Bruno Alves Teixeira .....	578, 673, 679
Bruno Amaral Hay.....	573, 635, 663
Bruno Borges Taguchi .....	406, 407
Bruno César Ladeira Vidigal.....	54
Bruno de Rezenda Pinna.....	75, 192, 302
Bruno Magalhães de Pinho Tavares.....	152, 209, 398, 693
Bruno Marzacini.....	276
Bruno Marcos Zeponi Fernandes de Mello .....	233
Bruno Pestana Gomes .....	160
Bruno Teixeira .....	670
Bruno Thieme Lima.....	437
Byanca Hekavei Hul.....	79, 213, 386, 714, 717

## C

Caio Calixto Diógenes Pinheiro.....	93, 122, 168, 229, 235, 289, 306, 374, 452
Caio Melo Metsavaht.....	547
Caio Rodrigo Quoos .....	643
Camila Bae Uneda.....	212, 421, 467, 703
Camila Braz Rodrigues da Silva .....	444, 463, 595
Camila Castelhana Diniz.....	661
Camila Chulu Lorentz .....	585, 621, 633
Camila Damasceno Rodrigues Palácio .....	98
Camila de Albuquerque Marques.....	117
Camila de Giacomio Carneiro Barros.....	287
Camila Degen Meotti .....	237
Camila Figueiredo Bruno .....	116, 147
Camila Freire de Vasconcellos .....	162
Camila Gabriella da Silva Queiroz .....	314, 327, 410, 525, 539, 546, 556, 601, 610, 671, 672, 674, 675, 676, 677, 678, 716
Camila Garcia Perini .....	333
Camila Guimarães Aguiar .....	227
Camila Jeber Garcia .....	398
Camila Kalil Silva.....	277, 550, 555, 627
Camila Lemes de Souza.....	11
Camila Martins Brock.....	339, 355, 502, 512
Camila Oliveira Moraes.....	458
Camila Oliveira Rego .....	115, 180, 520
Camila Pereira de Moraes.....	400
Camila Peres Ferreira .....	179
Camila Pinheiro Junqueira .....	201
Camila Sá de Melo Campos .....	155, 198, 231, 233, 295, 557, 602, 666
Camilla Ferreira Gonçalves .....	609
Camilla Gabriela de Oliveira.....	497, 504, 509, 567
Camilla Magalhães de Almeida Ganem.....	152, 209, 258, 398
Camilo Pessi Brumatte .....	376, 510, 700
Candice Gehlen Bregalda.....	469

Carina Motter.....	590
Carla Aparecida Urzedo Fortunato-Queiroz .....	342
Carla Margonari Silvestre.....	260, 361
Carla Moreira .....	111
Carlos Alberto Caropreso.....	27, 720
Carlos Alberto Mattozo.....	646
Carlos Augusto Costa Pires de Oliveira .....	59
Carlos Augusto Fischer.....	21
Carlos Augusto Santos Furtado Pereira de Souza.....	172
Carlos Augusto Seiji Maeda .....	646, 47, 94, 95, 153, 167, 337, 350, 387
Carlos Eduardo Borges Rezende .....	
Carlos Eduardo Cesario de Abreu .....	388
Carlos Eduardo Garcez Teixeira.....	641
Carlos Eduardo Monteiro Zappellini .....	67, 187
Carlos Gustavo Spode Gomes.....	173
Carlos Henrique Simões Matheus .....	517
Carlos Neutzling Lehn .....	234
Carlos Otávio Gonçalves .....	63
Carlos Segundo Paiva Soares .....	198, 231, 295
Carlos Takahiro Chone .....	21, 120, 199, 245
Carolina Bongioiolo.....	377
Carolina Branco Andreatta.....	213, 386, 714, 717
Carolina Cavalcante Dantas .....	603
Carolina Christofani Sian Kencis.....	34
Carolina Cincurá Barreto.....	131, 132, 526, 648
Carolina da Fonseca Barbosa.....	103, 178, 385, 669
Carolina da Fonseca Mussel Jones .....	62
Carolina da Silveira Alves .....	197, 558, 575, 619
Carolina dos Anjos Sampaio .....	62
Carolina Fernandes Pontes de Araújo Oliveira .....	544
Carolina Figueira Selorico .....	460, 552
Carolina Kmentt Costa .....	597, 628, 650
Carolina Maria Fontes Ferreira Nader .....	54, 55, 99, 100, 102, 103, 105
Carolina Maria Miyahira .....	548
Carolina Maria Simon .....	243, 643, 652
Carolina Marquezin Giacomello .....	173
Carolina Mazzini Baby.....	230, 322, 401, 451, 468, 483, 551
Carolina Pedrassani de Lira.....	79, 213, 261, 386, 717
Carolina Santos Bosaipo .....	288, 334
Carolina Scortegagna de Conti.....	565, 680
Carolina Sponchiado Miura .....	116
Caroline de Aguiar dos Santos .....	577, 655, 721
Caroline Feliz Fonseca Sepeda da Silva.....	9, 30, 33, 35, 157, 182
Caroline Fernandes Rimoli .....	81
Caroline Grandini Costa .....	285, 373
Caroline Pedrassani de Lira.....	714
Caroline Ribeiro Guimarães.....	346
Cássia Feijó Gomes .....	24, 26, 28
Cássia Maria Oliveira de Oliveira .....	33, 35, 164, 182, 706
Cassiano Dal Monte Gallas .....	656, 657
Cassiano Mangini Dias Malpaga .....	206, 361, 362, 365, 366, 425
Cassio Caldini Crespo .....	139
Catarina Helena dos Santos Farias.....	38, 334
Caue Duarte .....	12, 228, 507
Cesar Augusto Simões.....	257
Cesar de Araujo Carneiro.....	327
César Luiz Bertonha .....	341
Cheng T-Ping .....	160, 209, 247, 317, 398, 693

Cibele Dal Fabbro .....	13
Cibele Madsen Buba .....	230, 322, 401, 451, 468, 483, 551
Cícero Leite Carneiro Vianna .....	615, 617
Cíntia Elisa Gonçalves Costa.....	377
Cintia Santos de Jesus .....	457
Cintia Vanette.....	155, 198, 231, 233, 295, 530, 557, 602, 666
Clara Capucho .....	80, 279, 291, 293
Clara Mônica Figueiredo de Lima .....	131, 132
Clara Mota Randal Pompeu.....	122, 168, 229, 306, 374, 452, 553, 667, 686
Clara Mota Randal Pompeu.....	697, 727
Clarice Naya Loures.....	316, 369, 382
Cláudia Alessandra Eckley.....	40
Cláudia Márcia Malafaia de Oliveira Velasco.....	254
Claudia Marques Dias .....	444, 463
Cláudia Paraguaçu Pupo Sampaio .....	60
Cláudia Pena Galvão dos Anjos.....	54, 99, 100, 103
Claudia Regina Althoff Figueiredo .....	519
Claudia Sampaio .....	96
Cláudia Schweiger.....	108, 56, 484
Claudiney Candido Costa .....	11, 626, 665, 221, 535, 730
Cláudio Marcio Yudi Ikino .....	45, 90, 325, 384
Claudio Tobias Acatauassu Nunes .....	9
Clécia Enidia Emerique da Silva .....	107
Cleide de Sousa Araújo .....	73, 74, 77, 191, 299, 478, 493, 541, 687
Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins.....	191
Cleto Dantas Nogueira .....	578
Climerio Pereira do Nascimento Junior .....	225
Clovisa Reck de Jesus .....	260
Conrado Castro Tolentino .....	202, 549
Cristiana Machado da R. e S. Almeida .....	32, 72
Cristiana Vanderlei de Melo .....	78
Cristiane Cinara Rocha .....	15
Cristiane Gonçalves Cordeiro.....	583
Cristiane Gonçalves da Silva .....	280
Cristiane Harumi Ikebe .....	318
Cristiane Marcela Santos Silva .....	622
Cristiane Marcela Santos Silva .....	715
Cristiani Lopes Capistrano Gonçalves de Oliveira.....	122
Cristiano Roberto Nakagawa .....	19, 20
Cristiano Tonello .....	189
Cristina de Freitas Nepomuceno .....	107
Cristine Naomi Kusano.....	38

## D

Dagma Ferreira Coutinho .....	681, 682
Daiana Terra Nacer.....	623
Daiane Oliveira Braga.....	375
Daise Patrícia Firmiano Nicácio.....	166, 524, 583
Daliana Patrícia Paul Lüdtke.....	200
Dalila Araújo Mota .....	159, 184
Dalva Poyares.....	13
Dândara Bernardo Siqueira .....	57, 155, 198, 231, 233, 295, 530, 557, 602, 666
Daniel Bahia Mattos.....	131, 132
Daniel Braz Nunes Azevedo .....	440, 457, 569
Daniel Buffon Zatt .....	91, 397, 496, 501, 523, 596, 598, 608, 658
Daniel César Silva Lins.....	170, 379
Daniel de Menezes Cortês Bezerra.....	51, 85, 459, 729

Daniel Lorena Dutra .....	576
Daniel Paganini Inoue .....	400
Daniel Salgado Küpper .....	420
Daniel Trindade e Silva .....	179
Daniel Villela e Silva .....	254, 255, 301
Daniela Akemi Tateno .....	114, 286, 304
Daniela Dall'Igna .....	87
Daniela de Oliveira Prust.....	34
Daniela Elisa Miotto .....	723
Daniela Guimarães Garcia Cunha .....	417, 422, 585, 586, 621, 633
Daniela Marques.....	109
Daniela Moretti Pessoa.....	387
Daniela Schwingel .....	498
Daniela Toledo de Aguiar .....	176, 604, 613, 631,
Daniela Vieira Martins .....	161, 215, 367, 368, 370
Daniella Leitão Mendes .....	186, 212, 376, 421, 467, 700, 703
Danielle Cabral Ciafrone .....	255, 301, 376
Danielle da Silva Pedreira.....	162
Daniélly Cunha de Carvalho.....	187
Danielly Solar Andrade Oliveira .....	593
Danilo Augusto Nery dos Passos Martins.....	189, 538, 532
Danilo Bruno Meira Matias.....	156, 206, 487, 625, 632
Danilo Minuceli Vilvert .....	315, 431, 495, 499
Danilo Rodrigues Cavalcante Leite.....	116
Dante Hideo Uemura .....	391
Dário Antunes Martins.....	463
Dario Hart Signorini .....	305, 460, 552, 606
Davi Knoll Ribeiro .....	12, 507
Davi Sandes Sobral.....	115, 180, 520, 728
David Greco Varela.....	268, 441
David Plácido Lopes .....	32, 72
David Roberto Claro .....	226, 383, 442, 489, 616, 642, 725
Dayse Kelle Ribeiro.....	76, 86, 281, 641, 713
Débora Bressan Pazinato .....	436, 572, 624, 718, 724
Débora Caliani de Vincenzi .....	154, 149, 269, 312, 353, 424, 561, 654
Debora Cury Ribeiro.....	585, 586, 621
Debora Lilian Nascimento Lima .....	196, 314, 327, 405, 525, 539, 546, 556, 574, 601, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 677, 678, 716
Débora Neves Costa Joi.....	297, 316
Débora Pereira Rodrigues .....	548, 698
Déborah Barcelos Victoy.....	375
Decio Gomes de Souza .....	140
Denilson Storck Fomin .....	159, 184, 257
Denis Massatsugu Ueda .....	68, 649
Denise Braga Ribas.....	651
Denise Manica .....	56, 108, 158, 484
Denise Rotta RuttKay Pereira .....	502, 511
Denison Clark Correa de Miranda .....	253
Diana Hammes de Carli .....	366, 425
Diane Isabelle Magno Cavalcante.....	686
Diderot Rodrigues Parreira .....	8, 104, 481, 529
Diego Amorim Nantes.....	222
Diego Fernandes Lopes.....	522
Diego Fernando Costa.....	71, 651
Diego Guzman Rodrigues .....	438
Diego Malucelli .....	71, 190
Diego Monteiro de Carvalho.....	48
Diego Patricio Calero.....	45

Diego Rodrigo Hermann .....	469
Diogo Araujo Silveira.....	175, 207, 284, 531, 582, 636, 653
Diogo Barreto Plantier .....	690
Diogo Lacerda Pereira de Medeiros .....	52, 205, 249, 294, 719
Diogo Trevisan Silveira .....	652
Donald Matthew Pianto.....	59
Douglas Jósimo Silva Ribeiro.....	49
Douglas Manuel Carrapeiro Prina.....	68
Dov Charles Goldenberg.....	516
Duilio Walter Silveira.....	169
Durval de Paula Chagas Neto.....	110, 371, 629, 688

## E

Eder Barbosa Muranaka .....	436
Edilson Zancanella.....	106
Edio Junior Cavallaro Magalhães .....	151, 521, 710
Edmir Américo Lourenço .....	492, 533
Edmo Arruda Aguiar Sobreira da Silveira .....	605, 615, 617, 388
Edna Patricia Charry Ramírez.....	117, 536
Edson Ibrahim Mitre .....	418
Eduarda Costa Alves.....	52, 205, 249, 294, 719
Eduarda Cristina Sperandio Puff .....	187
Eduarda Montenegro Morettie .....	250
Eduarda Vidal Rollemberg .....	104
Eduardo Andrade Vasconcelos .....	328, 381
Eduardo Boaventura de Oliveira.....	345, 399, 426, 474
Eduardo de Araujo Silva .....	61, 87, 158, 238, 274, 447, 567, 587
Eduardo de Sá Tschumi.....	90, 325
Eduardo Espindola Zomer Alves .....	260, 361, 362, 365, 366, 425
Eduardo Ferrioli.....	65
Eduardo Landini Lutaif Dolci .....	645
Eduardo Machado Gaiane .....	388, 605, 617
Eduardo Rodrigues Gonçalves .....	637
Eduardo Romero Sampaio Botelho .....	197, 558, 575, 619
Eduardo Setsuo Sato.....	49
Eduardo Tanaka Massuda.....	42, 43, 323, 335, 338, 342, 378, 394, 416, 420
Eduardo Vieira Couto.....	21, 245
Edwin Tamashiro .....	65, 127, 540, 563, 709
Ektor Tsuneo Onishi .....	318
Elaine Shizue Novalo Goto.....	153, 337
Eliana Freitas Cardoso.....	305, 460, 552, 606
Eliana Maria Minicucci.....	233
Eliana Rodrigues Biamino .....	170
Eliete Martins Hirsch.....	404
Elina Maria da Silva Enríquez .....	164
Elisa Figueiredo Arantes.....	411
Elisa Vasconcelos de Queiroz .....	529
Elisabete Castelon Konkiewitz .....	113, 455
Élisson Krug Oliveira.....	534, 695
Ellen Alves Pinto .....	260
Ellen Caroline da Silva Girão .....	32, 72
Ellen Pinheiro Costa .....	562
Eloá Lumi Miranda.....	41, 64, 125, 126, 430
Eloisa Maria Mello Santiago Gebrim .....	438
Elvira Lopes da Silva .....	176, 604, 613, 631
Emanuele Caroline Miola.....	208, 339, 355, 502, 511, 512
Emanuelle Pereira Gomes Guimarães.....	166, 524, 581, 583

Emerson THomazi.....	260
Emi Zuiki Murano.....	265, 266
Emídio Alves dos Santos Filho.....	122
Emilio Gabriel Ferro Schneider.....	189, 399, 426, 474, 532, 345
Emílio Jonatas Muneroli.....	668
Emilio Pizzichini.....	15
Emílio Salviano Neto.....	16, 268, 570, 632
Émilly Cristina de Bulhões.....	159, 184, 257
Érica Batista Fontes.....	303, 644, 695
Erica Cristina Campos e Santos.....	217, 271, 292, 311, 390, 392, 456, 620
Erica Gonçalves Jeremias.....	75, 94, 144, 133, 136, 443, 712
Erica Hoppactah.....	134, 192, 639, 640, 133, 136
Erica Tamires Gomes de Araújo.....	230, 322, 401, 451, 468, 483, 551
Erich Ken Yoshida.....	272
Erideise Gurgel da Costa.....	32, 72, 163
Erika Baptista Luiz Badarane.....	157, 164
Erika Ferreira Gomes.....	235, 349, 525, 539, 556, 574, 578, 599, 610, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 697, 306, 405, 546, 553, 686
Érika Perez Iglesias.....	648
Eriko Vinhaes.....	570
Ernani Oliveira Avelar.....	264
Eron Mosciati.....	375, 572, 624, 718, 724
Ester Alves Nunes.....	440, 569
Eulália Sakano.....	65, 69, 120, 560
Eustáquio Nunes Neves.....	248
Evaldo César Macau Furtado Ferreira.....	36, 352
Evaldo Dacheux de Macedo Filho.....	81
Evandro Maccarini Manoel.....	45
Evandro Ramos Ribeiro de Oliveira.....	162
Eveline Tasca Rodrigues.....	117, 536
Everton Cardoso da Silva.....	362, 365

## F

Fabiana Caldini Pissini.....	31, 112
Fabiana Cardoso Pereira Valera.....	67, 116, 128
Fabiana Chagas da Cruz.....	124, 128, 130, 137
Fabiana da Silva Rodrigues.....	253
Fabiana Rocha Ferraz.....	609
Fabiane Sousa Marques Leandro.....	336
Fabiano Aguiar Coelho.....	435
Fabiano Amaral Rodrigues dos Santos.....	404, 726
Fabiano Wlandemir Rodrigues de Albuquerque Cavalcante.....	439
Fabio Akira Suzuki.....	193, 427
Fábio de Azevedo Caparroz.....	542
Fabio de Moraes Won Held.....	636, 653
Fábio de Rezende Pinna.....	18, 68, 690, 694
Fabio Duro Zanini.....	91, 523, 596, 598, 580, 608, 658
Fábio Pires Santos.....	469, 498, 701
Fabio Pupo Cecon.....	240
Fábio Tadeu Moura Lorenzetti.....	161, 215, 367, 368, 370
Fabio Wainstein Silber.....	119, 140
Fabiola Donato Lucas.....	219, 248, 329
Fabiola Moreira Magalhães.....	641, 713
Fabrcio Correa de França.....	25
Fabrcio Egídio Pandini.....	25, 492, 533
Fabrcio Leocadio Rodrigues de Sousa.....	35, 157, 706, 164

Fabrizio Parra Brito de Oliveira .....	118, 140, 146, 118
Fabrizio Scapini .....	194, 534, 589, 597, 628, 644, 650, 695
Fabrizio Omir Barbosa Barros Lima.....	433, 450
Fagner De Souza.....	207, 531
Fagner Gomides Torres.....	562, 685
Fatima Regina Abreu Alves .....	230
Felipe Araújo Mendonça Costa.....	485
Felipe Barbosa Madeira.....	298
Felipe Carneiro Krier .....	8, 481, 529
Felipe Costa Neiva.....	88, 316, 379, 419, 427
Felipe Dall-Pizzol .....	15
Felipe Gabriel Garcia.....	361
Felipe Ikeda .....	139
Felipe Leite Feitosa .....	330
Felipe Marques de Oliveira .....	280
Felipe Pimmel .....	359
Felipe Raasch de Bortoli.....	319, 412, 415, 513, 591
Felipe Souza Vieira.....	62
Felipe Xavier de Souza .....	30, 157, 706
Felippe Felix .....	89
Felippe Paraguassu Demes .....	37, 97, 124
Fernada Vidigal vilela Lima .....	444
Fernanda Alves Guimarães .....	603
Fernanda Carneiro Corujeira de Britto .....	318
Fernanda Dalbem Kravchychyn .....	430
Fernanda de Oliveira Feitosa de Castro.....	11
Fernanda Dias Toshiaki Koga.....	92, 345, 532, 659
Fernanda Fruet.....	215
Fernanda Jacobsen Cobra.....	554
Fernanda Marques de Melo Araújo .....	360
Fernanda Martinho Dobrianskyj.....	418
Fernanda Miyoto Tsuru.....	618
Fernanda Negrão Braga .....	330, 336, 432
Fernanda Nicoli Broch.....	517
Fernanda Pires Gallardo.....	318
Fernanda Regina Borges Gonçalves.....	147
Fernanda Rodrigues da Cunha.....	65
Fernanda Tsuru .....	60
Fernanda Vidigal Vilela Lima.....	360, 463
Fernando Ambros Ribeiro .....	477
Fernando Andreiuolo Rodrigues.....	346
Fernando Antônio Maria Claret Arcadipane .....	227
Fernando Canola Alliegro.....	718
Fernando de Andrade Quintanilha Ribeiro.....	418
Fernando Issamu Tabushi .....	79
Fernando Jairo Araújo de Souza .....	160, 258, 506, 693
Fernando Jorge dos Santos Barros .....	609
Fernando Liess Krebs Rodrigues .....	37
Fernando Martins Cruvinel.....	417, 422, 585, 586, 621, 633
Fernando Massa Correia.....	43, 335, 563
Fernando Monteiro Mesquita .....	148
Fernando Oto Balieiro.....	64, 125
Fernando Porto Carreiro Filho .....	196, 327, 405
Fernando Rodrigues Ribeiro .....	433, 450
Fernando Souza Lopes Antonio.....	361, 365
Fernando Veiga Angélico Júnior.....	75, 94, 134, 143, 144, 639, 664, 683, 136, 443, 640, 133, 712
Fhrancis Boechat de Marcos.....	536
Filipe Augusto Padula Pagianotto .....	47

Filipe Pouzas Cardoso .....	61, 238, 274
Filipe Valvassori do Nascimento .....	428
Flávia Caldini Pissini .....	161, 215, 367, 368, 370
Flávia Callou Tavares .....	82
Flavia Caroline Klostermann .....	79, 714, 213, 261, 386, 717
Flavia Feres Bressan .....	576
Flávia Marques de Melo .....	360
Flavia Ribas Demarco .....	36, 177
Flavia Rodrigues Ferreira .....	37, 97, 275
Flávia Varela Capone.....	298
Flavia Zuchen .....	62
Flavianne Mikaelle dos Santos Silveira .....	54, 55, 99, 102, 135, 178, 385, 449, 669
Flavio Barbosa Nunes.....	449, 135, 178, 385, 669
Flavio Carvalho Santos .....	432, 328, 330, 381
Flávio Diniz Capanema.....	55
Flavio Maria Nobre Othon Sidou .....	476
Flávio Mignone Gripp .....	245
Flávio Sirihal Werkema .....	595
Fracis Lino Vidotto.....	118
Francesca Maia .....	394
Francesca Maia Faria .....	709
Francesca Maria Maia.....	540
Francesco Prezzi.....	158, 204, 571
Francine Raquel dos Santos.....	43
Francis Lino Vidotto Mantovanelli .....	139
Francisca Geysa da Silva Costa.....	440
Francisco Davi Alves Vasconcelos .....	423, 546
Francisco Flávio Leitão de Carvalho Filho .....	410
Francisco José de Lima.....	176, 604, 613, 631
Francisco José Osterne.....	89
Francisco Pierozzi D'Urso .....	468
Francisco Polanski Cordeiro .....	424, 561
Francisco Ramon Teles de Oliveira .....	206, 570, 625, 632
Frederico da Cunha Abbott.....	534, 650, 695
Frederico Ludwig da Costa.....	262
Frederico Vieira de Oliveira .....	172

## G

Gabriel Augusto Pinto Barbosa.....	62
Gabriel Borges Veado de Assis.....	19, 60
Gabriel Caetani .....	151, 521, 710
Gabriel Cesa Possamai.....	214
Gabriel Denardi Nasser .....	388, 615
Gabriel Fernandez.....	47
Gabriel Freitas .....	12
Gabriel Kuhl.....	56, 283, 484, 696
Gabriel Liria Juares.....	161, 215, 367, 368, 370
Gabriel Martins Nunes.....	440, 569
Gabriel Matos .....	143, 144, 302, 387, 639, 640, 664, 683
Gabriel Pereira Machry.....	284, 531
Gabriel Rabelo Guimarães .....	247
Gabriel Sardini Covello.....	119
Gabriel Tremi Murara.....	20
Gabriel Zorron Cavalcanti .....	256, 516
Gabriela Cadaval Coletto .....	194, 644, 650
Gabriela Carolina Nazareth Pinto .....	75, 94, 143, 337, 443, 683, 712
Gabriela da Costa.....	577, 655

Gabriela de Aguiar dos Santos.....	577, 655, 721
Gabriela de Andrade Meireles Bezerra.....	168, 229, 289, 349, 374, 452, 461, 476, 553, 727
Gabriela Fernanda Esquerdo Sampaio .....	391
Gabriela Gonçalves de Freitas.....	409, 593
Gabriela Maia Coelho .....	599
Gabriela Marie Fukumoto.....	256, 516, 584
Gabriela Massume Ichiba .....	69, 313
Gabriela Narciso Simão.....	382
Gabriela Nascimento Moraes.....	104
Gabriela Oliveira Brandão Cano.....	648
Gabriela Oliveira Monteiro .....	183, 203, 216
Gabriela Pinto .....	291
Gabriela Queiroz Rozendo.....	517
Gabriela Ricci Lima Luz.....	88, 318
Gabriela Ronchi Pittigliani.....	101, 121, 187, 479
Gabriela Silva Teixeira Cavalcanti .....	372, 439
Gabriela Soraya Martini .....	149, 154, 269, 312, 353, 424, 561, 654
Gabriela Strafacci .....	341
Gabriela Teixeira Dionysio.....	350
Gabriele Leão Straliotto Nichele.....	519
Gabriella Macedo Barros .....	118, 146, 232, 244, 647, 391, 579
Gabriella Soares de Souza.....	230, 322, 401, 451, 468, 483, 551
Geizeane Morais Cunha.....	197, 558, 619, 575
George Caldas Dantas .....	304
George Eduardo Camara Bernarde.....	333
Germano de Sousa Leão .....	98
Gerson Schulz Maahs.....	204, 238, 250, 512
Gerusa Pereira Foschini .....	110, 333, 371, 629, 688
Gilberto Bergonse .....	702
Gilberto da Fontoura Rey Bergonse.....	414
Giliane Gianisella.....	276
Gilson Espinola Guedes Neto.....	140, 146, 244, 647, 579
Gilvan Vinícius de Azevedo Maia .....	694
Gilvânia Aparecida Rabelo Cordeiro .....	14
Giovana Hauschild Pellegrin .....	656, 657
Giovana Spilere .....	395
Giovanna Moreschi Peres Silva .....	222
Gisela Andrea Yamashita Tanno .....	451
Gisele Maia Siqueira .....	82
Gisele Vieira Hennemann Koury.....	30, 33, 35
Gisiane Munaro.....	188, 276, 319, 356, 412, 415, 513, 590, 591
Gislaine Patricia Coelho .....	119, 146, 232, 244, 579, 647, 391
Gislaine Richter .....	331
Giuliano Aquino .....	661
Giuliano Bongiovanni.....	318, 603
Giuliano Reolon da Cunha .....	188
Gláucia Jainara Ferreira Costa.....	388, 605, 615, 617
Glaysé June Sasaki Favarin .....	721
Godofredo Campos Borges.....	118, 119, 139, 140, 391
Grasiele Souza Figueiredo.....	156, 211, 441, 487, 570, 625
Graziela de Oliveira Semenzati .....	36, 313
Graziela de Souza Queiroz Martins.....	34
Grazzia Guglielmino .....	75, 192, 288, 297, 302
Gregori Manfroi .....	701
Greta da Rocha.....	354
Guardiano Henrique Martins Teixeira .....	656, 657
Guilherme Bonadia Bueno de Moraes .....	136, 143, 144, 302, 664
Guilherme Constante Preis Sella .....	454

Guilherme da Silva Machado.....	33
Guilherme De Vitto Betti Bottura .....	365
Guilherme dos Santos Gomes Alves.....	549, 607, 681, 682
Guilherme Duque Silva .....	216
Guilherme Francisco dos Santos.....	447, 587
Guilherme Guimarães Silveira .....	166, 524, 581, 583
Guilherme Horbilon de Castro.....	27
Guilherme Kasperbauer.....	315, 431, 488, 499
Guilherme Koiti dos Santos Kasai .....	96
Guilherme Lippi Ciantelli.....	69
Guilherme Mendes Pimenta.....	497, 504, 509, 567
Guilherme Paiva Gabriel .....	313
Guilherme Silva dos Santos Reis.....	87
Guilherme Silva Machado.....	9, 30, 35, 164
Guilherme Soares Crespo .....	89
Guilherme Solé Sampaio .....	341, 363
Guilherme Trindade Batistão.....	189, 345, 399, 426, 474, 532, 659
Guilherme Vianna Coelho.....	21, 245
Guilherme Wawginiak.....	704
Guilherme Webster.....	490, 496
Guilhermer Bonadia Bueno de Moraes.....	639
Gustavo Almeida.....	291
Gustavo Arruda Passos Freire de Barros.....	430
Gustavo Bachega Pinheiro .....	197, 558, 575, 619
Gustavo Baestro Sela .....	635
Gustavo Barreto da Cunha.....	240, 268, 288
Gustavo Fabiano Nogueira.....	79, 213, 261, 714, 717
Gustavo Felix .....	117
Gustavo Fernando Tognini Rodrigues .....	46
Gustavo Lara Rezende .....	434
Gustavo Lucas Loureiro.....	518
Gustavo Meirelles dos Santos.....	286
Gustavo Mercuri .....	155, 530, 557, 602, 666
Gustavo Meyer de Moraes .....	270
Gustavo Murta .....	651
Gustavo Pegos Rodrigues Coy.....	223, 406
Gustavo Pereira Lima Lang.....	263, 660, 668
Gustavo Pimenta de Figueiredo Dias.....	345, 399, 426, 474, 538, 659, 532
Gustavo Polacow Korn .....	78
Gustavo Simão Souza .....	8, 481
Gustavo Subtil Magalhães Freire .....	594
Gustavo Trindade Mury .....	361, 362, 365, 366, 425
Gustavo Vasconcellos Severo.....	484, 637

## H

Hamilton Ferro.....	614
Hamilton Leal Moreira Ferro .....	356, 412, 513, 590, 591
Hana Caroline Morais Higa .....	172
Hanna Catarina Alves de Oliveira.....	32, 72
Hannah Damasceno Barreto.....	282, 568
Hassana de Almeida Fonseca .....	52
Hedaldo Jose Marques Bastos.....	406
Helder Fernandes de Aguiar .....	92, 399, 538, 659
Hélder Macario .....	138, 326, 555, 627
Helena Cunha Sarubi .....	593
Helena Descovi Galelli.....	662
Helena Maria Gonçalves Becker.....	17, 54, 55, 99, 100, 102, 103, 105, 107

Heloisa dos Santos Sobreira Nunes .....	228
Henderson de Almeida Cavalcante.....	157, 182
Henrique Candeu Patrício .....	214, 577, 655
Henrique César Bischoff .....	554
Henrique de Mello Barletta .....	143, 144, 302, 639, 683, 664
Henrique F. Pauna .....	106
Henrique Fernandes de Oliveira.....	59
Henrique Pentead de Camargo Gobbo .....	341, 363
Henrique Ryuji Takahashi.....	580
Hugo Valter Lisboa Ramos .....	11, 221, 504, 535, 626, 665, 691, 730

## I

Iamma Radace Santiago de Araújo Vila.....	343, 348, 437
Ian Selonke.....	190, 573, 654, 663
Iara de Vasconcelos Gonçalves Ferreira .....	324, 351, 448, 528, 564
Iazmim Samih Hamed Mohd Houdali.....	315, 488
Icaro Grandesso Ribeiro.....	176, 604, 613, 631
Icléia Siqueira Barreto.....	177, 199
Ignácio Garcia Nunes Junior .....	376
Igor Bezerra de Sousa Leal .....	624
Igor Guerra Guimarães .....	436, 572, 624, 718, 724
Igor Ortega .....	109
Ingrid Karoline Freitas Guedes Lins.....	73, 74, 77, 299, 458, 472, 478, 485, 486, 493, 541, 687, 722
Isabel Cristina Leite Maia.....	686
Isabel Cristina Schütz Ferreira.....	56
Isabel Crivelatti.....	173
Isabela Carvalho de Queiroz .....	526
Isabela Conti Abile .....	176, 604, 613, 631
Isabela Hohlenwerger Schettini .....	337
Isabela Siqueira Guedes de Melo .....	110, 333, 371, 629, 688
Isabela Tavares Ribeiro.....	383, 442, 489, 616, 642, 725, 226
Isabele Araújo Tavares .....	292, 390
Isabele dos Santos.....	589, 597, 628
Isabella Cristina Ragazzi Quirino Cavalcante .....	226, 383, 442, 489, 616, 642, 725
Isabella Fonseca da Silva .....	573
Isadora Boeing .....	63
Isadora Ely .....	637
Isadora Rinaldo Scaburi .....	194, 644, 650
Isamara Simas de Oliveira.....	135, 270, 449
Ísis Eloah Machado .....	50, 169
Isis Rocha Dias Gonçalves .....	470
Islam Maruf Ahmad Maruf Mahmud .....	354
Isnara Mara Freitas Pimentel .....	196, 314, 327, 405, 410, 525, 556, 574, 578, 601, 610, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 716
Israel Dimy Silva de Santana .....	389
Iulo Sergio Barauna Filho .....	41, 430
Ivan de Picoli Dantas .....	67, 572, 624, 718
Ivan Elias Rassi .....	64
Ivan Machado de Almeida Junior .....	494, 522
Ivan Neutzling Lüdtkke .....	200
Ivan Taylor Ribeiro.....	300
Ivo Teles Melo Andrade .....	417, 422, 585, 586, 621, 633
Izabella Torres de Melo.....	411

## J

Jackeline Paulino D'Agostin.....	580
Jackeline Rejane Lima Gadelha.....	457

Jackson Augusto Godim Oliveira .....	574
Jacqueline Oliveira de Matos .....	19, 20, 60, 141, 142, 588, 618
Jader Franci Carvalho Oliveira .....	303, 534, 644, 652
Jamile Lopes de Souza .....	418, 645
Jan Alessandro Socher .....	554
Janaina Jacques .....	91, 496, 501, 523, 598, 658, 397, 490, 580, 608
Janine Silva Carvalho .....	324, 351, 448, 528, 564
Jarbas Mario Zandona .....	660
Jeferson Gonçalves Silva Hosken .....	107
Jemima Herrero Moreira Hirata .....	141, 142
Jeniffer Cristina Kozechen Rickli .....	645
Jennyfer Paulla Galdino Chaves .....	646
Jeová Oliveira de Araújo .....	151, 255, 301, 710
Jessica Gonçalves .....	15
Jéssica Gonçalves Passos .....	170
Jéssica Lima Coelho .....	210, 246, 355, 512
Jéssica Maia Couto .....	54, 178, 385, 669, 270
Jéssica Marquet Silva .....	346
Jessica Ramos Santos .....	728
Jessica Ramos Tavares .....	9, 30, 33, 35, 164, 182
Jessyca Porto Santana .....	165, 358, 533
Joana Godinho de Almeida Neves da Silva .....	17, 100, 105
João Araújo .....	111
João Augusto Polesi Bergamaschi .....	429
João Batista de Oliveira .....	595
João Bosco Lopes Botelho .....	48
João Deodato Diógenes Carvalho .....	314
João Fabio Sadão Sato .....	220, 239
João Felipe Villarinho .....	411
João Flávio Nogueira .....	539
João Gabriel Moraes Junqueira .....	14
João Henrique Cunha Villela .....	397
João Igor de Paiva Cabral .....	343, 348, 437
João Paço .....	111
João Paula Orejana Contieri .....	213
João Paulo Lins Tenório .....	324, 351, 448
João Paulo Mangussi Costa Gomes .....	125, 126
João Paulo Maximiano Favoreto .....	68
João Paulo Orejana Contieri .....	386, 717
João Paulo Peral Valente .....	406, 407
João Pedro Nunes Aquime .....	148
João Pedro R. Cantarini de Oliveira .....	698
Joao Romario Gomes .....	175, 413, 636
Joao Subtil .....	111
João Victor de Andrade Águas .....	61, 238, 274
João Victor Massamitsu Katayama Miyazaki .....	18
João Vitor Aguiar Monteiro .....	73, 74, 299, 478, 485, 486, 493, 687, 722
Jocylene de Souza Andrade .....	706
Joel Lavinsky .....	499
Jordana Cossettin Antonello .....	298
Jorge Alexandre Gobbi Manfrin .....	241, 571
Jorge Antônio Braun Rizkalla .....	214
Jorge Montenegro .....	521
Jorge Rizzato Paschoal .....	120
Jose Antonio Pinto .....	12, 480, 507, 228
José Arruda Mendes Neto .....	193
José Caporrino Neto .....	78
José Carlos Nardi .....	174

José Eduardo de Sá Pedroso .....	38
José Eduardo Esposito Almeida .....	179, 298
José Eduardo Faria Martins.....	223
José Eduardo Farias Martins .....	407
Jose Eli Baptistella.....	724
Jose Faibes Lubianca Neto .....	488, 495, 499
José Fernando Gobbo .....	341, 363
José Fernando Polanski.....	320, 395
José Gumercindo Vasconcelos Rolim .....	196, 327, 405, 410
José Henrique Frizzo Burlamaqui .....	242, 286, 500
Jose Higino Steck.....	21
Jose Jarjura Jorge Junior .....	119, 140, 118, 139, 391
José Lucas Barbosa da Silva .....	18
José Luis Serrano Barba .....	253
José Luiz de Campos .....	341
José Luiz Pires Junior.....	651
José Luiz Teixeira Rodrigues .....	27, 720
José Marcio Costa Barcelos Junior.....	377
José Maria de Mendonça Neto.....	117
José Neto Ribeiro Souza.....	11, 665
José Paulo Fontes Martins .....	689
José Ricardo Gurgel Testa .....	88, 316, 464, 466
José Ronaldo de Souza Filho .....	75, 94, 134, 153, 443, 712,
Jose Santos Cruz de Andrade.....	632
José Sérgio do Amaral Mello Neto.....	193, 446
José Tavares de Melo Jr.....	15
José Vicente Tagliarini .....	198, 231, 295, 530, 557
José Victor Maniglia .....	542
Josias Torres de Siqueira Filho .....	281
Josy da Silva Rodrigues .....	61, 238, 274, 566
Josyane Borges da Silva Gonçalves .....	457
Joyce Christhina Martins Silva .....	477
Juan José Pineda Garcia.....	208, 210, 262, 339, 355, 512
Júlia Colares Moreira .....	219
Julia Espíndola Guimarães .....	77
Julia Gaspar de Oliveira Santos.....	151, 521, 710
Julia Maria Amaral Ambrósio.....	545
Julia Monteiro de Oliveira.....	173
Júlia Rodrigues Marcondes Dutra.....	117, 536
Júlia Tonietto Porto .....	218, 354, 415, 590, 614
Júlia Yumi Fábrica Hassegawa.....	285
Juliana Altavilla Van Petten Machado.....	409, 593
Juliana Benthien Cavichiolo.....	663
Juliana Cagliariere Linhares Barreto .....	212, 421, 467, 510, 703
Juliana Cristina Mesti .....	58, 344, 414, 573
Juliana da Luz Araújo .....	529
Juliana Fernandes de Oliveira .....	522
Juliana Gomes Paulino.....	506
Juliana Gonçalves Silveira .....	61, 238, 274
Juliana Guimarães Garcia Cunha .....	417, 422, 585, 586, 621, 633
Juliana Gusmao de Araújo .....	357
Juliana Ishisaki.....	79
Juliana Lopes Alfaia.....	273
Juliana Mazzaferro Krebs .....	210, 246, 339, 511, 512
Juliana Mota Ferreira .....	93, 461
Juliana Sato Hermann .....	469, 498
Juliana Simons Godoy .....	661
Juliana Soares Vieira Araujo.....	208, 246, 512, 355

Juliana Teixeira de Souza.....	314, 405, 525, 539, 546, 556, 574, 578, 601, 610, 670, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 716
Juliano Molina Pellicano .....	310
Juliano Vicente Rodrigues.....	303, 597
Júlio A. Cordioli .....	45
Jürgen Pauli de Castro.....	29

## K

Kalil Braga Ferreira .....	253
Kallil Monteiro Fernandes.....	51, 85, 494, 729
Kallyne Cavalcante Alves Carvalho.....	145, 171, 181, 236, 267, 380, 527, 537, 559, 638, 699
Kamila Satomi Haida .....	230, 322, 401, 451, 468, 483, 551
Karen Liz Araujo Souza .....	61, 238
Karen Raiocovitch .....	454
Karina Pereira da Cruz.....	656, 657
Karine Bombardelli .....	429, 723
Karine Vieira Goncalves de Oliveira.....	270
Karlene Thayane Barros da Silva.....	148
Karyna Myrelly Oliveira Bezerra de Figueiredo Ribeiro.....	459
Katianne Wanderley Rocha.....	77, 299, 528
Kelen Rabelo Santana Bonin.....	545
Kelly Elia Abdo.....	12
Kenia Rabelo Santana de Faria .....	282, 568
Kleber Rodrigues e Silva.....	68
Kleison Douglas Gomes Pimentel.....	461
Konrado Massing Deutsch .....	204, 241, 250, 283, 571
Kristian Holanda Nogueira .....	48

## L

Laiane Renolfi de Oliveira .....	420
Laila Mancilha Daghestanli .....	400, 600
Lais Cristina de Pin .....	364, 404, 433, 450, 726
Laís Cristine Krasniak.....	384, 596
Laís da Silveira Botacin.....	497, 504, 509
Laís Melo Rocha .....	420
Laís Monteiro Amorim .....	542, 611
Laise Araujo Aires dos Santos .....	131
Laise Teixeira Cavalhieri .....	88
Lalucha Mazzucchetti.....	63
Lara Damasceno Almeida Moura .....	180, 520, 728
Lara Emy Mukai.....	161, 215, 367, 368, 370
Lara Fabre Pereira .....	554
Larissa Bianchini.....	515
Larissa Borges Richter Boaventura .....	119, 140, 146, 232, 244, 391, 579, 647
Larissa Denadai Raffa de Souza .....	234, 623
Larissa Leal Coutinho .....	372, 439, 445
Larissa Maria Alencar Xerez de Vasconcelos .....	117
Larissa Nunes Martins de Santana .....	562, 685
Larissa Odilia Costa Binoti.....	212, 421, 467, 510, 703
Larissa Oliveira dos Reis.....	544
Larissa Parrela Rodrigues.....	377
Larissa Petermann Jung .....	250, 283, 696
Larissa Reginato Junges .....	354
Larissa Rodrigues Nepomuceno .....	526, 648
Larissa Rolim Freitas.....	423, 539, 546
Larissa Salomão Pereira .....	460, 491
Larissa Souza Barreto .....	480, 507

Laura Beatriz Kracker Martucci .....	174, 393
Laura Martins Giraldi .....	63, 359, 505, 514, 689
Lauriane dos Santos Martins .....	400, 600
Lauro Araki .....	414
Leandra Novais Batista .....	477
Leandro Azevedo Carmargo .....	665
Leandro Figueiredo de Souza .....	605, 617
Leandro Renato Gusmão Duarte .....	524
Leila Roberta Crisigiovanni .....	663
Leo Sekine .....	56, 108
Leonardo Biselli da Costa Monteiro .....	287, 338, 378, 394, 416, 420, 473, 563
Leonardo da Silva .....	300
Leonardo Frighetto .....	701
Leonardo Haddad .....	38, 240
Leonardo Hoehl Carneiro .....	216
Leonardo Marques Gomes .....	138
Leonardo Mendes Acatauassú Nunes .....	148, 706
Leonardo Palma Kuhl .....	158, 274, 502, 511
Leonardo Petrone Castro .....	160, 209, 258, 317, 398, 506
Leonardo Rothlisberger .....	704
Leonardo Sousa Alcântara .....	42
Leonardo Teixeira Ramoniga .....	454
Leonella Milli Lavagnoli .....	202
Leopoldo Marques D'Assunção Filho .....	439, 445
Letícia Alves da Fonseca Aguera Nunes .....	474, 538
Leticia Andrade de Angelo .....	545
Leticia Boari .....	446, 453
Leticia Castruchi Kamei .....	25, 165, 227, 358, 492, 533
Leticia Chueiri .....	91, 490, 496, 501, 523, 596, 598, 608, 658
Leticia Helena de Sousa Marques .....	368, 161, 215, 367, 370
Leticia Paiva Franco .....	17, 54, 55, 99, 100, 103, 105, 107, 178
Leticia Petersen Schmidt Rosito .....	87, 109, 429
Leticia Righetti Melo Kropf .....	700
Leticia Teixeira .....	612, 685
Levi Mota Marques .....	196, 410, 610
Lidia de Lorenzi da Silva .....	214
Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira .....	51, 85, 459
Lidiani Figueiredo Santana .....	623
Lidio Granato .....	645
Lígia Arantes Neves de Abreu .....	219, 248, 329
Ligia Maria Olympio .....	358
Ligia Oliveira de Goncalves Morganti .....	449
Ligia Salha Françolin .....	350
Ligia Tedde de Moraes .....	242, 500
Ligia Zanco Bueno Derrico .....	46, 661
Lilian de Carvalho Cid .....	273, 296
Liliane Queiroz de Lira .....	51, 85, 459, 494, 729
Liliane Rodrigues Rios .....	104
Linda Luísa Barasuol .....	261
Lise Barreto de Oliveira .....	206, 211
Lisiane Cristine da Mota Cabral .....	278
Lisiane Kruse .....	188
Lívia Alexandre Martins .....	387
Lívia Bacha Ribeiro .....	167
Lívia Castellari Burchianti .....	66, 645
Lívia Marge de Aquino Guedes .....	703
Lívia Pereira de Souza .....	37, 97, 128
Lizandra Stopa Passini .....	436, 572, 624, 718, 724

Lorena Andrade Lamounier.....	42, 420
Lorena Carneiro Amado.....	277, 550, 555, 627
Lorena Cristina Peres Rodrigues Gomes.....	58, 190, 278, 414, 635, 651, 663, 702
Lorena Mascarenhas Veneza .....	311, 456
Lorena Pinto de Souza Pontes .....	145, 171, 181, 236, 267, 527, 537
Lorrane Caroline Braga Rodrigues .....	102, 135, 270, 449
Lourenço Sabo Muller.....	261, 714
Luana Carolina Fontana .....	303, 589, 597
Lucas Antônio da Costa.....	174, 393
Lucas Augusto D'Amorim Silva.....	526
Lucas Costa Lobato .....	45
Lucas Cunha Ferreira Castro Tolentino .....	202, 549
Lucas de Abreu Lima Thome da Silva .....	403, 462, 471
Lucas de Azeredo Zambom.....	414
Lucas Ferreira Rocha .....	179
Lucas Henrique Oliveira .....	65
Lucas Henrique Vieira .....	540, 708, 709
Lucas Kenji Ebara .....	53
Lucas Lins Marques.....	432
Lucas Mendonça de Almeida.....	123, 475
Lucas Osanan Andrade de Sousa.....	603
Lucas Pastori Steffen.....	218, 415
Lucas Quaglia Timbó.....	387
Lucas Resende.....	320, 331, 395
Lucas Sieburger Zarro .....	175, 207, 284, 413, 531, 582, 630, 636, 653
Lucas Spina.....	198, 231, 233, 295, 530, 557, 602, 666
Lucas Strauss Boff .....	200
Lucas Vieira Elias .....	174, 393
Lucca Policeno Paulin.....	10, 19, 60, 618
Lúcia Cervidanes .....	17
Luciana Balester Mello de Godoy.....	13
Luciana Barros Augé .....	303, 597
Luciana Brito Correa .....	292, 217, 252, 390, 456
Luciana Fontes Silva da Cunha Lima .....	85, 494
Luciana Godoy .....	12
Luciana Gonçalves.....	705, 707
Luciana Kunde.....	262
Luciana Lima Martins Costa.....	637
Luciana Mendes Oliveira.....	254, 255, 301, 518
Luciana Miwa Nita Watanabe.....	310
Luciana O. Palombini .....	13
Luciana Pimentel Oppermann .....	499
Luciana Santos França.....	277, 326, 550, 627
Luciane de Figueiredo Mello .....	179
Luciane Mazzini Steffen .....	210, 218, 246, 262
Luciano Gazzone .....	104
Luciano Pedreiro Calgaro.....	174, 393
Luciano Rodrigues Alves .....	71
Luciene Mayumi Sato.....	265, 266
Lucilia Monteiro .....	307
Ludmila dos Reis Silva .....	417, 422, 633
Ludmilla Emilia Martins Costa .....	225, 427, 603
Luigia Peixoto Salvador.....	8, 481
Luis Antônio Brandi Filho.....	256
Luís Castelhana .....	293
Luis Felipe de Castro Neves .....	464, 466
Luis Felipe Lopes Honorato.....	75, 94, 144, 443, 639, 640, 683, 712,
Luis Fernando Jaramillo Calero.....	694

Luis Fernando Melotti .....	263, 660, 668
Luísa Gallas Eickhoff .....	285, 428
Luisa Raña de Aragão .....	25, 165, 227, 358, 492, 533
Luíse Sgarabotto Pezzin .....	208, 210, 246, 355, 502, 511
Luísi Rabaioli .....	24, 26, 28
Luiz Bráulio Farias Benítez .....	519
Luiz Carlos Alves de Oliveira .....	643
Luiz Carlos Alves de Sousa .....	375
Luiz Carlos Barbosa Junior .....	27, 720
Luiz Claudio Costa Pinto .....	183
Luiz de Castro Bastos Filho .....	328, 330
Luiz Eduardo Florio Junior .....	140, 146, 232, 391, 647, 579, 391
Luiz Eduardo Nercolini .....	10, 261, 618
Luiz Felipe Bartolomeu Souza .....	102, 107, 135, 178, 270
Luiz Felipe Cordeiro Gonçalves .....	689
Luiz Felipe Lira de Moraes .....	569
Luiz Fernando Criscoulo Filho .....	185, 508
Luiz Fernando Manzoni Lourençone .....	399, 426
Luiz Gabriel Signorelli .....	516, 584
Luiz Gustavo Espanhol .....	656, 657
Luiz Henrique Chequim .....	386
Luiz Henrique Machado Fernandes .....	420
Luiz Henrique Schuch .....	628, 644
Luiz Maia de Freitas Júnior .....	51, 85, 522, 729
Luiz Paulo Monteiro Santos .....	264
Luiz Roberto Medina dos Santos .....	397
Luiz Roberto Tomasi Ribeiro .....	214, 577, 655
Luiz Rodolpho Pena Lima Júnior .....	343, 348
Luiz Sergio Raposo .....	259
Luiz Silveira Vieira Filho .....	457
Luiza Amarante Rodrigues .....	110, 629, 688, 371
Luiza Flores da Cunha Thompson Flores .....	656, 657
Luiza Frech Mulizini .....	79
Luiza Lirio Jacomelli .....	606
Luiza Zanette de Carvalho .....	172
Luthiana Frick Carpes .....	339, 355
Luzia Abrão El Hadj .....	421
Lyara Kenia Fernandes Caprio .....	332
Lygia Alves Mancini .....	202

## M

Magda Midori Mukai .....	69, 199
Magno Eric Barbosa Peixoto .....	601
Maiana Zanchetta Scherer .....	204, 237, 241, 283, 696
Maira da Rocha .....	88
Maíra Garcia Martins .....	720
Maíra Kalil Fernandes .....	268
Manoela Astolfi Vivian .....	23, 28
Manoela Paiva de Oliveira .....	369, 723
Manuela Garcia Lima .....	138
Manuela Salvador Mosciaro .....	172
Marcel Machado Valério .....	571
Marcel Menon Miyake .....	114
Marcela Coelho Marques Valente .....	277, 326, 555
Marcela de Oliveira .....	31, 112
Marcela Santos Cavalcanti .....	573
Marcela Weber de Jesus .....	518

Marcele Oliveira dos Santos .....	534, 589, 628
Marcell de Melo Naves .....	562, 612, 685
Marcella Campello Novaes .....	520
Marcelle Cotrim Rocha .....	151, 521, 710
Marcello B. Aniteli.....	65
Marcelo Augusto Domingues Gonçalves.....	517
Marcelo Cardoso Figueiredo.....	491
Marcelo Castro Alves de Sousa.....	377
Marcelo Ferreira dos Anjos.....	159, 184, 257
Marcelo Hamilton Sampaio .....	120, 560
Marcelo Mattos Garcia .....	317
Marcelo Pilatti .....	200
Marcelo Ribeiro.....	498
Marcelo Rodrigues.....	50, 169
Marcia dos Santos da Silva.....	272, 308, 634
Márcia Jacomelli .....	184
Marcia M Menezes Pizzichini.....	15
Marcia Rumi Suzuki.....	442
Márcio Eduardo Broliato .....	402
Márcio Fernando Cardoso .....	506, 693
Márcio Nakanishi .....	59
Marco Antonio Cruz Rocha .....	692
Marco Antônio Ferraz de Barros Baptista.....	189, 532, 538, 659
Marco Antonio Knapp Dessbesell.....	589, 628, 695
Marco Aurélio Fornazieri .....	18, 53, 68, 712
Marco Aurélio Franco de Godoy Belfort.....	202
Marco Aurélio Rocha Santos.....	385
Marco Viegas da Matta de Souza .....	123, 475
Marconi Delmiro da Silva.....	104
Marconi Teixeira Fonseca.....	409, 593
Marcos Alexandre de Almeida.....	282, 568
Marcos André de Sarvat .....	280
Marcos Antônio de Melo Costa .....	564
Marcos Loyola Borém Guimarães.....	474, 538
Marcos Luiz Antunes.....	334, 369, 382
Marcos Nobuo Tan Miyamura .....	223, 406
Marcos Rabelo de Freitas .....	93, 374, 461
Marcos Rafael Porto Bioca.....	32, 72
Marcus Miranda Lessa .....	131, 132, 526, 648
Marcus Vinicius Collares .....	108
Maria Carmela Cundari Bocalini .....	322, 401
Maria Cecília Baldi Simões Ferreira .....	98
Maria Cecília Canela e Paiva .....	166, 583
Maria Clara Capucho.....	307
Maria Cláudia Mota Pedroso .....	39, 309, 560
Maria do Carmo Bertero.....	46
Maria do Socorro Távora Soares.....	93
Maria Eduarda Angelo De Mendonça Fileti.....	63
Maria Elisa Oliveira Picanço de Melo.....	93
Maria Eugênia Predruzzi Dalmaschio .....	117
Maria Fernanda Piccoli Cardoso de Mello.....	91, 397, 490, 496, 501, 523, 580, 596, 598, 608, 658
Maria Flávia Bonadia Bueno de Moraes.....	265, 266
Maria Helena de Araújo Melo .....	186
Maria Isabela Alves Ramos .....	290, 562, 612, 685
Maria Julia Abrão Issa .....	669, 385
Maria Luiza Dal Toe Pozzobon .....	704
Maria Olívia Ferreira Romano.....	425
Maria Richelle Rufino Cecílio .....	298

Maria Stella Arantes do Amaral.....	43, 65, 342
Maria Stella Jaqueline Alves de Farias.....	197, 558, 575, 619
Maria Tarcinara Rodrigues Sarmiento Oliveira.....	343, 348, 437
Maria Theresa de Oliveira Ramos.....	81
Maria Thereza Patury Galvão Castro.....	77, 123, 191, 299, 475
Maria Vitória Mareschi Barbosa.....	167
Mariana Baptistella Mazzotti.....	12, 228
Mariana Barroso Scaldini.....	400, 600
Mariana Bastos Faria.....	364, 404, 433, 450, 726
Mariana Borsa Mallmann.....	658
Mariana de Carvalho Leal.....	372
Mariana de Landa Moraes Teixeira Grossi.....	48, 76, 82, 86, 253, 281, 389, 641, 692, 713
Mariana de Oliveira Lobo.....	8, 481
Mariana Delgado Fernandes.....	170, 193, 234, 347, 379, 419, 446, 453
Mariana Donato.....	291
Mariana Ferreira Sbrana.....	690
Mariana Fidelis Solla.....	232, 244
Mariana Gonçalves Garcia Rosa.....	707
Mariana Heraria Favoretto.....	579
Mariana Krelling Salgado.....	19, 141, 588
Mariana Lopes Fávero.....	34, 46
Mariana Maciel Tinano.....	17, 54, 99, 100, 102, 105
Mariana Maldonado Loch.....	265, 266
Mariana Manzoni Seerig.....	91, 490, 496, 501, 523, 580, 596, 598, 658
Mariana Mascarenhas Assis.....	16, 156, 268, 487, 570, 632
Mariana Matos de Almeida.....	16, 156, 206, 211, 268, 441
Mariana Meireles Teixeira.....	52, 205, 249, 294, 719
Mariana Moreira de Castro Denaro.....	444, 595
Mariana Moreira de Deus.....	567
Mariana Moreno Tarifa.....	413
Mariana Nagata Cavalheiro.....	190, 344, 414, 635, 702
Mariana Olívia da Costa.....	280
Mariana Pinheiro Brendim.....	97
Mariana Reis Enout.....	334
Mariana Renata Nunes.....	649
Mariana Rosa.....	705
Mariana Sancho de Macedo.....	163, 251, 340, 396, 622, 715
Mariana Santana Xavier.....	220, 547
Mariana Tetilla.....	46
Mariana Zago de Moraes.....	194, 597, 695
Mariane de Souza Zampieri.....	9, 30, 33, 35, 164, 182, 706
Mariane Dias Rezende.....	362, 366, 425
Marianna Pires Cordeiro Caiana Diogo.....	179
Mariele Bressan.....	315, 431, 495
Mariele Lovato.....	278
Marielle Albrechete.....	34
Marília Batista Costa.....	170, 193, 225, 234, 446, 453, 576, 332, 419, 427
Marina Abreu Faioli.....	609
Marina Andrade Teixeira.....	409, 593
Marina Bandoli de Oliveira Tinoco.....	175, 207, 284, 413, 531, 582, 630, 636, 653
Marina Barbosa Guimarães.....	326, 550, 555, 627
Marina Colares Moreira.....	219, 248, 329
Marina de Carvalho Leal.....	445
Marina Faistauer.....	109
Marina Ferraz Gontijo Soares.....	497, 504, 509, 567, 665
Marina Franco Panovich.....	517
Marina Lourenço de Barros.....	50, 169
Marina Matuella.....	208, 210, 218, 262, 339, 502, 511

Marina Moraes Loepert.....	52, 205, 249, 294, 719
Marina Motta.....	95
Marina Paese Pasqualini.....	200, 469, 498, 515, 701, 711
Marina Ramos Jardim.....	153, 337
Marina Saes Rays.....	96
Marina Silva da Fonsêca.....	147
Marina Tecia Mercedes.....	107
Mario Cosme Pires da Cunha.....	467
Mario Luiz Augustus da Silva Freitas.....	119
Mário Pinheiro Espósito.....	450, 364, 404, 433, 726
Marize Teixeira Vitório.....	113, 455
Marla Renata Soares Momesso.....	649
Marlon Bozo.....	71
Marlon Luiz Maders.....	194, 303, 628
Martin Batista Coutinho da Silva.....	91, 397, 490, 496, 501, 523, 580, 596, 598, 608
Martina Iavarone.....	185, 508
Martinha Chorão.....	293
Martinho da Palma e Melo Neto.....	549, 607, 681, 682
Mateus Leszczynski Guerra.....	554
Mateus Morais Aires Camara.....	372, 439, 445
Mateus Picada Corrêa.....	515
Matheus Alves Farah.....	195, 310, 357, 408, 434, 481, 594
Matheus Cunha Ferreira Castro Tolentino.....	202, 549
Matheus Pires Braga.....	259, 547
Matheus Rasteiro Conrado.....	542, 611
Matheus Westarb de Godoi.....	503
Mathias André Kunde.....	428
Mathias Antonialli Castoldi.....	362
Maurício Goelzer da Silva.....	263
Mauricio Gusberti.....	149, 312, 353, 424, 154, 561, 654, 269
Mauricio Schreiner Miura.....	431, 315
Mauro Becker Martins Vieira.....	282, 568
Mauro Luiz da Costa Araújo Junior.....	305
Maurycy de Oliveira Faria Júnior.....	465, 542
Mayara Celentano Laporta.....	242, 500
Mayara de Cássia Benedito.....	153
Mayara Moreira de Deus.....	465, 684
Mayara Tabai.....	44, 120, 352
Maycon Sabino Souza e Silva.....	282, 568
Mayra Coelho Bócoli.....	129, 239
Mayra Lencioni de Carvalho.....	643
Mayra Soares Ferreira.....	41, 64, 125, 126
Melina Pinillos Marambaia.....	138, 300
Melissa Ameloti Gomes Avelino.....	497, 509, 567
Melissa do Rocio Regazzo Porto.....	71, 79, 213, 386, 714, 717
Melissa Ern Benedit.....	359, 505, 514, 689
Melissa Ferreira Vianna.....	418
Micaela Bianchini Souza.....	243, 643, 652
Michel Balvedi Nomura.....	190, 344, 635, 702
Michelle Lavinsky Wolff.....	23, 24, 26, 723, 28
Michelle Menon Miyake.....	114
Michelle Oliveira dos Santos.....	520, 728
Miguel Angelo Hyppolito.....	42, 43, 342
Miguel Soares Tepedino.....	548, 698
Milene Lopes Frota.....	377
Mirella Kalyne Cavalcante Magalhães.....	324, 351, 448, 528, 564
Mirian Cabral Moreira de Castro.....	360, 377, 444, 463, 595
Mohamed Feras Al-Lahham.....	331

Monalice Ferreira Campos Ana Cristina Costa Martins.....	202
Monica Alcantara de Oliveira Santos.....	332, 347, 470, 332
Monica Andrea Aben Athar de Oliveira.....	234, 453
Mônica de Castro Gudmon.....	46
Monica Majeski dos Santos Machado.....	151
Mônica Sofia Padilha de Barros.....	323, 473, 592
Monik Lins Queiroz.....	460
Monik Souza Lins Queiroz.....	305, 491, 552, 606
Monique Barros Brito da Conceição.....	168, 229, 235, 289, 306, 349, 374, 452, 476, 667
Monique Maria Steffen.....	375
Murilo Carlos Gimenes.....	649
Murilo de Barros Baruki.....	222
Murilo Higa Cimatti de Andrade Kratz.....	113, 455
Mylene Cristina Pinto de Paiva Almeida.....	729
Myriam de Lima Isaac.....	42, 265, 266

## N

Nadhine Feltrin Ronsoni.....	577, 655, 721
Nahyane Lacerda dos Santos.....	273
Naiana Manuela Rocha Arcaño da Cruz.....	474, 538
Nancy Mizue Kokitsu Nakata.....	189
Narciso Almeida Vieira.....	92
Natália Baraky Vasconcelos de Faria.....	162
Natalia Barros de Melo.....	195, 310, 357, 408, 434, 594
Natália Cançado.....	114
Natalia Cerqueira Rezende.....	223
Natalia Colodetto Soares.....	19, 618, 646
Natalia de Andrade Costa.....	206, 211, 441, 487, 625
Natália de Matos Branco.....	542, 611
Natalia Lopes B Sampaio.....	661
Natalia Maria Couto Bem Mendonça.....	271, 390, 217, 292, 311, 392, 456, 620
Natalia Mello do Vale.....	212, 376, 421, 510, 700,
Natália Paseto Pilati.....	23, 24, 26, 723
Natália Stela Sandes Ferreira.....	298
Natalia Trabachin Cavallini Menechino.....	375
Natalia Vale.....	186
Natalia Vieira Gasparin.....	194, 589, 650
Natalie Cristina Oliveira Mendes.....	256, 516, 584
Natalie Piai Ravazzi Rapchan.....	607
Natalya de Andrade Bezerra.....	369, 603
Natania Tuanny Damasceno Inácio.....	51, 85, 459, 729
Natascia Lumi Adati.....	287, 323, 335, 338, 378, 394, 416, 473, 563, 708
Nathalia Anaissi Rocha Pessoa.....	163, 251, 340, 396, 622, 715
Nathália Beatriz Pagliarini Martoni.....	350
Nathalia Christina Lopes Flores.....	486
Nathalia de Paula Doyle Maia.....	172
Nathália Manhães Távora.....	280
Nathalia Parrode Machado Barbosa.....	195, 310, 357, 408, 434, 594
Nathalia Tenorio Fazani.....	118, 139, 146, 232, 244, 579, 647, 139
Nathalia Linhares Alves.....	611
Nathane Zanineli Ré.....	280
Nayana da Silva Cunha.....	223, 406
Nédio Atolini Júnior.....	263, 660, 668
Nédio Steffen.....	218, 208, 210, 246, 262
Neilor Bueno Mendes.....	344
Nélson Gilberto.....	80
Ney Penteado de Castro Neto.....	226, 383, 616, 642, 725

Ney Saldanha Nogueira da Gama Júnior .....	719
Nicolau Moreira Abrahão .....	352
Nicolau Tavares Boechem .....	552
Nicole Elen Lira .....	402, 662
Nicole Kraemer Redeker .....	188, 354, 415, 614
Nicole Martuscelli de Almeida .....	230, 322, 401, 451, 468, 483, 551
Nicole Zomer Machado .....	101, 121, 359, 479, 505, 514, 689
Nilce Sanny Costa da Silva Behres .....	186, 510
Nilvano Alves de Andrade .....	16, 156, 206, 211, 487, 570, 625, 632
Nina Raisa Miranda Brock .....	272, 273, 296, 308, 634
Noemi Grigoletto De Biase .....	38, 78, 240, 288, 297
Norton Tasso Júnior .....	36, 39, 309, 313
Nuno Verdasca .....	293

## O

Octavia Carvalho Castagno .....	319, 412, 513, 591, 356
Odilon Mendes Neto .....	388, 605, 615
Olga Maria Lima Aguiar .....	612
Olivia Egger de Souza .....	237, 696, 241, 283, 429
Osmar Clayton Person .....	442, 489
Osmar Mesquita de Sousa Neto .....	114
Oswaldo de Oliveira Nascimento Júnior .....	543
Oswaldo Laércio Mendonça Cruz .....	45
Otávio Augusto Iavarone .....	185, 508
Otávio Bejzman Piltcher .....	61
Otávio Eugenio Teixeira Trarbach .....	417, 422, 586
Otávio Marambaia dos Santos .....	138, 277, 326
Otto Henrique Nienov .....	276

## P

Pablo Alves Auad Moreira .....	78, 147, 288, 297
Pablo Pinillos Marambaia .....	138, 326, 627
Pamella Fonseca Barbosa .....	33, 157, 182
Pamella Marletti de Barros .....	372, 445
Paola Fonseca Minuzzi .....	354
Paola Piva de Freitas .....	44, 69
Patrícia Barcelos Ogando .....	431
Patrícia Bittencourt Barcia Barbeira .....	183, 203
Patrícia Dayrell Neiva .....	107
Patrícia Elias Vieira .....	519
Patrícia Góes Prado .....	271, 392
Patrícia Mauro Mano .....	52
Patrícia Santos Pimentel .....	340, 396
Patrícia Tramontano Fraiha .....	216
Paula Bhering de Oliveira .....	110, 371, 629, 688
Paula Coli Mendes Lima .....	698
Paula Dayani de Paiva Kasa .....	361
Paula de Almeida Melo .....	435
Paula de Oliveira Oppermann .....	24, 26, 28
Paula Gonzalez Pinto .....	545
Paula Küh dos Anjos .....	101, 121, 187, 479
Paula Mie Murakami Hirotani .....	545
Paula Milena Melo Casais .....	16
Paula Ribeiro Lopes .....	443
Paula Sanches dos Santos Azevedo Genovez .....	407
Paula Santos Silva Fonsêca .....	332, 576
Paula Tardim Lopes .....	438

Paula Wickert Bastos.....	373, 428
Paulo Almeida Rocha .....	264
Paulo André Carvalho de Sousa.....	282, 568
Paulo Antonio Monteiro de Camargo.....	71, 312, 353
Paulo Araújo.....	255
Paulo Augusto Kfuri de Araújo.....	247
Paulo Bentes de Carvalho Neto.....	251
Paulo Cesar Pezza Andrade.....	195, 357, 434, 408
Paulo de Lima Navarro.....	649
Paulo Eduardo Przsieszny.....	154, 269
Paulo Fernando Tormin Borges Crosara.....	135
Paulo Henrique Pimenta de Carvalho.....	524
Paulo José Cauduro Marostica.....	56, 108
Paulo Moacir Mesquita Filho.....	469, 498, 701
Paulo Pires de Mello.....	491
Paulo Roberto Lazarini.....	66, 418, 645
Paulo Roberto Rodrigues Bicalho.....	264
Paulo Sergio Lins Perazzo.....	217, 271, 311, 292
Paulo Tinoco.....	175, 207, 284, 413, 531, 582, 630, 636, 653
Paulo Vera Cruz.....	111
Pedro Alberto Escada.....	307
Pedro Augusto Pessoa de Abreu.....	217, 620
Pedro Escada.....	80, 279, 291, 293
Pedro Gregório Mekhitarian Filho.....	47
Pedro Henrique Dall Agnol.....	218
Pedro Lopes Gomes.....	485
Pedro Ricardo Millet.....	205, 249, 294
Pedro Sousa.....	80
Pietro Jorge Tenório Tavares.....	372, 439, 445
Plicia Maciel Carvalho.....	165, 358
Poliana Camurça da Silva.....	649
Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro.....	145, 171, 181, 236, 267, 380, 527, 537, 559, 638, 699
Priscila Bogar.....	75, 94, 95, 133, 134, 136, 143, 144, 192, 443, 639, 640, 664, 683, 712
Priscila Calixto Klichouvicz.....	13
Priscila Castricini Mendonça Pimentel.....	254, 255, 301
Priscila de Mello Papa.....	300
Priscila Novaes Ferraiolo.....	124, 128, 130, 137
Priscila Oliveira de Sousa.....	347
Priscila Silva Monteiro.....	52, 205, 249, 294, 719
Prisciliano Thiago da Cruz Gomes.....	290, 482, 562, 612
Priscilla de Souza Campos dos Santos.....	124, 130, 137
Priscilla Durante Miotto.....	42
Priscylla Vital Vasconcelos.....	55, 102, 103

## R

Rachel Bichara Izai.....	62
Rafael Calsoni Gomes.....	287, 323, 335, 338, 378, 394, 416, 473, 540, 563, 592, 708, 709
Rafael Costa Lopes Ramos.....	694
Rafael da Costa Monsanto.....	161, 367, 370
Rafael de Deus Moura.....	432
Rafael de Oliveira.....	517
Rafael Freire de Castro.....	170, 193, 225, 332, 347, 379, 427, 446
Rafael Martins Kayano.....	321
Rafael Milanez Greco.....	637
Rafael Monsanto.....	368

Rafael Pontes .....	222
Rafael Rocha Rezende .....	492
Rafael Rossel Malinsky .....	590
Rafael Soares Leonel de Nazaré .....	518
Rafael Toledo Baston .....	464
Rafael Vicente Lucena .....	36, 177
Rafaela de Melo Meneses Maia .....	464
Rafaela Guimarães .....	243, 643, 652
Rafaela Konfianz de Lima .....	637
Rafaela Mabile Ferreira dos Santos Sobreiro .....	58, 278, 573, 651
Rafaela Melo de Meneses Maia .....	466
Rafaela Pelloso Bacelar .....	359, 505, 514, 689
Rafaela Ximenes Almeida .....	343, 348, 437
Raimar Weber .....	126
Raissa Camelo Valletta .....	497, 504, 509, 567, 665
Raissa de Carvalho Borges .....	271, 311, 392, 620
Raíssa Vargas Felici .....	682
Ralph Dibbern .....	257
Ralph Silveira Dibbern .....	613
Raphaella Migliavacca .....	23, 24, 26, 28, 723
Raquel Aguiar Tavares .....	697
Raquel Crisóstomo Lima Verde .....	349
Raquel de Moura Brito Mendez .....	491
Raquel Faria Vasconcellos .....	37, 89, 124, 275
Raquel Salomone .....	438
Raul Ernesto Samaniego Ruiz Diaz .....	41
Ravena Barreto da Silva Cavalcante .....	324, 351, 448, 528, 564
Rayanne Pereira Chalub .....	219, 248, 329
Raysa Vanessa de Medeiros Freitas .....	459
Rayza Gaspar dos Santos .....	606
Rebeca Alevato Donadon .....	195, 310, 357, 408, 434, 594
Rebeca dos Santos Monteiro .....	53
Rebeca Maurera Almeida Cyrillo .....	171, 181, 236, 267, 559, 638
Rebecca C. de L. Castro .....	130, 137
Rebecca Heidrich Thoen Ribeiro .....	477
Regeane Ribeiro Costa .....	92, 345, 532, 659
Regiane Matos Batista .....	9, 33, 35, 706
Regina Helena Garcia Martins .....	57, 155
Reinaldo Fernando Cóser Neto .....	303, 650
Renan Goncalves Bessa .....	128
Renata Farias Souto .....	78, 288, 297
Renata Furtado Medrado .....	418, 645
Renata Izabela Martins de Miranda .....	147
Renata Koza da Mota .....	409, 593
Renata Leonel Freire Mendes .....	74, 486, 493, 722
Renata Lopes Mori .....	605, 615, 617
Renata Loss Drummond .....	488, 495
Renata Mizusaki Iyomasa .....	530, 666
Renata Nakamura Mazzaro Magnoler .....	681
Renata Oliveira e Nasser .....	470, 623
Renata Ribeiro de Mendonça Pilan .....	694, 712
Renata Santos Bittencourt Silva .....	286
Renata Vigolvinho de Oliveira .....	34
Renato Caleffi Pereira .....	560
Renato Oliveira Martins .....	272, 308, 634
Renato Roithmann .....	188, 276, 513, 591, 614
Renato Taumaturgo Dias Correia .....	343, 348, 437
Rhaissa Heinen Peixoto .....	92, 345, 532, 659

Ricardo Jacob de Macedo .....	444
Ricardo Alexandre Basso .....	545
Ricardo Borges .....	18
Ricardo Cassago Filho .....	118, 139
Ricardo Cassiano Demarco .....	709
Ricardo Ferreira Bento .....	49, 438
Ricardo Hiroyuki Takahashi Fujiwara .....	414
Ricardo Jacob de Macedo .....	463
Ricardo Landini Lutaif Dolci .....	66
Ricardo Mauricio Favaretto .....	149, 312, 654, 154, 269, 353, 424, 561
Ricardo Miranda Lessa .....	592
Ricardo Schafflen Dorigueto .....	464, 466
Richard Giacomelli .....	498
Richard L. Doty .....	53, 68
Richard Louis Voegels .....	18, 68, 694
Rita Albuquerque Sousa .....	307
Rita Carolina Pozzer Krumenauer .....	488, 495
Rita de Cassia Soler .....	621
Rita Tonocchi .....	320
Roberta Carvalho Ximendes .....	41, 64, 125, 126
Roberta Moss Rinke .....	480
Roberto Campos Meirelles .....	37, 275
Roberto Dihl Angeli .....	319, 354, 356, 412, 415
Roberto Eustáquio Santos Guimarães .....	99, 135, 669
Roberto Igor Soares Feitosa Viana .....	98, 435
Robinson Koji Tsuji .....	49, 265, 266
Rodolfo Bonfim Siqueira de Almeida .....	626, 730
Rodolfo Borsaro Bueno Jorge .....	667, 727
Rodolfo Elias Martins Ribeiro .....	14
Rodrigo Agne Ritzel .....	194, 589
Rodrigo Alvarez Cardoso .....	704
Rodrigo Alves de Carvalho Cavalcante .....	626
Rodrigo Andre Soccol .....	315, 431, 488, 495, 499
Rodrigo Basso Da Sois .....	109, 319
Rodrigo Bastos .....	46
Rodrigo Betelli Alves .....	217, 271, 292, 311, 390, 392, 456, 620
Rodrigo da Silva Bellumat .....	147, 545
Rodrigo de Almeida Liberato .....	543
Rodrigo de Andrade Pereira .....	50, 169
Rodrigo de Oliveira Veras .....	261
Rodrigo Dias Godinho .....	264
Rodrigo Dors Sakata .....	149, 154, 269, 312, 353, 424, 561, 654
Rodrigo Guimaraes Pereira .....	344
Rodrigo Lacerda Nogueira .....	473
Rodrigo Santana Fantauzzi .....	409
Rodrigo Silverio Dias .....	347, 419
Rodrigo Tamietti Durães .....	529
Rodrigo Ubiratan Franco Teixeira .....	572, 624, 718
Rogério Hamerschmidt .....	331
Rogério Hamerschmidt .....	29
Romualdo Suzano Louzeiro Tiago .....	551
Rômulo Marx .....	274
Ronny da Silva Lederer .....	65, 323, 338, 378, 416, 540, 592, 708, 709
Rony Anderson de Araujo Almeida .....	466
Rony da Silva Lederer .....	287, 335
Rosalvo Streit Junior .....	8, 529
Rosana Guimarães Rodrigues Alves .....	197, 481, 558, 575, 619
Rosane Siciliano Machado .....	183, 203

Roseana Netto Pereira .....	25, 165, 227, 358, 492, 533
Roseli Saraiva Moreira Bittar.....	49
Rosemeri Maurici .....	15
Rosy Iara Maciel de Azambuja Ribeiro .....	14
Rozana de Oliveira Teixeira .....	308
Rubem Brito Amazonas Lamar .....	179
Ruben Cruz Swensson.....	119
Rubens Huber da Silva .....	611
Rubens Rodriguez .....	701
Rubianne Ligório de Lima .....	278
Rui Manuel Vieira Reis .....	14

## S

Sabrina Trindade Fernandes .....	254, 255, 301, 518
Salvador Dias Vieira Neto.....	113, 455
Samantha Fernandes de Castro.....	484
Sâmella Cavalcanti Monteiro .....	324, 351, 448, 528, 564
Sandoval Lopo de Abreu .....	50, 169
Sandra de Oliveira Saes.....	96
Sandro de Menezes Santos Torres.....	390, 392, 456
Sara Anieli da Costa Braz Fonseca .....	221, 535, 691, 730
Sara Costa Gomes .....	183, 203, 216
Sara Larissa Souza Figueiredo .....	388, 605, 615, 617
Sarah Carolina Bernal.....	342
Sarah Maciel Augusta Morato .....	282, 568
Sergio Bittencourt .....	422, 585
Sergio Duarte Dortas Junior.....	137
Sérgio Edriane Rezende .....	152, 160, 209, 247, 258, 317
Sergio Luiz Bittencourt .....	586
Sergio Tufik.....	13
Sheila Márcia de Araújo Fontenele.....	289
Sheilane de Oliveira Moura .....	328, 381
Shelby Dulac Steffen .....	218
Shiro Tomita .....	37, 89, 97, 124, 128, 130, 137, 275
Silke Anna Theresa Weber .....	155, 602
Silvio Antonio Monteiro Marone.....	223, 406, 407
Silvio da Silva Caldas Neto .....	372, 439, 445
Simone Chaves Fagondes .....	108
Simone Gonçalves da Fonseca.....	11
Simone Martins de Azevedo.....	28
Simone Naomi Isuka .....	165
Simone Sant'Anna Gonçalves Barbosa.....	254
Sonia Togeiro.....	13
Sophia Cerceau Pinto Coelho.....	290, 562, 612
Stefano Matsushita Manzano.....	174, 393
Stefano Tincani.....	110, 114, 333, 371, 629, 688
Stela Oliveira Rodrigues .....	504, 509, 567, 665
Stela Rodrigues de Oliveira .....	497
Stephan Paul .....	45
Stephania Morreale .....	387
Stephanie Cella de Souza Franco .....	308
Sulene Pirana .....	31, 112, 256, 265, 266, 516, 584
Súnia Ribeiro .....	48, 76, 82, 86, 281, 389, 692
Syriaco Atherino Kotzias .....	91, 608

## T

Tabea Cristina Janzen Geraldo De Souza .....	113, 455
--	----------

Taciane Brinca Soares Saliture .....	40, 304
Taiana Barbosa da Silveira .....	277, 326, 550, 555
Tainara Soares Carvalho .....	131, 132
Taise de Freitas Marcelino .....	10, 60, 101, 121, 187, 359, 479, 505, 514, 588
Taisse Costa Lima .....	202
Taiza Luiza Bezerra Salgado .....	181, 267, 559
Talita Lopes Silva .....	315, 431, 488, 495, 499
Talita Santos de Arruda .....	623
Tallita dos Santos Souza Boaventura .....	92
Tamara Gambogi Araújo .....	147
Tamires Ferreira Siqueira .....	155, 198, 231, 233, 295, 530, 557, 602, 666
Tamyris Kaled El Hayek .....	153
Tassia Milenna Oliveira de Souza .....	131, 132
Tatiana Bordignon Uliana .....	681, 682
Tatiana Regina Teles Abdo .....	694
Tatiana Roriz Lopes .....	609
Tatiane Bordignon Uliana .....	202, 549, 607
Tatiany Tiemi Yamamoto .....	263, 668, 660
Tayane Oliveira Pires .....	104
Tayara Raicovitch .....	454
Taynara Oliveira Ledo .....	225, 332, 379, 419, 427, 446, 453, 576
Tércio Guimarães Reis .....	252
Thainá Soares Miranda Silva .....	22, 465, 684
Thairine Reis de Oliveira .....	276, 319, 356, 412, 590, 591
Thais Baratela Loss .....	364, 404, 433, 450, 726
Thais Brunheroto .....	400, 600
Thais de Araújo Freitas Gomes .....	298
Thais de Carvalho Pontes Madruga .....	369
Thais Dias da Fonseca .....	536
Thais F. Vasques .....	130, 137
Thais Helena Gonçalves .....	34
Thais Matsuda Assunção .....	256, 584
Thais Monteiro Silva .....	698
Thais Moura Guimarães .....	13
Thaísa Cajuela Gonçalves .....	611
Thaísa Consorte Domingues .....	607, 202, 549, 681, 682
Thaise Cesca .....	149, 154, 269, 312, 424, 353, 561, 654
Thaizza Cavalcante Correia .....	180, 728
Thales Xavit Souza e Silva .....	225
Thamiris Cristina Santos Lopes .....	183, 203, 216
Thamyris Rosati Servilha .....	242, 500
Tharine Reis de Oliveira .....	513
Thassiany Matos Carpaneaz .....	37, 97, 124
Thayana Pessoa Takemura .....	48, 76, 82, 86, 281, 389, 641, 692, 713
Thays Fernanda Avelino dos Santos .....	170, 193, 225, 234, 347, 379, 419, 453, 576, 603
Thays Sousa Nogueira Rodrigues .....	113, 455
Therezita Maria Peixoto Patury Galvão Castro .....	73, 74, 77, 299, 458, 472, 478, 493, 541, 687
Therezita Peixoto Patury Galvão Castro .....	191, 123, 475
Thiago Alessi Rabelo Marinho .....	264
Thiago Botelho Afonso .....	609
Thiago Carvalho e Silva Figueiredo .....	572
Thiago Chalfun de Matos Fonseca .....	376, 510, 700
Thiago Emanuel Souza de Freitas .....	32, 72, 163, 251, 340, 396, 622, 715
Thiago Luis Infanger Serrano .....	65, 120
Thiago Luis Rosado Soares de Araújo .....	88
Thiago Nouer Frederico .....	257
Thiago Pontes Pereira Chequetto .....	464, 466

Thiago Ribeiro de Almeida.....	226, 383, 442, 489, 616, 642, 725
Thiago Xavier de Barros Correia .....	226, 383, 442, 489, 616, 642, 725
Thomás Cito Marinho .....	130, 137, 710
Thomas Luiz Santos.....	685
Thomas Peter Maahs .....	204, 250
Thomaz Pisacco Foster.....	534, 644
Thyago Menezes Carvalho .....	486, 722
Tiago Braganholi da Silva .....	263, 660, 668
Tiago Dornelles Fröhlich .....	534, 695
Tiago Eça .....	111
Tiago Fraga Vieira.....	595
Tiago Silva Holanda Ferreira .....	410, 574
Trevor Hansel .....	15
Tríssia Maria Vassoler.....	702

## U

Ulisses José Ribeiro .....	417, 633
Ulisses Meireles Figueiras Filho .....	229, 289, 374, 122, 235, 461, 553, 599, 667, 727

## V

Vagner Antonio Rodrigues da Silva .....	44, 352
Valdes Roberto Bollela .....	59
Valéria Barcelos Daher .....	221, 535, 626, 691
Valéria F. H. Kutianski .....	29
Valéria Kutianski.....	331
Valeriana de Castro Guimarães .....	11
Valmir Tunala Junior.....	290
Vanéli Silva Martins.....	197, 558, 575, 619
Vanessa Akemi Minassaki .....	286
Vanessa Carvalho de Oliveira.....	220, 259
Vanessa Gisele Pasqualotto Severino .....	14
Vanessa Lunelli.....	263, 660, 668
Vanessa Ribeiro Orlando Galli.....	317
Vanessa Schmitz Reis .....	276, 319, 356, 412, 513, 590, 591
Vânia Garcia Wolf Santos Ferraz .....	92
Verônica Cristine Rodrigues Costa .....	529
Veruska Tavares Terra Martins.....	290
Victor Goiris Calderaro.....	43, 342
Victor Hugo Barreiros de Almeida .....	526
Victor José Timbó Gondim.....	159, 184
Victor Nóbrega Rigaud de Oliveira.....	16
Victória Andrade Andrade .....	164
Vinícius de Faria Gignon.....	579, 647
Vinícius de Oliveira Nitz .....	359, 505, 514, 689
Vinícius Farias Gignon .....	139
Vinícius Hofstatter Rodrigues .....	23, 24, 26
Vinícius Malaquias Ramos .....	55, 102, 103, 105
Vinícius Notário Ligerio.....	607
Vinícius Ribas Fonseca .....	58, 71, 278, 635
Vinícius Ribas Fonseca Duarte .....	344
Vinícius Santos Pinto.....	705, 707
Vitor Yamashiro Rocha Soares .....	328, 330, 336, 381, 432, 435
Vitória D'Ávila .....	173
Vitório Ávila Figini .....	701

Viviane Carvalho da Silva .....	93, 122, 168, 229, 235, 289, 306, 349, 374, 452, 461, 476, 553, 599, 667, 686, 697, 727
Viviane Cristina Martori Pandini.....	25, 492, 533
Viviane Feller Martha.....	173, 285, 373, 428
Viviane Saldanha Oliveira .....	48, 76, 86, 281, 389, 641
Viviane Sampaio Boaventura de Oliveira .....	16

## W

Waleska Nunes Maffei .....	565, 680
Wallace Nascimento de Souza.....	183, 216
Walter Rodolfo Krutzsch .....	554
Walter Sedlacek Machado .....	518, 151, 521, 710
Wande Gonçalves Diniz .....	543
Washington Luiz de Cerqueira Almeida.....	217, 271, 292, 311, 390, 392, 456, 620
Welber Chaves Mororó.....	38, 78, 288, 297
Wesley Maurício de Souza.....	58
Willian da Silva Lopes.....	697
Wilma Terezinha Anselmo-Lima .....	128, 592, 709, 59, 65, 67, 540, 708
Wilson Braz Dias.....	662
Wladival Sterzo de Carvalho .....	365, 366

## Y

Yasser Jebahi .....	321
Yuri Ferreira Maia.....	145, 171, 181, 236, 267, 380, 527, 537, 559, 638, 699
Yuri Rodrigues Rocha .....	196, 314, 327, 405, 410, 525, 556, 574, 578, 601, 610, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 716

## Z

Zélia Maria de Souza Campos.....	94
Zilda Maria Alves Meira .....	55



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