

19 setembro de 2014

AUDIOLOGIA

COLESTEATOMA INTRAPETROSO: CASO CLÍNICO

PETROUS CHOLESTEATOMA: CASE REPORT

Andreia Ribeiro¹; Nuno Trigueiros²; Sara Cruz¹; Marta Neves³; Abílio Leonardo²; Delfim Duarte⁴

¹Interna Complementar do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Pedro Hispano-E.P.E.

²Assistente Hospitalar Graduado de Otorrinolaringologia do Hospital Pedro Hispano-E.P.E.

³Assistente Hospitalar do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Pedro Hispano-E.P.E.

⁴Diretor do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Pedro Hispano-E.P.E.

Contacto do Autor:

Andreia Ribeiro | Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Pedro Hispano-E.P.E.

Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora | Telefone: 229391000

andreiamfribeiro@gmail.com

RESUMO

O Colesteatoma Intrapetroso é uma patologia pouco comum que pode constituir um desafio diagnóstico e cirúrgico devido à sua localização e relações anatómicas. Compreendem apenas 4 a 9% dos casos de lesões da pirâmide petrosa. Frequentemente atinge o nervo facial e causa hipoacusia permanente antes de ser diagnosticado.

Os autores apresentam um caso clínico de doente do sexo masculino, 52 anos de idade, com extenso colesteatoma ao nível da caixa do tímpano, mastoide e *apex* petroso. Revêem sumariamente esta entidade, nomeadamente os principais métodos de diagnóstico e a abordagem terapêutica.

Palavras-chave: Colesteatoma, Osso petroso.

ABSTRACT

Petrous Cholesteatoma is a rare disease that can be a diagnostic and surgical challenge due to its location and anatomical relations. Comprises only 4-9% of cases of lesions of the petrous pyramid. Often affects the facial nerve and causes permanent hearing loss before being diagnosed.

The authors present a case of male patient, 52 years old with an extensive cholesteatoma of the middle ear, mastoid and petrous apex. It finishes with a review of this entity, including the main methods of diagnosis and therapeutic approach.

Key-words: Cholesteatoma, Petrous bone.

INTRODUÇÃO

O Colesteatoma Intrapetroso é uma patologia pouco comum que pode constituir um desafio diagnóstico e cirúrgico devido à sua localização e relações anatómicas^{1,2}.

Os colesteatomas compreendem apenas 4 a 9% dos casos de lesões da pirâmide petrosa^{3,4}. Os colesteatomas intrapetrosos compreendem apenas 1-3% de todos os colesteatomas³.

Pode causar lesões funcionais graves e pode afetar negativamente a qualidade de vida dos doentes¹. No entanto, é uma lesão de crescimento lento que pode permanecer assintomática durante anos⁵.

A etiologia pode ser congénita ou, mais frequentemente, adquirida. Histologicamente estes dois tipos são indistinguíveis^{5,6}. Os congénitos têm origem primária no ápice petroso e os adquiridos ou secundários podem surgir da extensão medial do ouvido médio ou mastoide². Ambos são localmente destrutivos, causando erosão, e estão em relação com estruturas intrapetrosas importantes, causando quadros clínicos semelhantes⁷.

A porção petrosa do osso temporal pode tolerar lesões expansíveis até estas se tornarem muito avançadas. Os sintomas surgem quando estruturas adjacentes, intratemporais ou intracranianas, são atingidas⁸. Sendo assim, as manifestações clínicas surgem muitas vezes quando o colesteatoma atinge dimensões consideráveis. O diagnóstico requer um grande nível de suspeição e conhecimento dos sinais e sintomas produzidos por uma massa em expansão localizada nesta região. Sintomas iniciais pouco específicos e mal localizados, como cefaleias, estão descritos mas a maioria dos doentes não são diagnosticados até sintomas mais localizados estarem presentes⁸. Os sintomas precoces mais frequentes são a paresia facial e a hipoacusia^{1,8}. Com menos frequência surge o acúfeno e a vertigem⁸. Nas lesões maiores pode haver parestesia e hipostesia da 3ª divisão do trigémio à medida que é comprimido ao nível da sua saída do *foramen oval*⁸. Pode também envolver estruturas anatómicas ao nível do osso temporal (artéria carótida interna, veia jugular, seio sigmoide, dura)¹. A expansão posterior pode causar síndrome do buraco jugular ao comprimir o IX, X e XI pares⁸. Anteromedialmente pode comprimir o seio cavernoso, causando paresia dos nervos III, IV, V2 e VI⁸.

A Tomografia Computorizada (TC) e a Ressonância Magnética (RM) são os exames de escolha dado que dão a informação necessária para a sua identificação, avaliação da extensão, nomeadamente para estruturas no osso temporal e permitindo que a estratégia cirúrgica seja planeada¹.

A angiografia pode ser útil no estudo de lesões maiores quando se suspeita de envolvimento da carótida⁸.

A abordagem terapêutica deve ser decidida individualmente. O tratamento cirúrgico é um desafio particularmente difícil e deverá ter-se em conta a morbilidade pós-operatória e a possibilidade de recorrência⁴. Várias abordagens cirúrgicas foram descritas para os colesteatomas intrapetrosos: Via translabiríntica (com sacrifício da audição) e as abordagens via fossa média e suboccipital (podem permitir manutenção da audição mas com craniotomia e tração de estruturas cerebrais importantes)².

A opção por uma atitude expectante pode ser apropriado.

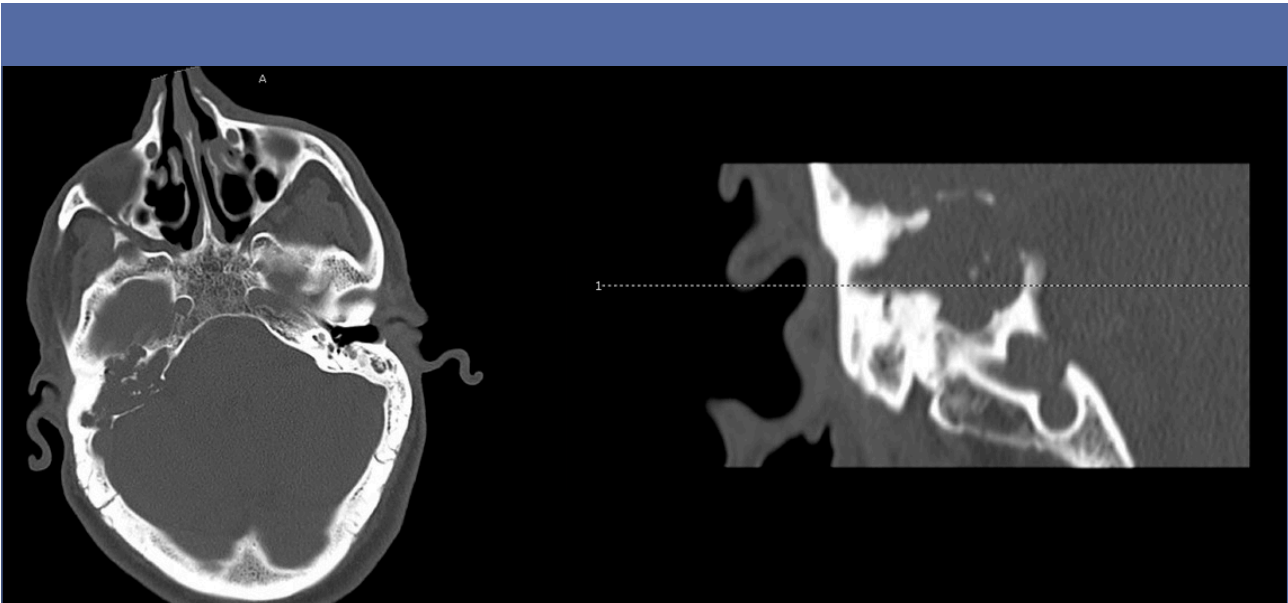
DESCRIÇÃO DO CASO

Apresenta-se um caso clínico de um indivíduo do sexo masculino, 52 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo e sem uso de medicação habitual, que recorre à consulta de ORL por otorreia intermitente à esquerda com 1 ano de evolução. Refere paralisia facial direita desde há 15 anos.

Ao Exame Objetivo apresentava à otoscopia direita, bolsa de retração atical com tímpano íntegro; à esquerda, apresentava bolsa de retração atical com acumulação de queratina. A acumetria revelava *webber* para a esquerda e *rinne* positivo à esquerda e ausente à direita. Apresentava paralisia do VII par à direita grau VI de House-Brackmann com diminuição da produção lacrimal à direita avaliada pelo teste de Schirmer.

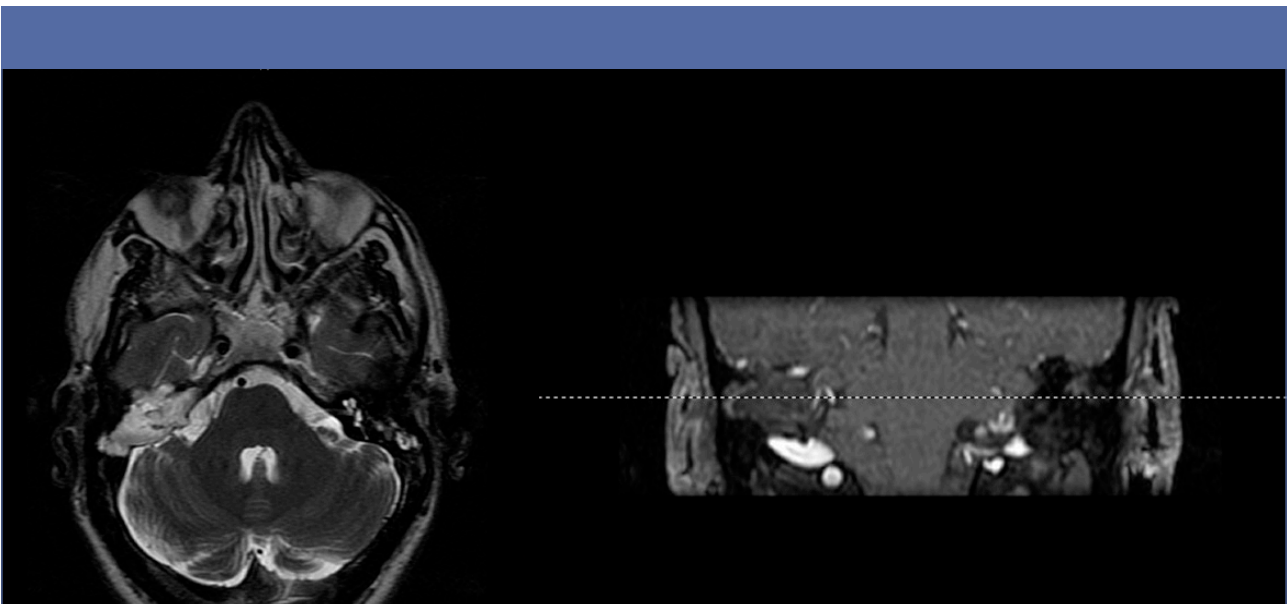
Fez audiograma que revelou à esquerda hipoacusia neurosensorial com SRT de 30dB e discriminação de 80%, e cofose à direita. O timpanograma foi tipo B bilateralmente. Fez TC de ouvidos (**Figura 1**) que revelou à direita ouvido médio, mastoide, ouvido interno e pirâmide petrosa ocupados por material com densidade tecidos moles, a condicionar erosão da parede superior e posterior do rochedo com pequena área em que a lesão parece entrar em contacto com o canal carotídeo, sem envolvê-lo. À esquerda a TC revelou opacificação de parte da mastoide, em relação com alterações de natureza inflamatória, sem erosões das estruturas ósseas estudadas. Fez posteriormente RM (**Figura 2**) cerebral que revelou, no ouvido direito, preenchimento da caixa do tímpano, mastoide e *apex* petroso com proximidade com o canal carotídeo anteriormente e o seio sigmoide posteriormente, com protusão da lesão para o andar médio onde molda as circunvoluções cerebrais.

FIG. 1



TC de ouvido - À direita com ouvido médio, mastoide e ouvido interno ocupados por material com densidade tecidos moles, a condicionar erosão da parede superior e posterior do rochedo... pequena área em que a lesão parece entrar em contacto com o canal carotídeo, sem envolvê-lo; à esquerda opacificação de parte da mastoide, em relação com alterações de natureza inflamatória. Sem erosões das estruturas ósseas estudadas

FIG. 2



RM cerebral - Ouvido Direito com preenchimento da caixa do tímpano, mastoide e *apex* petroso com proximidade com o canal carotídeo anteriormente e o seio sigmoide posteriormente; a lesão faz protusão para o andar médio onde molda as circunvoluções cerebrais

DISCUSSÃO

O colesteatoma intrapetroso representa um desafio para o otologista, tanto do ponto de vista diagnóstico como terapêutico. É de salientar que no caso clínico apresentado, o que levou o doente a recorrer à consulta foi a sintomatologia do ouvido contralateral, o que aponta para a natureza indolente dos colesteatomas intrapetrosos e que o seu diagnóstico requer um grande nível de suspeição e conhecimento dos sinais e sintomas produzidos por uma massa em expansão localizada nesta região⁸. O facto de se tratar de uma lesão de crescimento lento, pode levar a um diagnóstico tardio apenas quando o doente já apresenta lesões consideráveis e já envolve estruturas importantes para a sua qualidade de vida (nomeadamente os nervos facial e vestibulococlear)¹.

TC e RM são armas importantes, garantindo informação essencial para a sua identificação, avaliação da extensão da doença, nomeadamente para estruturas importantes ao nível do osso temporal e planear a estratégia cirúrgica¹. No entanto, não é claro na literatura se as técnicas de imagem serão capazes de permitir um diagnóstico suficientemente precoce que reduza, de forma substancial, a frequência de complicações e ao mesmo tempo permita intervenções cirúrgicas mais seguras e menos extensas¹.

O tratamento cirúrgico é um desafio particularmente difícil e deve-se ter em conta as relações anatómicas importantes, a idade do doente, a morbilidade pós-operatória e a possibilidade de recorrência^{2,4}. No caso apresentado, dado o crescimento lento da lesão ao longo dos anos e a proximidade com estruturas importantes que dificultaria a abordagem cirúrgica, optou-se pela vigilância da lesão.

A OMC colesteatomatosa à esquerda deverá ser seguida adequadamente dado ser o único ouvido funcionante.

CONCLUSÃO

O colesteatoma intrapetroso representa um desafio para o otologista tanto do ponto de vista diagnóstico como terapêutico devido a sua localização e relações anatómicas. Pode causar lesões funcionais graves e pode afetar negativamente a qualidade de vida dos doentes. Os autores pretenderam com a apresentação deste caso clínico ilustrar que, apesar da evolução de vários anos da doença e extensão do colesteatoma, o doente apenas apresentava lesão do VII e VIII pares.

O tratamento destes doentes deve ser decidido individualmente, atendendo aos pontos já referidos e tendo sempre em conta a morbilidade das atitudes cirúrgicas e que a atitude expectante é uma opção terapêutica.

BIBLIOGRAFIA

1. Magliulo G. Petrous bone cholesteatoma: clinical longitudinal study. *European Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264:115-120.
2. Sheahan P, Walsh RM. Supralabyrinthine approach to petrosal cholesteatoma. *The J Laryngol Otol* 2003;117:558-560.
3. Yamazaki K, Sato H, Murai K, Ogawa K. Infantile congenital petrosal cholesteatoma: A case report and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005;69:1701-07.
4. Axon P, Fergie N, Saeed SR, Temple RH, Ramsden RT. Petrosal Cholesteatoma: Management Considerations for Minimizing Morbidity. *Am J Otol* 1999;20:505-510.
5. Omran A, Denato G, Piccirillo E, Leone O, Sanna M. Petrous Bone Cholesteatoma: Management and Outcomes. *Laryngoscope* 2006;116:619-26.
6. Moffat D, Jones S, Smith W. Petrous Temporal Bone Cholesteatoma: A New Classification and Log-Term Surgical Outcomes. *Skull Base* 2008;18:107-116.
7. Axon PR, Fergie N, Saeed SR, Temple RH, Ramsden RT. Petrosal Cholesteatoma: Management Considerations for Minimizing Morbidity. *Am J Otol* 1999;20:505-510.
8. Glasscock M, Woods CI, Patterson AK. Petrous Apex Cholesteatoma. *Otolaryngol Clin North Am* 1989;981-1001.