

Colesteatoma de conduto auditivo externo: relato de caso

Cholesteatoma of external auditory canal: a case report

*Fábio D. Zanini¹, Everton S. Ameno²,
Sidney O. Magaldi³, Ruben A. Lamar⁴*

Palavras-chave: colesteatoma,
conduto auditivo externo, otorrêa.
Key words: cholesteatoma,
external auditory canal, otorrhea.

Resumo / Summary

Os autores apresentam um caso de colesteatoma de conduto auditivo externo (CCAEE) com extensa invasão da mastóide, mas estando preservadas a membrana timpânica e a cadeia ossicular. Como único sintoma apresentava otorrêa crônica. O diagnóstico da lesão foi clínico, sendo o seu estadiamento e planejamento cirúrgico realizados através da tomografia computadorizada. Como tratamento procedeu-se a mastoidectomia radical modificada associada à meatoplastia. O CCAEE, por seu caráter insidioso e correlação topográfica com estruturas nobres, deve ser sempre lembrado no diagnóstico diferencial das lesões do conduto auditivo externo. O relato deste caso tem o objetivo de revisar alguns aspectos clínicos e cirúrgicos no tratamento do CCAEE e expor nossa conduta em um caso bastante evoluído da doença.

Authors present a case of cholesteatoma of external auditory canal with extensive invasion to mastoid, but ossicular chain and tympanic membrane. The only one symptom was chronic otorrhea. Diagnosis was based on clinical elements and computerized tomography was used to measure pathology and programming surgery. Treatment was modified radical mastoidectomy associated with meatoplasty. Because its insidious character and proximity with nobles structures cholesteatoma of external auditory canal must be always remembered as differential diagnosis for lesions of external auditory canal. This case relates has the objective to review clinical and surgical aspects on treatment of this kind of cholesteatoma, and expose our conduct in a very extensive lesion.

¹ Médico Otorrinolaringologista do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes – São José/SC; Hospital Infantil Joana de Gusmão – Florianópolis/SC; Fundação Catarinense de Educação Especial São José/SC.

² Médico Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital da Lagoa – Rio de Janeiro/RJ.

³ Médico do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital da Lagoa – Rio de Janeiro/RJ.

⁴ Médico do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital da Lagoa – Rio de Janeiro/RJ.
Instituição vinculada ao trabalho: Hospital da Lagoa – Rio de Janeiro/RJ.

Endereço para correspondência: Fábio Duro Zanini – Rua Lauro Linhares, 2123 Torre A Sala 612 Agrônoma Florianópolis SC 88036-002.

Tel (0xx48) 334-9045/ 9962-7485/ 9962-3577 – Fax (0xx48) 228-8228 – E-mail: zanini@floripa.com.br

Artigo recebido em 30 de dezembro de 2002. Artigo aceito em 29 de abril de 2003.

INTRODUÇÃO

O colesteatoma de conduto auditivo externo (CCAEE) é uma doença rara, acometendo principalmente idosos. Sua evolução é lenta e pouco sintomática e seu diagnóstico pode ser tardio, evoluindo com destruição óssea progressiva e acometimento de importantes estruturas adjacentes^{1,2}.

Os autores apresentam um caso clínico de CCAEE com extensa invasão óssea da mastóide expondo o seio lateral e dura-máter, mas com preservação da audição e das estruturas da caixa timpânica.

As possíveis causas da lesão e o tratamento preconizado são discutidos.

REVISÃO DA LITERATURA

A presença do colesteatoma na prática otológica geralmente ocorre no segmento timpanomastóideo. Raramente origina-se no conduto auditivo externo (CAE), onde sua incidência é estimada em 0,1-0,5% de novos pacientes otológicos¹⁻³.

O primeiro autor a descrever o colesteatoma originário do conduto auditivo externo (CCAEE) como "lâminas epidérmicas no CAE" foi Toynbee em 1850^{2,4}. Até 1980 CCAEE e queratose obliterante (QO) foram consideradas diferentes formas da mesma doença, quando Pipergerdes et al.² descreveram CCAEE e queratose obliterante (QO) como dois diferentes processos clínico-patológicos: a QO como acúmulo de queratina no CAE e CCAEE como erosão óssea por acúmulo de tecido escamoso em ponto específico no CAE².

No CCAEE a descamação do epitélio que ocorre lateralmente está prejudicada. Os debris queratinosos tornam-se aprisionados, causando erosão local e destruição óssea que pode ser extensa^{2,5}. Holt^{2,3,6,7} listou situações em que a doença pode ser encontrada: pós-operatório de cirurgia otológica; trauma do CAE; obstrução do CAE – por osteoma ou estenose por exemplo; idiopático – acredita-se que, nestes casos, alguma periostite local dê início ao processo de atividade hiperqueratótica.

O diagnóstico é eminentemente clínico, apresentando-se geralmente com otalgia, otorréia, audição preservada e, à otoscopia membrana timpânica intacta com erosão restrita a um ponto do conduto auditivo externo^{4,5,8}. O otorrinolaringologista deve estar atento para a possibilidade de colesteatoma estender-se para estruturas vizinhas (seio lateral, nervo facial, fossa craniana posterior), sendo recomendada, pois, tomografia computadorizada (TC) para todos os pacientes^{1,2,4}.

O diagnóstico diferencial de CCAEE faz-se com otite externa necrotizante, tumores e QO. Esta última mais freqüente em adultos jovens com otalgia intensa e perda auditiva condutiva bilateral, diferente do CCAEE que ocorre em pacientes mais velhos, sendo geralmente unilateral, com

otorréia, dor crônica e audição preservada. Na QO o CAE está preenchido por um tampão de queratina que quando removido revela um conduto estreitado, hiperemiado e com formação de tecido de granulação. No CCAEE, a lesão apresenta-se geralmente como um divertículo epidérmico na parede inferior do canal, preenchido por debris epidérmicos e otorréia, estando normal o restante do CAE¹⁻³.

O tratamento do CCAEE pode ser clínico ou cirúrgico. O primeiro é realizado através de limpeza local e aplicação de antibiótico tópico. O segundo baseia-se na remoção do colesteatoma e do osso necrótico⁵⁻⁸.

O tratamento clínico está indicado em caso de lesão limitada e sem queixas de otalgia; situação que contra-indique a cirurgia; em pacientes que se recusem a esta e ainda; como uma conduta expectante para avaliar a velocidade de evolução da lesão^{2,6}.

São indicações de tratamento cirúrgico: dor crônica (apesar de tratamento médico); infecção constante (pela possibilidade de desenvolver resistência bacteriana); surgimento de paralisia facial ou vertigem crônica; progressão da lesão durante o acompanhamento; TC mostrando envolvimento do hipotímpano, cúpula jugular ou mastóide; Diabetes Mellitus ou imunossupressão (predisposição a otite externa necrotizante)^{2,4,6,9}.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente A. F., sexo masculino, 59 anos. Veio ao ambulatório de otorrinolaringologia com queixa de otorréia, otalgia e sensação de plenitude auricular direita há 10 (dez) anos. A otoscopia de orelha direita demonstrou grande acúmulo de debris epidérmicos no conduto que quando removidos revelaram membrana timpânica íntegra e extensa erosão do quadrante pósterio-inferior do CAE. Otoscopia esquerda normal. Audiometria tonal bilateral normal.

Na suspeita de CCAEE foi solicitada TC de ossos temporais que mostrou erosão de parede posterior de CAE invadindo a mastóide e expondo o seio lateral e a meninge (Figura 1).

O trans-operatório constatou-se erosão de quase toda a parede posterior do CAE, estando preservada apenas uma estreita faixa óssea junto ao anel timpânico (Figura 2). A membrana timpânica, a cadeia ossicular e o canal do nervo facial estavam preservados.

Foi realizada uma mastidectomia radical modificada tipo I associada à meatoplastia. O paciente evoluiu bem, sem recidivas em pós-operatório de dois anos e com normacusia.

DISCUSSÃO

O CCAEE, por possuir uma evolução lenta e insidiosa, pode apresentar um acometimento extenso de estruturas

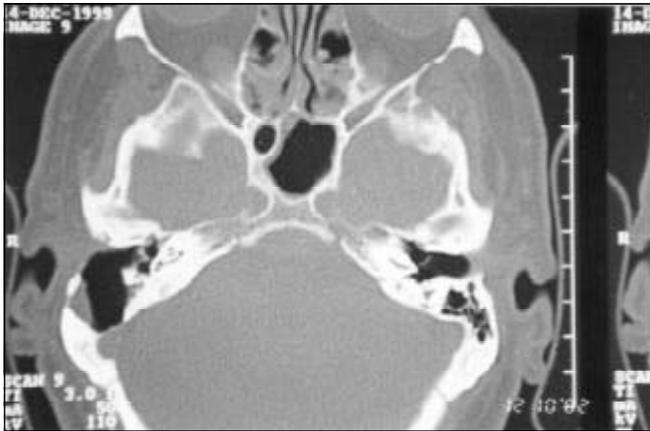


Figura 1. TC de osso temporal com projeção axial demonstrando contato da cápsula do colesteatoma com seio sigmóide e meninge.

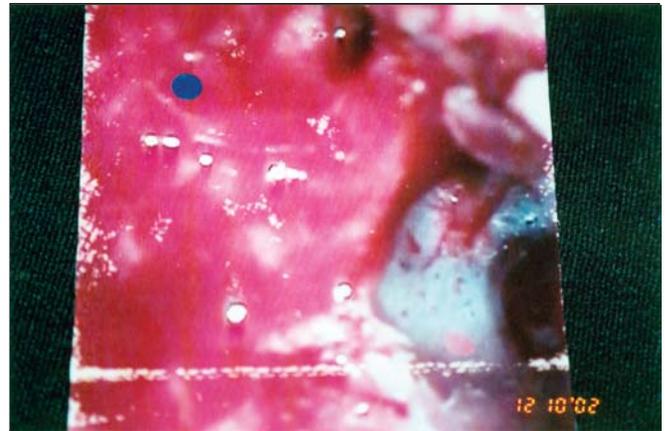


Figura 2. Foto trans-operatória de mastoidectomia radical modificada com MT íntegra e CCAE invadindo mastóide.

de orelha média no momento do seu diagnóstico. No caso apresentado a lesão era bastante extensa no momento do seu diagnóstico, não sendo possível visualizar os limites da mesma através da otoscopia. A TC foi importante para determinar a extensão da lesão e suas correlações, sendo por este motivo indicação absoluta sempre que se aventar a possibilidade de CCAE.

A causa da lesão foi provavelmente espontânea, pois o paciente não apresentou nenhum fator predisponente para formação de CCAE.

Sendo a invasão da mastóide uma das indicações para a cirurgia e, na ausência de quaisquer restrições do paciente para realizá-la, procedeu-se a mastoidectomia radical modificada associada a ampla meatoplastia, que garantiu um bom controle da cavidade no pós-operatório.

Por manter preservadas a caixa timpânica e todas as suas estruturas, a cirurgia permitiu não somente a cura, mas também a manutenção da audição do paciente. É interessante observar que apesar da extensão avançada da lesão o paciente não manifestou envolvimento do nervo facial, labirinto ósseo ou nervos emergentes do forame jugular.

COMENTÁRIOS FINAIS

O otorrinolaringologista deve estar sempre atento para a possibilidade de CCAE nos processos de otorrêa crônica sem alterações de membrana timpânica. Realizado o diagnóstico de CCAE, todos os pacientes deverão ser submetidos a TC de osso temporal para avaliar a real

extensão da lesão e o envolvimento de estruturas adjacentes (bulbo da jugular, nervos cranianos, componentes da caixa timpânica). Programar o tratamento cirúrgico na maioria dos casos é o mais indicado, tendo como principal objetivo erradicar a lesão e, na medida do possível preservar a audição, sendo a mastoidectomia radical modificada a cirurgia mais realizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malcom PN, Francis IS, Wareing MJ, Cox TCS. CT Appearances of External Ear Canal Cholesteatoma. *The British – Journal of Radiology* 1997; 70: 959-60.
2. Garin P, Degols JC, Delos M. External Auditory Canal Cholesteatoma. *Otolaryngol-Head-Neck-Surg* 1997; 123(1): 62-5.
3. Birzgalis AR, Farrington WT, Hartley C, Hartley RH, Lyons TJ. External Ear Canal Cholesteatoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 104(11):868-70.
4. Coelho LB, Delegido RM, Finamore CMJM, Rodrigues J, Secchi MMD. Cholesteatoma of External Auditory Canal. *Rev Bras de Otorrinolaringol* 2000; 66(3):285-8.
5. Segal J, Ostfeld E, Hermon R, Rabinson S. Primary Cholesteatoma of the External Auditory Meatus. *Harefuah* 1991 Jun 16; 120 (12):719-20.
6. Vrabec JT, Chaljub G. External Canal Cholesteatoma. *Am J Otol* 2000 Sep; 21(5):608-14.
7. Farrior J. Cholesteatoma of the External Ear Canal. *Am J Otol* 1990 Mar; 11(2):113-6.
8. Holt JJ. Ear Canal Cholesteatoma. *Laryngoscope* 1992 Jun; 102(6):608-13.
9. Spaçi T, Ugur G, Karavus A, Agrali N, Akbulut UG. Giant Cholesteatoma of the External Auditory Canal. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997 Jun; 106(6):471-3.