

Brazilian Journal of
OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org.br



RELATO DE CASO

One case, two lessons: an aberrant internal carotid artery causing acquired cholesteatoma[☆]

Um caso, duas lições: artéria carótida interna aberrante causando colesteatoma adquirido

Sady Selaimen da Costa^a, Maurício Noschang Lopes da Silva^{b,*},
Leticia Petersen Schmitt Rosito^c, Fábio André Selaimen^c

^a Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED-UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

^b Clínica do Ouvido do Sistema de Saúde Mãe de Deus, Porto Alegre, RS, Brasil

^c Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Recebido em 18 de novembro de 2012; aceito em 4 de maio de 2013

Introdução

A sequência de disfunção da tuba auditiva (TA), levando à pressão negativa e à retração progressiva da membrana timpânica (MT) tem sido considerada, há muito tempo, uma das hipóteses mais plausíveis da patogênese do colesteatoma adquirido.^{1,2} O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente com colesteatoma da parte tensa da MT, cujo desenvolvimento teve estreita relação com um trajeto aberrante da artéria carótida interna.

Relato do caso

Descrevemos uma paciente de 31 anos com queixa principal de otorreia purulenta de odor fétido de longa duração na orelha esquerda, tinido pulsátil ipsilateral e perda auditiva. Ela não apresentava antecedentes de cirurgia otológica.

A otomicroscopia revelou orelha esquerda infectada, colesteatoma mesotimpânico posterior, erosão do processo longo da bigorna e da supraestrutura do estribo. A MT estava íntegra anteriormente ao manúbrio, mas observava-se um abaulamento castanho pulsátil preenchendo o mesotímpano anterior. O aspecto desse achado assemelhava-se a um granuloma de colesterol ou a um bulbo jugular cranialmente deslocado. A orelha contralateral estava completamente normal. A audiometria confirmou perda auditiva condutiva pura na orelha esquerda; e normal à direita. A TC axial de alta resolução mostrou trajeto anormal da parte petrosa da artéria carótida interna esquerda, fazendo protrusão na cavidade timpânica por meio de uma deiscência completa da placa carotídea (fig. 1). A artéria deslocada preenchia completamente a luz óssea da TA, expandindo-se e preenchendo a região do protímpano. A mastoide estava esclerótica, a MT com intensa retração, e a mucosa apresentava espessamento acentuado nos recessos posteriores (fig. 1). A paciente foi submetida a uma mastoidectomia aberta sem complicações.

Discussão

Decidimos apresentar este caso por duas razões: 1) para ilustrar o desenvolvimento de um colesteatoma da orelha média secundário a uma retração da MT causada por obs-

DOI se refere ao artigo:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.05.022>

*Como citar este artigo: da Costa SS, da Silva MN, Rosito LP, Selaimen FA. One case, two lessons: an aberrant internal carotid artery causing acquired cholesteatoma. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80:453-4.

* Autor para correspondência.

E-mail: noschangmauricio@yahoo.com.br (M.N.L. da Silva).

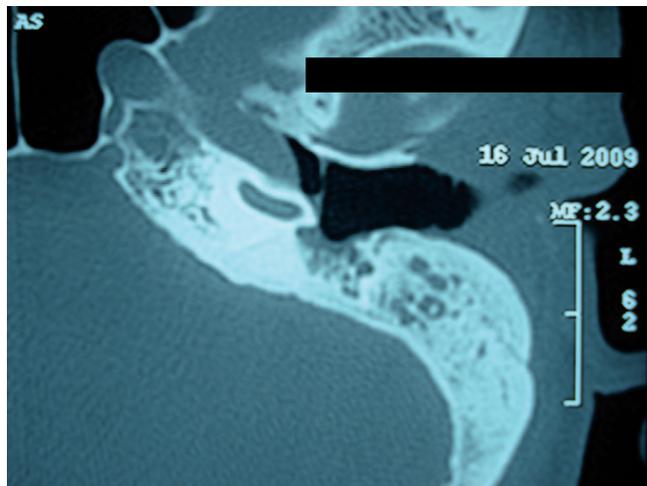


Figura 1 Tomografia computadorizada da orelha esquerda em corte axial mostrando a artéria carótida interna petrosa preenchendo o protímpano, e velamento dos recessos posteriores.

trução anatômica incomum: artéria carótida ectópica; 2) para enfatizar a importância de uma investigação pré-operatória abrangente com exames de imagens nos casos de otite média crônica (OMC) com colesteatoma.

A obstrução da TA pode ser anatômica ou, mais comumente, fisiológica. Como destacado por Paparella et al.,³ os pontos de obstrução (PO) podem ser causados por variações anatômicas genéticas ou malformações congênitas. No presente caso, existe clara relação entre a obstrução da TA pela artéria carótida aberrante, a diminuição da aeração da orelha média e a posterior retração da MT, levando à formação do colesteatoma. Parece inequívoco que a vedação do protímpano pela artéria levou à invaginação da MT, acúmulo de queratina e infecção.

Acreditamos que atualmente não haja razão para realizar cirurgia de colesteatoma sem um exame de tomografia computadorizada (TC). A morbidade e o custo de tal exame não podem ser comparados com os benefícios que o mesmo traz para o planejamento cirúrgico. Muitas estruturas são facilmente identificáveis durante a investigação.⁴ Além disso, é obrigatório seguir um protocolo na análise dos cortes de TC do osso temporal. Este protocolo pode variar de acordo com a situação, mas nossa rotina mínima, em casos de OMC, resume-se nestes destaques⁵:

1. Grau de pneumatização
2. Cadeia ossicular
3. Trajeto do nervo facial
4. Tégmen timpânico e deiscência dural
5. Integridade do labirinto
6. Relação com os grandes vasos (artéria carótida e bulbo jugular)
7. Aeração do protímpano
8. Posição do seio lateral
9. Variações anatômicas

Considerações finais

Concluindo, pela análise de um único caso surgem dois conceitos importantes: 1) a disfunção da TA pode desempenhar um papel decisivo na patogênese da OMC pelo menos nas fases iniciais do processo; 2) confirma-se que a TC do osso temporal é componente extremamente importante do planejamento cirúrgico. Tem a capacidade de mostrar a extensão da doença e influenciar a técnica cirúrgica empregada, além de poder ajudar um cirurgião bem informado a antecipar dificuldades intraoperatórias. Como aqui: um único caso, duas boas lições.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Young N, Chole R. Etiopathogenesis of cholesteatoma. Em: Souza C, Paparella MM, Sperling N. Atlas of otitis media: clinicopathologic correlations and operative techniques. Mumbai: Bhalani Publishing House; 2005. p. 51-6.
2. Sadé J, Ar A. Middle ear and auditory tube: middle ear clearance, gas exchange and pressure regulation. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997;116:499-524.
3. Junh SK, Paparella MM, Kim LS, Goycoolea MV. Pathogenesis of otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1977;86:481-93.
4. Desai SB, Mehta PS. Imaging of the temporal bone. Em: Souza SD, Claussen C, editores. Modern concepts of neurotology. Mumbai: Prajakta; 1997. p. 13-66.
5. Swartz JD, Hamsberger R, Mukherji SK. The temporal bone: contemporary diagnostic dilemmas. *Radiol Clin North Am.* 1998;36:819-53.