

Colesteatoma Primário de Meato Acústico Externo Bilateral

Primary Cholesteatoma of the Bilateral External Acoustic Meatus

*Luciana Almeida Moreira**, *Raquel Chartuni Pereira Teixeira**, *Carlos Eduardo Guimarães de Salles***,
*Cláudia Inês Guerra de Sousa Silva***, *Daniel Mochida Okada****.

* Médica. Residente em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço no HSPE-SP (R3).

** Otorrinolaringologista.

*** Otorrinolaringologista. Médico Assistente da Otologia do HSPE-SP.

Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.
São Paulo / SP – Brasil.

Endereço para correspondência: Luciana Almeida Moreira – Rua Borges Lagoa, 933 - Apto. 73 – Vila Clementino – São Paulo / SP – Brasil – CEP: 04038-032 – Telefone: (+55 11) 8684-5502 – E-mail: lu21moreira@hotmail.com

Artigo recebido em 5 de Fevereiro de 2009. Artigo aprovado em 10 de Maio de 2009.

RESUMO

Introdução:

O colesteatoma de meato acústico externo é uma patologia rara. A maioria das séries na literatura descreve casos secundários, com poucos relatos de colesteatoma primário. Caracteriza-se pela erosão da porção óssea do meato acústico externo por proliferação de tecido escamoso adjacente.

Objetivo:

Relatar um caso raro de colesteatoma primário de meato acústico externo bilateral.

Relato do Caso:

Paciente de 20 anos, sexo feminino, com otalgia há 3 anos, associada à hipocúscia e otorreia à esquerda. Sem história prévia de patologias otológicas. À otoscopia, observava-se erosão bilateral do meato acústico externo com grande quantidade de debris epidérmicos. A tomografia computadorizada evidenciou colesteatoma de meato acústico externo bilateral, sendo a paciente submetida à timpanomastoidectomia radical modificada à direita.

Comentários Finais:

O colesteatoma primário de meato acústico externo é uma patologia rara, fazendo parte do diagnóstico diferencial de otalgia e otorreia crônicas. A avaliação da sua extensão deve ser feita com tomografia computadorizada e o tratamento de eleição é a cirurgia.

Palavras-chave:

colesteatoma, meato acústico externo, primário, bilateral.

SUMMARY

Introduction:

The cholesteatoma of the external acoustic meatus is an uncommon pathology. Most series in the literature describe secondary cases, with a few reports of primary cholesteatoma. It is characterized by the erosion of the external acoustic meatus bone portion by proliferation of the adjacent squamous tissue.

Objective:

To report an uncommon case of primary cholesteatoma of the bilateral external acoustic meatus.

Case Report:

Female patients aged 20 years old with ear ache for 3 years, associated to hypacusis and otorrhea to the left. Without a previous history of otologic pathologies. Upon otoscopy, there could be noticed bilateral erosion from the external acoustic meatus with a large amount of epidermal debris. The computed tomography confirmed cholesteatoma of the bilateral external acoustic meatus and the patient was submitted to modified radical tympanomastoidectomy to the right.

Final Comments:

The primary cholesteatoma of the external acoustic meatus is an uncommon pathology that is part of the differential diagnosis of chronic otalgia and otorrhea. The evaluation of its extension must be done with computed tomography and surgery is the choice treatment.

Keywords:

cholesteatoma, bilateral external meatus, primary, bilateral.

INTRODUÇÃO

O colesteatoma de meato acústico externo (CMAE) é uma doença rara, acometendo 1 a cada 1000 pacientes com queixas otológicas (1). Caracteriza-se pela erosão da porção óssea do meato acústico externo (MAE) pelo tecido escamoso adjacente (2). Pode ser classificado em primário ou secundário a trauma, cirurgia, processo inflamatório ou obstrução do MAE (5,6). Existem na literatura várias séries descrevendo CMAE secundários, mas poucos relatos de CMAE primários (2,3). Em artigo recente, PERSAUD et al. relataram o primeiro caso de CMAE primário bilateral em um jovem negro (4). Relatamos um caso raro de CMAE primário bilateral em uma paciente de 20 anos.

RELATO DO CASO

L.C.B.S., estudante, sexo feminino, 20 anos, natural de São Paulo, relatou otalgia monótona bilateral há 3 anos, associada a hipoacusia e otorreia à esquerda (Figura 1). Referiu períodos de piora da otalgia, associados principalmente a entrada de água no MAE. Não havia história prévia de outras afecções, trauma ou cirurgias otológicas. À otoscopia, apresentava erosão de ambos os MAE, com grande quantidade de debris epidérmicos, que impossibilitavam a visualização da membrana timpânica (Figura 2). Audiometria tonal (AT) mostrou perda condutiva leve bilateral. Tomografia Computadorizada (TC) de ossos temporais evidenciou CMAE bilateral, com maior erosão óssea da parede posterior do MAE à direita (Figuras 3 e 4). Realizado timpanomastoidectomia radical modificada à direita com confecção de microcaixa e interposição de osso cortical da mastoide entre cabeça do estribo e fásia temporal. No ato cirúrgico, observou-se erosão da parede posterior do MAE, com grande quantidade de material descamativo. Houve boa evolução pós-operatória, com redução do “gap” à direita na AT (Figura 5), encontrando-se sem sinais de recidiva da lesão. No momento, a paciente aguarda intervenção contralateral.

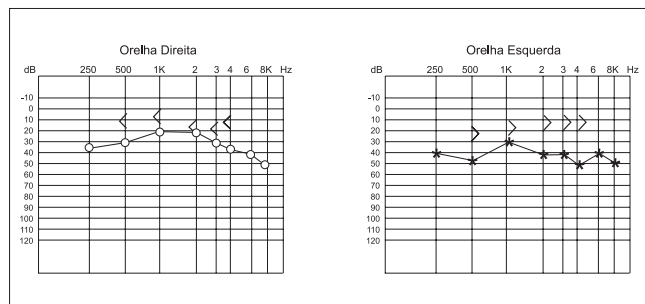


Figura 1. Audiometria tonal pré-operatória. - Observa-se perda condutiva bilateral, maior à esquerda.



Figura 2. Otoscopia à esquerda. - Presença de debris epidérmicos no meato acústico externo, com erosão da parede posterior.

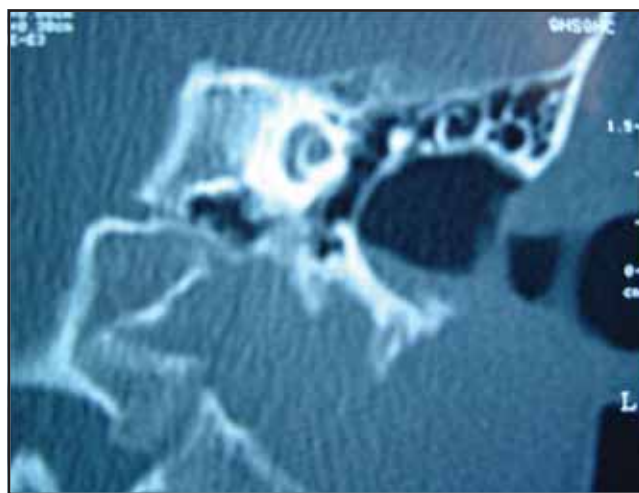


Figura 3. Tomografia computadorizada de ossos temporais em corte coronal - lado esquerdo - Alargamento do conduto auditivo e presença de material com densidade de partes moles.

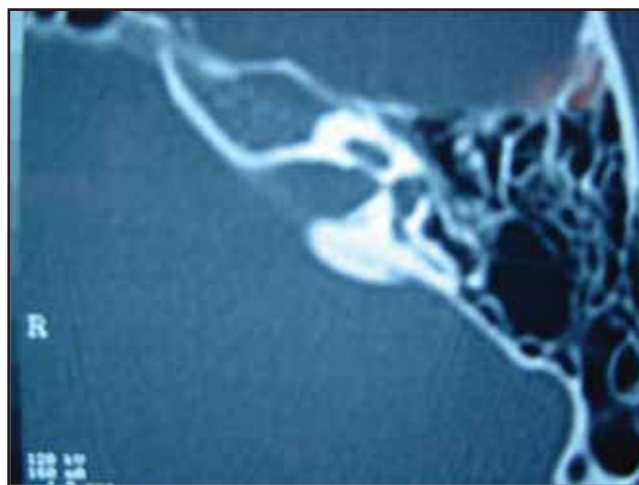


Figura 4. Tomografia computadorizada de ossos temporais em corte axial - lado esquerdo - Mastoide bem pneumatizada e aerada, evidenciando que a patologia não é originada da orelha média.

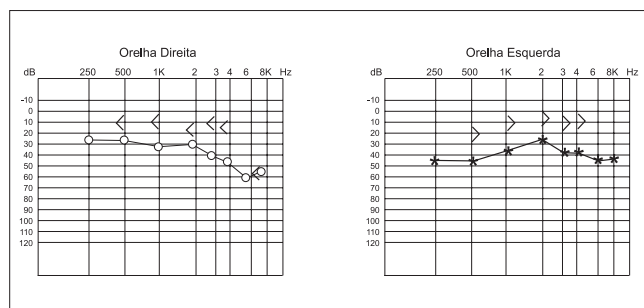


Figura 5. Audiometria tonal pós-operatória. - Observa-se manutenção do gap aéreo-ósseo.

DISCUSSÃO

A primeira descrição do CMAE foi feita por TOYNBEE em 1850, mas a definição exata desta doença só foi obtida por PIEPERGERDES et al. em 1980, quando a diferenciação entre CMAE e Queratose Obliterante (QO) foi estabelecida (2). A QO é definida como o acúmulo de queratina produzida por esfoliação da pele do MAE. Em contraste, o CMAE se caracteriza pela erosão da porção óssea do MAE a partir do tecido escamoso adjacente (2). O diagnóstico diferencial também deve incluir neoplasias, necrose asséptica e otite externa maligna (1). O quadro clínico geralmente se caracteriza por otalgia leve e constante, otorreia esporádica e prurido no MAE. Hipoacusia, quando ocorre, se deve a obstrução do MAE pelos debris de queratina. Alterações da membrana timpânica não fazem parte do quadro (1).

A etiologia do CMAE permanece obscura, existindo a tentativa de classificá-la como primária, ou secundária a cirurgia, trauma, processo inflamatório, estenose congênita ou obstrução do MAE (5,6).

Em relação ao CMAE primário ou espontâneo, existem várias teorias que tentam explicar sua etiologia. Uma afirma que tal afecção poderia surgir a partir de um pequeno trauma no MAE, que levaria a uma periostite e posterior infiltração/erosão pelo tecido escamoso adjacente (3). A outra postula que alterações na migração epitelial da pele do MAE e no cerume produzido por esta levariam ao surgimento do CMAE (6).

O tratamento do CMAE baseia-se na natureza da lesão e na intensidade dos sintomas. Pacientes com sintomas leves, lesões pequenas e circunscritas, com alto risco cirúrgico ou que recusam a cirurgia podem ser tratados clinicamente com frequentes aspirações sob microscopia e gotas otológicas quando necessário. O tratamento cirúrgico está indicado nos demais casos, para prevenir progressão da erosão e complicações. O procedimento cirúrgico é determinado pela extensão da osteonecrose, erosão e julgamento do cirurgião (3).

COMENTÁRIOS FINAIS

O CMAE é uma afecção rara, que faz parte do diagnóstico diferencial de otalgia crônica e otorreia. O tratamento é eminentemente cirúrgico, sendo o acompanhamento clínico, de exceção. A avaliação da lesão e o planejamento cirúrgico devem ser feitos após a realização de TC de ossos temporais. A cirurgia mais realizada é a mastoidectomia radical modificada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anthony PF, Anthony WP. Surgical treatment of external auditory canal cholesteatoma. *Laryngoscope*. 1982. 92(1):70-5.
2. Piepergerdes MC, Kramer BM, Behnke EE. Keratosis obturans and external auditory canal cholesteatoma. *Laryngoscope*. 1980, 90(3):383-391.
3. Vrabec JT, Chaljub G. External canal cholesteatoma. *Am J Otolaryngol*. 2000, 21(5):608-14.
4. Persaud R, Singh A, Georgalas C, Kirsch C, Wareing M. A new case of synchronous primary external ear canal cholesteatoma. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006, 134(6):1055-6.
5. Naim R, Linthicum Jr. F, Shen T, Bran G, Hormann K. Classification of the external auditory canal cholesteatoma. *Laryngoscope*. 2005, 115(3):455-60.
6. Holt JJ. Ear canal cholesteatoma. *Laryngoscope*. 1992, 102(6):608-13.