



Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org



RELATO DE CASO

A case of otitis media with effusion due to leiomyoma of the Eustachian tube[☆]



Um caso de otite média com efusão devido a leiomioma da tuba auditiva

Woo Sub Shim , Young Su Kim , Dong Keun Shin e Hahn Jin Jung *

Chungbuk National University Hospital, Chungbuk National University College of Medicine, Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, Cheongju, Coreia do Sul

Recebido em 26 de maio de 2017; aceito em 30 de junho de 2017
Disponível na Internet em 27 de setembro de 2017

Introdução

A otite média com efusão (OME) pode estar relacionada a várias causas potenciais e a disfunção da tuba auditiva é uma das principais.¹ Existem essencialmente dois tipos de obstrução da tuba auditiva que resultam em OME: mecânica e funcional. A obstrução mecânica pode ser intrínseca ou extrínseca. A obstrução mecânica intrínseca geralmente é causada por inflamação do revestimento da mucosa da tuba auditiva ou uma diátese alérgica que causa edema da mucosa tubária. A obstrução mecânica extrínseca é causada por processos obstrutivos, como tecido adenoideano ou neoplasias nasofaríngeas.²

O leiomioma é um tumor benigno que se origina no músculo liso e o local mais comum de ocorrência é o útero, seguido da pele e do trato gastrointestinal. Pode surgir de qualquer tecido que contenha músculos não estriados, mas o leiomioma da região da cabeça e do pescoço é responsável por menos de 1% de todos os leiomiomas, porque essas regiões não têm musculatura lisa.³ Leiomioma proveniente

da tuba auditiva que causa otite média com efusão consequente à obstrução intrínseca da tuba auditiva nunca foi relatado.

Aqui descrevemos um caso interessante de OME decorrente de leiomioma originário na parte interna da tuba auditiva que foi completamente excisado por abordagem endonasal endoscópica, com revisão da literatura.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino de 35 anos de idade com história de seis anos de OME esquerda recorrente. Apresentou-se com queixa de plenitude auricular esquerda e distúrbios auditivos, e tinha esses sintomas toda vez em que apresentava faringolaringite aguda sendo que os sintomas diminuía com medicamentos para resfriados. Desta vez a plenitude auditiva esquerda continuou por três meses, apesar do tratamento. Ele não tinha história de colocação de tubo de ventilação e havia sido submetido a tonsilectomia sem adenoidectomia há 10 anos. Não apresentava otalgia, otorreia, hiperacusia, autofonia, rinorreia e secreção retrorrenal.

Ao exame físico, a otoscopia revelou efusão na orelha média e membrana timpânica opacificada. A audiometria tonal pura apresentou perda auditiva condutiva de 24 dB na orelha esquerda (fig. 1A) e a timpanometria mostrava curva do tipo B na orelha esquerda. O exame nasofaringoscópico mostrou um tumor mole arredondado de 10 × 5 mm de superfície lisa no lado esquerdo da nasofaringe, que obstruía totalmente a abertura da tuba auditiva esquerda (fig. 1B). Foi feita uma tomografia computadorizada contrastada, que mostrou uma lesão de crescimento exófitico de margem lisa

DOI se refere ao artigo:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.06.013>

[☆] Como citar este artigo: Shim WS, Kim YS, Shin DK, Jung HJ. A case of otitis media with effusion due to leiomyoma of the Eustachian tube. Braz J Otorhinolaryngol. 2020;86:S51–S54.

* Autor para correspondência.

E-mail: hahnjin2@naver.com (H.J. Jung).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.

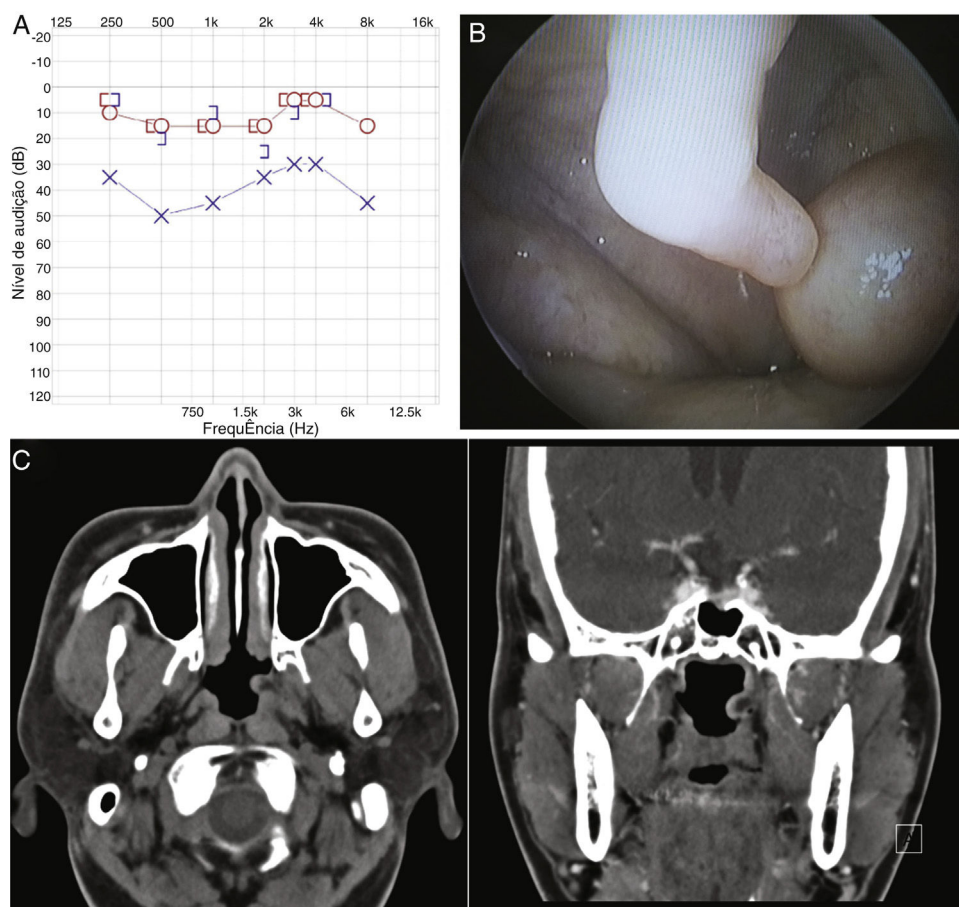


Figura 1 Achados pré-operatórios. (A) Audiometria tonal pura apresentou perda auditiva condutiva de 24 dB na orelha esquerda. (B) O exame nasofaringoscópico mostrou uma massa mole redonda de aproximadamente 10 × 5 mm de superfície lisa, no lado esquerdo da nasofaringe, que obstruía totalmente a abertura da tuba auditiva esquerda. (C) TC do SPN com contraste mostra uma lesão de margem lisa, realce suave na abertura da tuba auditiva esquerda. (Esquerda) Corte axial, (direita) Corte coronal.

com aumento leve que envolvia a tuba auditiva esquerda e media 10 × 6 mm (fig. 1C).

O tumor foi removido completamente sem intercorrências por abordagem endoscópica endonasal. A massa surgia no orifício faríngeo da tuba auditiva e se estendia para a nasofaringe (fig. 2 A-B). O exame de congelação intraoperatório revelou uma lesão benigna. O pedículo encontrava-se cerca de 5 mm dentro da tuba auditiva e foi completamente removido com uma pinça cortante. O sangramento foi mínimo. A mucosa normal não foi danificada e o orifício da tuba auditiva foi cuidadosamente preservado para evitar sinéquias ou estenose no pós-operatório. Gelfoam® foi umedecido em dexametasona e gentamicina e inserido no orifício onde o pedículo se encontrava (fig. 2 C-D). Foi realizada miringotomia esquerda e a secreção mucoide foi drenada.

Cerca de duas semanas após a cirurgia, seus sintomas desapareceram. O exame histopatológico da lesão excisada apresentava características sugestivas de leiomioma, compostas por células de músculo liso bem diferenciadas, confirmadas pela actina do músculo liso e pela coloração tricrômica de Masson. Não foram encontradas mitoses e a atipia nuclear estava ausente (fig. 3). Após a cirurgia, o orifício da tuba auditiva permaneceu bem aberto e a audiometria tonal pura foi normalizada sem GAP aéreo-ósseo (fig. 4).

Após 12 meses de acompanhamento, o paciente se encontra bem, sem recorrência do tumor ou dos sintomas de OME.

Discussão

Relatamos um caso de leiomioma no orifício da tuba auditiva, que resultou em OME recorrente. Até onde sabemos, este é o primeiro caso de leiomioma proveniente da tuba auditiva, removido com sucesso pela abordagem endonasal endoscópica.

Tumores nasofaríngeos apresentam-se como obstrução nasal unilateral, plenitude auditiva, perda auditiva e epistaxe. O diagnóstico é geralmente feito por rinofaringoscopia e exames radiológicos e com confirmação pelo exame histopatológico. A adenoide é o tumor de tecido mole mais comum na nasofaringe. O pólipio antrocoanal, o papiloma invertido e o adenoma pleomórfico são os poucos outros tumores benignos da nasofaringe, mas o leiomioma é um tumor extremamente raro nessa localização.⁴

Leiomioma é um tumor benigno de origem no músculo liso que pode ocorrer em qualquer parte do corpo que contenha músculos não estriados. O leiomioma é definido pela Organização Mundial de Saúde como um "tumor benigno circunscrito, frequentemente cutâneo, composto de feixes

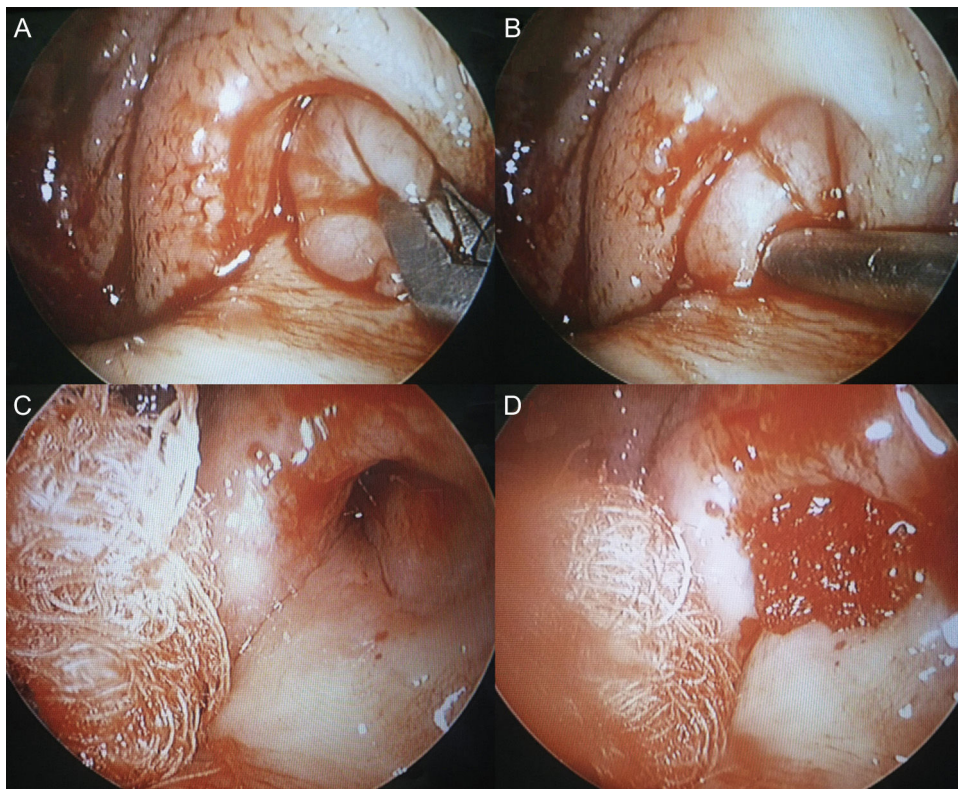


Figura 2 Achados intraoperatórios. (A e B) A massa elevou-se a partir do orifício faríngeo da tuba auditiva e estendeu-se para a nasofaringe. (C e D) Após a remoção completa via abordagem endoscópica, Gelfoam® foi embebido em dexametasona e gentamicina e inserido no orifício onde havia um pedículo de massa.

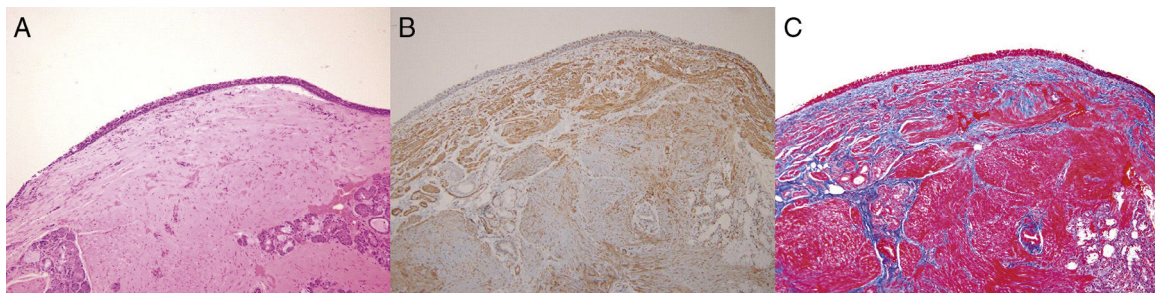


Figura 3 Achados patológicos ($\times 100$). (A) Amostra apresenta uma lesão bem circunscrita com células em forma de fuso dispostas em espirais e fascículos com citoplasma eosinofílico em hematoxilina e corante eosina. (B) A coloração de actina do músculo liso revelou o componente de músculo liso (preto). (C) A coloração com tricrômica Masson exibiu células de músculo liso (vermelho) com fibras de colágeno intermediárias (azul).

interseccionados de células maduras de músculo liso''. Os locais frequentes de leiomioma são o trato genital feminino (95%), seguido da pele (3%) e do trato gastrointestinal (1,5%). O leiomioma da região da cabeça e do pescoço representa menos de 1% de todos os leiomiomas.⁵ Farman et al. revisaram 7.748 casos de tumores de músculo liso que envolviam todo o corpo e relataram que apenas cinco casos que envolviam a cavidade oral foram encontrados.⁶ Davis et al. mencionaram 139 casos de leiomioma da cavidade oral e farínge e os locais mais comuns de leiomioma da cavidade oral e farínge foram os lábios (27,46%), a língua (18,30%) e os palatos duro e mole.⁷ Em uma revisão em série de 256 neoplasias não epiteliais do trato sinonasal e nasofaringe, Fu e Perzin relataram que apenas dois lei-

omiomas foram encontrados.⁸ Este é o primeiro relato de caso de leiomioma encontrado na nasofaringe originário da tuba auditiva. O leiomioma apresenta-se como um inchaço nodular de cor variável, depende da vascularização, e aumenta lentamente de tamanho. Esses tumores geralmente apresentam-se como tumores e cossintomas indolores, que geralmente são causados pelo efeito de massa. O diagnóstico é estabelecido apenas pelo exame histopatológico com colorações especiais para o componente do músculo liso.⁶ Neste caso, a OME desenvolveu-se decorrente do efeito de massa. Clinicamente, tumores do tecido conjuntivo, p.ex., fibromas, lipomas, podem apresentar achados semelhantes ao leiomioma; portanto, um diagnóstico diferencial deve ser estabelecido. O diagnóstico diferencial, além disso,

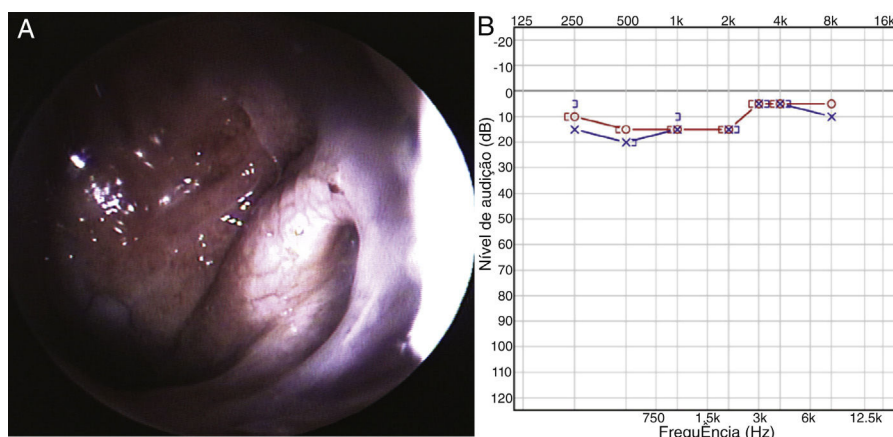


Figura 4 Achados pós-operatórios. (A) Nasofaringoscopia mostrou que a massa foi removida e o orifício da tuba auditiva permaneceu aberto. (B) Audiograma tonal puro mostrou que a audição da orelha esquerda foi normalizada e o espaço ar-osso desapareceu.

também deve incluir a forma maligna de leiomioma, ou seja, leiomiossarcoma. Em geral, a excisão cirúrgica é o tratamento de escolha. As recorrências não são comuns após a excisão completa.⁹ Neste caso, o tumor foi removido com sucesso pela abordagem endoscópica endonasal e não foi observada recorrência até o momento.

A OME decorrente de disfunção da tuba auditiva não é incomum. As causas são obstrução extrínseca (hipertrofia de adenoide, tumor nasofaríngeo etc.), inflamação do revestimento da mucosa da tuba auditiva (devido a infecção respiratória do trato superior, refluxo faringo-laríngeo, alergia, tabagismo etc.), obstrução mecânica intrínseca (colestomatoma da orelha média, mucosa polipoide da orelha média etc.) e obstrução funcional (anomalia craniofacial, disfunção do músculo tensor do véu palatino etc.). Portanto, um adulto com OME unilateral deve ser submetido a um exame completo, inclusive nasofaringoscopia, para descartar a presença de uma condição patológica subjacente incomum. Nesse caso, o exame de nasofaringe não havia sido feito apesar dos seis anos de OME recorrente. Com anestesia local adequada e retração das conchas, o exame de nasofaringe pode ser facilmente realizado em ambulatório por nasofaringoscopia. Nosso caso aponta a necessidade de um exame nasofaringoscópico para todos os pacientes que apresentam OME recorrente.

A abordagem cirúrgica que envolve a tuba auditiva não é um procedimento fácil pela dificuldade da exposição adequada. As abordagens transmandibular, transmaxilar, transpalatal e transptérigoide foram usadas para tumores maiores. Atualmente, com o advento da cirurgia endoscópica transnasal, cada vez mais tumores localizados na nasofaringe e na parte inferior da tuba auditiva têm sido tratados dessa maneira. Para o nosso caso, uma abordagem endonasal endoscópica foi a melhor opção, considerando que o tumor estava contido dentro do orifício da tuba auditiva e da nasofaringe. O uso de técnicas endoscópicas proporcionou uma excelente visualização e identificação do local de inserção no interior da tuba auditiva, e pôde assim evitar o traumatismo mucoso e suas sequelas. A abordagem opcional poderia ter sido transpalatal, com risco de formação de fístulas e dor pós-operatória. Nosso paciente não apresentou dor pós-operatória, recebeu alta no mesmo dia.

Conclusão

Este é o primeiro caso de leiomioma da tuba auditiva a ser relatado na literatura que enfatiza o papel da endoscopia nasal e a raridade desse tumor. O leiomioma da tuba auditiva pode ser removido com sucesso por meio de abordagem endonasal endoscópica com menor morbidade pós-operatória e recuperação precoce.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Consentimento informado por escrito foi obtido do paciente.

Referências

- Sumi T, Tsunoda A, Shirakura S, Kishimoto S. Mechanical obstruction of the Eustachian tube by the benign tumor of the parapharyngeal space does not cause otitis media with effusion. *Otol Neurotol*. 2007;28:1072–5.
- Edmonds JL, Woodroof JM, Ator GA. Middle-ear lipoma as a cause of otomastoiditis. *J Laryngol Otol*. 1997;111:1162–5.
- Campelo VE, Neves MC, Nakanishi M, Voegels RL. Nasal cavity vascular leiomyoma: case report and literature review. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2008;74:147–50.
- Kalan A, Ahmed-Shuaib A, Tariq M. Lipoma in fossa of Rosenmüller. *J Laryngol Otol*. 2000;114:465–6.
- Brooks JK, Nikitakis NG, Goodman NJ, Levy BA. Clinicopathologic characterization of oral angioleiomyomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002;94:221–7.
- Farman AG. Benign smooth muscle tumours. *S Afr Med J*. 1975;49:1333–40.
- Wertheimer-Hatch L, Hatch GF 3rd, Hatch B S KF, Davis GB, Blanchard DK, Foster RS Jr, et al. Tumors of the oral cavity and pharynx. *World J Surg*. 2000;24:395–400.
- Fu YS, Perzin KH. Nonepithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx: a clinicopathologic study. IV. Smooth muscle tumors (leiomyoma, leiomyosarcoma). *Cancer*. 1975;35:1300–8.
- Berrettini S, Fortunato S, De Vito A, Bruschini L. A rare case of nasopharyngeal pleomorphic adenoma. *Case Rep Otolaryngol*. 2013;2013:712873.