

CISTO DE TUBA AUDITIVA – RELATO DE CASO
EUSTACHIAN TUBE CYST – CASE REPORT

Recebido em: 29/06/2023

Aceito em: 31/10/2023

DOI: 10.47296/salusvita.v42i02.492

FELIPE LAMBERT BITARELLO ¹
ANGELA CRISTINA GOMES ²
BEATRIZ ALMEIDA SPERINI³
DANIEL PIRANA CALZAVARA⁴
SULENE PIRANA ⁵
YARA FRANCESCHI SABA⁶

¹ Médico residente em otorrinolaringologia, Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil, felipebitarello@hotmail.com

² Médica residente em otorrinolaringologia, Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil, angela.gomes1992@gmail.com

³ Médica residente em otorrinolaringologia, Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil, biasperini@gmail.com.

⁴ Acadêmico de medicina da Universidade São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil, danielpcalzavara@gmail.com

⁵ Médica otorrinolaringologista, Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil, sulenepirana@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6325-1275>

⁶ Médica residente em otorrinolaringologia, Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil, yaratfranceschi@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4792-4596>

Autor correspondente:

YARA FRANCESCHI SABA

E-mail: yaratfranceschi@hotmail.com

Estudo: Relato de caso

CISTO DE TUBA AUDITIVA – RELATO DE CASO

EUSTACHIAN TUBE CYST – CASE REPORT

RESUMO

Introdução: Cistos de ossos temporais são raros tumores benignos da região da cabeça e pescoço, sendo os que acometem a tuba auditiva (TA) ainda mais incomuns. Eles podem ser identificados pela tomografia computadorizada (TC) e pela ressonância magnética (RM). Podem apresentar-se como lesão com intensidade de tecido adiposo, homogênea, circunscrita, ocupando e expandindo a região da TA. **Objetivo:** Apresentar caso clínico de paciente com cisto em tuba auditiva. **Caso Resumido:** Paciente de 83 anos, masculino, com queixas de disfagia e roncos com pausas respiratórias. Ao exame de endoscopia nasal, evidenciada uma massa pulsátil em rinofaringe à esquerda. RM mostrou lesão sugestiva de cisto não seroso de TA à esquerda. Optado por conduta expectante devido ao risco cirúrgico e condição pouco sintomática do paciente. **Conclusão:** Tumores primários de TA manifestam-se de várias formas, por condições benignas ou malignas, até mesmo de maneira assintomática, podendo se apresentar como achados incidentais de exames, sendo sempre necessário estar atento para seus diagnósticos diferenciais, promovendo sua correta investigação e visando seu tratamento, com a melhor definição da abordagem cirúrgica, se necessário.

Palavras-chave: Cisto dermoide; Tuba auditiva; Massa Rinofaríngea; Tumores de Cabeça e Pescoço.

ABSTRACT

Introduction: Cysts of temporal bones are rare benign tumors of the head and neck region. The ones that affect the Eustachian tube (ET) are even more uncommon. They can be identified by computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI). They can be a lesion with intensity of adipose tissue, homogeneous, circumscribed, occupying, and expanding the ET region. **Objective:** To present a clinical case of a patient with a Eustachian tube cyst. **Summary case:** An 83-year-old male patient complained of dysphagia and snoring with breathing pauses. Nasal endoscopy revealed a pulsatile mass in the rhinopharynx on the left. MRI showed a lesion suggestive of a non-serous cyst of ET on the left. Expectant management was chosen due to the surgical risk and little symptomatic condition of the patient. **Conclusion:** Primary tumors of ED manifest in several ways, by benign or malignant conditions, even asymptotically, and may present as incidental findings of examinations. It is always necessary to be attentive to their differential diagnoses, promoting their correct investigation and aiming at their treatment, with the best definition of the surgical approach if necessary.

Keywords: *Dermoide cyst; Eustachian tube; Rhinopharyngeal mass; Head and Neck tumors.*

INTRODUÇÃO

Tumores primários da tuba auditiva (TA) e lesões semelhantes a tumores são doenças raras, podendo variar de anomalias do desenvolvimento embrionário a neoplasias malignas (KOLLIAS *et al.*, 1995; AGRAWAL e MORRISON, 2009).

Uma entidade bastante rara é o cisto dermoide; vários sítios de envolvimento dentro do osso temporal foram descritos, incluindo orelha média, mastoide, ápice petroso e alguns casos originários da TA (NALAVENKATA *et al.*, 2013).

Malformação benigna do desenvolvimento da TA, originada durante a embriogênese precoce, por volta da 4ª semana, ocorrendo um erro de inclusão ectodérmica, formando conglomerado desorganizado de derivados mesodérmicos e ectodérmicos (NALAVENKATA *et al.*, 2013).

A idade no momento da apresentação dos sintomas é geralmente durante a primeira infância, com a maioria dos casos relatados com idade anterior aos 12 meses. Apenas alguns casos são notificados após 10 anos. Acomete mulheres em uma maior proporção (3:1) (NALAVENKATA *et al.*, 2013; SICHEL *et al.*, 1999).

A apresentação clínica típica dos cistos dermóides envolvendo a TA consiste em otite média recorrente e otite média serosa, podendo haver perdas auditivas condutivas. Grandes cistos podem obstruir as coanas e as vias aéreas superiores, causando rinorreia anterior ou posterior, e, raramente, dispneia. Pode haver epistaxe pela ulceração tumoral (SICHEL *et al.*, 1999).

Macroscopicamente, são massas polipóides, pedunculadas, bem circunscritas, de tecidos moles com um núcleo composto por ambos tecidos adiposo e fibroso, de coloração branca acinzentada ou rósea, e cobertos por pele. Microscopicamente, são compostas por pele e seus apêndices cutâneos. O tamanho pode variar de 0,5 cm até 6 cm (MUZZI *et al.*, 2012).

Embora o diagnóstico definitivo seja histológico, a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) podem prever essa lesão com base nas características da imagem, localização anatômica e envolvimento da TA (NEEL *et al.*, 1998; MOHANTY *et al.*, 2013).

O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de um paciente com cisto em TA, e trazer uma revisão da literatura com enfoque na epidemiologia, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento da doença, assim como a evolução do presente relato de caso.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de caso. Para o desenvolvimento deste trabalho, foi realizado um estudo de caso único, qualitativo e exploratório, baseado em informações extraídas do prontuário, bem como dados obtidos a partir dos resultados de exames realizados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer do número 5.650.732.

RELATO DO CASO

MM, masculino, 83 anos, apresentou-se com queixa de disfagia há 3 anos, pior com líquidos, que há um ano evoluiu para sólidos, com engasgos e tosse. Roncos com pausas respiratórias há 20 anos, associados à sonolência diurna excessiva e hipoacusia bilateral há 10 anos.

Antecedente pessoal de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência venosa periférica em tratamento.

Ao exame otorrinolaringológico, mucosa nasal hipocorada associada à desvio septal à direita, não obstrutivo; anodontia, macroglossia, mallampati IV e palato web.

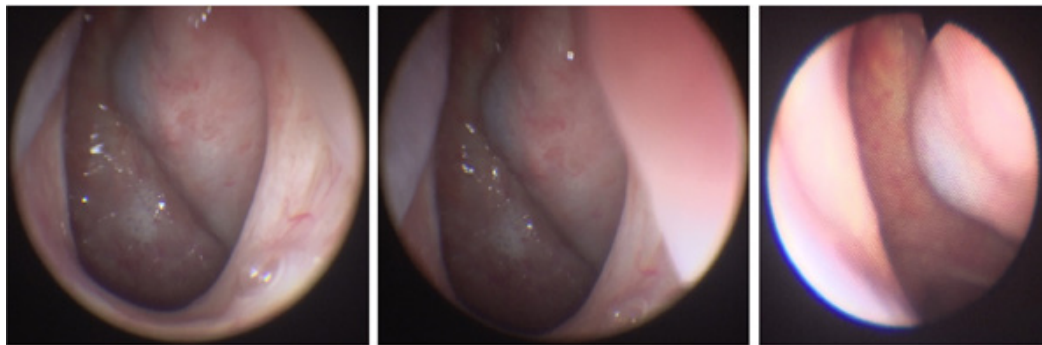
A polissonografia diagnosticou Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) leve e a videoendoscopia da deglutição caracterizou uma disfagia nível 6 de O'Neil, caracterizando-a como uma presbifagia (O'NEIL et al., 1999). Como achado de exame videoendoscópico (figura 1), massa em rinofaringe, de aproximadamente 3cm, lisa, arroxeada, pulsátil, em recesso lateral esquerdo.

RM da face (figura 2) evidenciou, em topografia da nasofaringe posterior à esquerda, lesão com intensidade de sinal intermediário em T2, hipersinal em T1 inferindo alto conteúdo proteico, sem sinais de restrição à difusão ou impregnação anômala após administração de contraste, envolvendo todo o recesso faríngeo, se estendendo para a TA e atingindo o seu terço lateral; medindo aproximadamente 27,4 x 18,3 x 22,7 mm em seus eixos anteroposterior, transverso e longitudinal respectivamente, com aspecto sugestivo de cisto não seroso.

Audiometria com perda auditiva neurossensorial de grau moderado bilateral, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde de 2020 (OMS 2020). Timpanograma com curva tipo “A” bilateral e reflexos contralaterais ausentes em aferência direita e presentes em 500, 1K e 2K e ausente em 4K em aferência esquerda (JERGER, 1970).

Frente ao paciente do caso e a partir dos diagnósticos firmados, foi concluído que não há relação entre a disfagia, síndrome da apneia obstrutiva do sono e a lesão de rinofaringe, devido a seu tamanho e poucas queixas durante toda a vida que pudessem estar relacionadas. Foi optado por um tratamento expectante, com acompanhamento trimestral, o diagnóstico histopatológico não foi firmado neste caso, visto os riscos da biópsia ou cirurgia. Paciente também foi encaminhado para adaptação com aparelho de amplificação sonora individual.

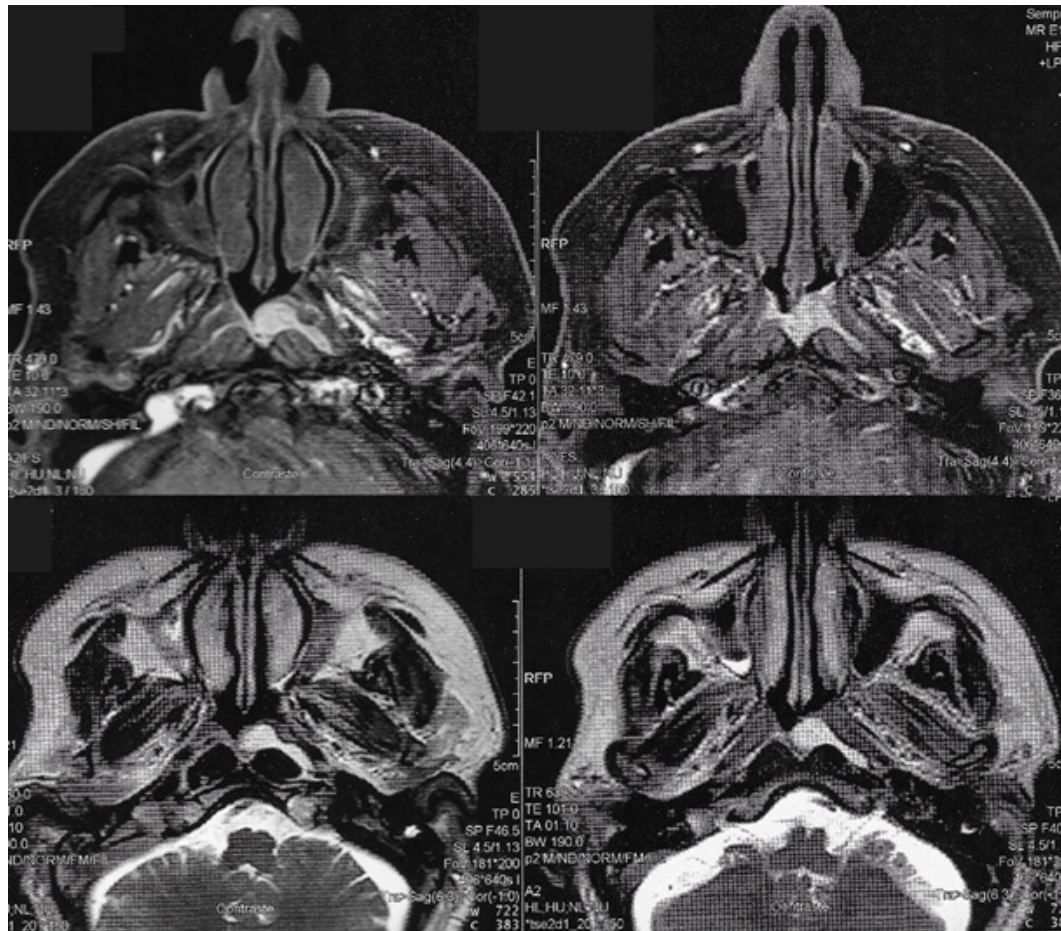
Figura 1 - Endoscopia nasal – visão da rinofaringe com cisto em tuba auditiva



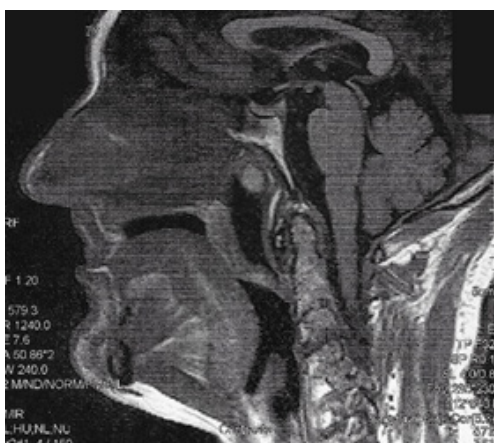
Fonte: Arquivo dos autores.

Figura 2 - Imagens da RM da face

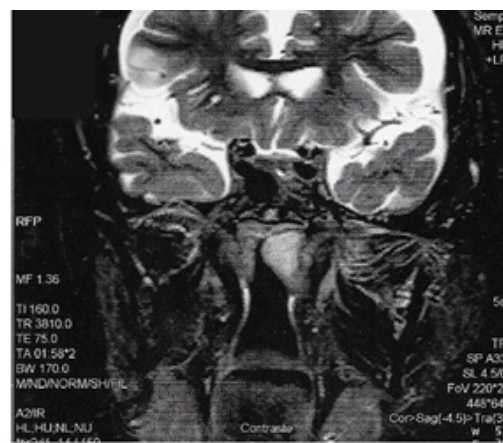
A)



B)



C)



A) Cortes axiais. B) Corte sagital. C) Corte coronal

Fonte: Arquivo dos autores

DISCUSSÃO

O caso relatado, suposto cisto dermoide em tuba auditiva em um senhor de 83 anos de idade, aparece fora da distribuição de sexo e idade relatados de tais lesões na literatura, que traz preponderância feminina e em crianças (KOLLIAS *et al.*, 1995; AGRAWAL e MORRISON, 2009; NALAVENKATA *et al.*, 2013).

Segundo Nalavenkata *et al.*, 2013, cistos dermoides da TA frequentemente cursam com quadros de otite média recorrente, refratária à antibioticoterapia, que se acredita ser causada por obstrução da TA pelo dermoide³. Não foi relatado nenhum episódio de otite média no paciente do presente estudo.

Ainda existe certa confusão na literatura sobre a terminologia usada para descrever essas lesões tumorais. Cisto dermoide, tumor teratoide, hamartoma e pólipo piloso são alguns termos utilizados para descrever a mesma lesão. De acordo com a classificação histológica dos tumores, na região da cabeça e pescoço, mais utilizada atualmente, o termo dermoide como foi proposto por Arnold em 1870 é o mais apropriado (MUZZI *et al.*, 2012).

Os achados radiográficos dos cistos dermoides de TA não são bem descritos. Tanto a TC e RM demonstram envolvimento do canal tubário. A aparência da RM consiste em uma massa bem definida, sem realce, rodeada por uma cápsula lisa e uma matriz relativamente homogênea que segue a intensidade do sinal de gordura. A presença de septações reflete a presença de outros derivados mesodérmicos dentro da massa (NEEL *et al.*, 1998; MOHANTY *et al.*, 2013).

A imagem é de suma importância para descartar qualquer acometimento intracraniano e caracterizar o tamanho da lesão. Também é possível estabelecer os limites da lesão. Estruturas vitais são identificadas nesta topografia, tais como a artéria carótida interna, que corre medialmente, e a artéria meníngea média, identificada lateralmente; sendo assim, essas lesões possuem uma localização que impõem algum risco cirúrgico (NEEL *et al.*, 1998; MOHANTY *et al.*, 2013).

No presente caso, apesar de uma extensão para a nasofaringe, não houve evidência clínica ou radiológica de comprometimento das vias aéreas.

A excisão cirúrgica tem sido a base do tratamento dessas lesões, tanto por via endoscópica, como externas. Nenhuma recorrência foi relatada após a ressecção completa do cisto dermoide (NEEL *et al.*, 2001).

O prognóstico dos cistos dermoides na região da cabeça e pescoço é muito favorável, não há relatos de degeneração maligna ou extensão intracraniana na literatura. Essas lesões têm um potencial de crescimento limitado e, quando a remoção cirúrgica completa é alcançada, não há recorrência (SICHEL *et al.*, 1999).

CONCLUSÃO

Os tumores primários da TA têm uma ampla gama de apresentações, atribuível a várias condições benignas e malignas, podendo muitas vezes ser um achado incidental em exame, como neste caso, para qual o otorrinolaringologista deve estar sempre atento.

O cisto dermoide da TA, embora incomum, apresenta necessidade de ser incluído no diagnóstico diferencial de lesões da orelha média. A apresentação clínica consiste em otite média crônica recorrente refratária ao tratamento com agentes antimicrobianos. O diagnóstico definitivo é obtido pela análise histológica, embora seja possível predizer o resultado através de exame de imagem.

O caso aqui relatado não fechou diagnóstico histopatológico pelo elevado risco cirúrgico do paciente e por ter se decidido pela conduta expectante devido à quadro assintomático.

REFERÊNCIAS

AGRAWAL, N.; KANABAR, D.; MORRISON, G.A. Combined transoral and nasendoscopic resection of an eustachian tube hairy polyp causing neonatal respiratory distress. *Am J Otolaryngol.* Sep-Oct, v.30, n.5, p.343-62009.

JERGER, J. Clinical experience with impedance audiometry. *Arch Otolaryngol.* v. 92, n. 4, p. 311-24, out, 1970.

KOLLIAS, S.S; BALL, W.S.; PRENGER, E.C.JR., MYERS III, C.M. Dermoids of the Eustachian Tube: CT and MR Findings with Histologic Correlation. *AJNR.*, v.16, p.663–668, Apr 1995.

MOHANTY, S.; GOPINATH, M.; SUBRAMANIAN, M. Benign Tumours of Nasopharynx—Revisited. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg (July)*, v. 65, Suppl 1, p. S22–S25, 2013

MUZZI, E.; CAMA, E.; BOSCOLO-RIZZO, P. et al. Primary tumors and tumor-like lesions of the eustachian tube: a systematic review of an emerging entity. *Eur Arch Otorhinolaryngol.*, v. 269, p.1723–1732, 2012.

NALAVENKATA, S.; MELLER, C.; FORER, M.; PATEL, N.P. Dermoid cysts of the Eustachian tube: A transnasal excision, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, v. 77, n. 4, p.588-593, 2013,

NEEL, H.B. et al. Nasopharyngeal Cancer. In Bailey BJ et al. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, v. 2, p.1413-1426, 2001.

NEEL, H.B. et al. Benign and malignant tumors of the nasopharynx. In Cummings CW et al. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, v.2, p.1511-1526, 1998,.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Prevention of blindness and deafness. 2020. Disponível em: <http://www.who.int/publications-detail/basic-ear-and-hearing-care-resource>.

O'NEIL, K.H.; PURDY, M.; FALK, J.; GALLO, L. The dysphagia outcome and severity scale. *Dysphagia.* v.14, n.3, p.139-45, 1999.

SICHEL, J.Y.; DANO, I.; HALPERIN, D.; CHISIN, R. Dermoid cyst of the eustachian tube. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* Apr, v. 25, n.48, n.1, p.:77-81, 1999.