

Cisto Epidermóide de Orelha Externa e Hipoacusia: Relato de Caso

Epidermoid Cyst of the External Ear and Hearing Loss: Case Report

Evelyn Lazaridis, Marcelo Mendes Tepedino**, David Esquenazi***.*

* Médica Residente 3º ano do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

** Médico do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

*** Mestre em Medicina área de Otorrinolaringologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Doutorando da Santa Casa de São Paulo. Médico do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

Endereço para correspondência: Marcelo Mendes Tepedino – Avenida Pasteur, 72 - 2º andar – Botafogo – Rio de Janeiro / RJ – CEP 22290-240 – Telefone: (21) 2543-1909 – E-mail: zozote@ig.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da R@IO em 27 de dezembro de 2006 . Cod. 204. Artigo aceito em 11 de fevereiro de 2007.

RESUMO

Introdução:

O cisto epidermóide é um raro tumor benigno que pode desenvolver-se em qualquer região do corpo humano. Cerca de 7% destes cistos ocorrem em região de cabeça e pescoço. Mais frequentemente apresentam sintomatologia em pacientes entre 15 e 35 anos, mas podem desenvolver em qualquer idade. O envolvimento retroauricular, frequentemente cursa com estenose de conduto auditivo externo e hipoacusia condutiva, comprovada por audiometria tonal. Exames de imagem pré-operatórios como tomografia computadorizada podem fornecer informações diagnósticas e anatômicas importantes para programação da abordagem cirúrgica. A remoção cirúrgica é o tratamento de escolha e deve ser curativa.

Objetivos:

Propusemos a relatar um caso de hipoacusia condutiva em consequência, da extensão para o interior do conduto auditivo externo, de um cisto epidermóide de orelha externa. Uma lesão rara que foi ressecada cirurgicamente para restaurar a acuidade auditiva do paciente.

Relato do Caso:

Paciente de 41 anos de idade, com queixa de hipoacusia leve progressiva há 5 anos evoluindo com estenose de conduto auditivo externo, tratada com remoção cirúrgica, por via retroauricular, apresentando-se no terceiro mês pós-operatório com melhora auditiva e sem sinais de recidiva.

Comentários:

O cisto epidermóide de orelha externa é uma lesão de rara incidência. No seu tratamento deve-se garantir a exérese completa da lesão, evitando assim a sua recorrência.

Palavras-chave:

cisto epidermóide, perda auditiva, orelha externa.

SUMMARY

Introduction:

Epidermoid cysts are rare tumors that may occur anywhere in the body. About 7% of them are found in the head and neck region. This type of lesion presents symptoms more frequently in patients between 15 and 35 years, but can be seen in all age ranges. The retroauricular involvement, frequently courses with blockage of auditory canal and conductive hearing loss, proven by audiometric evaluation. Pre-operative imaging, like computed tomography, provides important diagnostic and anatomical information for programming of the surgical access. The surgical resection is the treatment of choice and must be curative.

Objective:

We present a conductive hearing loss case in consequence of the extension into the external auditory canal of epidermoid cyst of the external ear. A rare lesion, that was treated with surgical excision, in order to improve the patients hearing ability.

Case Report:

41 year old patient, with progressive hearing loss in 5 years, evolving with blockage of auditory canal, treated with surgical excision, by retroauricular access, with hearing improvement without recurrence in a 3 month follow up.

Comments:

Epidermoid cysts of the external ear are rare. In its treatment, complete excision must be done in order to avoid recurrence.

Key words:

epidermoid cyst, hearing loss, auricle.

INTRODUÇÃO

Os cistos dermóides estão frequentemente presentes ao nascimento, são assintomáticos, acometendo predominantemente o sexo masculino (1). Apresentam crescimento lento, uniloculado, podendo as massas císticas produzir apenas sintomas mínimos, que decorrem das dimensões atingidas pelo seu crescimento. Localizam-se mais frequentemente nos ovários e testículos, sendo que menos de sete por cento podem acometer a região da cabeça e do pescoço (2). Acredita-se que patogênese destes cistos, embora ainda incerta, esteja associada à presença de remanescentes de tecido embrionário pluripotente durante a fusão dos primeiro e segundo arcos branquiais, na terceira e quarta semanas de vida intra-uterina (3). O crescimento e a diferenciação desorganizados destas células seqüestradas originam o cisto dermóide.

O cisto dermóide pode ser dividido em três tipos histológicos: epidermóide (sem anexos dérmicos em seu epitélio de revestimento), dermóide (presença de anexos cutâneos como glândulas sudoríparas e folículo piloso) e teratóide (revestimento contendo estruturas derivadas das três camadas germinativas).

Quando presentes na cabeça e no pescoço, os cistos dermóides apresentam como localização mais comum a região fronto-orbital, no quadrante superior externo da órbita (4). Outras localizações são linha média do nariz ou pescoço e região sublingual.

O diagnóstico diferencial de um cisto retroauricular deve ser feito com: cisto de inclusão epidérmica, cisto triquilemal, lipoma e hemangioma.

Propusemos relatar um caso de cisto epidermóide em região retro auricular, avaliando a sintomatologia secundária (hipoacusia condutiva) relacionada a sua extensão para o interior do conduto auditivo externo. A exérese cirúrgica foi proposta com o objetivo de restaurar a acuidade auditiva do paciente, uma vez que não havia outra alteração que justificasse a perda auditiva.

RELATO DE CASO

C.S.C.V, 41 anos, sexo feminino, branca, casada, natural do Rio de Janeiro. Procurou o Serviço de Otorrinolaringologia queixando-se de hipoacusia à esquerda, não acompanhada de otorréia ou otalgia. Os sintomas surgiram há aproximadamente 5 anos, com a percepção de um pequeno nódulo retroauricular, sem sinais flogísticos associados, o qual regrediu gradualmente, em 2 meses, havendo remissão completa dos sinais e sintomas. Nos

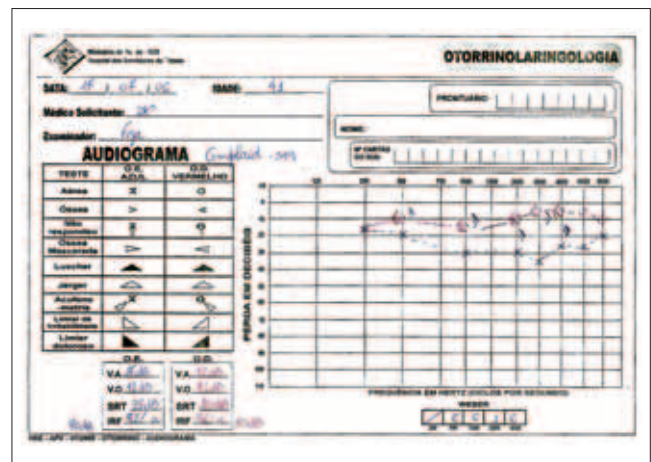


Figura 1. - Audiometria tonal evidenciando hipoacusia condutiva leve à esquerda.

meses que se seguiram, notou recidiva da hipoacusia, sendo esta de caráter progressivo. Procurou atendimento otorrinolaringológico por duas vezes, obtendo diagnóstico de tampão de cerúmen que ocluía o meato acústico externo, sendo submetida à duas lavagens com instilação de água morna, sem apresentar melhora dos sintomas. Evoluiu há dois meses com prurido intenso e dor de caráter latejante esporádicos. Avaliada pelos autores com exame clínico otorrinolaringológico, apresentava à otoscopia estenose de conduto auditivo externo (CAE) esquerdo, impedindo a observação da membrana timpânica ipsilateral. A audiometria tonal evidenciou limiares auditivos dentro dos limites da normalidade à direita e perda condutiva leve à esquerda (Figura 1); a imitanciometria revelou curva A e reflexos estapedianos presentes bilateralmente. Solicitada uma tomografia computadorizada de mastóides sem contraste que demonstrou formação ovalada (Figura 2A), com densidade de gordura, medindo cerca de 1,5 x 1,2 cm em seus maiores eixos (Figura 2B), de permeio aos tecidos moles que revestem internamente a parede superior do CAE, podendo o aspecto corresponder a um lipoma. De acordo com a hipótese diagnóstica, foi indicada a ressecção cirúrgica, com remoção completa da lesão por acesso retroauricular e, posterior, exame anatomopatológico da peça cirúrgica. Durante o procedimento cirúrgico encontrou-se massa de aproximadamente 2 cm de diâmetro com conteúdo líquido citrino (Figura 2C), de superfície irregular, consistência amolecida e coloração avermelhada, inserida na região posterior do CAE, estendendo-se para mastóide (Figura 2D). O resultado histopatológico final foi de cisto epidérmico rôto com reação gigante-celular.

Evoluiu com melhora clínica e audiométrica no pós-operatório não apresentando recorrência até a presente data (3 meses de acompanhamento).

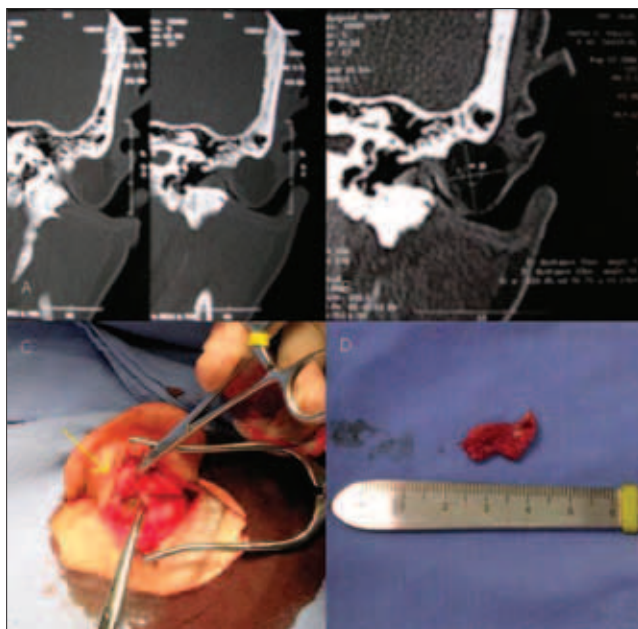


Figura 2. A,B. Tomografia computadorizada de mastóide - coronal. Formação ovalada com densidade de gordura medindo 1,5 x 1,2 cm de permeio aos tecidos moles. C. Incisão retroauricular com pavilhão auricular rebatido anteriormente (seta amarela), aspecto intra operatório do conteúdo citrino. D. Aspecto macroscópico da peça cirúrgica.

DISCUSSÃO

Um nódulo de orelha raramente passa despercebido e representa um motivo de consulta médica freqüente nos consultórios de otorrinolaringologia e dermatologia. Trata-se de uma lesão fechada, saliente, palpável, profunda, situada na derme ou cartilagem podendo perfurar com uma úlcera cutânea secundária. O contexto clínico, a localização exata no pavilhão, o aspecto dermatológico e histológico, permitem fazer o diagnóstico etiológico.

Cistos dermóides da orelha externa são extremamente raros. Existem três casos descritos na literatura de cisto dermóide retroauricular (4,5), embora cinco casos de cisto dermóide em orelha externa tenham sido descritos na literatura japonesa, sendo que todos ocorreram no pólo superior da orelha (2).

Os cistos triquilemais ou sebáceos possuem apresentação clínica semelhante ao cisto epidermóide. O exame histopatológico confirma o diagnóstico com uma cápsula composta por todas as camadas de epiderme e conteúdo composto por material córneo (queratina). Os lipomas são neoplasias benignas originadas do tecido adiposo e podem apresentar o mesmo aspecto que os cistos dermóides. Os hemangiomas freqüentemente estão

presentes ao nascimento e são tumores benignos do endotélio vascular que podem envolver espontaneamente.

Em nosso relato, a anamnese e o exame físico revelaram queixa de hipoacusia lentamente progressiva nos últimos 5 anos e um nódulo em parede posterior do conduto auditivo externo, entretanto, diante da vasta possibilidade de diagnósticos diferenciais, optou-se pela biópsia excisional para confirmação diagnóstica pelo exame histopatológico da peça. Foram realizados, como exames pré-operatórios, a audiometria tonal para avaliação do grau da perda auditiva e a tomografia computadorizada para melhor avaliação anatômica da lesão e o possível comprometimento de estruturas adjacentes. A remoção cirúrgica é o tratamento de escolha para o cisto epidermóide, sendo sua localização um fator determinante na abordagem cirúrgica, e deve ser curativa.

Sendo assim, para completo alívio do sintoma, e diante de uma lesão localizada na parede posterior do conduto auditivo externo, junto a mastóide, optamos pelo acesso retroauricular devido a maior acessibilidade cirúrgica, a facilidade na identificação e ressecção do processo patológico. Foi necessário o tamponamento do conduto auditivo externo com pastilhas de Gelfoam® e pomada de antibiótico, com o intuito de reposicionar a pele do conduto, anteriormente deslocada pelo cisto.

COMENTÁRIOS FINAIS

O cisto epidermóide de região retroauricular é uma lesão de rara incidência. São lesões do desenvolvimento e não neoplasias verdadeiras. São tumores de origem ectodérmica, raros, surgindo de restos celulares epiblasticos fetais, benignos, encapsulados, de crescimento lento. O aumento de tamanho ocorre por descamação de células normais dentro de uma cavidade cística, gerando sintomatologia secundária a sua localização e acometimento de estruturas vizinhas. No tratamento deve-se garantir a exérese completa da lesão, evitando assim a sua recorrência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Souza BA, Dey C, Carver N: A rare case of dermoid cyst behind the ear. *Plast. Reconstr. Surg.* 2003; 112: 1972.
2. Ikeda M, Muto J, Omachi S: Dermoid cyst of the auricle: report of two cases. *Auris Nasus Larynx* 1990;16:193.
3. Freitas CEOLP, Siqueira BMS, Silva Junior AF, Botelho TL, Pereira CM: Cisto epidermóide em região submentoniana: relato de caso clínico. *Rev. Bras. de Patologia Oral* 2005; 4 (2): 90-93.
4. Samper A: Dermoid cyst on the auriculotemporal area. *Plast. Reconstr. Surg.* 2000; 106: 947.
5. Bauer DJ, Diwan R, Honig BK, Yokel B: Large asymptomatic mass on the ear: Dermoid cyst of the auricle. *Arch. Dermatol.* 1994; 130: 913.

2008 Iowa Head & Neck Course Series


**Cancer and Reconstructive Surgery Course:
16-21 June, 2008**

This six-day course, designed for both residents and staff physicians provides a comprehensive review of current techniques in the management and reconstruction of head and neck neoplasms. Cadaver dissection under the supervision of faculty is offered to those taking the six-day course.

Faculty

Henry T. Hoffman, University of Iowa Hospitals and Clinics
Gerry F. Funk, University of Iowa Hospitals and Clinics
Kristi E. Chang, University of Iowa Hospitals and Clinics

Guest Speakers

Timothy McCulloch, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin
Randal Weber, M.D. Anderson Cancer Center, Houston, Texas
Russell Smith, University of Nebraska Medical Center, Omaha
Yoav Talmi, Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel
Vinidh Paleri, Newcastle-upon-Tyne University Hospitals, UK

Fee

Staff physicians \$1900, residents or interns \$1200

Sinus Course: 13-14 June, 2008

This two-day course is designed to provide otolaryngologists with information and laboratory experience regarding advanced techniques and approaches in endoscopic sinus surgery. The participant will receive hands-on experience using endoscopic instruments and power instrumentation to perform functional endoscopic sinus surgery on fresh cadaver specimens.

Faculty

Scott M. Graham, University of Iowa Hospitals and Clinics
Richard J. H. Smith, University of Iowa Hospitals and Clinics
John H. Lee, University of Iowa Hospitals and Clinics

Guest Speakers

Dharmbir S. Sethi, Singapore General Hospital, Singapore
Bradley Marple, University of Texas Southwestern, Dallas

Fee

Staff physicians \$1200, residents or interns \$700

Laser course: 15 June 2008

An introductory course devoted to laser use in head and neck surgery that may be taken separately or in combination with the subsequent six-day head and neck cancer course. This one-day course includes lectures and laboratory sessions addressing laser physics, safety and clinical applications in all areas of the head and neck.

Faculty

Douglas Trask, University of Iowa Hospitals and Clinics
Douglas Van Daele, University of Iowa Hospitals and Clinics

Fee

Staff physicians \$800, residents or interns \$650

Registration information

www.uihealthcare.com/depts/med/otolaryngology/conferences
Henry T. Hoffman, **E-mail:** henry-hoffman@uiowa.edu
Tel: +1 319.356.2166