



CISTO DE THORNWALDT: REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE UM CASO.

Luís Miguel Soares Vasconcelos Maia, Médico Estagiário de Otorrinolaringologia da Clínica Otorhinus.
Saramira Cardoso Bohadana, Médica Estagiária de Otorrinolaringologia da Clínica Otorhinus
Carlúcio Martins Ragognete, Médico Estagiário de Otorrinolaringologia da Clínica Otorhinus.
Luiz Ubirajara Sennes, Médico Colaborador da Clínica Otorhinus e Médico Assistente do HCFMUSP.
Mário Bernardo Guiss Rausis, Médico Colaborador da Clínica Otorhinus e Médico Assistente do HCFMUSP.
Oswaldo Martucci Junior, Médico da Clínica Otorhinus e Médico Assistente do HCFMUSP.
Silvio Antônio Monteiro Marone, Médico da Clínica Otorhinus e Professor Doutor da FMUSP.

Trabalho realizado na Otorhinus Clínica Médica - Centro de Estudos Alexandre Médicis da Silveira São Paulo e apresentado no VII Congresso Brasileiro de Rinologia.
Endereço para correspondência: Otorhinus Clínica Médica, C. E. A. M. S. - Rua Cubatão, 1140 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP: 04013-004.

INTRODUÇÃO

Mayer, em 1840, foi o primeiro a descrever a existência de uma depressão na região póstero-superior do cavum^o. Esta descrição foi completada por Luschka, em 1868, também mediante observação *post-mortem*. Em 1880, Dursey descreveu a falta de relação entre a bolsa faríngea e a bolsa de Rathke^o. Foi Thornwaldt, em 1885, o primeiro a descrever as conseqüências patológicas relacionadas com esta formação, a qual chamou de bolsa faríngea^{3,6}.

Os cistos nasofaríngeos podem ser congênitos ou adquiridos. Os cistos congênitos da linha média podem surgir tanto na bursa faríngea, os quais denominam cistos de Thornwaldt, como da bolsa de Rathke. Os cistos adquiridos são de retenção e se atribuem à coalescência do recesso medial da amígdala faríngea^o. A bolsa retrofaríngea, também chamada de bolsa naso-faríngea de Luschka, é realidade anatômica em 3% dos indivíduos adultos^{2,3,6}, e está situada, na forma de invaginação saculiforme, na parede póstero-superior, na linha média nasofaríngea, por baixo da amígdala faríngea, drenando no cavum através de um curto conduto. Seu orifício de drenagem localiza-se imediatamente acima das fibras superiores do músculo constritor superior da faringe e dá acesso a um canal mais ou menos largo, orientado acima do tubérculo faríngeo da apófise basilar do occipital, ao qual pode contactar-se.

É considerado "reliquat" embriológico resultante da comunicação existente entre o extremo distal e anterior da notocorda e o endoderma nasofaríngeo, o qual se invagina no fundo de saco induzido pela própria notocorda^{3,6}.

A obstrução do seu orifício de drenagem, ocasiona o acúmulo de secreção mucóide, gerando um cisto cujo tamanho pode ser variável^{3,6} e assim como sintomatologia, variando de obstrução nasal e rinorréia posterior, até a hipoaúscia e cefaléia.

RELATO DO CASO

T. A. M., 39 anos, masculino, natural de São Paulo, com queixa de obstrução nasal bilateral de longa data, respiração bucal de suplência, roncos noturnos, apnéia do sono, quadro este que evoluiu com piora progressiva no decorrer do tempo. Negava queixas otológicas. Como antecedentes, negava alterações ponderais. Tabagista de 20 cigarros/dias e etilista social.

Ao exame otorrinolaringológico, foi observado desvio septal à direita, hipertrofia de cornetos e palidez da mucosa nasal (+3/+5). À orofaringoscopia, verificamos alongamento do véu palatino com ausência das amígdalas. À otoscopia: exame normal.

Foi submetido a nasofibrolaringoscopia, onde se verificou, além das alterações anteriormente citadas, a presença de massa de aspecto cístico, com bordos regulares, de coloração vinhosa, depressível ao toque obstruindo o cavum em aproximadamente 90% (Figura 1).

A tomografia computadorizada dos seios da face mostrou presença de massa sólida, noduliforme, sem planos de clivagem evidentes na parede posterior da rinofaringe, obstruindo em cerca de 70% sua luz (Figura 2).

O tratamento proposto foi cirúrgico, pela via transoral. O paciente, sob anestesia geral, foi colocado em posição de Rose, com exposição da nasofaringe e retração

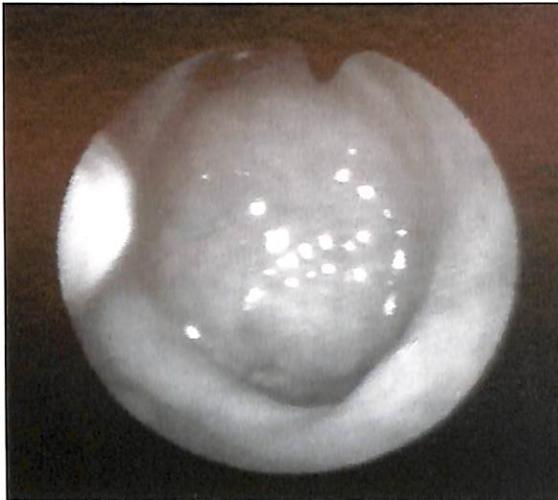


Figura 1. Nasofibroskopia com massa de aspecto cístico, bordos regulares, coloração vinhosa e depressível ao toque, obstruindo mais de 90% do cavum.

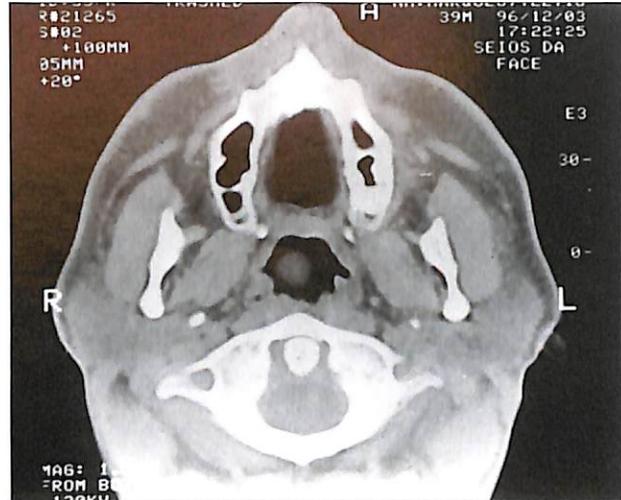


Figura 2. Tomografia computadorizada de seios da face com massa de aspecto sólido, noduliforme, sem plano de clivagem em parede posterior da rinofaringe, causando obstrução importante de sua luz.

do palato mole através de sondas introduzidas pelas fossas nasais e tracionadas pela boca. Visualizado o cisto, foi realizada sua ressecção completa. Houve extravazamento de líquido viscoso e turvo.

O exame anátomo-patológico mostrou processo inflamatório crônico, compatível com parede de mucocele. Diante destes achados, ficou compatível o diagnóstico de cisto de Thornwaldt, evoluindo o paciente com remissão total dos sintomas e resolução do processo.

DISCUSSÃO

Os cistos de Thornwaldt predominam no sexo masculino, em relação de 3:1 e na faixa etária dos 14 aos 65 anos de idade⁴. No caso descrito, o paciente é do sexo masculino e situa-se dentro desta faixa etária. Estes cistos podem ser de pequeno tamanho, não gerando sintomatologia clínica, porém podem atingir grandes proporções, obstruindo a nasofaringe. Também podem infectar-se levando à formação de abscessos, produzindo cefaléia occipital que piora com a movimentação da cabeça, rinorréia posterior, halitose, rigidez da musculatura do pescoço e sintomatologia otológica.

Ao exame físico, é visualizada, através da nasofibroskopia ou da rinoscopia posterior, massa submucosa lisa na parede posterior da nasofaringe, na linha média^{3,4,5,6}. À tomografia computadorizada, aparece como massa na nasofaringe, de baixa densidade na linha média que não se impregna após injeção de contraste intravenoso. Ocasionalmente, pode haver foco de calcificação no cisto.

O diagnóstico diferencial é feito com cisto adenoideano, cisto da bursa de Rathke, encefalocele, mucocele do seio esfenoidal, meningocoele e cisto de retenção das glândulas seromucosas. O cisto de retenção adenoideano pode ocorrer, em geral, na região da bursa faríngea e pode ser confundido com o cisto de Thornwaldt, especialmente se infectado; mas apresentam abundante tecido linfóide e podem ser múltiplos^{2,3}.

Os cistos de retenção das glândulas seromucosas aparecem na parede lateral da faringe e também podem ser múltiplos. Os demais diagnósticos diferenciais são feitos pela tomografia computadorizada.

O tratamento do cisto de Thornwaldt é a drenagem através da marsupialização^{2,3}; neste caso, a marsupialização não foi realizada, pois houve ruptura do cisto. O ato cirúrgico pode ser realizado através de acesso transoral, como neste caso; transpalatino, que oferece melhor visualização do leito e remoção total da tumoração, diminuindo as possibilidades de recidiva⁴; e endoscópico transnasal.

Com a realização de exames endoscópicos, os diagnósticos de cisto de Thornwaldt poderão ser mais frequentes.

BIBLIOGRAFIA

- 1 WEBER, A. L. - Thornwaldt Cysts. *Israel J. Med. Sci.*, 164, 1996
- 2 BATTINO, R. A.; RHANGURE, M. S. - Is another Thornwaldt's Cyst on M. R. I? *Australas Radiol.*, 34, 19-23, 1994
- 3 WEISSMAN, J. L. - Thornwaldt Cysts. *American Journal of Otolaryngology*, 13 (6), 381-385, 1992
- 4 ESCAJADILLO, J. R. - Quiste Nasofaríngeo. *Anales de la Otorrino. Méx.*, 2, 169-171, 1992
- 5 VANAGISAWA, E.; VANAGISAWA, H. - Endoscopic View of Thornwaldt Cyst of the Nasopharynx. *ENT Journal*, 73 (12), 884-885, 1994
- 6 BIURRAN, O.; OLMO, A.; BARCELÓ, X.; MOARLO, A.; CONDOM, E.; TARSEARA, J. - Quiste de Thornwaldt: La Experiencia de una década. *Anales O. R. L. Iber-Amér.*, 179-188, 1991