



PÓLIPO AURAL INFLAMATÓRIO ASSOCIADO A COLESTEATOMA: REVISÃO DA LITERATURA E ATUALIZAÇÃO TERAPÊUTICA

INFLAMMATORY AURAL POLYP AND UNDERLYING CHOLESTEATOMA: LITERATURE REVIEW AND THERAPEUTIC UPDATE

Luiz Fernando Amarante - Professor Titular da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná. Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Anderson Merckle, Médico Otorrinolaringologista do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Vinicius Ribas Fonseca, Acadêmico do sexto ano da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

Keyla E. de Lima, Acadêmica do quinto ano da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

Ana Cláudia Mariushi, Acadêmica do quinto ano da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

Carolina H. Volaco, Acadêmica do quinto ano da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

Adriana Tonelli, Acadêmica do quinto ano da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Endereço para correspondência: Vinicius Ribas Fonseca: Rua Angelo Sampaio, 967 - Apto. 1301 - Batel - Curitiba /PR - CEP 80250-120 - E-mail: vribas@zaz.com.br

RESUMO

Pólipo aural é uma massa macia, de coloração avermelhada, que pode ser único ou múltiplo. Tipicamente se apresenta no meato acústico externo, onde sua presença em vigência de otite média supurada é sinal de cronicidade. Pouco se sabe sobre a origem dos pólipos aurais; várias patologias podem causá-los ou simulá-los. Há significativa associação entre pólipos aurais e colesteatoma, cuja presença faz mister procedimento cirúrgico mais invasivo e de maiores proporções que uma simples polipectomia. Várias tentativas de diagnóstico de colesteatoma sobreposto por pólipo aural têm sido feitas, considerando critérios histológicos, de imagem e clínicos. Os objetivos do nosso trabalho são: 1) realizar a revisão da literatura sobre pólipo aural e sua associação com colesteatoma, 2) proporcionar atualização diagnóstica e terapêutica desta afecção que tanto desconforto traz aos pacientes.

Unitermos: pólipo, colesteatoma, otite média.

SUMMARY

Aural polyp is a redish soft mass that can arise alone or multiple. Typically it appears in the external auditory canal, where its presence is a sign of chronic infection. Little is known about the real nature of the aural polyp, but a lot of diseases can cause or simulate it. There is significant association between aural polyp and cholesteatoma, and in its presence is necessary a surgical procedure. Many studies have been undertaken to identify parameters to preview cholesteatomas underlying aural polyps, considering histological, image and clinical criteria. Clinical and surgical treatment can be undertaken to cure the otitis and eliminate the polypoid mass. The objectives of our study are: 1) to review the literature about aural polyps and cholesteatoma, 2) to present a diagnosis and treatment update of that uncomfortable and dangerous disease.

Uniterms: polyp, cholesteatoma, middle ear otitis.

INTRODUÇÃO

DEFINIÇÃO

Pólipo aural (P.A.) - assim denominado por sua comparação morfológica com celenterados - é uma massa macia, avermelhada que tipicamente se apresenta no meato acústico externo, comumente resultado de proliferação inflamatória. É em geral pedunculado e sangrante e sua presença significa doença ativa no aparelho auditivo, na maioria das vezes na orelha média^{1,2}.

ETIOLOGIA

A real natureza dos pólipos aurais ainda não foi bem estabelecida. Na maioria dos casos, os pólipos aurais estão presentes em associação com otite média crônica supurativa³, originando-se tanto da região tubotimpânica quanto da região aticoantral da orelha média. No entanto, os P.A. podem se desenvolver a partir do meato acústico externo⁴.

Outras causas inflamatórias de P.A. incluem doenças granulomatosas tais como tuberculose, sífilis e infecção

fúngica ou por protozoário. O P.A. pode ser manifestação de granulomas eosinofílicos ou xantomatose⁵. Em crianças, reações mucosas ao redor de tubos de ventilação podem resultar na formação de pólipos aurais, o que pode ser causado por uma reação de corpo estranho para englobar o epitélio escamoso e não o tubo⁶.

Tumor jugular, adenoma de orelha média e schwannoma do nervo facial podem simular um pólipo aural através de uma perfuração da membrana timpânica⁷. Pacientes com AIDS e com doença extra-pulmonar por *Pneumocystis carinii* podem apresentar P.A. infectados, como primeira manifestação de imunodepressão⁸. TOMA e FISHER (1993) relataram um caso de pólipo fibroepitelial que crescia da pele do meato acústico externo sobrepondo um osteoma da mastóide⁷.

Pólipos aurais malignos, tanto primários quanto secundários, são muito raros. Tumor de glândula parótida pode invadir o meato acústico externo, ou tumor de nasofaringe pode se espalhar ao longo da trompa de Eustáquio e se apresentar como um pólipo no meato acústico⁹. Melanoma primário, carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma cístico e rhabdomyosarcoma, foram relatados apresentando-se como P.A.⁹.

Mastócitos foram descritos em pólipos aurais e nasais, mas sua significância no ouvido ainda está para ser estabelecida. A associação de pólipo aural e reação alérgica é muito aceita e como o epitélio da orelha média é contíguo com a nasofaringe, é razoável especular que o processo alérgico também tem um papel na patogênese do pólipo aural⁹. Novos estudos precisam ser empreendidos para esclarecimento da real etiologia dos pólipos aurais.

Existe uma significativa associação entre a presença de colesteatomas sobrepostos por P.A. que se exteriorizam pela orelha externa¹⁰, o que motivou a realização deste estudo, cujos objetivos são: realizar a revisão da literatura sobre pólipo aural e sua associação com colesteatoma e proporcionar atualização diagnóstica e terapêutica desta afecção que tanto desconforto pode trazer aos pacientes.

INCIDÊNCIA E RECORRÊNCIA

Pouca informação foi encontrada na literatura estudada sobre a frequência dos pólipos aurais. SCHWARTZ os descreveu como muito frequentes, apresentando-se nas otites médias crônicas na proporção de 1:15.

Rhys *et al.*, (1989) descreveram uma recorrência de 7,8% em 65 pacientes adultos, sendo esta notada após meses ou anos da polipectomia inicial⁵.

ASSOCIAÇÃO COM COLESTEATOMA

Colesteatoma é uma afecção séria da orelha média que compreende uma bolsa preenchida por queratina e revestida por um epitélio escamoso queratinizado. A associação de P.A. com colesteatoma é bem conhecida e requer tratamento cirúrgico apropriado¹⁰. A incidência de colesteatoma em ouvidos que apresentam pólipos varia de 25 a 45%^{6,10}, podendo alcançar 60% em crianças¹¹. Tentativas têm sido feitas para identificar aqueles pólipos com maior risco de estar encobrendo colesteatomas. GLICKLICH *et al.*, (1993) em seu estudo retrospectivo so-

bre pólipos aurais em crianças, demonstrou que a ocorrência de perda condutiva é um bom parâmetro para prever a presença de colesteatoma⁵. No entanto, isto não mostrou ajuda em pacientes adultos. Evidência radiológica de erosão óssea da mastóide foi descrita como sendo um bom parâmetro para pensarmos na presença de colesteatomas encobertos pelos pólipos aurais⁵. Todavia, destruição óssea só é vista em casos mais avançados e um exame de imagem negativo não exclui um colesteatoma.

MILROY *et al.* (1989) mostraram que a análise histológica do pólipo aural pode ser usada para prever a presença de colesteatoma¹⁰. Em seu estudo, o achado da combinação de tecido de granulação com massa ou flocos queratinizados faz muito provável a presença de colesteatoma com probabilidade de 70-80%. Por outro lado, a ausência de um epitélio de revestimento, a presença de um núcleo fibroso com glândulas e linfócitos agregados faz com que haja a probabilidade da ausência de colesteatoma em 70-80% dos casos. Outros estudos^{3,6,11} mostraram que este método usando padrões histopatológicos não é seguro para prever colesteatoma, sendo também inespecífico e tendo uma taxa de falso positivo em torno de 44% dos casos⁶. Suspeita clínica depois de um meticuloso exame do ouvido, preferivelmente com microscópio cirúrgico, parece ser o melhor meio para detectar a presença de colesteatoma¹¹.

Pólipos aurais recorrentes apesar do tratamento adequado devem sempre alertar o médico para um provável colesteatoma.

DIAGNÓSTICO

A identificação do pólipo na região do meato acústico externo é de fácil realização por meio de inspeção ou otoscopia. A associação de sintomas com a queixa principal de tumoração que se exterioriza pelo meato acústico externo é comum e variável. Otorrêia crônica aparece na quase totalidade dos pacientes. A duração da otorrêia varia de menos de seis meses a mais de um ano⁵, de coloração geralmente amarelo-esverdeada, com ou sem presença de fetidez. Além disto, podem estar presentes cefaléia, otorragia, otalgia e vertigem. Hipoacusia condutiva pela presença obliterante do pólipo no meato ou pelo comprometimento das estruturas da orelha média é outro achado comum^{5,10}.

PREVENÇÃO

Quanto à prevenção do aparecimento dos pólipos aurais, não foi encontrado na literatura nenhum método eficaz ou específico, mas sim, de suas complicações e repercussões. É necessário o diagnóstico histopatológico da natureza do pólipo para que se estabeleça um método eficaz para o tratamento definitivo, evitando assim desenvolvimento de afecções decorrentes de suas complicações ou malignidade.

TRATAMENTO

TRATAMENTO CONSERVADOR

Tratamento conservador é indicado quando não há suspeita de neoplasia, colesteatoma, afecção na orelha

interna ou intracranianas. Consiste principalmente em limpeza por aspiração, cauterização química com nitrato de prata e na aplicação local de pomada de gentamicina e hidrocortisona por 4 a 6 semanas. A gentamicina é usada por ser o único antibiótico tópico com licença do produto para usar em perfurações timpânicas. Além disso, estudos comprovam que a gentamicina usada de maneira tópica não produz ototoxicidade³. Estudos prévios frisaram a falha de antibióticos sistêmicos incluindo metronidazol, em criar um ouvido sem infecção ativa na vigência de otite média crônica¹².

Swabs do ouvido devem ser feitos para cultura bacteriológica, embora na maioria dos casos os organismos envolvidos sejam *Proteus* sp., *Pseudomonas* sp., coliformes e *Staphylococcus* sp³.

Tratamento clínico diminui a atividade inflamatória no ouvido e pode proporcionar um procedimento cirúrgico subsequente menos agressivo. BROWING et al. (1988) relataram que aproximadamente 50% dos ouvidos com otite média crônica estarão com infecção inativa após 4 a 6 semanas de tratamento clínico, com uma taxa de adesão ao tratamento de 70%. Entretanto, a taxa de recidiva quando o tratamento é interrompido é alta¹².

TRATAMENTO CIRÚRGICO

A remoção permeatal do pólipio inflamatório é indicada quando não há melhora no tratamento conservador ou se o pólipio ocluir completamente o meato acústico externo. É de grande importância em todos os casos atentar para a identificação da origem do pólipio. O P.A. pode surgir da mucosa salientando os cuidados necessários para prevenir o trauma do nervo facial ou da platina do estribo. Nestes casos, na presença de grandes pólipios, é apropriado e mesmo necessário, fazer uma incisão endaural para um acesso adequado ao local de origem. O ouvido deve ser bem examinado, afastando-se sinais de colesteatoma, presença de retração ou perfuração de membrana timpânica. A remoção de tubo de ventilação é recomendada. Todos os pólipios aurais devem ser submetidos à análise histopatológica².

Pólipio aural recorrente, apesar de polipectomia permeatal, é indicação de exploração cirúrgica na forma de timpanomastoidectomia. Na otite média crônica não

colesteatomatosa, a mastoidectomia é indicada para resolver a infecção nas células da mastóide. Nos ouvidos em que encontramos colesteatoma no momento da polipectomia, tratamento cirúrgico subsequente é necessário. Em presença de complicações tais como vertigem, paralisia facial ou otalgia, exploração cirúrgica urgente é requerida².

CONCLUSÕES

Exames de imagem e histopatológicos isolados não são parâmetros confiáveis para afastar a presença de colesteatoma.

Um minucioso exame clínico e otoscópico associado aos exames de imagem são os parâmetros mais fidedignos para detectar a presença de colesteatoma sobreposto por P.A.

Tratamento conservador com nitrato de prata, gentamicina tópica e limpeza local é eficiente no controle da otorrêia, proporcionando procedimento cirúrgico mais fácil e menos agressivo.

Após tratamento adequado, a evolução dos pólipos aurais é, em sua grande maioria, benigna. O que nos faz lembrar da importância de um estudo histopatológico de qualquer peça cirúrgica, na busca de processos malignos que possam evoluir adversa da esperada, levando a terríveis repercussões para o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PAPARELLA-SHUMAIK - *Otorrinolaringologia*, 2ª ed. Buenos Aires. Editora Médica Panamericana, 1982, 1537-1547.
- TAY, H. L.; HUSSAIN, S. S. M. - The management of aural polyps. *J. Laryngol. Otol.*, 111: 212-214, 1997.
- HUSSAIN, S. S. M. - Conservative treatment in the management of inflammatory aural polyp. *J. Laryngol. Otol.*, 106: 313-315, 1992.
- LOH, L. E. - How benign are aural polyps? *Singapore Med. J.*, 28: 249-250, 1987.
- WILLIAMS, S. A.; ROBINSON, P. J.; BRIGHTWELL, R. P. - Management of the inflammatory aural polyp. *J. Laryngol. Otol.*, 103: 1040-1042, 1989.
- GUKICH, R. E.; CUNNINGHAM, M. J.; ERVEY, R. D. - The cause of aural polyps in children. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 119: 669-671, 1993.
- TOMR, A. G.; FISHER, E. W. - Osteoma of the external auditory meatus presenting as an aural polyp. *J. Laryngol. Otol.*, 107: 935-936, 1993.
- MORRIS, M. S.; PARASAD, S. - Otolologic disease in the acquired immunodeficiency syndrome. *Ear Nose and Throat J.*, 69: 451-453, 1990.
- HUSSAIN, S. S. M. - Mast cells in aural polyps: a preliminary report. *J. Laryngol. Otol.*, 109: 491-495, 1995.
- MUROV, C. M.; SACK, R. W. T.; MAW, A. A.; BRANDFIELD, J. W. B. - Aural polyps as a predictor of underlying cholesteatoma. *J. Clin. Pathol.*, 42: 460-465, 1989.
- DAWES, P. J.; SOAMES, J. V. - The inflammatory aural polyp: a predictor of cholesteatoma in children? *Austral. J. Otolaryngol.*, 2: 31-33, 1995.
- BROWNING, G. G.; GATEHOUSE, S.; CALDER, J. T. - Medical management of chronic otitis media: a controlled study. *J. Laryngol. Otol.*, 102: 491-495.

O século XXI será, sem dúvida, a era da comunicação e o ouvido é essencial na comunicação humana. No Brasil, estima-se que cerca de 15 milhões de pessoas apresentem algum tipo de perda auditiva, sendo 350.000 pessoas com surdez profunda. Além do tratamento dos processos infecciosos e suas complicações, será de extrema importância a reabilitação dos processos que levam à surdez.

Este Tratado de 498 páginas, amplamente ilustrado, estuda a anatomia, embriologia, fisiologia, semiologia e as doenças do aparelho auditivo e vestibular. Pela primeira vez no Brasil temos um tratado especializado em otologia, mostrando a abordagem do diagnóstico e da terapêutica em nosso meio.

Informações na
Fundação Otorrinolaringologia
Tel.: (0xx11) 3068-9855



Indicado para o prêmio
"Jaboti" de Literatura Médica

