

## Paraganglioma timpânico: a propósito de dois casos

## Tympanic paraganglioma: two cases

Romualdo Suzano Louzeiro Tiago<sup>1</sup>, Fábio Marangoni Gil<sup>2</sup>, Juparethan Trento Ribeiro<sup>3</sup>, Patricya Santos Figueiredo dos Anjos<sup>4</sup>, Patrícia Maria Sens<sup>5</sup>, Lupércio Oliveira do Valle<sup>6</sup>

Palavras-chave: orelha média, osso temporal, paraganglioma.

Keywords: middle ear, temporal bone, paraganglioma.

### INTRODUÇÃO

Os paragangliomas se originam a partir dos corpos glômicos que são quimiorreceptores não-funcionantes do osso temporal, derivados de células neuroectodérmicas da crista neural.<sup>1</sup>

Os paragangliomas timpânicos apresentam como sintoma mais freqüente o zumbido pulsátil, seguido de hipoacusia do tipo condutiva, otalgia e plenitude aural.<sup>2</sup> Alguns pacientes podem apresentar vertigem e otorragia.<sup>3</sup>

O objetivo é apresentar dois casos de paraganglioma timpânico com a finalidade de discutir os aspectos diagnósticos e terapêuticos desta doença.

### RELATO DE CASOS

#### Caso 1

Paciente RHL, 55 anos, sexo feminino, branca, procurou atendimento com queixa de zumbido pulsátil em orelha esquerda, com duas semanas de evolução. Ao exame físico foi observada lesão vinhosa no quadrante pósteroinferior da membrana timpânica esquerda (Figura 1A). Na tomografia computadorizada (TC) foi observada imagem com densidade de partes moles que ocupava parte da cavidade timpânica, sobreposta ao promontório (Figuras 1B e 1C). A

paciente foi submetida a tratamento cirúrgico a partir de acesso retroauricular, que possibilitou identificar adequadamente as margens da lesão e ressecção completa (Figura 1D). O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico clínico de paraganglioma. Foi realizado exame audiométrico no terceiro mês pós-operatório, com limiares auditivos dentro dos padrões de normalidade.

#### Caso 2

Paciente EPZ, 61 anos, sexo feminino, branca, procurou atendimento com queixa de prurido e obstrução nasal. Ao exame físico foi observada lesão vinhosa, retrotimpânica, sobre o promontório, na orelha esquerda. Foi solicitada TC de ossos temporais, que evidenciou imagem com densidade de partes moles, restrita ao promontório do lado esquerdo. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, com a mesma abordagem descrita para a paciente anterior. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico clínico de paraganglioma. Foi realizado exame audiométrico no terceiro mês pós-operatório, com limiares auditivos dentro dos padrões de normalidade.

### DISCUSSÃO

O paraganglioma timpânico é a neoplasia benigna mais comum da orelha média<sup>2,4</sup>, sendo de grande importância a suspeita diagnóstica deste tumor em pacientes com zumbido pulsátil e hipoacusia. Jackson et al.<sup>3</sup> avaliaram um grupo de 60 pacientes com paraganglioma timpânico e observaram que os principais sintomas são: zumbido pulsátil (77%), hipoacusia (52%) e otalgia (18%). Aproximadamente 5% dos pacientes com diagnóstico de paraganglioma timpânico são assintomáticos.<sup>3</sup> Ao exame físico podemos suspeitar de paraganglioma timpânico quando observamos lesão avermelhada ou vinhosa na região do promontório, e em casos iniciais é possível delimitar o tumor em toda a sua circunferência (Figura 1A). Em lesões maiores, que se estendem para o hipotímpano, devemos utilizar métodos diagnósticos de imagem para diferenciar o paraganglioma timpânico do paraganglioma jugular.<sup>1,5</sup>

A TC é o método de escolha para a investigação dos paragangliomas timpânicos devido à possibilidade de avaliação dos limites ósseos.<sup>1</sup> A demonstração de limite nítido entre o tumor e o bulbo da jugular identifica a lesão como

um paraganglioma timpânico (Figuras 1B e 1C). A ressonância magnética pode ser utilizada na avaliação de paragangliomas maiores, onde temos a necessidade de definir as relações do tumor com partes moles do pescoço ou extensão intracraniana.<sup>1</sup>

A miringotomia para fins de biópsia não está indicada quando há suspeita clínica de paraganglioma timpânico.<sup>4</sup> O tratamento pode ser dividido em paliativo ou definitivo. O tratamento paliativo fica reservado para pacientes muito idosos ou sem condições clínicas para o tratamento cirúrgico, podendo ser utilizada a radioterapia ou apenas o acompanhamento clínico, visto que são tumores de crescimento lento e raramente apresentam transformação maligna.<sup>3</sup> O tratamento definitivo, e de eleição, é o cirúrgico. A via de abordagem e a extensão da cirurgia estão estritamente relacionadas ao tamanho da lesão. Naqueles casos onde não é possível identificar os limites da lesão é recomendável a abordagem retroauricular com extensão para o recesso do facial e hipotímpano.<sup>2,4</sup> Nos casos relatados foi realizada abordagem retroauricular e pequena canalplastia, o suficiente para identificar os limites da lesão (Figura 1D). Após a identificação do mesmo procedeu-se ao descolamento do tumor do promontório e cauterização do pedículo vascular, geralmente um ramo da artéria faríngea ascendente, com eletrocautério bipolar.

### COMENTÁRIOS FINAIS

O paraganglioma timpânico é a neoplasia benigna mais comum da orelha média e o diagnóstico precoce das lesões iniciais favorece a redução dos índices de morbidade, que é elevada no tratamento de lesões mais extensas.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Phelps PD, Stansbie JM. Glomus jugulare or tympanic? The role of CT and MR imaging with gadolinium DTPA. *J Laryngol Otol* 1988;102:766-76.
2. O'Leary MJ, Shelton C, Giddings NA, Kwartler J, Brackmann DE. Glomus tympanicum tumors: clinical perspective. *Laryngoscope* 1991;101:1038-43.
3. Jackson CG, Welling DB, Chironis P, Glasscock ME 3rd, Woods CI. Glomus tympanicum tumors: contemporary concepts in conservation surgery. *Laryngoscope* 1989;99:875-84.
4. Forest JA 3rd, Jackson CG, McGrew BM. Long-term control of surgically treated glomus tympanicum tumors. *Otol Neurotol* 2001;22:232-6.
5. Stewart K, Kountakis SE, Chang CY, Jahrsdoerfer RA. Magnetic resonance angiography in the evaluation of glomus tympanicum tumors. *Am J Otolaryngol* 1997;18:116-20.

<sup>1</sup> Doutor em Ciências pelo programa de Pós-graduação em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal de São Paulo. Médico Assistente dos Serviços de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

<sup>2</sup> Médico Residente do Serviço de Otorrinolaringologia do HSPM-SP.

<sup>3</sup> Médico Residente do Serviço de Otorrinolaringologia do HSPM-SP.

<sup>4</sup> Médica Otorrinolaringologista, Ex-residente do Serviço de Otorrinolaringologia do HSPM-SP.

<sup>5</sup> Mestre em Otorrinolaringologia pelo programa de Pós-graduação em Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Médica Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia do HSPM-SP.

<sup>6</sup> Mestre em Distúrbio da Comunicação Humana pela PUC-SP. Médico Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia do HSPM-SP. Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM-SP).

Endereço para correspondência: Romualdo Suzano L. Tiago – Rua Pio XII nº 439 ap. 122 Bela Vista São Paulo SP 01322-030.

Tel. (0xx11) 3285-6824 – E-mail: romualdotiago@uol.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 19 de julho de 2006. Cod. 3276.

Artigo aceito em 2 de agosto de 2006.