

Reação granulomatosa pós-estapedotomia

Fernando Kaoru Yonamine¹, Danilo Kanashiro Segalla², Marcos Luiz Antunes³

Post-stapedotomy granulomatous reaction

Palavras-chave: estapedectomia, granuloma, vertigem.
Keywords: stapedectomy, granuloma, vertigo.

INTRODUÇÃO

Desde o advento da estapedotomia e estapedectomia como tratamento da otosclerose, algumas complicações têm sido relatadas na literatura. Dentre elas, a reação granulomatosa é uma complicação rara, descrita por Harris e Weiss em 1962¹. Trata-se de uma reação inflamatória excessiva, formando um tecido de granulação envolvendo a prótese e a janela oval².

Apesar de etiologia incerta, muitos autores acreditam que a principal causa do granuloma seja uma reação de corpo estranho ao material usado para preencher a janela oval³.

Com incidência estimada em 0,07% pós estapedotomia e 0,1% pós estapedectomia, manifesta-se principalmente com disacusia neurosensorial e vertigem no pós-operatório. Sua confirmação só pode ser feita após timpanotomia exploradora com visualização de tecido de granulação envolvendo a prótese e a janela oval em um paciente sintomático³.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 35anos, branca, com queixa de hipoacusia bilateral há 7 anos, pior à direita e com piora progressiva. Sem antecedentes patológicos. Como antecedente familiar, sua mãe apresentava perda auditiva bilateral, sem causa conhecida. Ao exame clínico e otorrinolaringológico não apresentava alterações. A

investigação audiométrica revelou perda mista leve com gap 5-10dB nas frequências graves e SRT 30dB à esquerda, e perda mista moderada a severa com gap 20-35dB e SRT 80dB à direita (Figura 1A), índice de reconhecimento de fala e timpanometria normal, reflexos estapedianos ausentes. Paciente foi submetida à estapedotomia com colocação de prótese de Teflon na orelha direita e preenchido a janela oval com 1ml de sangue, sem intercorrências. Evoluiu no pós-operatório com vertigem intensa e manutenção da perda auditiva. Após tratamento com antivertiginoso e corticoide teve melhora parcial da vertigem e melhora da audição (Figura 1B). Após dois meses de tratamento medicamentoso mantinha melhora parcial da vertigem, porém apresentou piora importante da audição. A tomografia computadorizada de ossos temporais revelou conteúdo com densidade de partes moles envolvendo a região da janela oval e prótese aparentemente bem locada (Figura 1D). Foi indicada revisão da estapedotomia e no intraoperatório identificou-se presença de tecido de granulação em região da janela oval. Optado por retirar a prótese junto com o granuloma. Após um mês da revisão a paciente se apresentava com melhora parcial da vertigem, mas com piora da audição. A audiometria mostrou perda neurosensorial profunda à direita com SRT 95dB (Figura 1C).

DISCUSSÃO

A suspeita clínica deve ser feita quando o paciente apresentar vertigem e disacusia neurosensorial persistente, que ocorre do pós-operatório imediato até seis semanas da cirurgia². Deve-se fazer diagnóstico diferencial com fístula perilinfática e prótese de estapedotomia longa. Para isso pode-se utilizar a tomografia computadorizada de alta resolução, que consegue identificar bem essas patologias⁴.

Em relação à etiologia, muitos autores têm defendido a hipótese de reação de corpo estranho, embora reação auto-imune, infecção e inflamação local não tenham sido descartadas¹. Na estapedotomia os principais materiais de preenchimento associados à ocorrência de granuloma são o sangue e o Gelfoam, já na estapedectomia são o

Gelfoam e a gordura³. Esses materiais são utilizados para preencher a janela oval e diminuir o risco de ocorrer fístula perilinfática. Em modelo experimental de animais foi mostrado que o Gelfoam, quando colocado no nicho da janela oval aberta, causava lesão da membrana basilar ao estudo histológico⁵.

O tratamento, se cirúrgico, pode-se optar por realizar a timpanotomia exploradora com retirada do granuloma e da prótese, recolocando ou não outra prótese, ou retirar apenas o granuloma; se clínico, pode-se optar pelo uso de corticosteroides e antibióticos³.

Embora não existam trabalhos específicos sobre o tratamento do granuloma, muitos autores por experiência própria vêm obtendo melhores resultados com a combinação de corticosteroides e revisão precoce, com retirada do granuloma e colocação de nova prótese^{3,6}.

COMENTÁRIOS FINAIS

A reação granulomatosa pós estapedotomia/estapedectomia é de ocorrência rara e de grande transtorno para o paciente e frustração do cirurgião. Infelizmente não existem parâmetros preditivos de sua ocorrência e, por mais incomum que seja, devemos estar preparados para lidar com essa situação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harris I, Weiss L. Granulomatous complications of the oval window fat grafts. *Laryngoscope*. 1962;72:870-85.
2. Fenton JE, Turner J, Shirazi A, Fagan PA. Post-stapedectomy reparative granuloma: a misnomer. *J Laryngol Otol*. 1996;110(2):185-8.
3. Seicshnaydre MA, Sismanis A, Hughes GB. Update of reparative granuloma: survey of the American Otolological Society and the American Neurotology Society. *Am J Otol*. 1994;15(2):155-60.
4. Mann WJ, Amedee RG, Fuerst G, Tabb HG. Hearing loss as a complication of stapes surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996;115(4):324-8.
5. Bellucci RJ, Wolff D. Tissue reaction following reconstruction of the oval window in experimental animals. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1960;69:517-39.
6. Tange RA, Schimanski G, van Lange JW, Grolman W, Zuur LC. Reparative granuloma seen in cases of gold piston implantation after stapes surgery for otosclerosis. *Auris Nasus Larynx*. 2002;29(1):7-10.

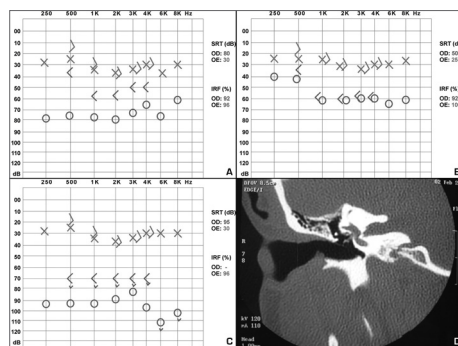


Figura 1. A: Audiometria pré-operatória. B: Audiometria duas semanas após estapedotomia. C: Audiometria um mês após revisão da estapedotomia. D: TC de osso temporal direito, corte coronal, mostrando conteúdo com densidade de partes moles envolvendo a região da janela oval e a prótese.

¹ Médico Residente em Otorrinolaringologia pelo Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.

² Médico residente.

³ Doutor em Otorrinolaringologia pela Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina e Coordenador do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Estadual de Diadema. Hospital Estadual Diadema Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

Endereço para correspondência: Danilo Kanashiro Segalla - Av. Dr. Altino Arantes 648 Ap. 71 São Paulo-SP 04042-003.

E-mail: danilosegalla@yahoo.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 29 de julho de 2007. cod. 4690.

Artigo aceito em 11 de setembro de 2007.