

# ADENOMA DE ORELHA MÉDIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

## MIDDLE EAR ADENOMA: CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Gustavo J. Faller<sup>1</sup>, Pedro Luiz Cóser<sup>2</sup>, Cristiano Ruschell<sup>1</sup>, Luiz Lavinsky<sup>3</sup>

### RESUMO

Os autores descreveram um caso de adenoma de orelha média que invadia o conduto auditivo externo e mastóide, com destruição ossicular. Apresentaram, a seguir, uma breve revisão de literatura.

**Unitermos:** Adenoma; orelha média; neoplasia.

The present article describes a case of middle ear adenoma involving the external ear canal and the mastoid, with destruction of bony structures. A brief review of the literature is presented.

**Key-words:** Adenoma; middle ear; neoplasm.

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>2</sup> Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital Universitário da UFSM. Professor Adjunto, Curso de Medicina da Universidade Federal Santa Maria. Mestre e Doutor em Distúrbios da Comunicação Humana.

<sup>3</sup> Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professor Adjunto, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre e Doutor em Otorrinolaringologia. Correspondência: Rua Quintino Bocaiúva 673, Porto Alegre, RS, Brasil. Fone: +55-51-3330.2444.

### INTRODUÇÃO

As neoplasias adenomatosas da orelha média (NAOM) são doenças raras, sendo que sua origem, classificação e potencial maligno permanecem mal definidos na literatura, desde o primeiro relato em 1898 por Treitel (1). As NAOM devem ser diferenciadas de outras lesões da orelha média, como meningiomas, carcinomas adenóides císticos, colesteatomas, paragangliomas, ceruminomas, entre outros (2,3).

Estudos recentes dividiram os tumores adenomatosos em duas entidades clínicas e histopatológicas. A primeira possui um padrão celular misto plomórfico. Os tumores adenomatosos que se enquadram nesta categoria são confinados à orelha média e mastóide, com um curso mais benigno (figura 1). A segunda entidade apresenta um padrão papilar, tendo os tumores maior agressividade, invadindo estruturas ósseas e a dura-máter (2,4).

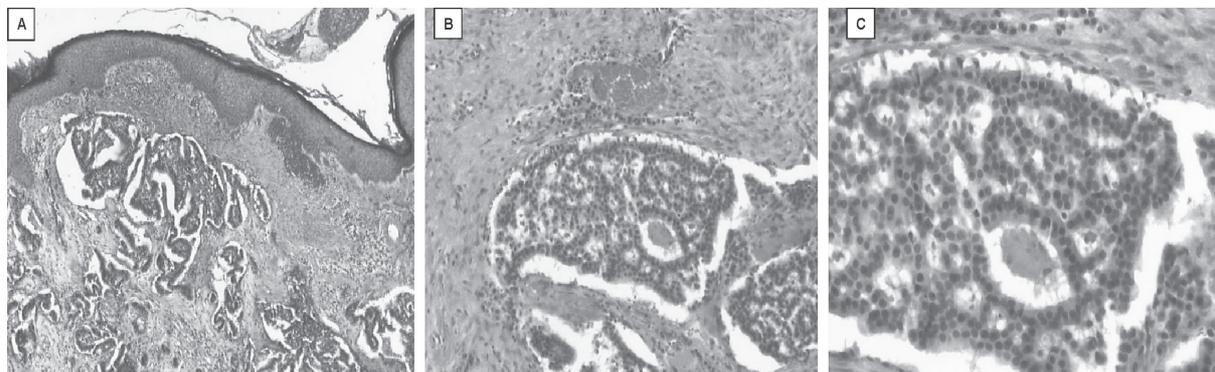


Figura 1. Adenoma de orelha média humana. A e B) aumento de 100x. C) Aumento de 400x.

As NAOM apresentam diversos padrões histológicos, variando de sólido-trabecular a túbulo-glandular, sendo, geralmente, difícil a determinação de malignidade da lesão. Essas neoplasias podem ser caracterizadas pela presença de diferenciação neuroendócrina e exócrina, através de métodos de imunoistoquímica (5). Porém, a presença de diferenciação neuroendócrina não altera o comportamento biológico do tumor (3).

Quanto ao local de origem destes tumores, postula-se que se desenvolvam a partir de três locais: da mucosa do espaço pneumático infralabiríntico, do saco endolinfático ou de um plexo coróide ectópico (2).

O adenoma acomete igualmente ambos os sexos, sendo que a idade média dos pacientes afetados é de aproximadamente 40 anos (1). Entre as manifestações típicas desses tumores está a perda auditiva progressiva unilateral, a plenitude aural e os zumbidos. Entretanto, em alguns casos, esses tumores podem ser assintomáticos. Paralisia facial, otorrêa e otalgia estão raramente presentes. A duração dos sintomas é extremamente variável, de alguns meses a 15 anos (6). Geralmente, na otoscopia, identifica-se uma massa não-pulsátil atrás de uma membrana timpânica íntegra.

## RELATO DE CASO

Um paciente do sexo masculino, 47 anos, branco, refere que a sintomatologia iniciou há 1 ano e 5 meses da primeira consulta, com perda progressiva da audição na orelha esquerda (OE), plenitude aural e otorrêa de pequena monta. Um ano após o início dos sintomas, teve otalgia e paresia facial. Não apresentou alterações vestibulares. Foi, então, submetido a mastoidectomia na OE, tendo sido interrompida no transoperatório devido a sangramento excessivo e ao caráter atípico das lesões. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências, e o paciente negava alterações na audição. A otoscopia apresentava uma massa com origem na orelha média, que se estendia para o conduto auditivo externo, com aspecto papilomatoso ou polipóide, hiperêmico, associado com importante otorrêa.

Foi realizado um estudo tomográfico 2 meses antes do primeiro procedimento, que evidenciou uma lesão no conduto auditivo externo do ouvido esquerdo, preenchendo a orelha média e destruindo a cadeia ossicular, além da presença de velamento nas células da mastóide. Além do estudo tomográfico, foi realizada uma angiografia no mesmo período, que não apresentou alterações, afastando a possibilidade de tumor glômico.

Em um primeiro tempo operatório, fez-se um estudo anatomopatológico com diagnóstico de adenoma de orelha média.

Neste momento, o paciente nos foi encaminhado e, num segundo tempo operatório, foi realizada uma timpanomastoidectomia com derrubada de parede posterior do conduto auditivo externo (tipo *wall down*), sem intercorrências, confirmando o mesmo diagnóstico anatomopatológico. Este paciente já tem 28 meses de acompanhamento sem recidivas locais ou regionais.

Em uma radiografia de tórax, realizada como pré-operatório da segunda intervenção, encontrou-se, na topografia de um dos lobos superiores, próximo à parede posterior, uma opacidade de baixa densidade, de limites pouco precisos, aparentemente arredondada, medindo cerca de 2 cm. Foi realizada uma tomografia de tórax após a cirurgia definitiva, sendo encontrado, no segmento posterior do lobo superior direito, junto à parede posterior do tórax justapleural, um nódulo com densidade de partes moles medindo cerca de 1,5 x 1,2 x 1,5 cm, apresentando contornos irregulares e espiculados, bem como um discreto espessamento da pleura adjacente. Foi realizada videotoracoscopia com toracotomia posterior, com ressecção do nódulo pulmonar. O resultado do exame anatomopatológico na microscopia evidenciou inflamação crônica com fibrose em parênquima pulmonar com antracose e focos de enfisema. Não foi evidenciada malignidade.

## DISCUSSÃO

As NAOM são raras, sendo que aproximadamente 100 casos foram descritos na literatura. A diferenciação entre tumores benignos e malignos é importante para o planejamento e a necessidade de novas intervenções cirúrgicas. Ao contrário do adenoma, o adenocarcinoma é um tumor agressivo, com alta taxa de recorrência e de mortalidade. Entretanto, é um tumor de crescimento lento, com baixa propensão a metástases. A diferenciação do adenoma e do adenocarcinoma é realizada com base na histologia, na presença de erosão óssea e no comportamento clínico (6).

Histologicamente, a neoplasia adenomatosa é uma lesão glandular não encapsulada, mal delimitada, com áreas microcísticas, trabeculares ou papilares. Frequentes grupamentos glandulares justapostos são encontrados e, no estroma fibroso ou mixóide, há um leve infiltrado predominantemente linfocitário. As formações glandulares são compostas por uma única camada de células cubóides ou colunares, com citoplasma bem definido e eosinofílico, sendo os nucléolos ovais e hiper cromáticos (cromatina densa), podendo, ocasionalmente, algumas delas serem observadas. Pleomorfismo nuclear e permeação neural não são indicativos de malignidade. Necrose, figuras de mitose, associadas ou não a pleomorfismo, bem como invasão e destruição de estruturas adjacentes não devem estar

presentes. Os padrões de crescimento dos tumores são variáveis: em glândulas agrupadas, em folhas sólidas ou em pequenos cistos com papilas intracísticas (6). Em 1976, Hyams & Michaels (7) publicaram um estudo de 20 casos de neoplasias adenomatosas primárias de orelha média. Em todos os casos, o tumor era clinicamente benigno e o padrão era definitivamente adenomatoso. Em algumas partes do tumor, não foi evidenciada nenhuma arquitetura histológica específica. Jahrsdoerfer et al. (8) relataram quatro casos de adenoma da orelha média, um dos quais apresentou paralisia facial, possivelmente devido a infarto do nervo por compressão tumoral local. Nesses casos, não foram visualizadas figuras de mitoses nos adenomas, sugerindo lesão benigna. Benecke et al. revisaram 13 casos de tumores adenomatosos da orelha média e definiram dois padrões histológicos. Os tumores adenomatosos que assumiram um padrão papilífero, oposto ao mais comum (adenomatoso) apresentaram um comportamento biológico mais agressivo, com invasão óssea e extensão intracraniana (9).

As NAOM devem ser diferenciadas de outras lesões da orelha média, como meningiomas (imunonegativos para citoqueratinas), carcinomas adenóides císticos, colesteomas e tumores papilíferos de saco endolímfático, os últimos apresentando comportamento agressivo.

Os paragangliomas apresentam um padrão de crescimento diverso, com o componente vascular proeminente e seu aspecto característico (*Zellballen*). A presença de componente glandular e o achado de queratina na imunoistoquímica excluem o diagnóstico de paraganglioma. Os ceruminomas apresentam formações glandulares com duas camadas de células. Os coristomas têm sido considerados como tecido glandular salivar ectópico na fenda auditiva, tendo sua existência sido relacionada com adenoma pleomórfico de orelha média (2,10).

O tratamento do adenoma primário de orelha média e mastóide é a excisão cirúrgica e o acompanhamento a longo prazo do paciente. A maioria das lesões é passível de ressecção por abordagem transcanal ou retroauricular. O prognóstico dessa patologia é bom, raramente havendo recorrência, não sendo encontrado na literatura nenhum caso de desfecho fatal (6).

## REFERÊNCIAS

1. Batsakis JG. Adenomatous tumors of the middle ear. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989;98:749-52.
2. Li JC, Brackmann DE, William WM, Carberry JN, House JW. Reclassification of aggressive adenomatous mastoid neoplasms as endolymphatic sac tumors. *Laryngoscope* 1993;103:1342-8.
3. Paraskevovou HP, Lazaris AC, Kandiloros DC, Papadimitriou K, Adamopoulos G, Davaris PS. Middle ear adenomatous tumor with a predominant neuroendocrine component. *Pathology* 1999;31:284-7.
4. Pollak A, Spycher M, Böhmer A, Fish U. Are papillary adenomas endolymphatic sac tumors? *Am J Otol Rhinol Laryngol* 1995;104:613-9.
5. McNutt MA, Bolen JW. Adenomatous tumor of the middle ear: an ultrastructural and immunocytochemical study. *AJCP* 1985;84(4):541-7.
6. Woods RH, Moses B, Lumpkin S, Pearlman S. Middle ear adenoma: Report of two cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;108:754-9.
7. Hyams VJ, Michaels L. Benign adenomatous neoplasm (adenoma of the middle ear). *Clin Otolaryngol* 1976;1:17-26.
8. Jahrsdoerfer RA, Fechner RE, Moon CN Jr, Selman JW, Powell JB 2d. Adenoma of the middle ear. *Laryngoscope* 1983;93:1041-4.
9. Benecke JE Jr, Noel FL, Carberry JN, House JW, Patterson M. Adenomatous tumors of the middle ear and mastoid. *Am J Otol* 1990;11:20-26.
10. Peters BR, Maddox III E, Batsakis JG. Pleomorphic adenoma of the middle ear and mastoid with posterior fossa extension. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;114:676-8.