

Coloboma auris infectado: relato de caso

Infected coloboma auris: a case report

Coloboma auris infectado: reporte de un caso

RESUMO

O Coloboma auris é uma malformação congênita que se apresenta como orifício na margem anterior do membro ascendente da hélice da orelha. Pode se apresentar unilateralmente ou bilateralmente. Normalmente é assintomático, mas quando sintomático necessitam de tratamento. Objetivou-se descrever o caso do paciente portador dessa condição bilateralmente, apresentando um seio infectado. Após a terapia cirúrgica e antibioticoterapia, observou-se a regressão do quadro infeccioso. O paciente foi acompanhado em intervalos de 30 dias, 6 meses e 12 meses e verificou a regressão do quadro infeccioso. Embora seja rara, a infecção do sinus pré-auricular foi facilmente tratada com técnica simples de incisão e drenagem associada a antibioticoterapia adequada. **Palavras-chave:** Celulite; Abscesso; Face.

ABSTRACT

Coloboma auris is a congenital malformation that presents as a hole in the anterior margin of the ascending limb of the helix of the ear. It can appear unilaterally or bilaterally. It is usually asymptomatic, but when symptomatic it requires treatment. The aim was to describe the case of a patient with this condition bilaterally, presenting with an infected sinus. After surgery and antibiotic therapy, the infectious condition regressed. The patient was followed up at intervals of 30 days, 6 months and 12 months and the infection regressed. Although rare, infection of the preauricular sinus was easily treated with a simple incision and drainage technique combined with appropriate antibiotic therapy. **Keywords:** Cellulitis; Abscess; Face.

RESUMEN

El coloboma auris es una malformación congénita que se presenta como un orificio en el margen anterior de la extremidad ascendente del hélix de la oreja. Puede aparecer de forma unilateral o bilateral. Suele ser asintomática, pero cuando es sintomática requiere tratamiento. El objetivo fue describir el caso de un paciente con esta afección bilateral, que se presentó con un seno infectado. Tras cirugía y antibioterapia, el cuadro infeccioso remitió. Se realizó un seguimiento del paciente a intervalos de 30 días, 6 meses y 12 meses, y la infección remitió. Aunque poco frecuente, la infección del seno preauricular se trató fácilmente con una técnica sencilla de incisión y drenaje combinada con una terapia antibiótica adecuada. **Palabras clave:** Celulitis; Absceso; Rostro.

Ronaldo Gabriel Martiniano da Silva

ORCID: 0000-0001-9248-9277

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, Brasil
E-mail: ronaldo.rgms77@gmail.com

Fernanda Maria Matos Aragão de Souza

ORCID: 0000-0002-4217-8013

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, Brasil
E-mail: aragaofernanda22@gmail.com

Bruno Coelho Mendes

ORCID: 0000-0001-7896-8909

Professor Adjunto de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Universidade Federal Do Piauí, Brasil. E-mail: bruno.mendes@ufpi.edu.br

Anderson Maikon de Souza Santos

ORCID: 0000-0001-9371-9417

Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Universidade Federal de Campina Grande, Brasil. E-mail: andersonmaikon@hotmail.com

Marcos Antônio Farias de Paiva

ORCID: 0009-0000-6790-1805

Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Universidade Federal da Paraíba - UEPB
marcos.paiva@academico.ufpb.br

INTRODUÇÃO

O seio pré-auricular (PAS) ou coloboma auris é uma malformação congênita do ouvido caracteriza-se tipicamente por uma pequena abertura em forma de poço ou seios, adjacentes à orelha externa na margem anterior do ascendente membro da hélice, que pode levar profundamente a um cisto revestido com epitélio. Essa anormalidade congênita resulta de fusão imprópria do primeiro e segundo o arco branquial (Hillocks of His) durante a sexta semana de gestação⁷.

Poucos são os estudos de bases populacionais que relatam a ocorrência dessa malformação. No estudo de casos realizado por Pauline & Nabil 1981⁸, observou-se uma maior prevalência de seios pré-auriculares unilateralmente. De maneira geral, o PAS bilateral é mais provável ser hereditário do que PAS unilateral, que é mais comumente espontâneo e não hereditário.

A prevalência do PAS varia de 0,1% a 10% entre os países e suas raças, com maior incidência relatada na Ásia (1-6%) e nas regiões africanas (4-10%) do que nas populações ocidentais (0,1-0,9%)⁴. Classicamente, está localizado na margem anterior do ramo ascendente da hélice, no entanto, existem tipos variantes de PAS, incluindo as regiões superiores à orelha, superfície posterior da concha, lóbulo e até mesmo na área pós-auricular¹.

O seio pré-auricular geralmente é assintomático. Quando assim se apresenta, não requer nenhum tratamento. Nos casos sintomáticos, pode-se verificar a presença de dor, edema, eritema e a ocorrência de abscessos. Normalmente, a contaminação da região pode ocorrer por espécies de estafilococos e menos comumente por espécies de estreptococos². O objetivo do presente estudo foi relatar a ocorrência do seio pré-auricular bilateral infectado e o manejo do paciente.

RELATO DE CASO

Paciente, 31 anos, sexo masculino, ASA I, de cor parda, compareceu ao Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Buriti, João Pessoa, Paraíba, Brasil, sendo encaminhado à equipe de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial apresentando como queixa principal a presença de infecção da região auricular. O mesmo relatou que o processo infeccioso teve início há sete dias e que apresentou discreta melhora ao uso de antibiótico (Cefalexina 500mg de 6 em 6 horas). Ao exame físico, foi observada a presença de abscesso em região pré-auricular esquerda, com envolvimento do pavilhão auricular, tendo sinais inflamatórios associados,

sintomatologia dolorosa e limitação da abertura bucal, porém sem hipoacusia (Figura 1).



Figura 1 - Abscesso pré auricular esquerdo.

Foi descartada infecção de ouvido e trauma local prévio, bem como doenças sistêmicas e alergias. Na região contralateral, foi notada a presença de um Coloboma auris. A partir desse último fato, foi realizada uma investigação familiar que evidenciou a característica hereditária desta má formação, estando distribuída de maneira uni ou bilateral, dentre os familiares. A hipótese diagnóstica para o referido paciente foi Coloboma auris infectado. O tratamento de escolha foi a realização da drenagem cirúrgica, sob anestesia geral a fim de proporcionar melhor exploração da área afetada e maior conforto para o paciente, seguida de instalação o dreno Penrose, nº1, mobilizado no primeiro dia após a cirurgia e retirado dois dias após a drenagem (Figura 2 e 3).



Figura 2 - Incisão e drenagem associada a posição de dreno de penrose nº 1.



Figura 3 - Aspecto clínico após remoção de dreno de penrose nº 1.

A antibioticoterapia foi feita com Ciprofloxacino 500mg, em intervalos de 12 em 12 horas, por via endovenosa por 07 dias consecutivos, e analgésico para controle da dor. Após a realização do procedimento cirúrgico, o paciente evoluiu satisfatoriamente, com melhora da abertura bucal e regressão da infecção. Foi realizado acompanhamento pós-operatório em 30 dias e 12 meses (Figuras 4 [A e B] respectivamente).

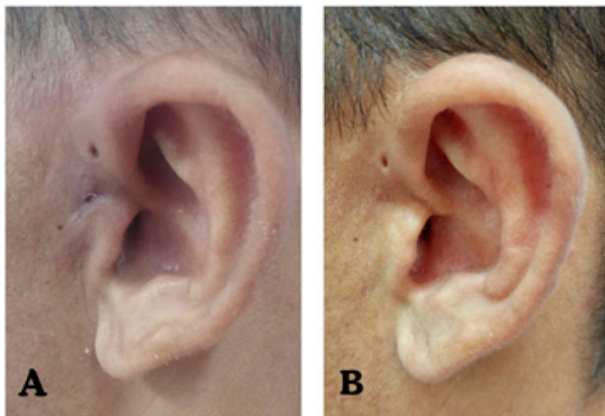


Figura 4 - A e B - Acompanhamento pós operatório de 30 dias e 12 meses respectivamente.

Atualmente o paciente segue, sem queixas, não tendo desenvolvido novos processos infecciosos e o mesmo optou por não realizar o procedimento cirúrgico para correção da variação anatômica.

DISCUSSÃO

A presença de seios pré auriculares podem ocorrer de forma isolada ou associada a síndromes.

Segundo Rana et al. 2005⁹ a presença de fossetas pré auriculares, perda auditiva, malformações do pavilhão auricular e displasias renais fazem parte das principais características clínicas da síndrome branquio-oto-renal. A apresentação de seios pré-auriculares e ausência de envolvimento em demais estruturas auditivas do presente caso caracteriza-se um acometimento isolado e não sindrômico.

De acordo com Lawrence et al. 1990³ as fendas do primeiro arco branquial foram classificadas em dois tipos com base em características anatômicas e histológicas. O tipo I caracteriza-se predominantemente por lesões horizontais, apresentando uma massa cística ou sinusal sendo puramente de origem ectodérmica. Já o tipo II caracteriza-se por lesões verticais como seio, cisto ou fístula, ou qualquer combinação de origem ectodérmica e mesodérmica, que pode acometer pele, estruturas anexas ou cartilagem. No caso clínico descrito no presente estudo

Na maioria dos seios pré-auriculares, conforme Ng et al. 2011⁶, o saco está localizado anterior ao conduto auditivo externo e raramente posterior a ele. Este tipo raro de seio pré-auricular com saco posterior foi previamente descrito como um “tipo variante” de seio pré-auricular (seio pós-auricular) em comparação com o “tipo clássico” que tem seu saco anterior.

Apenas 2–3% destas anomalias têm apresentação bilateral, sendo aparentemente mais elevada em casos familiares⁵. O padrão de herança das fístulas pré-auriculares mostra-se autossômico dominante incompleto, com penetração reduzida e poder de expressão variável, como ocorreu no nosso caso, onde havia história familiar da doença.

O seio pré-auricular geralmente permanece assintomático sendo encontrado durante o exame da orelha como achado incidental. Quando permanece assintomático não requer tratamento. Uma vez infectado, a excisão do trato sinusal associada à excisão do trato sinusal torna-se necessária².

Yeo et al. 2006¹⁰ estudaram fatores que contribuem para a recorrência após cirurgia entre 191 pacientes com infecções do trato sinusal pré-auricular na Coreia do Sul. Dos 34 pacientes que tiveram os seios pré-auriculares drenados por abscesso, 5 (14,7%) tiveram recorrência. Sendo considerada baixa a taxa de recidiva, após acompanhamento de 3, 6 e 12 meses do paciente posteriormente drenagem, observa-se compatibilidade acerca dos dados literários correspondentes a recidiva.

CONCLUSÃO

A presença de sinus pré-auricular é rara e a sua infecção é incomum, todavia o tratamento da infecção não apresentou grandes desafios, sendo a incisão, drenagem e antibioticoterapia uma modalidade terapêutica de sucesso.

REFERÊNCIAS

1. Choi SJ, Choung YH, Park K, et al. The variant type of preauricular sinus: postauricular sinus. *Laryngoscope*. 2007;117(10):1798-802.
2. Kumari R. et al. Fistular opening below the intertragrit notch: a rare variant of pre-auricular sinus. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016 Sep;10(9):1-2.
3. Lawrence MD, et al. Surgical treatment of pre-auricular sinus/cysts. *Paediatr. Otolaryngol*. 2002;13: 44-47.
4. Lee KY, et al. The prevalence of preauricular sinus and associated factors in a nationwide population-based survey of South Korea. *Otol Neurotol*. 2014;35(10):1835-1838.
5. Matev B, et al. Preauricular Sinus: A Tale of Forgetful Rediscovery. *Cureus*. 2020 Jun;12(6):e8885.
6. Ng WSJ, et al. Preauricular sinus: An uncommon presentation. *Malaysian Family Physician*. 2011;6(1):32-3.
7. Nofsinger YC, et al. Periauricular cysts and sinuses. *Laryngoscope*. 1997;107(7):883-887.
8. Pauline JE, Nabil YS. Congenital pré-auricular sinus. A study of 31 cases seen over a ten year period. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 1981; 3:205-212.
9. Rana I. et al. Non-inherited manifestation of bilateral branchial fistulae, bilateral preauricular sinuses and bilateral hearing loss: a variant of branchio-oto-renal syndrome. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*. 2005;57(1): 52-54.
10. Yeo SW, et al. The preauricular sinus: factors contributing to recurrence after surgery. *Am J Otolaryngol*. 2006;27(6):396-400.