

## **Síndrome de Trotter - Relato de Caso**

### **Trotter Syndrome - Case Report**

DOI:10.34119/bjhrv4n5-264

Recebimento dos originais: 05/09/2021

Aceitação para publicação: 13/10/2021

**Ana Izabel Frota**

**Natalia Fagundes Machado**

**Vivian Schmaltz**

**Deborah Antunes de Menezes**

**Amanda Ramos Caixeta**

**Isabella de Brito Alem Silva**

**Ana Luísa de Souza**

**Guilherme Victor dos Santos**

**Guilherme Victor dos Santos**

**Gustavo Gebrim Catarina Ribeiro**

**Gustavo Henrique Mendes Ribeiro Maia**

**Heitor Costa Batista**

**Vitoria Torrano Carvalho Pereira**

#### **RESUMO**

**Introdução:** Este artigo tem como objetivo relatar o caso de um paciente portador da Síndrome de Trotter que iniciou com um quadro de hipoacusia, plenitude e zumbido. **Quadro apresentado a partir de um tumor nasofaríngeo.** **Apresentação do caso:** Paciente JLL, de 62 anos de idade, sexo masculino, natural e procedente de Goiânia, Goiás, iniciou quadro de hipoacusia, plenitude e zumbido. Foi solicitado tomografia de seios face e de ouvido que evidenciaram sinais de síndrome de Trotter. **Discussão:** A síndrome apresenta inicialmente neuralgia sugestiva de quadro dentário o que, portanto, leva o portador a procurar primeiro o odontologista e posteriormente o profissional médico. **Conduta que resulta em diagnóstico tardio e conseqüentemente em mau prognóstico.** **Conclusão:** o

caso relatado reforça a raridade da síndrome, seu comportamento peculiar e a importância de sua familiarização pelo examinador possibilitando o diagnóstico precoce.

**Palavras-chave:** síndrome, carcinoma, raro, precoce, diagnóstico

## ABSTRACT

**Introduction:** This article has the purpose to report a case on which a patient carrier of Trotter's Syndrome initiated with symptoms like hypoacusis, fullness and tinnitus. **Clinical condition** initiated from the development of a nasopharyngeal carcinoma. **Discussion:** This syndrome initially presents itself as a neuralgia compatible with tooth pain which motivates the patient to visit the dentist primarily to the doctor. This leads to late diagnosis and consequently to bad prognosis. **Conclusion:** the case reported emphasizes how rare the syndrome is, it's peculiar behavior and the importance of it's familiarization to make early diagnosis possible.

**Keywords:** syndrome, carcinoma, rare, early, diagnosis

## 1 INTRODUÇÃO

No ano de 1911, Dr Wilfred Trotter identificou o raro carcinoma nasofaríngeo responsável por quadro clínico peculiar que caracterizaria a chamada Síndrome de Trotter. Por meio da apurada avaliação clínica, identificando sinais e sintomas em apenas 14 pacientes, o cientista diagnosticou o carcinoma em estágios ainda iniciais. Foi percebido que o tumor tende a se desenvolver próximo a abertura da trompa de Eustáquio causando hipoacusia. Mais tardiamente acometeria estruturas como o músculo levantador do palato e o ramo ipsilateral mandibular do nervo trigeminal. Isso resultaria em defeito na mobilidade do palato mole, algia intensa em ouvido, têmpora, mandíbula e língua. Por serem estruturas intimamente ligadas umas às outras, Trotter declarou que o quadro poderia se desenvolver a partir de uma lesão do tamanho de uma noz.

O carcinoma de nasofaringe (NPC) apresenta um dos piores prognósticos dentre os tumores malignos de cabeça e pescoço. Nota-se uma proximidade da nasofaringe com a base do crânio e uma dificuldade em realizar o exame físico da região. Quando o carcinoma de nasofaringe é encontrado em estágio avançado é evidenciado a Síndrome de Trotter, caracterizada por: nevralgia do nervo trigêmeo, surdez e assimetria do véu palatino. Na maioria das vezes se manifesta por um carcinoma epidermóide que são classificados como resultantes de alterações da embriogênese.

Os tumores epidermóides constituem 0,5% a 1,8% de todos os tumores cerebrais. A incidência é mais alta no Japão, alcançando 2,2%. há predileção pelo sexo masculino (2:1) e o início dos sintomas são usualmente entre a terceira e a quarta década de vida.

Apenas 20% dos tumores ocorrem em jovens menores de 30 anos de idade. O tumor também é associado a fatores ambientais como: nitrosaminas, produtos têxteis, refinados de petróleo, pigmentos de cromo, exposição à fumaça industrial, gás hidrocarbônico e fuligem.

A Síndrome de Trotter é comumente causada por Neoplasias da Nasofaringe, principalmente quando o tumor está em estágio mais avançado (OLIVIER et al., 1966). A síndrome de Trotter consiste em uma tríade relacionada a hipoacusia, paralisia velopalatina e neuralgia no território do ramo mandibular do trigêmeo (HASSEL et al., 1977).

Os primeiros sintomas costumam ser leves como dores de cabeça do lado acometido. Conforme progride, há surdez por bloqueio de tuba auditiva, com zumbido e otalgia. Com o acometimento do músculo pterigóide, surge assimetria em palato mole levando a dificuldade para abertura da boca, e dor nevrálgica em mandíbula, língua e têmpora (REITER et al., 2006).

O diagnóstico da Síndrome de Trotter é dificultada pela história vaga e longa de dor nevrálgica. O diagnóstico clínico deve ser complementado com exames de imagem, como a Tomografia Computadorizada de base de crânio e nasofaringe, Ressonância Nuclear Magnética, Rinoscopia Posterior e Nasofibroscopia Endoscópica (KOMATSU et al., 2003).

A Cirurgia é a opção de tratamento nos pacientes portadores desse tumor. A abordagem varia de acordo principalmente com o grau de aderência a vasos e nervos. Quando do tipo leve, o que corresponde a minoria dos casos, é possível fazer a exérese completa do tumor. O procedimento se torna muito arriscado, porém, em caso de aderências firmes não sendo indicada a sua remoção total.

## **2 APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente J JL, de 62 anos de idade, sexo masculino, natural e procedente de Goiânia, Goiás, iniciou quadro de hipoacusia, plenitude e zumbido. Foi solicitado tomografia de seios face e de ouvido que evidenciaram sinais de síndrome de Trotter.

## **3 DISCUSSÃO**

A Síndrome de Trotter possui difícil identificação uma vez que o paciente devido aos sintomas de neuralgia por exemplo, recorre primeiramente ao profissional odontológico, o que leva conseqüentemente a atraso no diagnóstico precoce.

Um estudo de caso feito no Hospital Charity, evidenciou 36 casos de carcinoma da nasofaringe.

De 1950 a 1962 em que 30% dos pacientes foram diagnosticados com a Síndrome de Trotter durante o com a Síndrome de Trotter durante o curso da doença. Deste grupo analisado, todos os pacientes anteriormente foram consultados por um dentista e tiveram alguns ou todos os dentes removidos na tentativa de remediar a Neuralgia causada pelo tumor. A síndrome de Trotter possui difícil identificação uma vez que o paciente devido aos sintomas da tríade recorre primeiramente ao profissional odontológico, o que leva consequentemente a atraso no diagnóstico precoce.

Antes da descoberta da tomografia computadorizada (TC), a duração dos sintomas era de décadas, mas, na atualidade, a média de duração dos sintomas está entre três e quatro anos.

Do ponto de vista anatomopatológico, os tumores resultantes na síndrome de trotter consistem em células epiteliais descamadas dispostas concêntricas, que se originam de uma cápsula de epitélio escamoso estratificado. Esta cápsula apresenta um aspecto liso, com pequenas nodulações e cor braco-acinzentada. Esses tumores aumentam em tamanho pelo acúmulo gradual de células em crescimento.

A tendência desses tumores em se propagar ao longo dos planos extra-axiais fazem com que os sinais e sintomas surjam gradualmente e, geralmente, sejam pouco evidentes.

Nos Estados Unidos a incidência anual de carcinoma nasofaríngeo gira em torno de 0.2 a 0.5 por 100000 habitantes. A incidência mais alta do carcinoma é de 24,3 por 100000 habitantes no sul da China. Também pode ser identificado, com incidência intermediária, no sudeste da Ásia, norte da África e partes do Oriente Médio. O carcinoma pode ocorrer em qualquer idade, mas a incidência aumenta com o envelhecimento na maioria das populações de baixo risco. Em populações de alto risco, porém, tem picos entre 15 e 25 anos.

A razão de incidência entre homens e mulheres é de 2:1 ou 3:1 na maioria das regiões do mundo. A patogenia do tumor não é completamente conhecida e é considerada multifatorial. Os aspectos genéticos, o vírus Epstein-Baar e a dieta são os fatores de risco mais importantes (REITER et.,al). Cumpre salientar que pelo fato de o carcinoma resultar em uma síndrome rara, de quadro clínico inicial sutil ou muitas vezes imperceptível, o seu diagnóstico se torna muito difícil.

Tumores da nasofaringe costumam apresentar poucos sintomas no início (GIOVANETTI et al., 1996). Segundo Turgman et al. (1977, p. 785), 90% dos diagnósticos são feitos dentro de um ano do surgimento dos sintomas e dentro da sintomatologia mais comum, a tríade de Trotter costuma aparecer em menos de 20 % dos casos.

O diagnóstico é facilitado pela anamnese minuciosa, endoscopia e biópsia de tecidos associados com estudos de imagem (ALMEIDA et al, 1992; PINTO et al, 1978). Para realizar o estadiamento da doença a Tomografia Computadorizada torna-se necessária, facilitando o planejamento do tratamento radioterápico (TURGMAN et al, 1977). A Ressonância Nuclear Magnética é comumente usada quando há suspeitas de invasão intracraniana e vasos (PINTO et al, 1978).

Tumores intraparenquimatosos ou intraventriculares principalmente apresentam aderência leve a vasos e nervos o que possibilita a sua exérese completa. São, porém, a minoria dos casos. Mais comumente, os tumores se encontram firmemente aderidos e portanto não se recomenda a retirada total. Segundo SOUZA et al., 1999, a cápsula é a parte ativa do tumor , após a remoção do conteúdo do cisto deve ser tentada uma cuidadosa remoção de sua porção aderente. As porções viáveis da cápsula que permanecem irão, provavelmente, crescer, mas em uma velocidade tão lenta que não promoverá sintomas durante a vida do paciente.

#### **4 CONCLUSÃO**

Por se tratar de uma doença rara e apresentar sinais e sintomas sutis, muitas vezes imperceptíveis pelo examinador, seu diagnóstico precoce é muito difícil. É preciso, portanto, que haja uma familiarização com o quadro clínico da Síndrome de Trotter, principalmente em se tratando dos seus estágios iniciais. São eles: sintomas auditivos persistentes como hipoacusia, plenitude e zumbido; assimetria do palato mole; dores somáticas intensas com efeitos excitatórios centrais. De posse desses conhecimentos juntamente com uma avaliação minuciosa é possível abordar o paciente com maior efetividade. Isso resultaria, portanto, em melhor prognóstico e maior sucesso no tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Bauer, F.: Trotter's Syndrome, a Cause of Atypical Facial Pain, Brit. D. J. 93: 212, 1952.
2. SOUZA, Heider Lopes. Tumor epidermóide intracraniano: relato de dois casos e revisão da literatura. Jornal brasileiro de neurocirurgia. Natal, RN, 1999. Disponível em <https://jbnc.emnuvens.com.br/jbnc/article/view/323/273>.
3. KOMATSU, Clarissa Lumi. Neoplasias de nasofaringe. 2003. Disponível em [https://forl.org.br/Content/pdf/seminarios/seminario\\_21.pdf](https://forl.org.br/Content/pdf/seminarios/seminario_21.pdf).
4. ROBERT, M.OlivierD.D.S. Trotter's syndrome: Report of a case. 1962. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0030422062901688>.
5. 1. Trotter, W. : On Certain Clinically Obscure Malignant Tumors of the Naso-Pharyngeal Wall,
6. Hr. hlr. J. 2: 1057, 1911.
7. HASSEL, H J Van. Trotters Syndrome. Seattle. Volume 44, number 1. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0030422077902535>.
8. ALMEIDA, ER; BUTUGAN, O; LING, SY; REZENDE, VA; MINITI, A. Tumores malignos de nasofaringe. (Epidemiologia, tipo histológico e tratamento.). Ver. Bras. Otorrinolaringologia, 58: 88-95, 1992.
9. GIOVANETTI, RA; BITTENCOURT, S; LAZZARINI CL; CHAN YT; NETO SC; BUTUGAN O. Apresentação de um Caso de Linfóepitelioma Diagnosticado Durante a Gravidez. Tumores Malignos de Nasofaringe: Revisão da Literatura. Ver. Bras. Otorrinolaringologia, 62: 514-520, 1996.
10. KOMATSU, C. L.; Artigo: Neoplasia de nasofaringe, São Paulo, 2003.
11. OLIVIER RM. Trotter's syndrome. Report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1962 May;15:527-30.
12. PINTO, J. A.; RODRIGUES FARIA, C. A.; LAMÔNICA NETO, D.; SCHEMY, L. A. B.; SALLUM, R. A. - Linfóepitelioma de Rinofaringe. Rev. Bras. Otorrinolaringologia, 44: 160-166, 1978.
13. REITER S, Gavish A, WINOCUR E, EMODI-PERLMAN A, ELI I. Nasopharyngeal carcinoma mimicking a temporomandibular disorder: a case report. J Orofac Pain. 2006 Winter;20(1):74-81. Erratum in: J Orofac Pain. 2006 Spring;20(2):106. Winocur, Ephraim [added]. PMID: 16483023.
14. TURGMAN J, MODAN B, SHILON M, RAPPAPORT Y, SHANON E. Nasopharyngeal cancer in a total population: selected clinical and epidemiological aspects. Br J Cancer. 1977 Dec;36(6):783-6.
15. VAN HASSEL HJ, TOPPING JW. Trotter's syndrome. A review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1977 Jul;44(1):125-7.