



# 12º COBRAPEM

Congresso Brasileiro Pediátrico  
de Endocrinologia e Metabologia

31 de maio a 03 de junho de 2017

Rio de Janeiro . RJ

## Trabalhos Científicos

**Título:** Persistência De Fístula Do Seio Piriforme

**Autores:** PRISCILLA MAIA MECHOULAM PEÇANHA; CATARINA DE OLIVEIRA SOUZA; FRANCINE MAGALHÃES NOVAES; PRYSCILLA FERREIRA SANTOS; VANESSA DA SILVA SCHRAGO MENDES; GLEIZEANE MIRANDA DE OLIVEIRA ; RENATA SZUNDY BERARDO; CLARICE BORSCHIVER DE MEDEIROS; LIA AGUIAR CORDEIRO

**Resumo:** Introdução: Tireoidite supurativa aguda ou infecção da região cervical é raramente associada à fístula do seio piriforme, a qual surge na hipofaringe, penetra no músculo cricóide e termina adjacente à porção dorsolateral no lobo esquerdo da tireoide. Esta fístula apresenta uma maior incidência de infecção no lado esquerdo e usualmente se manifesta na primeira década de vida. Caso: ACMP, 19 anos, sexo feminino. A paciente apresentou com 11 anos o primeiro quadro de tireoidite supurativa aguda, com presença de abscesso em lobo esquerdo diagnosticada com ultrassonografia de região cervical e complementada com tomografia contrastada. Realizado tratamento com antibioticoterapia oral sem resolução completa. Devido à persistência do quadro foi submetida à lobectomia do mesmo lado em julho de 2009. Em maio de 2015 apresentou infecção da região cervical resolvida com antimicrobiano intramuscular. Recorreu em janeiro de 2016 com o mesmo quadro, porém desta vez foi necessária internação para administração de amoxicilina com clavulanato intravenoso com boa resposta. Foi realizada investigação com tomografia computadorizada com contraste e nasofibrolaringoscopia, evidenciando fístula do seio piriforme à esquerda, com indicação de intervenção cirúrgica. Comentários: A presença de fístula do seio piriforme deve ser suspeitada quando houver formação de abscesso intratireoidiano à esquerda. Na presença de clínica sugestiva deve-se investigar com radiografia contrastada com bário, tomografia computadorizada com contraste e nasofibrolaringoscopia. O tratamento sugerido é excisão cirúrgica ou cauterização química endoscópica.