

## *Generalidades*

## *Dúvidas Mais Frequentes na Otorrinopediatria. Um Verdadeiro “Passeio” pela Especialidade*

*Tania Sih*

1) Dra. Tânia, qual é o divisor de águas, entre a Otorrino e a Pediatria?

**Dra. Tânia:** O divisor de águas é 1) do ponto de vista conceitual, da formação, - até onde a treinamento específico do especialista alcançou - acrescido 2) do ponto de vista prático, por exemplo, da iluminação mais singela que o Pediatra atinge. Utilizando o exemplo da iluminação - iluminação muito precária, não consegue dar uma boa visualização para um diagnóstico mais correto - acho que daí para a frente, entra o Otorrino. Justamente à partir disto é que a fibra óptica e a iluminação adequada com o uso do foco frontal, (o fotóforo) nos permite visualizar mais profundamente, dentro da cavidade nasal, dentro da própria orofaringe. Com relação ao exame da orelha e manipulação da mesma, com o uso de uma iluminação adequada, o otorrino pode limpar o conduto auditivo externo, removendo cerúmen para permitir uma visualização mais adequada da membrana do tímpano. Utilizando a remoção de cerúmen da orelha externa é um bom exemplo: este procedimento deverá ser feito somente pelo Otorrino, pois além do mesmo ter um treinamento específico e adequado de como se conduzir nesta situação, ele dispõe de luz, pinças, habilidade, etc. Eu acho que o divisor é fundamentalmente a formação do médico (treinamento especializado) e do ponto de vista prático, por exemplo, a visualização. Reforço portanto, que a visualização permitida pela iluminação adequada, pelos instrumentais específicos, mais a habilidade que o especialista, no caso o Otorrino, dispõe, faz com que o mesmo possa conduzir diagnósticos e abordagens com maior precisão.

2) Quais são as principais patologias do ouvido (melhor falando, orelha de acordo com a nova nomenclatura anatômica)?

**Dra. Tânia:** Com relação às orelhas, na faixa pediátrica temos as otites externas que são as infecções prevalentes, na época do verão e conhecidas como a otite do nadador ou as otites das piscinas. Elas ocorrem, quando o microambiente do canal auditivo, está propício, mais alcalino. O correto, é o nosso conduto auditivo externo estar mais acidificado. Quanto mais ácido o conduto auditivo externo, menos bactérias patogênicas irão se instalar para provocar a infecção, edema e o exudato nessa região, característicos da otite externa. Portanto, a otite externa é uma doença onde um pH inadequado condiciona a instauração de microorganismos inadequados. Existe um erro popular, no qual a administração de um certo tipo de gotas auxiliariam muito no tratamento da otite externa. Devemos prestar atenção neste detalhe, pois gotas mais acidificadas, preparações específicas de ouvido (gotas óticas), com um pH mais ácido poderiam, de forma mais adequada, tratar crianças com infecções ou quadros alérgicos da orelha externa.

Com relação às otites médias, em geral, como nas sinusites, são as doenças decorrentes de complicações de resfriados e secreção acumulada a partir de uma IVAS, com acúmulo de secreção nasal. Poderemos ter complicações de resfriados

que, através da tuba auditiva, fazem o preenchimento de coleção líquida atrás da membrana do tímpano. Decorrem então os sintomas, com maior ou menor intensidade, que têm de serem tratados, em virtude de potenciais meningites ou mastoidites. Pessoalmente acho um erro muito grande estar frente a uma criança com otite média aguda (OMA) e não dar antibiótico tentando seguir o “modelo holandês” (onde para uma OMA, não se dá antibiótico logo de início). Não devemos esquecer que na Holanda, onde tem um sistema de saúde muito bom, a criança é monitorizada, praticamente intra-útero, até 12 anos de idade. A criança dá um espirro hoje pela manhã, e à tarde, já está no pediatra. A mãe tem o transporte público pago. O absentismo no trabalho é compensado pois o salário dela continua sendo pago da mesma forma, e a mãe não é nem questionada pelo emprego, porque levou a criança ao médico. Enfim, essas benesses sociais, com realidades distintas das nossas, trazem a possibilidade de um médico constatar que um processo no início pode ser viral, e depois mais tarde ter uma contaminação secundária bacteriana e vir necessitar de antibiótico. Mas em geral, como a criança tem essa possibilidade do seguimento, do follow-up adequado faz com que a Holanda seja uma ilha virtual de orientações que são específicas para aquele país e que nós não podemos adaptar como modelo, para os países em desenvolvimento, como o nosso. O resto que circunda essa ilha é um oceano. E nós pertencemos a este oceano. Portanto, quando tivermos uma criança com OMA, temos que dar antibiótico para essa criança. Ainda mais que não existe a certeza dessa criança poder retornar à consulta de seguimento. Como é a situação da mãe, em termos de recursos financeiros e de trabalho, para poder retornar ao consultório do médico? Ela poderá deixar de trabalhar aquele dia? Por essas e outras é que, a criança com o diagnóstico de OMA, fora da Holanda, acaba necessitando de uma medicação antibiótica, por um prazo que é geralmente ao redor de 10 dias, podendo, em certos casos, dependendo da idade, reduzir o número de dias de administração.

3) Nós percebemos, como Pediatras, uma dificuldade muito grande, das otites e até das otalgias, em crianças menores de um ano. Tem algum segredo para isto? Para descobrir, para identificar, se aquele choro da criança (às vezes, a única manifestação é o choro) se é uma otite? Ou se é uma outra coisa?

**Dra. Tânia:** Primeiro existe uma “dica” muito simples que damos, para as mães que são inexperientes, que é com relação à alimentação. Se a criança aceita bem sólidos e não quer tomar líquidos provavelmente, é a orelha que está acometida. Se o contrário acontece, a criança aceita líquidos e recusa sólidos, é porque a garganta (orofaringe) está comprometida. Claro que tem situações em que a criança diminui a aceitação tanto de líquido quanto de sólidos. Aí provavelmente tudo, do pescoço para cima (orofaringe, orelha) está acometido. Portanto, a suspeita começa já com a diminuição de certos tipos de alimentos.

Segundo, com relação aos agentes etiológicos em casos da faixa etária. Otites médias em criança pequena, na vigência de um quadro de IVAS (não na seqüência da mesma) têm uma grande chance que, abaixo dos 3 meses de idade, esta otite seja viral e não bacteriana. Eu sei que é difícil fazer o diagnóstico de uma otite viral, mas existe uma doença (patologia) que caracteriza-se por uma otalgia importante que é a miringite bolhosa. Quando nós médicos estamos dormindo de noite, toca o telefone e uma mãe angustiada diz “Meu filho está urrando, berrando, com dor de ouvido, eu não sei o que fazer” provavelmente esta criança está com

uma bolha no tímpano, que é o termo vulgarmente conhecido para o termo médico da miringite bolhosa. E nós temos de explicar à mãe que a criança provavelmente está com uma bolha no tímpano decorrente de um quadro respiratório. Devemos sempre perguntar: “Seu filho não estava resfriado até poucos dias atrás, com coriza, um pouco de tosse, uma febrícula?” “Estava” responde a mãe. “Então provavelmente é uma complicação viral que provocou essa bôlha que é extremamente dolorosa. A melhor maneira de você, mamãe, aliviar a dor de ouvido num quadro agudo numa situação dessa é com analgésico via oral e calor local. Traga seu filho para amanhã eu examinar se é bolha ou não”. Depois, à otoscopia, fazemos o diagnóstico diferencial entre um quadro viral (miringite bolhosa) e bacteriano (OMA) com abaulamento da membrana timpânica. Inclusive, só um lembrete, é um erro os médicos recomendarem gotas a base de anestésicos tópicos com xilocaína ou lidocaína para anestesiar a bolha, ou o canal auditivo externo, pois com o uso prolongado, esse tipo de fármaco com veículo muito oleoso poderia até condicionar o aparecimento de uma otomicose. Portanto, não usem fármacos, que se usa em formas de gotas, para tratar dor de ouvido. Dor de ouvido, no caso de uma miringite bolhosa, numa otite média aguda viral, se trata com analgésico via oral, calor local. Sendo uma otite média aguda, com um abaulamento purulento da membrana timpânica você acrescenta um antibiótico. O antibiótico para infecção bacteriana da orelha média é por 10 a 14 dias.

4) Às vezes, nós lemos e observamos, uma relação entre patologia da orelha e alergia alimentar. Qual é a sua experiência ou sua opinião sobre isto?

**Dra. Tânia:** Eu não sou daquelas que acredita em alergia alimentar, ou seja, alergia ao leite, dando otite de repetição. Eu acho que no nosso país, existe um “*over*”, um superpensamento com relação a isto. “Seu filho é alérgico a leite de vaca, está tendo muita otite, então vamos suspender o leite de vaca”. Pessoalmente, em 30 anos de profissão, posso dizer que conto nos dedos das mãos, as crianças que realmente se caracterizaram por um quadro de alergia ao leite de vaca e otite recorrente (como causa-efeito). Em um grande contingente delas, nós acabamos, até, por uma certa forma, por pressão do pediatra, a fazer uma dieta de exclusão como um teste terapêutico. Eu, de rotina, salvo exceções, nem mando fazer IgE específico ou o RAST para o leite, porque é um exame muito caro. Muitas vezes, está longe do poder aquisitivo da família, ou o convênio não cobre. Então eu digo, em tom coloquial, à mãe: “Mãe, seu filho está apresentando repetidas otites. Conversei com o Pediatra, e ele achou muito interessante suspendemos o leite temporariamente, e eu concordo: vamos fazer um teste de três meses, no máximo. Vamos tirar tudo de leite de vaca: danoninhos, yogurtes, bolos, bolachas. Substitua por leite de soja. Nem sequer o leite de cabra que teoricamente, seria menos imunogênico, pois ele ainda tem as proteínas animais. Portanto, é substituir totalmente a proteína animal contida no leite e derivados, pela proteína vegetal. E faça a experiência por três meses”. Se ainda, a despeito desta substituição, a criança continua tendo as otites, é porque realmente não era por aí, a explicação. Não era alergia alimentar condicionada às otites recorrentes. Seriam outras variáveis envolvidas nesta história. Pessoalmente, acho que nós devemos ter um pouco de critério e de cuidado ao rotular uma criança como alérgica ao leite de vaca, e relacionar esta alergia às suas otites. Encontrei na vida prática, muito poucas crianças que tiveram a confirmação deste diagnóstico.

5) Com relação às amigdalites. A partir de que idade a criança começa a ter as amigdalites bacterianas? E até que idade pode rotular teoricamente que é uma amigdalite viral ?

**Dra. Tânia:** A etiologia da maioria das amigdalites (pela nova nomenclatura – tonsilite) na faixa pediátrica, varia de acordo com a faixa etária. A grande incidência de tonsilite viral é abaixo de 2 anos de idade. A esmagadora maioria das tonsilites, nesta faixa etária, são virais. Entre 2 e 10 anos de idade, nessa faixa etária, a tonsilite bacteriana poderia, como ocorre em alguns centros já analisados no Brasil, chegar até a 25% dos casos, causados pelo antigo estreptococo beta-hemolítico (mais conhecido atual e internacionalmente como *Streptococcus pyogenes* do Grupo A - GAS, também causador da febre reumática). Essas 25% das tonsilites agudas bacterianas ocorrem e então necessitariam de penicilina benzatina (1 dose) ou derivados (amoxicilina, por 8-10 dias) na faixa de 2 a 10 anos de idade. Acima de 10 anos de idade, quando ocorre a probabilidade de uma tonsilite ser de etiologia bacteriana é causada geralmente pelo “*Mycoplasma like infection*”, que são as infecções causadas pelo *Mycoplasma pneumoniae*, que persistem nas crianças e que às vezes são responsáveis por aqueles quadros meio “flu” de tosse crônica numa criança que começou com dor de garganta e que permaneceu com este quadro. Aí neste caso de tonsilite específica, suspeita de *Mycoplasma*, em crianças acima de 10 anos de idade, você poderia pensar em antibiótico do gênero macrolídeo (por 10-14 dias).

6) Como é que a Sra. visualiza uma tonsilite na diferenciação de viral e bacteriana? Como é que olhando diretamente na tonsila, o que pode ser visto? Qual é a diferença?

**Dra. Tânia:** Escuta bem uma coisa, Deus consegue ver este diagnóstico. Nós não conseguimos. Não tem outra maneira de nós sabermos se é viral ou bacteriana, a não ser pelo teste ouro - que é a cultura da tonsila (cujo resultado tarda pelo menos 48 horas). Também podemos comprovar a positividade ou não para o GAS, através do teste rápido imunogênico - que é feito no consultório com o kit para o *Streptococcus* do Grupo A. Existe comercialmente um kit, (o *quick Strep A test*, comercializado pela Quidel Corp. - [www.quidel.com](http://www.quidel.com)), onde você coleta através do swab, da faringe/tonsila, a região onde está o exudato fibrinoso. Mistura com um antígeno específico e em fração de segundos você tem o resultado – se aglutina ou não. Se aglutina, é positivo para o GAS. Portanto, este é um teste rápido (fração de segundos) que dá um alto grau de sensibilidade e de confiabilidade e que podemos fazer em consultório/ambulatorio. Entretanto, o padrão ouro ainda é a cultura. O aspecto macroscópico (a olho nú do examinador) de uma tonsilite viral, muitas vezes se superpõe com o de uma tonsilite bacteriana. Poderemos, com um conjunto clínico de sinais PENSAR que uma tonsilite bacteriana esteja sendo causada pelo GAS, quando existe um infartamento ganglionar cervical, doloroso, junto com um exudato pulento ou fibrinoso, cobrindo as criptas tonsilares, febres (com toda certeza, > de 38,5° C); a criança começa muitas vezes com epigastralgia, diminuição do apetite para sólidos (aceita bem líquidos). Quando uma infecção como essa é acompanhada de hiperemia ou irritação da conjuntiva ocular, quando a criança teve história de coriza aquosa, tosse, quando apresentou pródromos, que caracterizam mais uma infecção viral, com toda chance, esta criança está com

uma infecção faringo-conjuntival-viral, e não bacteriana, que requeira um antibiótico. Mas realmente, não existe macroscopicamente chance, ou mesmo certeza de estarmos com segurança (a não ser pela cultura ou pelo teste-rápido) da diferenciação, entre tonsilite bacteriana e viral. Uma outra situação que também confunde um pouco a nós médicos, na qual temos uma grande chance de erro no diagnóstico, é na tonsilite causada pela mononucleose infecciosa. Até recentemente vimos na literatura um artigo interessante, comentando que os maiores índices de erros médicos num diagnóstico etiológico de tonsilite aguda, foi nos casos (principalmente no início de uma mononucleose infecciosa), onde nós mesmos, deixamos de fazer o diagnóstico, pensando que era uma tonsilite bacteriana. Isto porque o quadro clínico dos sinais e sintomas é tão exuberantes e a criança ainda não apresentou aquele infartamento ganglionar (pescoço proconsular) característico; a criança ainda não tem fígado nem baço importantes à palpação. Acreditamos estar, nestas situações, face à um quadro bacteriano, e no fim, a criança não responde ao antimicrobiano. Isto aconteceu inúmeras vezes conosco – só mais tarde se configurou a mononucleose infecciosa. Portanto, penso que esses são os quadros em que nós nos limitamos bastante, porque às vezes deixamos de pensar na doença, ou mesmo às vezes até pensamos na patologia, mas como a manifestação ao exame clínico dos sinais é limítrofe, não se consegue fazer o diagnóstico de forma apropriada. Há de se lembrar que muitas vezes a soropositividade específica para este agente viral causador da mononucleose, demora duas a três semanas. Então, estes são os quadros em que nós erramos com maior frequência, e muitas vezes erramos feio. Quando a criança não só não responde ao antimicrobiano, como ainda começa a piorar rapidamente na nossa frente, nós não conseguimos fechar o diagnóstico e aí...” - Ah, era mononucleose infecciosa!”.

7) Tem alguma idade específica para a mononucleose incidir mais?

**Dra. Tânia:** Em geral é justamente naquela faixa etária de adolescente ou pré adolescente, idade onde ocorre bastante o *Mycoplasma* - acima de 10 anos de idade.

8) Em relação as faringites? Qual é a incidência viral bacteriana? A partir de que idade tem mais, até porque a criança não consegue reclamar.

**Dra. Tânia:** Eu sempre digo que: “O Otorrino tem 3 pedras no sapato ou seja 3 ossos atravessados na garganta que tem dificuldade para controlar”: 1 - é a faringite crônica, 2 - é a rinite alérgica e 3 - é o zumbido do adulto. São três patologias, que nós médicos vamos em congressos, lemos trabalhos médicos, assistimos simpósios, e para os quais não têm ainda um tratamento específico para a resolução completa dessas patologias.

Com relação à faringite aguda, a resposta é a mesma que para a tonsilite aguda. Não existe uma tonsilite aguda, que não seja uma faringo/ tonsilite aguda, uma vez que o tecido faríngeo está contíguo e têm os mesmos grânulos linfáticos que compõem o Anel Linfático de Waldeyer. Portanto, é muito difícil uma criança estar só com tonsilite. Em geral ela está com uma faringo/ tonsilite associada. Mas nos casos de pacientes já maiores, sem as tonsilas, ou com as tonsilas atrofiadas, você vê aquela exuberância, sempre com a garganta irritada, a faringe com

hiperemia importante, você deverá pensar que esta criança deve ter um distúrbio locoregional que esteja mantendo esses quadros. Nestas situações é que o pH da faringe é importante. Porque as bactérias patogênicas se multiplicam, quando o pH está muito ácido nessa região. Quem sofre de faringite crônica deveria ser aconselhado a sempre estar com a garganta mais alcalina e menos ácida (evitar sucos ácidos ou cítricos). Recomendamos colutórios ou gargarejos, com meio copo de água morna: ½ colherinha das de café de bicarbonato de sódio e uma pitada generosa (de cozinheira) de sal de cozinha. Fazer este gargarejo, 3 vezes ao dia; inclusive o dentífrico na escova de dente, tem que ser um dentífrico com menos mentol e menos gardol (que dão aquele hálito refrescante na boca) mas que poderiam estar acidificando bastante esta região: recentemente foi lançado no Brasil um dentífrico com bicarbonato de sódio. Também tenho recomendado bastante para os pacientes que têm aftas recorrentes, que tem faringites crônicas e patologias bucais correlatas. Chamo isto investir na qualidade de vida do meu paciente: não só medicar, mas orientar, PREVENIR. Outra situação que temos de pensar nas nas faringites crônicas, que esquecemos com frequência, mas que é um fator importante, (onde os sintomas não são só de dor, mas também podem se acompanhar de tosse, engasgos, regurgitações) é nos casos de refluxo gastro esofágico (RGE). Em casos de faringite crônica temos sempre de lembrar da possibilidade de a causa ser provocada pelo refluxo. E aí, nestes casos eu, em geral (claro que para toda regra existem exceções), nem peço a pH metria (teste-ouro para o diagnóstico de RGE), pois é um teste bem mais caro, difícil e trabalhoso de ser feito. Nesta suspeita, acabo fazendo o teste terapêutico, com mudança da posição da cabeceira da cama da criança. Oriento a mãe para elevar a cabeceira da cama ou berço da criança, uns 30 graus em relação ao plano horizontal, e recomendo as mães nunca deitarem as crianças sem pelo menos 2 hs de intervalo, depois da última ingesta alimentar. E mesmo assim deitar com a posição mais supina, em decúbito dorsal, ou lateral. Nestas situações posturais, o escoamento, do conteúdo do estômago através do esfíncter esofágico fica mais eficaz, o esvaziamento gástrico fica melhor. Portanto, faço o teste terapêutico para refluxo, com orientações relativas à postura; em geral nem dou as drogas específicas para o RGE, como a cimetidina, porque são medicamentos e às vezes podem ter algum efeito colateral. Prefiro, atuar no sentido da orientação da postura com relação ao refluxo.

9) Como a Sra. conduz as crianças que têm um diagnóstico de febre reumática?

**Dra. Tânia:** A criança que tem o diagnóstico selado de febre reumática, eu sempre abordo junto com o Pediatra. E orientamos que a criança terá de tomar penicilina benzatina a cada 21 dias. Se ela tem a orofaringe que de vez em quando está predispondo à uma tonsilite recorrente, irei propor tirar a tonsila desta criança, fazer a tonsilectomia. Portanto, eu acho que é importante ter este binômio Pediatra-Otorrino bem integrado. Existem cepas de *Streptococcus pyogenes* do Grupo A (GAS) que são mais orientadas para a orofaringe com potenciais seqüelas para a pele, febre reumática ou glomerulonefrite, fazendo cardite reumática ou glomerulonefrite. É difícil saber de uma forma mais simples, às vezes só por estudos microbiológicos específicos, quais as cepas que estariam alvejando a parte cutânea, ou a parte cardíaca/ reumática ou a região renal. Mas de qualquer maneira eu acho que a profilaxia com a penicilina benzatina se impõe.



10) Por que as adenóides aumentam de volume e fazem a obstrução?

**Dra. Tânia:** A adenóide, ela pode estar aumentada de volume por dois motivos: Primeiro por adenoidite recorrente, que é o mesmo quadro de uma tonsilite recorrente. A criança que tem tonsilite recorrente, ela não tem a tonsilite recorrente isoladamente, ou melhor dizendo, a faringo/ tonsilite recorrente. Ela tem uma adenoidite recorrente também, junto com a faringo/ tonsilite recorrente. Sendo estes estímulos de infecções muito recorrentes, muito repetitivos, não deixam chance de haver uma recuperação e de “murchar” o tamanho da adenóide, e aí a criança começa a aumentar cada vez mais este órgão linfóide, em função da recorrência das adenoidites. Quando a adenóide cresce muito e fica repleta dessa secreção mais crônica, acaba “pingando” muito desta secreção para as vias respiratórias. A criança que tem adenoidite muitas vezes tem um diagnóstico, que se superpõe (um over lap) com o diagnóstico de uma sinusite, porque a criança acaba tossindo muito à noite. Tem respiração bucal ;entretanto ela em geral não tem a febre que acompanha uma sinusite aguda. Ela não tem aquela secreção importante pela frente do nariz (rinorréia anterior). Mas ela começa a ter o “pinga-pinga” da descarga posterior da secreção para as vias respiratórias. E também a criança tem aquela hipotomia característica do relaxamento da musculatura da bochecha (bucinadores) e da musculatura peri-oral, provocado pela respiração bucal de suplência. A criança só respira pela boca. A criança tem outros comorbidios: pode ter concomitante otite e sinusite recorrente, asma/bronquite. No final, nós acabamos tendo que indicar adenoidectomia em função da postura respiratória, em função dessas adenoidites recorrentes e em função desses “ pinga-pinga” para a árvore respiratória baixa, que é a mais nobre e cujas patologias se revestem de alto grau de morbidade e até letalidade, quando são por exemplo comparadas com as vias aéreas superiores. Sempre digo, em tom coloquial, que os órgãos que estão lá em cima têm de proteger o que tem de nobre mais abaixo, o pulmão: as vias aéreas superiores são importantes para filtrar, aquecer e umidificar o ar inspirado, são importantes na homeostase imunológica, formando uma barreira, a primeira linha de defesa contra as infecções virais/bacterianas. São os soldados que deveriam proteger a casa nobre.

11) A Sra. faz uma relação entre idade mínima para tirar a adenóide ou a tonsila ou depende de cada quadro clínico ou não tem idade mínima?

**Dra. Tânia:** Em geral nós dizemos que não existe uma faixa etária. Eu já fiz adenoidectomia numa criança de sete meses, com otite recorrente, cinco quilos, que já tinha recebido todos os antibióticos fabricados no mercado brasileiro e não evoluiu bem; depois que realizei a adenoidectomia com a colocação de tubo de ventilação com sete meses de idade, a criança frutificou, cresceu, ficou sã. Mas esse é o ponto extremo da curva de Gauss. O grande contingente de crianças com adenóide de indicação cirúrgica é nas crianças a partir de dois anos de idade. Nós sabemos que quanto menor a criança maior a chance da recidiva da adenóide, mesmo após uma adenoidectomia muito bem feita. Portanto, eu sempre digo em tom coloquial às mães: “Prefiro observar o máximo que puder, para não tirar a adenóide do seu filho antes de dois anos de idade; seria interessante e prudente tomarmos uma decisão mais tarde, para não ter que fazer a adenoidectomia e haver a recidiva da adenóide”. Essa recidiva pode ocorrer mesmo quando a



adenoidectomia tiver sido realizada por mãos de um profissional experiente e muito bom. Porque ela pode recidivar (não é freqüente, mas recidiva), e recidiva quanto mais precoce é realizada a cirurgia. Portanto, por uma questão de bom senso e de prudência, o grande contingente de crianças que com relação à idade irão se submeter à adenoidectomia, a maioria, dentro da curva de Gauss, é após os dois anos de idade. Também devemos nos lembrar de não perder muito tempo e provocar alterações bucais, de palato, respiratórias, provocadas pela respiração bucal de suplência. Estas alterações palatais/dentárias podem ser difíceis de serem revertidas, especialmente quando a morfologia e desenvolvimento do terço médio facial já estiver completa. Aí entra a multidisciplinaridade (além do otorrino, a fonoterapeuta e o ortodontista). Portanto, sempre uso o bom senso e comento: “Mãe, vamos observar mais um pouco, seu filho já passou de dois anos de idade, daqui pra frente vamos ver como é que fica a respiração, o ronco, o babar à noite no travesseiro, apnéia noturna, infecções recorrentes como otite/ sinusite, aquele pinga-pinga constante para a árvore respiratória”. Então, quando não conseguir mais contornar esta situação, acabo indicando a cirurgia.

12) Agora quero entrar em um assunto, talvez polêmico. Se nós pegarmos uma curva de Gauss, a grande maioria das crianças não tem quase infecção. Algumas têm algumas infecções. E se deva colocar ali, vamos supor 2% ou 5% destas crianças apresentam essas infecções recorrentes. Sejam de tonsila, de orelha externa ou média, das cavidades paranasais. A Sra. não acha que estas crianças deveriam ser separadas das outras e tentado uma investigação para saber se as mesmas não tem algum “defeito de fabricação” tipo alergia alimentar, alergia de ambiente, refluxo gastro-esofágico ou deficiência imunológica e não ficar constantemente dando antibióticos. Este grupo de crianças deveriam ser separadas e investigadas?

**Dra. Tânia:** Sem dúvida alguma. É justamente aquilo que comentamos. A grande maioria das crianças responde bem a abordagem medicamentosa, você insiste na higiene ambiental, orienta quanto a importância da promoção de uma boa limpeza nasal, de alimentação adequada e as crianças evoluem lindamente. Agora, nas extremidades da curva de Gauss, quando você vê as crianças ou portadoras de vírus HIV ou com alteração imunológica ou com discinesia ciliar ou com fibrose cística, crianças com atopia importante, crianças que freqüentam creches ou berçários, enfim, crianças que fazem parte de um grupo ou população que indica a recorrência de doenças respiratórias, essas crianças têm obrigação de ter o concurso do infectologista para ver se a criança possui alguma resistência a algum microorganismo, do concurso do imunologista, do pneumologista. São crianças abordadas nas áreas da multi disciplinaridades, onde com o concurso desses outros colegas especialistas tenta-se estabelecer com precisão o diagnóstico, o que de base estaria condicionando essas crianças a se comportarem de forma diferente da maioria.

13) Sinusite é uma doença muito controversa, nós vemos, que a cada congresso o enfoque dela muda com relação à idade do raio-X, depois não se pede mais raio-X. Sinusite e raio-X: o que é real e o que é fantasia?

**Dra. Tânia:** Rx simples: dizemos hoje em dia, que ele não é necessário para fazer um diagnóstico de sinusite. Inclusive nós lançamos um trabalho, uma separata falando da Epidemia Radiológica da Sinusite. Existe um “over” diagnóstico

de sinusite, mesmo porque, quando a criança está chorando, as cavidades paranasais (pela nova nomenclatura anatômica não se fala mais em seios da face) podem se encher de líquido e simular uma sinusite. E em geral quando a criança vai fazer uma radiografia, acaba chorando e nem por isso você irá afirmar: “Está chorando? O que é na realidade, choro ou sinusite?” Portanto, minha opinião é contrária ao raio-x simples: acredito que o diagnóstico de sinusite é clínico e não radiológico. Com relação a pedidos para diagnóstico através de raios de imagem para sinusite, em geral só peço a tomografia computadorizada, e esta, em duas situações específicas: primeiro em caso de suspeita de complicação de sinusite, onde a criança apresenta, por exemplo, a celulite peri-orbitária. Não devemos esquecer que sinusite na infância é sinônimo de sinusite da cavidade paranasal maxilar e etmoidal anterior, dificilmente você terá na criança uma sinusite etmoidal posterior ou esfenoidal, muito menos frontal. Você pede uma tomografia computadorizada para verificar a extensão dessa complicação. Isto até definir: “Vou dar uma medicação mais agressiva parenteral sempre numa complicação ou não?”. E a segunda e última indicação de tomografia computadorizada em casos de sinusite é no caso de uma recorrência, da cronicidade de uma sinusite, onde a despeito de um ótimo tratamento, de uma ótima abordagem medicamentosa e farmacológica que você fez para essa criança, ela continua apresentando sinusite recorrente. Você desconfia ou suspeita que essa criança deve estar com alguma alteração anatômica ao nível do complexo ostiomeatal (COM) que é uma região, com o orifício de drenagem das cavidades paranasais anteriores para a fossa nasal, que o Otorrino enxerga muito bem no exame da nasofibrosopia. Este COM pode estar mais estreito, mais estenosado, mais edemaciado e com dificuldade da drenagem da secreção. Esta fica retida dentro da cavidade paranasal, favorecendo, dentro da cavidade paranasal, um verdadeiro empiema. Então na tomografia computadorizada pode aparecer alteração anatômica predisponente à sinusite crônica, como uma concha bolhosa volumosa, uma célula de Haller gigante e uma bulla etmoidal proeminente, determinando obstrução e sinusite crônica. Portanto, você só pede tomografia computadorizada quando suspeita de uma alteração anatômica que acompanha a criança desde o nascimento ou no caso de uma complicação da sinusite. Não se usa a ressonância magnética para a avaliação de sinusites e nem de otites. Ressonância é mais específica para tecidos moles e não para osso.

14) Quando um paciente às vezes vem para a Sra., ou quando tem um RX de cavidades paranasais com aquele cisto de retenção líquida, qual é sua conduta?

**Dra. Tânia:** Se você pegar um exemplo: eu moro em São Paulo. Em São Paulo há uma média de 14 a 20% de pacientes com alergia das vias aéreas. Alérgicos ambientais. Ao raio-X de inúmeros destes pacientes aparece um cisto de retenção. Se você fosse indicar cirurgia em todos os cistos que aparecem no consultório, não teria mãos a medir! Eu sempre digo para os pais: o cisto ou pólipos de retenção significa uma bolsa cheia de água. Seu filho é alérgico, ele pode ter estes cistos e conviver muito bem com estes cistos. Quando eventualmente começa a dar uma tradução clínica com sintomas exacerbada, com cefaléia ou plenitude facial importante, com recorrência das infecções (pois o cisto está obstruindo o complexo ostiomeatal - COM), aí tudo bem, até que justificaria uma retirada, uma remoção desse cisto. Entretanto você conta nos dedos: de 100 cistos que aparecem, uma porcentagem insignificante é cirúrgica. O resto é acompanhamento. Você

deverá dizer para esta mãe: “Seu filho vai viver muito bem com este cisto, pode até morrer com este cisto, mas não vai morrer deste cisto”. E você não faz a remoção do mesmo, porque o cisto significa alergia e você não está tratando a doença de base e sim sua consequência. Nós conhecemos pacientes que retiraram cirurgicamente o cisto/pólipo de retenção e houve recorrência inúmeras vezes. Para mim, sinônimo de cisto é acompanhamento clínico, excepcionalmente cirúrgico.

15) Qual é o tratamento correto de uma sinusite aguda?

**Dra. Tânia:** Primeiro promover uma higiene nasal adequada, lavar o nariz com água morna sal e um pouquinho de bicarbonato (Solução conhecida como Solução de Parsons), quando então você mantém o nariz absolutamente limpo. Após o nariz limpo, se estiver obstruído, pode ser indicado um vaso constritor tópico diluído meio a meio, com soro fisiológico do tipo, oximetazolina (nunca usar nafazolina em criança, pois existem relatos de graves e potenciais efeitos colaterais) porém máximo por três a cinco dias, (não ultrapassar este prazo para não ter o fenômeno rebote da rinite medicamentosa) junto com um antibiótico via oral, do tipo beta- lactâmico (amoxicilina e cefalosporinas), preferentemente amoxicilina na dose habitual, por um prazo que varia de 10-14 dias. Não esquecer do analgésico/antitérmico como sintomático, caso necessário. Isso no caso de uma sinusite aguda, simples, que veio como decorrência de uma complicação de um quadro de IVAS. A maioria das sinusites e das otites é decorrente de uma IVAS. Portanto higiene nasal, sintomático (analgésico/antitérmico se houver necessidade), vasoconstritor tópico (se necessário) e um antibiótico do tipo beta-lactâmico (preferência para a amoxicilina).

16) Como é que a Sra. faz uma suspeita diagnóstica de sinusite alérgica?

**Dra. Tânia:** A rinossinusopatia alérgica é aquela rinossinusopatia que é mais persistente, mais duradoura e, em geral, é mais exuberante nas estações prevalentes de alergia respiratória, que é no outono e na primavera. Portanto, ela é mais sazonal. Com exceção da atopia perene, que é o ano todo. Tenho pacientes que vêm ao consultório duas vezes por ano, com religiosidade, no outono e na primavera. Isso porque eles pioram muito da sintomatologia nasal, o nariz começa a coçar bastante, tem crises de espirros matinais com maior frequência, a criança começa a tossir à noite, tem rinorréia, a princípio hialina, depois “patriótica” (verde-amarela). A criança pequena não tem cefaléia ou não expressa verbalmente a mesma, mas a criança maior já pode vir a se queixar. Chega do colégio cansada e comenta: “Mamãe, eu estou cansada, a cabeça está pesada, quando eu piso forte com o pé no chão, já reflete na cabeça”. Muitas vezes estas são as queixas clínicas. Dificilmente terei uma rinossinusite alérgica no verão (só não é válido para as rinossinusopatias decorrentes das piscinas, decorrente da alergia ao cloro) mesmo porque, no verão, a criança acaba passando muito bem, e não é uma estação prevalente de doenças alérgicas, nem de respiratórias. E, no inverno, são mais prevalentes as doenças virais respiratórias, com algum potencial para contaminação bacteriana. Portanto, a estação do ano, temos que lembrar, a época que a criança vem à consulta, outono ou primavera, pode ser mais uma tradução etiológica de alergia.

17) Como é que a Sra. conduz, essa alergia, que tipo de medicação a Sra. faz?

**Dra. Tânia:** Bom, para casos de rinite alérgica, nós sempre recomendamos a higiene ambiental, que é primordial; a remoção de carpetes, cortinas, estantes de livros, brinquedos de pêlo, animais de estimação com pêlo; recomendo aquilo que eu chamo de “quarto de monge budista”. Topicamente, recomendo limpar bem (lavar) o nariz. Lavar o nariz com a solução de Parsons, com 250 ml de água fervida (ou mineral) com uma colherinha das de café (cheia, mas rasa) de sal, e uma colherinha das de café (cheia, mas rasa) de bicarbonato de sódio. Guardar bem, em recipiente limpo e estéril, tampado. Antes do uso sempre amornar a solução. Lavar 3 vezes ao dia o nariz com uma seringa de 20 ml para cada narina. Essa solução só dura uma semana, depois tem que preparar uma nova. Se a criança tiver o componente da rinite alérgica mais exuberante para uma produção de muco em grande quantidade, criança com rinorréia, acabo orientando para o cromoglicato de sódio, a 4%, não a 2%, ou ao brometo de ipratrópio que é um anticolinérgico. Esses fármacos, indico quando o componente da rinite é mais hipersecretor. Quando o componente da rinite é mais obstrutivo, a partir de 2 anos de idade, uso o corticóide tópico em spray nasal, apresentação aquosa e não alcoólica. Utilizo essa medicação por “pulsos” ou períodos de tratamento, que variam de 1-3 meses. Não tenho o hábito de usar um corticóide tópico por um prazo maior do que 1-3 meses, de uma forma contínua: faço por períodos ou “pulsos”. De preferência nas estações polínicas mais prevalentes, outono e primavera (quando a obstrução está muito acentuada). Dependendo da intensidade do quadro alérgico, na fase aguda posso ou não utilizar um anti histamínico via oral do tipo loratadina, ou cetirizina ou fexofenadina. Nas intercrises mantenho o atópico com cetotifeno, por um prazo de uns três meses, ou se apresenta a rinite alérgica junto com a asma brônquica utilizo o anti-leucotrieno montelukast. Assim mantenho essas crianças com um basal mais baixo de atopias; o cromoglicato de sódio a 4% mantenho por pelo menos 3 meses, quando indicado. Em geral no verão não dou nada de medicação, pois é a época do ano que a criança passa melhor.

18) Quais são as causas de obstrução nasal na criança?

**Dra. Tânia:** Dentre as causas mais importantes de obstrução nasal na infância sem dúvida nenhuma temos a hipertrofia de adenóide, a hipertrofia do corneto, essa última, quer seja por causa vasomotora, quer seja por causa alérgica. Estas levam à respiração bucal. Essas são as causas mais prevalentes, digamos, nosso “feijão com arroz” do dia-a-dia. E também, muitas vezes, a hipertrofia das adenóides acompanha-se de hipertrofia da tonsila palatina que pode levar a criança a apresentar um quadro de respiração bucal de suplência mais exuberante, inclusive com crises importantes de apnéia obstrutiva do sono. Muitas vezes acompanha-se de voz de “batata quente”. É aquela criança que também prefere alimentos pastosos e líquidos e que coloca um pedaço de carne na boca, mastiga, mastiga, extrai o suco da carne e cospe fora o pedaço. Leva um tempo enorme para fazer toda e qualquer refeição. Tem, em geral, um déficit alimentar que resulta em déficit ponderal. É a criança que não ganha peso, tem a caixa torácica pequena, corre e se cansa facilmente. Então nestes casos de criança com hipertrofia tonsilar/adenóide a abordagem requer um acompanhamento com o Otorrino e, em geral acaba no binômio cirúrgico - A&T (adenotonsilectomia), ou na

adenoidectomia isolada.

19) Quando indicar raio-X de perfil de cavum na criança com obstrução nasal?

**Dra. Tânia :** Posso dizer à você que hoje em dia o raio-X de cavum (rinofaringe) não é mais tão valorizado na criança. Porque? Porque ao raio-X de cavum, ou perfil de rinofaringe, nos dá um momento estático na respiração da criança. Entretanto, outro método mais moderno, menos invasivo, sem os transtornos da radiação do raio-X, que deverá ser realizado somente pelo Otorrino, é a nasofibrosopia que demonstra muito bem a adenóide dinamicamente, à inspiração e à expiração. Temos por exemplo, a possibilidade de uma adenóide pequena ao raio-X, que ao exame da nasofibrosopia, na inspiração, ela toca na cauda do corneto e oclui completamente a coana. Neste caso, demonstra a superioridade da fibrosopia, em relação ao raio-X simples de cavum. Tudo que posso fazer visualizando in loco é preferível, me dá mais segurança. É um método mais fidedigno, menos invasivo, quando comparado ao raio-X. Por isso, pessoalmente não peço mais o raio-X de cavum. Temos de lembrar que as adenoidites são frequentes nas crianças, as quais acabaram de sair de um resfriado, ou de um quadro gripal. Estas crianças vão apresentar uma hipertrofia de adenóide transitória, e este não é o melhor momento de avaliar o tamanho e o grau de obstrução causados por uma adenóide. Portanto, é importante pensar que a fibrosopia ou o raio-X (para quem não dispõe de Otorrino por perto), não deve ser solicitado na fase aguda de uma adenoidite. Esta avaliação é bom que seja solicitada, quando a sintomatologia obstrutiva permanece, mas distante do quadro de IVAS, para não ter margem de erro. Principalmente se você está considerando a possibilidade cirúrgica.

20) Quando indicar adenoidectomia para criança? Foi explicado que a razão desta pergunta é a existência de uma demanda muito excessiva no serviço de otorrinolaringologia para cirurgia de adenóide em várias regiões do Brasil, e não se vê uma perspectiva de resolução cirúrgica, capacidade de absorção desses casos, gerando uma série de problemas. Em Florianópolis, por exemplo, especula-se que tenham mais de 1000 crianças na fila de espera.

**Dra. Tânia:** A adenoidectomia ou a cirurgia de adenóide, junto com ou sem a colocação de tubos de ventilação é/são as cirurgias realizadas em maior número em crianças nos EUA. Antigamente era a tonsilectomia a cirurgia mais comum na faixa pediátrica. Quando é que indicamos a adenoidectomia numa criança? Primeiro crianças com otite recorrente ou sinusite recorrente que caracteriza-se pela repetitividade dos quadros. Com relação à adenóide, independente do tamanho, ela funciona como um espelho microbiológico da orelha média; ela é a fonte dos patógenos bacterianos potenciais que, através da tuba auditiva, alcançam a orelha média. Portanto, na otite média recorrente, praticamente sem intervalo entre as crises, quando esgotei meu arsenal antimicrobiano, estaria indicada a adenoidectomia com a colocação de tubo de ventilação. Na sinusite recorrente, você já abordou a criança medicamentosamente falando, não é tanto por problema microbiológico, não é um problema alérgico, já foi afastado uma alteração do complexo osteomeatal (COM), neste caso também estaria indicada a adenoidectomia. Isso vai de encontro com aquela linha de pensamento, na qual a

criança, quando começa a ter secreção nasal, a mesma vai em direção à orofaringe, pela força de gravidade, tendendo a ir para baixo, ser deglutida ou eliminada, mas não consegue pois encontra a adenóide hipertrofiada. Nesta situação, a secreção volta retrogradamente em direção à fossa nasal e acaba preenchendo a cavidade paranasal maxilar/etmoidal. Portanto, nestes casos de otite recorrente e sinusite recorrente, a adenoidectomia poderia ser considerada. Nos casos de alergia temos de ter um pouco de cuidado na indicação de uma adenoidectomia. Mesmo porque, crianças com rinite alérgica também terão uma adenóide exuberante. E então temos de explicar à mãe, antes de tudo, a anatomia da região, onde a criança tem o nariz anterior e o nariz posterior (de preferência mostramos sempre um diagrama ou desenho para a melhor compreensão). Quando estiver indicada a remoção da adenóide na criança alérgica, será corrigida e restaurada a fisiologia respiratória posterior. Mas respiração bucal continuará, caso a rinite alérgica (nariz anterior), não for convenientemente abordado antes/depois da cirurgia. Portanto, no caso de crianças com rinite alérgica mais adenóide hipertrófica, se for indicada a adenoidectomia, concomitante tem de ser ministrado o tratamento específico para o corneto hipertrófico, se ele assim estiver, com corticóide tópico. Também indicamos a adenoidectomia nos casos de crianças que tenham a adenóide muito exuberante, levando à uma respiração bucal de suplência, e que possa, depois de uma certa idade, causar palato ogival, e a criança apresentar transtornos morfo-funcionais do terço médio facial já instaurados, levando à uma indicação do uso de aparelhos ortodônticos, pelo fato da criança estar usando muito a boca para a respiração bucal de suplência. Estes são casos que podemos indicar com precisão e dizer: esta criança precisa de uma adenoidectomia.

21) Quando indicar tratamento cirúrgico para hipertrofia de corneto e desvio de septo na criança?

**Dra. Tânia:** A septoplastia para desvio de septo. A correção da parte cartilaginosa, está indicada quando houver um GRANDE desvio, sem um limite cronológico de idade. É claro que quanto mais tarde melhor. Mas realmente estará indicada em um desvio mesmo, “prá valer”, que você percebe até ao exame externo. Conto nos dedos da mão o número absolutamente reduzido de crianças que tive de indicar septoplastia, em 30 anos de prática médica. Agora, a hipertrofia de corneto, nós abordamos primeiro, de forma medicamentosa. Os corticóides tópicos nasais vieram também para isso. Também são indicados para “desentupir” nariz de criança. Desobstruir nariz de criança, não na fase aguda de um quadro infeccioso. Aí é diferente. Mas por exemplo, uma criança que tem uma hipertrofia crônica, que sempre está respirando pela boca, e tem um corneto hipertrófico, corticóides tópicos têm que ser receitados em “pulsos” conforme comentamos anteriormente, em especial na criança alérgica, mais no outono/primavera para tentar “murchar” este corneto, como diria em tom coloquial. Com relação à turbinectomia, que é a cirurgia que eventualmente se preconizaria para crescimento exagerado do corneto nasal, comungo com a idéia da cautela na indicação da turbinectomia em crianças. Nos países considerados “adiantados” ou desenvolvidos, por exemplo na Inglaterra e nos Estados Unidos, você não escuta de forma alguma falar em turbinectomia como tratamento de hipertrofia de corneto em crianças. Tratamento cirúrgico não. Nós sabemos que no nosso meio essas cirurgias são realizadas, mas acredito que é necessária cautela para não “over” indicar esta cirurgia da



turbinectomia. O que se vê, muitas vezes, é uma hipertrofia da cauda do corneto. A criança faz uma adenoidectomia para adenóide hipertrófica; a criança sai da cirurgia e continua respirando pela boca. Porque a cauda do corneto ainda continua grande. Hoje em dia, com o advento da fibra óptica já se constata ao exame, que a cauda do corneto seria um fator coadjuvante a mais, então não adianta realmente você só fazer a adenoidectomia. Você até poderia pensar em remover uma fatia mínima da cauda do corneto, que ajudaria bastante na ventilação dessa fossa nasal. Mas são casos muito específicos que você colocaria na curva de Gauss na extremidade; você conta nos dedos da mão aquelas crianças que realmente necessitam de uma abordagem cirúrgica do corneto nasal. Acho mais prudente antes de indicar a turbinectomia da cauda do corneto insistir no corticóide tópico nasal, para “murchar” este corneto. Esta seria, na minha opinião, uma abordagem mais “soft”, menos “hard”.

22) Recém-nascido e lactente com dificuldade respiratória nasal. Causas e conduta.

**Dra. Tânia:** O recém-nascido tem uma patologia muito comum que é conhecida como “*stuffy nose*”, ou aquilo que chamamos informalmente de “nariz de porquinho”. Aquele nariz que faz “roc, roc, roc” quando a criança dorme, quando a criança vai se alimentar. É uma embebição do líquido amniótico a nível nasal. É um erro nestas situações, o Pediatra ou o Otorrino, mandar lavar ou encharcar o nariz desta criança com soro fisiológico. Nessas ocasiões, o que o médico tem que fazer é, em especial, aspirar o nariz da criança, recomendar à mãe aquela chupeta de aspiração comprada em qualquer farmácia, para aspirar a secreção que a criança tem na fossa nasal e não encher de soro fisiológico e aumentar mais ainda o “roc, roc, roc” do nariz da criança.

23) O uso de vacinas orais com vaso constritores, em tratamento clínico de adenóides hipertrofiadas, qual o valor disso?

**Dra. Tânia:** O uso dessas vacinas lisadas desses extratos bacterianos, não induzem à formação de antigenicidade específica nessa região. Não conheço estudos científicos bem feitos, bem elaborados, com grupo controle, com significância estatística, que corrobore ou justifique o uso destes estimulantes de leucócitos ou dessas vacinas lisadas bacterianas. Como não tem substrato científico algum, para que se possa indicar esse tipo de fármaco, só aumenta o bulário e o custo, sendo esta prescrição sem eficácia comprovada.

24) Por que as crianças têm afta? E como se previne. A afta é um problema sério no consultório.

**Dra. Tânia:** As aftas estão entre as lesões mais comuns das patologias orais recorrentes, e devem ser diferenciadas de outras alterações como o herpes simplex vírus, infecções por vírus coxsakie, agranulocitose e doença de Behçet. Existe uma pequena preponderância no sexo feminino e não é infrequente em crianças abaixo de 10 anos de idade. A etiologia das aftas permanece desconhecida, embora um certo número de agentes infecciosos, incluindo vírus, tenham sido implicados. A hipótese mais prevalente sugere que o mecanismo para ulceração da mucosa é de natureza autoimune. Em um estudo, pacientes com úlcera aftosa recorrente



apresentaram diminuição da função imune celular, a qual persistiu após a resolução das lesões orais. Da mesma forma, um aumento da atividade no mecanismo de citotoxicidade celular dependente foi relacionado como causa da lesão tecidual local, mas os fatores desencadeantes para esta reação não foram determinados. Acredita-se na correlação, como fatores precipitantes, o trauma local, a deficiência de vitamina B, o stress emocional e as doenças debilitantes. Tres grandes variações clínicas são reconhecidas: (1) úlcera aftosa minor, (2) úlcera aftosa major, e (3) úlcera aftosa herpetiforme. As úlceras aftosas minor aparecem como um número de pequenas úlceras na mucosa labial e bucal, assoalho da boca ou língua. O palato mole, faringe, e região tonsilar, raramente estão acometidos. Um período prodrômico está geralmente presente. As úlceras aparecem amarelo-acinzentadas, frequentemente com margem eritematosa e são muito doloridas. A presença de linfonodos cervicais aumentados é verificada somente quando há infecção bacteriana secundária. A evolução das ulcerações varia de alguns dias a algumas semanas, seguida de cicatrização espontânea. As úlceras aftosas major são intensas e podem durar até alguns meses. Podem estar acometidas todas as áreas da cavidade oral, incluindo palato mole e região tonsilar. Períodos prolongados de remissão podem ser seguidos por intervalos de intensa atividade ulcerativa. As aftas ulceradas herpetiformes são pequenas e múltiplas, e caracteristicamente acometem as margens laterais e as bordas linguais. As úlceras são acinzentadas, com uma borda bem delineada eritematosa e são extremamente doloridas, tornando difícil a alimentação ou mesmo a fala. Apesar do nome desta variante, existe pouca semelhança clínica com a gengivo-estomatite herpética. Embora inclusões intranucleares foram demonstradas nas úlceras aftosas herpetiformes, não há evidência que sugira terem estas inclusões qualquer relação com a presença do vírus.

Não existe terapêutica conhecida e definitiva para estas condições clínicas. Recomenda-se manter a área limpa e prevenir infecções secundárias. O tratamento é primariamente sintomático, com anti-sépticos bucais com bicarbonato de sódio, bochechos e pastilhas anestésicas ou gel. Corticóide tópico (triancinolona oral-base) ou sistêmico podem ser benéficos em pacientes individualizados com a doença extensa. Porém não existem evidências reais que o corticóide tópico altere o curso da doença, de qualquer forma. Isto também é verdadeiro para injeções de corticóide dentro da lesão aftosa. Esteróides sistêmicos podem ser úteis em casos de estomatite severa. A cauterização com nitrato de prata ou crio-cirurgia têm sido usada como esforço para diminuir a dor. O tempo de cicatrização parece ser mais prolongado com essa terapêutica.

Mudando do tom científico escrito, me permito a algumas observações pessoais em tom coloquial. Há alguns anos, tive um paciente de 5 anos com aftas recorrentes. Fiz todo o possível para identificar a etiologia, inclusive com 3 biópsias das lesões, acompanhando a criança, em conjunto com colegas do grupo de Estomatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Sempre o mesmo resultado do anátomo-patológico: “processo inflamatório crônico inespecífico”. A criança, filho de pais americanos, foi de férias aos Estados Unidos e foi examinada por colegas deste país que, dentre os vários exames solicitados, uma hemocultura revelou uma “bacteremia em baixo nível” (*low degree bacteremia*) com o perfil de sensibilidade bom para eritomicina. A mãe não soube informar qual microorganismo foi identificado. Este antimicrobiano foi ministrado à criança por 21 dias e a mesma não voltou mais a apresentar aftas. Quantas crianças têm aftas recorrentes por causas infecciosas? Difícil resposta e difícil conduta. Como

coadjuvante ao tratamento das aftas nunca esqueço de orientar às mães com relação ao pH da mucosa oral: o menos ácido possível. Evitar sucos ácidos ou cítricos (laranja, limão abacaxi, maracujá), tomate (molho vermelho nas massas ou pizzas, ketchup), condimentos como mostarda ou pimenta. Mesmo os dentífrícios que contenham mentol ou gardol (que dão um hálito refrescante na boca), alteram o pH e por isso a sugestão do seu uso com apresentações comerciais que não contenham estas substâncias e que contenham bicarbonato de sódio. Recomendo muito o “bochecho” ou colutório com água morna, sal e bicarbonato (para alcalinizar a mucosa oral). Acredito que as aftas recorrentes são casos complexos e nos quais na maioria das vezes não encontramos a verdadeira etiologia. A Medicina tem de ser baseada em evidências. Devemos pensar nas diversas hipóteses diagnósticas para podermos identificar a causa. Entretanto, medicações sintomáticas e cuidados locais são importantes na atenuação dos sintomas, enquanto não conhecermos a origem definitiva destas afecções.

25) Em Pediatria uma das doenças que mais faz o Pediatra sofrer é a estomatite herpética. Existe algo novo com relação ao tratamento?

**Dra. Tânia:** Ainda o aciclovir e o valaciclovir (este mais para adultos), ou seja nenhuma novidade em termos de tratamento específico, tópico e via oral. Subentendido que já chequei a imunidade da criança. O herpes vírus, em adultos, só como curiosidade, tem também sido cada vez mais na literatura relacionado com a paralisia facial na qual não se encontra causa aparente.

26) Qual é a sua grande clientela no seu consultório? Qual é o tipo de paciente mais comum que lhe procura no seu dia a dia?

**Dra. Tânia:** São aquelas crianças com infecções crônicas. Otite recorrente, sinusite recorrente e tonsilite recorrente. E a recorrência dos processos em sua maioria das vezes ocorre em crianças que são institucionalizadas precocemente (creche ou escolinha). Acredito que se houvesse uma lei: “Mãe será remunerada com seu salário e pode ficar em casa amamentando e tomando conta da criança durante os primeiros anos de vida “ o consultório de grande parte dos médicos que atuam na nossa área ou seria fechado ou então estaria cuidando de casos graves, hospitalares.

27) E a Sra. faz algum tratamento nestas crianças?

**Dra. Tânia:** Como não acredito em “estimulante de imunidade” oriento com relação aos fatores de risco e quanto às imunizações. Também trabalho muitas vezes junto com o alergista, com o imunologista, muitas vezes com o pneumologista, e algumas vezes até com o infectologista. Muitas destas crianças acabo abordando do ponto de vista multidisciplinar.

28) Qual foi o caso mais interessante que a Sra. já tratou dentro de sua especialidade médica ou de seu trabalho médico?

**Dra. Tânia :** Me lembro bem de um caso, “prá lá de interessante”, de um menino, seringueiro que vivia no interior do Acre, recluso, quase sem contato com a “civilização”. Um dia tomando banho numa lagoa de água não muito corrente,

onde uma onça do mato havia recentemente defecado nas ribanceiras, o parasita das fezes da onça entrou pela orelha externa do menino, contaminou, e o garoto veio transportado por um avião da FAB para o nosso hospital-escola (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP), com um frasco próximo à orelha, de cujo interior saltavam larvas do parasita (não era mífase). Naquela época como trabalhava no Centers for Disease Control (CDC) em Atlanta na Geórgia (USA), onde fiquei 5 anos (1990-1995), levei as larvas para identificar o parasita animal que provocou a doença em humano. Houveram relatos na região do Pará, de outras infecções pelo mesmo parasita, incomum, uma vez que é encontrado em vida selvagem. Foi um caso incomum, original. Também existiram casos mais comuns, mais “pé na terra”, daquelas doenças que a gente quase não faz o diagnóstico porque não pensa nelas: fibrose cística e refluxo gastroesofágico.

29) A Sra. podia relatar mais ou menos estes últimos casos?

**Dra. Tânia:** Foram basicamente crianças com múltiplas infecções respiratórias e eu tratando, medicando, até que deu um “click” no pensamento: e se pedir o teste de sódio no suor, e se orientar quanto ao decúbito na hora de dormir! Depois a alegria das descobertas e a lição: há que se pensar na patologia para poder se diagnosticar!

30) Qual foi a sua maior decepção como médica ? Ou a sua maior tristeza?

**Dra.Tânia:** A maior decepção e a maior tristeza, meu maior sentimento de impotência médica, foram crianças oncológicas com sinusite recorrente que acabaram tendo uma evolução muito desagradável, com coagulopatias (inclusive com necrose de face) que faziam parte do quadro, nas quais não pude nem sequer abordar cirurgicamente, pois as crianças iriam morrer de hemorragia, mas que, de toda forma acabaram falecendo nas minhas mãos. Me tornei amarga nestas ocasiões, senti gosto de fel na boca, com uma angústia muito grande.

31) Qual e a sua maior satisfação como médica ?

**Dra. Tânia:** Bom, para mim, é justamente promover a saúde respiratória alta, com pouco gasto monetário e com um tratamento adequado para as crianças. Orientar quanto à qualidade de vida, limpeza em casa, higiene pessoal. Procuro receitar fármacos com parcimônia e economia, sempre procurando preencher a relação “custo-benefício”, tendo também em mente os potenciais efeitos colaterais, decorrente das medicações utilizadas. Só utilizar remédios que realmente são necessários. Não “over” diagnosticar processos virais como se fossem bacterianos, já dando antibióticos de início. Mas também não deixar de orientar com um antimicrobiano adequado e eficiente quando a infecção estiver presente, por exemplo.

32) Como a Sra. aborda de maneira completa o respirador bucal?

**Dra.Tânia:** Bom, sempre peço para o Ortodontista e para a Fonoterapeuta me ajudar nestes casos, pois não adianta só como Otorrino que sou, abordar a patologia específica dos cornetos, abordar adenóide e a criança continuar com alteração

ortodôntica ou com hipotonia dessa musculatura perioral e dos burcinadores (da bochecha). A Fonoterapeuta tem de ajudar na correção da mordida cruzada, por exemplo, e também orientar com os exercícios de soprar bexiga, assoprar língua de sogra e outros específicos, para promover um reforço importante (promover uma verdadeira “musculação”) desse conjunto de músculos da boca. O Odontopediatra entra na colocação da oclusão dentária adequada, com expansões de palato. Portanto é a multidisciplinaridade atuando no paciente, para melhorar sua qualidade de vida, sua liberdade respiratória adequada.

33) A Sra. pensa que as crianças acima de 2 anos que fazem cirurgia de adenóide devem ter algum tratamento complementar da cirurgia?

**Dra. Tânia:** Não tem nem dúvida! Eu sempre digo à mãe. A parte técnica é muito simples. Qualquer médico Otorrino bem treinado, com boa formação na especialidade pode fazer uma adenoidectomia. Mas o Otorrino que se diferencia dos outros é aquele que diz aos pais: “A parte mais simples já foi realizada com a cirurgia; daqui para a frente o que mais importa é ensinar a criança a usar o nariz para respirar”. E aí você tem que entrar com os exercícios de fisioterapia respiratória. Nunca realizei uma cirurgia de adenóide que não tivesse, no retorno, após a cirurgia, orientado às mães fazer no mínimo 2 meses de fisioterapia respiratória com: bexiga, língua de sogra, e os exercícios que ensino para forçar uni e bilateralmente a respiração nasal com um espelho. Acho que o que distingue um médico comum de um Médico (com M maiúsculo) é a qualidade da consulta, investir nas orientações para ser obtido uma melhora da qualidade de vida. Dedicar o tempo da consulta não só à prescrição de fármacos, mas à ORIENTAÇÕES. Grandes insucessos que testemunho em crianças nas quais excelentes cirurgias realizaram a adenoidectomia, foram decorrentes da falta de lembrança do médico-cirurgião para ensinar e treinar como essa criança tem de respirar. Há de se dedicar, no retorno da cirurgia, um tempo da consulta para ensinar os exercícios da fisioterapia respiratória que deverá seguir-se à cirurgia por alguns meses. Um nariz que dificilmente foi usado, tem de ser “treinado” com relação à habituação respiratória, no pós-operatório.

34) A Sra. acha que a área Otorrinopediátrica está em evolução, tem alguma coisa nova?

**Dra. Tânia:** Primeiro e fundamental o Diagnóstico. Com relação ao instrumental que o pediatra tem de ter, (o otorrino, certamente) em primeiro lugar é um bom otoscópio. Otoscópio com luz halógena e fibra ótica, gente! Hoje em dia não se usa mais otoscópio de luz comum, com lâmpadas antigas. A luz halógena, veio para ficar, para dar um grau de iluminação muito bom. Outra coisa: o pediatra deveria ter o pneumo-otoscópio que é aquela perinha de borracha acoplada junto ao otoscópio que custa 2 dólares; essa perinha, (na qual se imprime uma pressão para verificar o grau de mobilidade da membrana timpânica, seu grau de impedância) é fundamental. É uma ótima ferramenta para o exame do tímpano e da orelha média, em termos de presença ou não de efusão”: simples e barato. Também é importante, para acompanhar a evolução, por exemplo da resolução de uma otite média, se a efusão está diminuindo, acompanhando a patologia da orelha média. Não substitui o teste da Impedância/Timpanometria,

mas é um teste simples, barato, exequível, como ferramenta diagnóstica. Acho importante o treinamento do pediatra para estes testes. Com cursos de Otoscopias para Pediatras, a exemplo da Academia Americana de Pediatria. Cursos ministrados por experts internacionais que já certificaram mais de 3000 pediatras em vários países.

Com relação ao exame da orofaringe, com especial atenção às tonsilas e faringe: as espátulas (sempre 2, pois a musculatura da língua é muito dura), devem ser colocadas sobre a língua, com a língua dentro da boca: é um erro crasso pedir para a criança esticar a língua para fora, pois acaba elevando sua base, dificultando a visualização das tonsilas/faringe. Num movimento único e preciso, fração de segundos, as espátulas deverão, na transição do 1/3 posterior com os 2/3 anteriores ser pressionadas. Nada de ficar “caminhando” na superfície da língua como muitos tem o hábito de fazer. Isto deixa as crianças neurotizadas ao vislumbrarem qualquer espátula e se recusam terminantemente a abrir a boca, em memória de uma exame anterior desagradável, e conduzido de forma pouco hábil. Quanto ao exame do nariz, com um bom otoscópio com iluminação halógena, levantando o dorso do nariz, erguendo a columela, você vê o aspecto, ao menos da coloração e do grau da hipertrofia da mucosa da cabeça do corneto. Já pode inferir num diagnóstico de patologia nasal, palidez, indicando rinite alérgica, etc. O exame da fibroscopia (nasofibroscopia) deverá ser realizado pelo otorrino especificamente, pois o mesmo possui habilidade e treinamento específico para isto. Sempre digo em tom coloquial: “Cada macaco no seu galho”. Se precisar de auxílio, em algum caso de infecção recorrente, peço para um Infectologista, se precisar de uma orientação do Alergista/Imunologista, peço socorro, e assim por diante. A Medicina está para a Multidisciplinaridade. Não se pode num mundo de tão vastas informações que surgem a cada minuto, “abraçar o mundo inteiro com 2 braços”. Naturalmente, o básico é não perder de vista o conjunto do ser humano como um todo, a economia global do organismo, o ser holístico. Isto é básico! Tem gente na especialidade que se esquece de tirar a temperatura, pressão: se atém só às cavidades do nariz, boca e orelhas!

Outra situação de fundamental importância é com relação à prescrição de fármacos.

Explico o uso excessivo de medicamentos na criança, com os 4 “E s”:

- educação;
- expectativa;
- experiência;
- aspecto econômico.

Cada um desses fatores é importante, tanto para os médicos, quanto para os pacientes.

Com relação à educação os médicos podem não saber quais são as práticas de otimização para o diagnóstico e tratamento de pacientes com infecções respiratórias, por exemplo. É difícil saber quais infecções são virais, e não se beneficiam com tratamento com antibióticos, e quais são bacterianas que precisam do antimicrobiano.

Com relação à expectativa, a percepção do médico é: “se não der antibiótico ao paciente, este irá procurar outro colega”. Será essa percepção verdadeira ou falsa? Porém, exemplificando com o assunto principal deste quesito, os pacientes podem acreditar que os antibióticos, por exemplo, algumas vezes são necessários, quando têm secreção nasal esverdeada ou amarelada.

A experiência mostra que há os hábitos de diagnóstico e de conduta do médico e esses hábitos já não são muitas vezes corretos em termos de tratamento, principalmente com o advento da resistência antibiótica. Os pacientes, por hábito, recordando o tratamento antibiótico que receberam anteriormente, podem estar esperando receber esse antimicrobiano, se os sintomas ocorrerem novamente.

O fator econômico é importante: os médicos estão preocupados, eles precisam prescrever rapidamente para atender todos os pacientes que estão na sala de espera, caso contrário eles deverão dedicar um tempo extra a esses pacientes, explicando porque não há necessidade do antibiótico, como também evitar novas consultas de seguimento. A pressa é imperiosa, os pais precisam voltar ao trabalho, a criança precisa voltar à escola ou à creche, sendo também uma razão para que a família queira um antibiótico, para que isso possa acontecer rápido.

Os pacientes ficam mais satisfeitos quando recebem antibióticos? Há estudos sugerindo que a resposta é NÃO. Em um trabalho publicado no “Journal of Family Practice” (1996;43:56), no qual foi realizado um estudo com 113 pacientes com infecções respiratórias, antes e depois da consulta, foi verificado que havia uma associação significativa entre o médico que explica a doença e o paciente que entendeu porque não recebeu o tratamento com antimicrobiano e a sua satisfação decorrente deste fato. Nesse estudo não foi encontrado nenhuma associação entre a satisfação dos pacientes e a prescrição de antibióticos. Este fato não é uma grande surpresa: quando o médico explica, se comunica com seu paciente, dedica seu tempo neste sentido, o paciente ficará satisfeito. A percepção que muitos médicos tem a respeito da satisfação com a prescrição, não está correta: o paciente ficará sim, satisfeito, se receber uma explicação sobre a doença que tem. A prescrição de antibióticos em clínicas pediátricas varia de bairro, região, consultórios médicos: verificamos que alguns médicos usam  $\leq 2$  antibióticos/criança/ano, ao passo que outros médicos indicam  $\geq 8$  prescrições/criança/ano. Estas diferenças são ainda mais significativas, quando antibióticos são prescritos para bronquite e para sinusite. Alguns médicos nunca prescrevem para nenhuma dessas infecções e outros prescrevem em demasia. Por exemplo, alguns destes médicos prescrevem freqüentemente para sinusite, mas nunca para bronquite, e outros prescrevem muito para bronquite e raramente para sinusite. Por que essa diferença? O que está acontecendo? Por que a prática de prescrição antibiótica dos médicos é tão diferente? São todos pediatras bem treinados, todos têm consultórios com volume grande de pacientes, e encontramos esta disparidade! Recomendo estudos, leitura e reciclagem constantes, atualização em Congressos Médicos, Internet, etc. A formação do médico não acaba no dia que ele recebe o “canudo” do diploma. É constante, ao decorrer de toda sua vida!

35) Valor do citológico nasal na clínica ?

**Dra. Tânia:** Com relação ao citograma nasal, antigamente se acreditava que tendo mais de 20% de eosinófilos, já fechava o diagnóstico de uma rinite alérgica. Hoje em dia já sabemos que o citograma nasal já não tem aquela importância à ele atribuída, e não deverá mais ser preconizado de rotina. Ele até poderia ser utilizado, num diagnóstico diferencial entre uma rinite não eosinofílica e eosinofílica, com uma simples hipertrofia dos cornetos, uma sintomatologia muito semelhante. Entretanto, é um método que hoje em dia foi substituído totalmente pelo RAST, pela IgE específica, etc .



36) Nós escutamos muito as mães chegarem no consultório e dizerem: “doutor, meu filho não escuta”. “Quando assiste a televisão, a gente fala com ele e ele não escuta”. Nesta ocasião, pode-se fazer aquele teste simples: “Quer tomar injeção?” ...Aí ele dá um pulo! O que é que acontece com estas crianças? E não são poucas as que chegam com essa história. Faz-se audiometria? Ou não?

**Dra. Tânia:** Olha, eu acho que sempre que houver uma suspeita: “Meu filho aumenta sempre o volume da televisão, fala alto, repete muito - o que?” Estas já são suspeitas mais que importantes para você solicitar uma avaliação auditiva com audiometria, nessa criança. Isto é fundamental. Agora, têm crianças, com resultados de audiometrias normais, que possuem audição seletiva. Elas escutam quando é algo assim: você oferece em voz baixa: “Quer um chocolate?”, elas ouvem. Agora, quando você fala: “meu filho, vá estudar!”, elas não querem escutar mesmo! Mas nós temos de diferenciar bem estas crianças, que têm esta audição seletiva, através da audiometria. Por isso é fundamental este exame. Tendo uma suspeita, mesmo que seja, só uma suspeita mesmo de audição seletiva, você só tem como comprovar isto através da mensuração audiométrica. Então tem de ser aferida. Há também os casos de crianças com audição totalmente normal, porém com atraso escolar, que não vão bem na escola e que apresentam déficit ou alteração do processamento auditivo central. Entre a orelha interna e a córtex cerebral, em algum ponto, as vias auditivas não processam de forma adequada as informações sonoras. Estas crianças cada vez mais têm sido identificadas. É aquilo que sempre me refiro como parte da “Medicina do século XXI, Medicina com Base em Evidências”.

37) Dra. Tania, suas considerações finais.

**Dra. Tânia:** As minhas considerações finais são investir na qualidade da consulta; uma anamnese bem feita, cuidadosa é fundamental. Não cometer excessos em pedidos de exames ou estudos por imagens (radiografias) desnecessários. Empregar mais nossos conhecimentos médicos, clínicos, “juntando as peças do quebra-cabeça” em cada caso clínico. Pensar nas doenças (mesmo as infrequentes) pois caso contrário passarão em branco muitos diagnósticos e orientações preciosas ao paciente. Evitar o uso excessivo de medicamentos como por exemplo vasoconstritor tópico, descongestionante sistêmico, antiinflamatório não hormonal, mucolítico. Nossa realidade de país em desenvolvimento deveria nos conduzir para não prescrevermos ao paciente uma receita com inúmeros itens desnecessários, que além de aumentar o custo do tratamento, trará ao paciente potenciais efeitos colaterais. É prudente a lembrança que inúmeros fármacos vendidos livremente aqui no Brasil e em outros países em desenvolvimento não são aprovados pelo FDA americano (órgão governamental que libera ou não o uso de medicamentos). Os ditos “estimulantes da imunidade”, para “evitar” ou “prevenir” infecções recorrentes, como tonsilites, IVAS, etc, por exemplo, carecem de estudos do tipo controle, com significância estatística apreciável, não sendo liberados para uso pediátrico nos USA, porém são comercializados em países como os nossos da América Latina, Ásia e África. A maioria das nossas infecções, se você pensar bem, iniciam com uma infecção viral; porque então antecipar-se na oferta de um antibiótico, podendo nem dar uma oportunidade ao sistema imunológico da criança reagir sozinho, ou mesmo promover cepas de microorganismos resistentes,



destruindo a flora bacteriana protetora? Se entretanto houver contaminação secundária bacteriana e tiver de ser administrado um antibiótico, escolher um beta-lactâmico (amoxicilinas ou cefalosporinas). Enfim, não dar excesso de medicamentos para as crianças com infecções bacterianas, na quais um bom antibiótico (concomitante com um sintomático, analgésico/antitérmico se impor), já seria suficiente para resolver. Lembrar e insistir nos bons hábitos de higiene domiciliar e higiene nasal, associados com uma adequada alimentação (evitar alimentos com conservantes, aditivos químicos, enlatados, saquinhos de lanche com “junk food”) promovendo frutas, legumes, verduras, cereais, fibras, proteínas. Recomento esportes ao ar livre. Recomento evitar tabagismo passivo domiciliar. O aleitamento materno também é extremamente importante e deverá sempre ser encorajado. Num livro publicado por mim recentemente - Infectologia em Otorrinopediatria, Uso Criterioso de Antibióticos em Infecções das Vias Aéreas Superiores - reforço a necessidade da nossa orientação aos pais, como médicos e prescritores, investir nos fatores de risco, aumentar o tempo de aleitamento materno, não colocar a criança exposta ao tabagismo passivo e colocar o mais tarde possível a criança em creche ou escolinha, para ela não ter acesso a essa poluição microbiana ambiental, pois a criança ainda não tem o sistema imunológico preparado para isso. Investir na PREVENÇÃO já dia Pasteur há mais de um século, é a verdadeira Medicina!