

Tubo de Ventilação: Complicações e Atualizações

Richard M. Rosenfeld

Coyte e seus colaboradores (Coyte et al., JAMA 2001; 286: 2128-2135) realizaram um estudo em Ontário para avaliar a prevalência de colocação de tubos de ventilação (TV), comparada com outros procedimentos cirúrgicos. A única cirurgia mais prevalente foi a circuncisão. Todos os outros procedimentos eram menos freqüentes que a colocação de TV. A única coisa que não conseguiram descobrir de verdade foi porque se necessita de tanta circuncisão... Nas províncias de Ontário - há 30 províncias no estudo - observou-se uma variação de até 10 vezes nas taxas de prevalência de cirurgia de colocação de TV.

A opinião do pediatra parecia ser a única variável que influenciava os resultados. Se o pediatra era favorável, se gostava dos tubos, naquela cidade se colocavam mais TV. Se não gostava, a cirurgia era menos comum. Algumas pessoas lêem este estudo e dizem: que terrível, temos que ter diretrizes, temos que ter consistência. Minha opinião é completamente diferente. Acho que nunca saberemos exatamente quem precisa ou não de TV. Parece ser uma decisão variável, que tem muito mais a ver com opiniões do que, necessariamente, com evidências objetivas. Pelo menos neste momento. Portanto, variação é uma coisa boa, temos que fazer a cirurgia certa, nas crianças certas, apesar de não acreditar muito nesta variação, por assim dizer.

Quem realmente precisa dos TV? É uma resposta que ainda não se tem exatamente, mas vou compartilhar meus pensamentos com vocês. Certamente aquela criança que é atendida no consultório, na qual se detecta uma efusão da orelha média, mas ela está saudável, está indo bem na escola e com desenvolvimento adequado, muito raramente precisa do tubo.

As outras crianças apresentam risco de seqüela, e faço uma lista de fatores adversos nessas crianças: fissura palatina, comprometimento visual significativo não corrigível, distúrbios ou síndromes craniofaciais que incluem atrasos cognitivos ou lingüísticos, transtornos do espectro de autismo e outros transtornos deste tipo, atrasos de linguagem ou fala, suspeitos ou diagnosticados, ou perda auditiva permanente, independente da otite média com efusão (OME). Essas crianças não toleram bem a presença de efusão na orelha média. Isto pode se tornar uma barreira adicional para o seu desenvolvimento e entendimento, ainda que tenham audição normal. Às vezes me dizem: “a criança tem teste de audição normal, devo simplesmente observar e não fazer nada?” Existe uma diferença muito grande entre ouvir e compreender e fazer o processamento auditivo. Há vários efeitos sutis da efusão da orelha média que podem não ser detectados numa

audiometria. Na minha opinião, as crianças com efusão de orelha média que recebem conduta e intervenção específicas devem ser tratadas agressivamente.

Um outro aspecto a ser considerado é que nem todos os tipos de efusão são iguais. Há diferentes tipos, dependendo do tipo de OME que se tem. Em alguns estudos, os autores conseguiram observar o início da OME e acompanhá-la longitudinalmente, e observaram que muitas crianças têm resolução excelente. Para este tipo de caso, de início de OME, todas as crianças melhoram logo. Todas melhoram logo: estas são as candidatas ideais para homeopatas, osteopatas e naturopatas, pois sua medicação funciona maravilhosamente nestes casos.

As crianças com OME crônica bilateral não têm tão bom desempenho.

Há ainda os casos com prognóstico muito ruim: são os recém detectados que chegam no consultório e não sabem dizer há quanto tempo têm a efusão. A taxa de resolução destes casos é ruim. São cerca de 25-30% nos primeiros três meses, 40% após seis meses, e após um ano é de apenas 50%. Portanto, é importante saber qual o tipo de OME que o paciente tem.

O que os TV conseguem fazer? Podemos selecionar alguns dos melhores estudos sobre os efeitos dos TV e analisá-los por meio da meta-análise. Muito se fala sobre meta-análise. O objetivo principal da meta-análise é desencadear uma discussão, o que já seria um grande serviço. O segundo objetivo é definir o nível de benefício, oferecer uma idéia de magnitude, muito mais do que simplesmente o valor de *P*.

Assim, o que os TV fazem por você? Reduzem a prevalência da efusão em torno de 60-70%, comparado com ausência de tubos ou miringotomia isolada. Isso equivale a 160-170 dias a menos de efusão por ano para uma criança típica. Observa-se também redução da incidência de OMA. Entre seis meses e um ano, observa-se uma redução de dois episódios por ano (redução relativa de 77%), depois do que os benefícios tornam-se mais modestos. Os efeitos atuais são um pouco maiores, porque se inclui otorréia como um episódio quando, na verdade, trata-se de uma doença um pouco diferente.

Assim, quando me pergunto se a criança precisa de TV, faço as seguintes indagações:

1) Qual a história natural da patologia? O que esperar do caso se não fizer nada?
 2) Quais os problemas subjacentes que esta criança apresenta? 3) Esta criança se beneficiaria de 160 dias a menos de efusão por um ano, ou menos episódios de OMA? Se a resposta for sim, coloco os tubos. Não tem nada a ver com a duração da efusão ou necessariamente com outros fatores.

A Otite Média Aguda Recorrente (OMAR) é muitas vezes uma indicação para a colocação de TV. Olhando a história natural da doença, costumo esperar cada vez mais para agir nestas crianças. Raramente coloco os TV em crianças que têm apenas OMAR, a menos que haja efusão crônica também presente.

Assim, qual o impacto que a efusão tem sobre o desenvolvimento e, se assumirmos que os tubos serão efetivos, serão capazes de prevenir este impacto? Trata-se de uma questão controversa, então vamos observá-la mais detalhadamente. O efeito da efusão é baseado em um modelo - devo a existência deste modelo a um grupo de pessoas - Vernon Feagans, excelente fonoaudiólogo que o desenvolveu juntamente com Joane Roberts, o que inclusive já foi

publicado (*Developmental Outcomes of Otitis Media*, Vernon Feagans, 2003). Os resultados da otite média sobre o desenvolvimento: muitos episódios de efusão podem levar a um início de sinais de fala comprometidos levando a menos atenção à linguagem - sinais de fala menos diferenciados - que levam a um processo de fala mais pobre, com pragmática mais pobre (uso de linguagem), menos atenção e mais inibição de linguagem. Mas o modelo atual diz que se precisa de um certo volume de efusão, 25% ou mais, para que se tenham efeitos. Se for excedido este valor, há sinal de linguagem degradado e conseqüentemente algumas seqüelas. Isso, por sua vez, cria problemas para a criança no seu funcionamento diário normal. O problema é que as coisas não são assim simples. Se fossem, os estudos mostrariam resultados. O problema é que temos os mediadores: se a perda auditiva é bilateral, unilateral, intermitente, contínua. São fatores mediadores que ajustam as coisas e fatores moderadores, que são provavelmente ainda mais importantes. Ou seja, se você tem uma criança com efusão, um excelente ambiente, bons professores, bons pais, muita atenção, um excelente estímulo lingüístico, ela tem um excelente desenvolvimento. Uma criança num ambiente que não é tão favorável não terá um bom desenvolvimento. São estes os fatores moderadores - há um equilíbrio delicado entre as coisas que acontecem no ambiente. Muitos estudos não têm ajustes para esses vários efeitos.

As seqüelas relacionadas aos tubos são bastante comuns. A mais comum é a otorrêa, sendo que em alguns casos há bloqueio do tubo. Mas pelo menos 25-30% das crianças têm otorrêa nesses estudos. É muito mais comum entre as crianças que precisam dos tubos permanentes, do tipo tubo T. Ao estudar as seqüelas do uso de tubos de curta e longa duração (Kay et al, *Otolaryngol Head and Neck Surgery* 2001; 124:374-380) encontrou-se mais otorrêa e perfurações crônicas com os tubos T (de longa duração). Entretanto, para os achados de esclerose de membrana timpânica e atrofia, os resultados são praticamente os mesmos.

Quem precisa desses tubos de longa duração?

Em geral, são as crianças com conduto auditivo muito estreito em que não se pode adaptar um tubo convencional. Além disso, as crianças que têm oito, nove ou 10 anos e que continuam a ter otite.

No estudo de Ah-Tye e Paradise (*Pediatrics* 2001; 107:1251-8), os autores analisaram também a otorrêa e encontraram uma grande quantidade de otorrêa entre os casos de uso de tubos de ventilação: 75% de casos de otorrêa, o que é um número extraordinário. Além disso, eram episódios de longa duração: 10-14 dias. O tratamento de primeira linha era feito com antibióticos ototópicos. O Relatório de Consenso da Academia Americana de Otorrinolaringologia e de Cirurgia de Cabeça e de Pescoço - AAO-HNS (Hanley MT, *Otolaryngol Head & Neck Surg* 2000; 12:934-940) mostra exatamente como tratar a otorrêa. O que você não deve fazer é prescrever 14 dias de amoxicilina. Em vez disso, use gotas otológicas. E conforme estabelecido pelo Consenso, esta é a terapia de primeira linha, especialmente com as fluoroquinolonas tópicas que apresentam uma excelente cobertura contra os principais patógenos da otite e evitam o uso dos antibióticos sistêmicos na maior parte dos casos.

Este é um problema real que tenho visto. As quinolonas são muito eficientes. E são

tão eficientes que se forem utilizadas sem critério, com frequência ou de forma prolongada, acabam criando uma infecção fúngica, o que pode ser terrível na criança com tubo. São casos de difícil tratamento. A família retorna com frequência ao consultório e fica muito insatisfeita. Portanto, sejam cuidadosos com os ototópicos e com os antibióticos sistêmicos também.

Agora um comentário sobre as vacinas contra o pneumococo. Um estudo com 37.868 crianças (Fireman et al., *Impact of pneumococcal conjugate vaccine on otitis media*, *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:10-16) mostrou redução importante do uso de TV em 24% das crianças tratadas com a vacina conjugada. Imagino que será um grande adicional para o tratamento da otite. Mas não somente os casos ocasionais, e sim os mais frequentes - as crianças com doença frequente apresentam uma grande redução com o uso da vacina.

Meu último comentário exige uma explicação. Imaginem que existe um grupo de animais selvagens, com algumas zebras. Acho que o nosso desafio como médicos é encontrar as zebras entre o grande grupo de crianças com OME que de fato precisam de TV ou de tratamento. A grande maioria são os animais selvagens. Basta deixá-los quietos e mantê-los sob supervisão que não se meterão em confusão. Porém, temos que nos concentrar nas zebras e buscar as ferramentas para encontrá-las.

Leitura recomendada

1. Rosenfeld RM. A practical classification of otitis media subgroups. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2005 Aug;69(8):1027-9.
2. Rosenfeld RM, Lous J, Bluestone CD, Marchisio P, Casselbrant ML, Paradise JL, Chonmaitree T, Prellner K, Grote JJ, Schilder AG, Haggard MP, Stangerup SE. Recent advances in otitis media. 8. Treatment. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 2005 Jan;194:114-39.
3. Witsell DL, Stewart MG, Monsell EM, Hadley JA, Terrell JE, Yueh B, Rosenfeld RM, Hannley MT, Holzer SS. The Cooperative Outcomes Group for ENT: a multicenter prospective cohort study on the outcomes of tympanostomy tubes for children with otitis media. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005 Feb;132(2):180-8.
4. Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, Grundfast KM, Hoberman A, Kenna MA, Lieberthal AS, Mahoney M, Wahl RA, Woods CR Jr, Yawn B; American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media with Effusion; American Academy of Family Physicians; American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery. Clinical practice guideline: Otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 May;130(5 Suppl):S95-118.
5. Rovers MM, Schilder AG, Zielhuis GA, Rosenfeld RM. Otitis media. *Lancet*. 2004 Feb 7;363(9407):465-73. Erratum in: *Lancet*. 2004 Mar 27;363(9414):1080.