

# *Otite Média Crônica Não Colesteatomatosa*

*Nelson Caldas, Alberto Chinski, Arthur Octávio Kós,  
Hélio Lessa, Sebastião Diógenes Pinheiro,  
Sílvio Caldas Neto e Vinícius Cotta Barbosa*

## **INTRODUÇÃO**

A otite média crônica não colesteatomatosa (OMNC) é conceituada de forma abrangente, como o processo inflamatório crônico da mucosa de revestimento da orelha média (OM) e células da mastóide, por mais de quatro semanas. Este tempo de duração caracteriza sua cronicidade, junto com suas alterações histopatológicas, diferenciando das formas aguda (otite média aguda – OMA) e subaguda. Diferem-se também das colesteatomatosas (OMCC) pela ausência de tecido escamoso epidérmico na OM.

A etiopatogenia e a fisiopatologia são discutidas de forma controversa, admitindo-se, inclusive, que as formas clínicas das doenças inflamatórias da OM não seriam doenças diferentes, com individualidade própria, mas apenas elos de uma cadeia seqüencial de eventos, com a mesma origem inicial, como reza a chamada teoria do *continuum*<sup>4</sup>

São doenças de grande prevalência, em crianças entre dois e cinco anos, diminuindo sua freqüência até os 15 anos. Neste período foram junto, com as formas agudas e subagudas, responsáveis por 12% das 165,3 milhões de consultas ambulatoriais nos USA entre 1993-1995. Apesar de ser doença otorrinolaringológica, a maioria dos casos é vista inicialmente pelos pediatras, por sua associação freqüente com infecções respiratórias.

## **Classificação**

Sua classificação mais clássica e simples é feita com base na integridade da membrana timpânica (MT), em *não perfurada* e *perfurada*. A não perfurada, na maioria das vezes é representada pela otite média crônica secretora (OMCS), chamada também de serosa, mucosa, secretora ou mais recentemente com efusão. Caracteriza-se pela presença de fluido na OM, com viscosidade variável. A perfurada (OMCP) caracteriza-se pela perfuração permanente da MT, com maior ou menor diâmetro, permitindo, na maioria das vezes a visualização da OM por meio da otoscopia.

## **Fisiopatologia e diagnóstico**

### ***Não perfurada***

Tem como base o mal funcionamento da tuba auditiva, prejudicando a ventilação da OM, no ato da deglutição. O ar da OM vai sendo absorvido pela mucosa, causando pressão negativa na cavidade<sup>1,3,4</sup>. A MT retrai, e a mucosa, sugada pela

pressão negativa, verte soro dos vasos, ao mesmo tempo que as células e glândulas secretoras, passam a secretar maior quantidade de muco, compondo, com o transudato, a efusão que ocupará a OM. Alguns, com base na consistência da efusão, subclassificam as OMCS em serosas e mucosas. Admite-se que, por sua vez, a pressão negativa favorece também a obstrução tubária. As alterações histológicas da mucosa da OM e mastóide são apenas edematosas<sup>5</sup>. O fluido assim coletado na OM prejudica a audição, sendo também excelente meio de cultura para microorganismos da nasofaringe. Mesmo assim, só 50% das culturas das OMCS têm sido positivas para os mesmos microorganismos da OMA, como o *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*, sem mostrar conseqüências clínicas de infecção. O diagnóstico clínico da OMCS é feito com base na suspeita de deficiência auditiva em crianças que pedem, freqüentemente, que se repitam frases não compreendidas ou comportam-se de forma desatenta na escola, com queda de rendimento cognitivo. Em casa, a solicitação do aumento do volume da televisão é bastante típica. O diagnóstico é confirmado pela pneumotoscopia, quando se avalia a mobilidade da MT e a presença de fluido na forma de nível líquido ou bolhas de ar no meio da secreção, percebidas pela translucidez da MT. Os exames auxiliares são a audiometria tonal e/ou vocal, que, dependendo da idade da criança, podem nos dar uma boa idéia da deficiência auditiva e, inclusive, orientar o planejamento do tratamento e do controle posterior. A impedanciometria é de grande sensibilidade diagnóstica para detectar fluido na OM devendo coincidir com os achados da pneumotoscopia. Os exames de imagem não pertencem à rotina diagnóstica dessas otites.

As complicações e seqüelas da OMCS podem ocorrer e, nestes casos, a deficiência auditiva é mais acentuada, prolongada e, às vezes, bilateral. Distúrbios cognitivos e lingüísticos podem, assim, serem notados. Por outro lado, retrações timpânicas acentuadas e prolongadas podem ocupar os espaços aéreos da OM, esqueletizando ou erodando a cadeia ossicular. Fundos de sacos podem ser criados, levando à formação de colesteatomas primários.

### **Tratamento**

#### ***Não Perfuradas***

As controvérsias na fisiopatologia dessas doenças da OM, como já nos referimos anteriormente, freqüentemente se refletem sobre seu tratamento, cujo sucesso e eventual fracasso, carecem de melhores explicações. Aliás, é sabido que cerca de 20% das crianças em idade escolar têm, de maneira assintomática, algum tipo de fluido na OM. O tratamento da OMCS varia de expectante, até miringotomia e implantação de tubo de ventilação. Eventualmente a mastoidectomia simples está indicada. Todas essas propostas variam também com as condições sócio-econômicas e ambientais da criança, grau de deficiência auditiva e a uni ou bilateralidade da doença. As adenoidectomias e tonsilectomias têm sido aconselhadas, quando representam perigo para a ventilação da tuba auditiva, seja por hipertrofia ou por infecção destas massas linfóides.

O tratamento clínico preconizado em passado recente, com o uso de descongestionantes, anti-inflamatórios e fluidificantes, caiu diante das meta-análises que os identificaram como placebos. Com base na presença de microorganismos nas

efusões da OM em 50% dos casos, os antibióticos foram usados de maneira isolada, ora na forma profilática, ora terapêutica. Uma vez mais, as pesquisas os afastaram, após mostrar que sua eficiência de apenas 14% sobre o placebo seria pequena, em relação à resistência bacteriana que poderiam induzir, especialmente, nos tratamentos profiláticos com subdoses. Mais uma vez, as meta-análises apontam para possíveis benefícios do uso de antibióticos associados à prednisona ou prednisolona, mantendo a seqüência prioritária de escolha com a amoxicilina isoladamente, ou seguida da sua associação com o clavulanato e as cefalosporinas, nos casos de resistência ao tratamento.

A persistência de secreção na OM por mais de seis meses, especialmente quando bilateral, e perda auditiva além de 20 dB, faria a indicação de miringotomia e implantação do tubo de ventilação transtimpânico na OM, drenando e anulando a pressão negativa tubotimpânica e interrompendo seu ciclo vicioso<sup>1,3</sup>. Ocasionalmente, a mastoidectomia simples está indicada simultaneamente, em busca de um maior volume aéreo de amortização de pressão ou quando a radiologia identifica a presença de granuloma de colesterol, um dos produtos da pressão negativa. A criação de fundos de saco formadores de colesteatomas e atelectasias avançadas pode também merecer timpanomastoidectomias.

### **Perfuradas**

Da mesma forma que as anteriores, têm fisiopatologia controversa. Sua base fisiopatológica agora é uma perfuração timpânica permanente, em geral, supostamente devida à seqüela de uma OMA que perfurou a MT em uma área, por processo de necrose. Agora vamos ter uma OM aberta, expondo seu conteúdo ao meio ambiente com suas impurezas, com conseqüentes supurações, ausentes nas OMCS, de MT íntegra. Por outro lado, quando a MT estava fechada, mantinha uma coluna de ar entre a nasofaringe e a OM através da tuba auditiva, protegendo da passagem de material contaminado. Perfurada a MT, esta coluna aérea perde a pressão, deixando passar facilmente secreções da nasofaringe para a OM, especialmente nos atos de deglutição, de espirrar ou assoar o nariz. Com essas duas vias de contaminação, a mucosa da OM passa a se infectar com freqüência variável, especialmente, durante infecções respiratórias e banhos de imersão além da própria poluição do meio aéreo ambiente. Esses impactos infecciosos repetidos faz com que a mucosa da OM reaja de maneira mais exuberante do que o simples edema da OMCS. Passa a exibir degeneração fibrosa, granulosa ou polipóide, chegando, às vezes, a provocar osteíte da cadeia ossicular e de outras regiões da OM e mastóide<sup>3,4,5</sup>. A OMCP, pode ser subclassificada, com base na sua fisiopatologia, em dois tipos de formas clínicas: a *benigna*, menos agressiva e chamada também de *simples*, e a *maligna*, também chamada de *perigosa*, uma forma mais agressiva, mas que nada tem a ver com malignidade histológica. O tecido patológico da OM também é excelente meio de cultura e logo nele se desenvolvem, com maior freqüência, os Gram-negativos como *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* e *Escherichia coli*, além dos Gram-positivos, *Staphylococcus aureus*, seguidos por *Streptococcus pyogenes* e pneumococo. O diagnóstico da OMCP é essencialmente clínico, feito pela história de otorrêia e comprovado pela otoscopia. Nas formas benignas, a otorrêia em geral é mucóide

ou mucopurulenta, tem grande intermitência, sendo inodora. Reage bem ao tratamento com gotas antibióticas. Nas formas perigosas, mais agressivas, a otorrêa é francamente purulenta, contínua ou com intermitência curta, fétida e rebelde ao tratamento com gotas antibióticas. Ambas as formas podem eclodir com banhos de imersão, infecções respiratórias, ou sem causa aparente. A otoscopia confirma o diagnóstico com visualização de secreção infectada no conduto auditivo externo e perfuração da MT. Frequentemente a aspiração é necessária para um bom exame. A pneumotoscopia não é necessária, na maioria das vezes, entretanto, eventualmente, pode ajudar na identificação de microperfurações. O diagnóstico diferencial é feito com as OMA de repetição, que podem igualmente apresentar supurações repetidas, mas nesse caso precedidas por dor e febre, o que não acontece nas OMCP. A presença de escamas epiteliais na OM sugere a presença de colesteatoma, doença de maior gravidade. Os exames complementares, como audiometria, dependendo da idade, mais uma vez, dão idéia da deficiência auditiva da criança e sua comunicação no ambiente que a cerca, além de auxiliar no reconhecimento da extensão dos danos da patologia. A impedanciometria fica prejudicada em orelhas perfuradas. A tomografia computadorizada (TC) do osso temporal tem muito valor, podendo demonstrar lesões ósseas em áreas críticas, como o canal de Falópio e a cápsula ótica, bem como o grau de envolvimento na pneumatização da mastóide.

O tratamento da OMCP é fundamentalmente cirúrgico, com a finalidade básica de eliminar toda a patologia, preservando ou reconstruindo a audição. Entretanto, em certas circunstâncias, o tratamento clínico é o indicado até mesmo como pré-operatório. O tratamento clínico é feito, quase sempre, com gotas auriculares (tópicas) com antibiótico, após aspiração completa da secreção do conduto auditivo e OM. As mais usadas são as de associação de neomicina, polimixina B e corticóide. Outras, como as de cloranfenicol, são muito eficientes, porém, às vezes, causam reações cutâneas, inflamatórias e dolorosas. As de ciprofloxacina e ofloxacina parecem igualar ou mesmo superar a eficiência das associações de neomicina, polimixina B e corticóide. Os tratamentos com antibioticoterapia sistêmica parecem ter resultados semelhantes ao placebo, com exceção dos casos de microperfuração, onde as gotas antibióticas não chegam à OM, em dose terapêutica<sup>4</sup>. Banhos de imersão são absolutamente proscritos. Apesar do tratamento cirúrgico ser o indicado em praticamente todos os casos, procuramos sempre evitá-lo antes dos sete anos de idade, pois é quando se estima estar competente o sistema imunológico do paciente, bem como o mecanismo neuromuscular da tuba auditiva para ventilação da OM. Eventualmente, uma perfuração timpânica pode estar sendo, mais uma solução do que um problema, por mal funcionamento da tuba auditiva. Assim o fechamento cirúrgico da perfuração seria feito na ocasião inoportuna. A expectativa, com exames periódicos, seria mais prudente. As cirurgias nas crianças são sempre feitas sob anestesia geral e levam o nome de timpanoplastia. Após remoção da patologia, a MT, após escarificação de seu epitélio, receberá um enxerto livre de fásia temporal ou pericôndrio da orelha, que selará a perfuração. Erosões da cadeia ossicular poderão ser reparadas com enxertos ósseos da própria OM, convenientemente

moldados pelo cirurgião, ou por meio de próteses biocompatíveis aloplásticas. Às vezes, a cirurgia tem que se estender até a mastóide, para a eliminação completa da patologia. Em um número menor de casos, um segundo tempo cirúrgico será necessário para se cumprir todos os objetivos da cirurgia. As complicações e seqüelas são mais comuns na OMCP do que na OMCS, quando chegam, às vezes, a serem letais. A infecção pode estender-se dentro do osso temporal, para áreas críticas, causando otomastoidite aguda, petrite, labirintite bacteriana e paralisia facial. Estendendo-se para fora do osso temporal, podemos ter complicações intracranianas como meningite, abscessos epi e subdural, cerebral e cerebelar, tromboflebite do seio sigmóide e hidrocefalia ótica. Como vemos, são complicações graves, que poderão ser evitadas com o diagnóstico e medidas terapêuticas eficientes e precoces. Em muitas delas, a assistência médica multidisciplinar é indispensável.

### **Referências bibliográficas**

1. Bluestone CD, Klein JO. Otitis media in infants and children. Pittsburgh, WB Saunders. 1988, p. 269.
2. Caldas Neto S, Ganança FF, Caldas N. Reconstrução ossicular em timpanosclerose. *Rev Bras Otorinolaring* 1991; 57: 128-34.
3. Caldas, N. Otite média crônica não colesteatomatosa. In: Caldas N, Caldas Neto S, Sih T. *Otologia e Audiologia em Pediatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999; p.94.
4. Da Costa SS, Cruz OL, Ruschel C. Otite média crônica não colesteatomatosa. In: Cruz OLM, da Costa SS. *Otologia Clínica e Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Revinter. 2000; p.181.
5. Schuknecht HF. Crônica active otitis media and mastoidites. In: Scuknecht HF. *Pathology of the Ear*. 2<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Leas & Fegiber, 1993.