

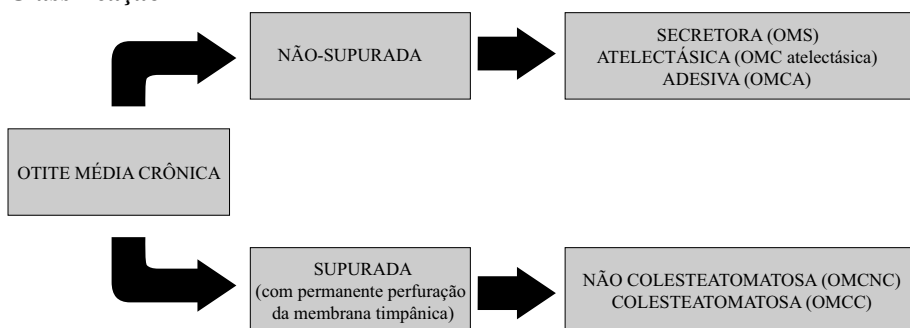
Otite Média Crônica

Alberto Chinski e Hernán Chinski

Definição

É a patologia otológica causada pela presença de alterações crônicas da mucosa da orelha média (OM). A membrana timpânica (MT) pode estar preservada ou perfurada. Um tímpano perfurado indica drenagem da OM. A supuração pode ser persistente ou intermitente. Dependendo da duração da supuração, a otite média crônica (OMC) pode ser classificada como supurativa ou não supurativa.

Classificação



O colesteatoma pode ser classificado como primário ou secundário. O primário ocorre quando sua formação precede a perfuração do tímpano e o secundário se desenvolve-se à partir de um crescimento epitelial em direção à OM, através da perfuração da MT.

Otite Média Secretora (OMS)

Na otite média secretora, o fluido pode estar presente por mais de dois meses na OM atrás da MT, que se apresenta com vascularização e opacificação aumentada, mas não há sinais infecciosos, como abaulamento ou pressão na OM.

Otite Média Crônica Atelectásica (OMC Atelectásica)

Ocorre com o deslocamento da MT em direção à OM. Acredita-se que esta patologia esteja relacionada com a tuba auditiva (TA), causando uma pressão negativa na OM. Tal pressão gera uma retração limitada ou generalizada da MT central ou periférica. A implantação de queratina do líquido amniótico causando uma inflamação focal na OM e tornando mais medial um segmento da MT é uma outra etiologia hipotética.

A condição crônica dessa patologia pode gerar áreas timpânicas que perderam sua camada média, gerando o tímpano bimérico. As perfurações recorrentes nas

mesmas áreas durante crises de otite média aguda (OMA) e a inserção de tubos de ventilação (TV) também podem gerar o tímpano bimérico.

Uma pesquisa retrospectiva mostrou que 10% de casos de OMS gerou tímpanos biméricos. Se o tímpano bimérico aparece após a colocação de TV, a porcentagem alcança 25% de todos os pacientes com OMS.

Portanto, a OMS pode progredir para OMC atelectásica de modo que o tímpano bimérico desloca-se em direção à parede medial da OM e se adere à cadeia ossicular e ao promontório. Isso causa destruição total ou parcial dos ossículos da OM, especialmente no processo longo da bigorna, levando a uma perda auditiva condutiva significante.

As retrações restritas ao quadrante póstero-superior da MT são chamadas de bolsa de retração (BR). O prognóstico é melhor quando a BR elimina espontaneamente a epiderme, caso contrário haverá acúmulo de debris celulares na BR associada com hipertrofia da camada basal e infecção da OM com supuração, granulação e perfuração marginal, às vezes, já acompanhada pelo colesteatoma.

O paciente se apresenta ao médico com perda auditiva condutiva, um histórico anterior de OMA e ou otite média recorrente ou otite média crônica secretora. A queixa de dor é menos freqüente.

A otomicroscopia é essencial para uma avaliação detalhada.

Ao se realizar a otomicroscopia, devem ser observadas as áreas supuradas da MT. Os testes audiológicos determinam o nível da perda auditiva (audiometria) e a persistência da pressão negativa (imitanciometria).

Geralmente é observada uma pneumatização deficiente da mastóide (situada na parte posterior e inferior do osso temporal), usando-se pesquisas radiográficas, especialmente em crianças nas quais esse processo teve início antes dos três anos de idade.

Tratamento: se a pressão negativa persistir, deve ser colocado um TV de longa permanência. Não obstante o tratamento, o paciente deve ser mantido sob observação.

Otite Média Crônica Adesiva

É o estágio final da OMC atelectásica. A perda auditiva e a otomicroscopia (imobilidade da MT que está adesiva) são fatores decisivos para o diagnóstico. Geralmente não há área timpânica livre para a colocação do TV e o prognóstico é ruim. A MT adesiva freqüentemente perfura levando a outras formas de OMC (OMCC ou OMCNC).

Otite Média Crônica não Colesteatomatosa (OMCNC)

Essa doença é caracterizada pela presença de uma perfuração permanente da MT e por alterações crônicas da mucosa da OM. A supuração pode ser persistente ou intermitente. Essa condição é sete vezes mais freqüente do que a OMCC. Quanto menos privilegiado o nível cultural, social e econômico mais freqüente se torna a OMCNC e suas complicações subseqüentes.

Os sintomas mais comuns são otorrêia, perda auditiva, zumbido e raramente dor. A otorrêia pode ser aquosa, sangüinolenta ou mucopurulenta. A supuração pode ser classificada como **transitória** (desenvolvendo-se devido à reinfeção causada por bactéria do conduto auditivo externo através de perfuração da MT ou da TA)

ou **persistente** (devido a infecção crônica da mucosa da OM ou do osso temporal). Uma perda auditiva condutiva está presente, com frequência elevada. O nível de perda auditiva está fortemente relacionado com o grau de erosão causado pelos processos supurativos que atingem a cadeia ossicular e com o tamanho e local da perfuração timpânica.

O zumbido varia de grave a agudo, se a doença afetar a cóclea. A dor é observada apenas se o paciente sofrer de otite externa ou se existir uma complicação.

A otoscopia e, especialmente, a otomicroscopia são procedimentos básicos para observar com exatidão a MT. Para a realização adequada da otomicroscopia, primeiro tem que se limpar corretamente o conduto auditivo externo. As secreções devem ser aspiradas e a cera removida. Geralmente, a perfuração timpânica central é mais facilmente observada do que a periférica.

As perfurações centrais ou mesotimpânicas podem ser localizadas ou totais. A MT residual pode estar hialinizada com placas esbranquiçadas e pode estar ligada ao promotório ou à cadeia ossicular.

O estudo radiológico simples, nas projeções Chaussé III e Schüller está sendo substituído pela tomografia computadorizada da mastóide usando-se cortes axial e coronal, mostrando informações valiosas: pode-se obter a observação completa do ático estado da pneumatização da mastóide, e uma possível patologia do teto da cavidade da OM, avaliação da cadeia ossicular, além de outros achados. Entretanto, devemos entender que este não é um teste essencial para diagnosticar a OMCNC.

Os testes audiológicos mostrarão o grau de perda auditiva causada pelo processo inflamatório crônico.

Diagnósticos diferenciais: a) com outros processos inflamatórios crônicos da OM; b) com histiocitose circundando um granuloma da OM sem epiderme, como em uma forma local de uma doença geral; c) com tumores malignos que são geralmente enfermidades conjuntivas tais como rabdossarcoma ou leiomiossarcoma.

Evolução e prognóstico: OMCNC não tem cura espontânea e podem ocorrer complicações.

Tratamento: o principal tratamento da OMCNC é tentar eliminar a supuração crônica. Os procedimentos necessários são os seguintes: aspiração das secreções, limpeza de tecido de granulação da orelha, instilação de substância, como ácido bórico, para modificar o pH da OM, terapêutica antibiótica oral, gotas tópicas de antibiótico, evitar penetração d'água pelo conduto auditivo externo. Finalmente, o tratamento cirúrgico quando o tratamento clínico falhar em eliminar a supuração e corrigir a perfuração.

Quando a OM não supurar de forma persistente, a melhor solução é uma miringoplastia simples se existir apenas uma perfuração. A timpanoplastia e a ossiculoplastia são realizadas simultaneamente para a reconstrução da MT e a correção de defeitos na cadeia ossicular.

A cirurgia realizada em uma OM seca tem um prognóstico melhor do que em uma OM supurada. O prognóstico é também melhor quando a cirurgia for realizada em pacientes sem infecções de trato respiratório superior e sem enfermidade rinossinusal presente nos meses anteriores.

Embora a idade seja controversa, os autores preferem fazer a cirurgia em crianças acima de 6 anos.

Algumas operações podem ser consideradas prematuras enquanto as perfurações timpânicas pequenas podem agir como TV em OM com pressão negativa. Além disso, deve ser feita uma avaliação do estado da adenóide e uma observação da OM intacta contralateral.

O enxerto a ser colocado depende da experiência do cirurgião. O enxerto do músculo fâscia temporal e pericôndrio do tragus são os mais freqüentemente usados. São divididos em autólogo (do mesmo paciente), homólogo (de outro paciente, vivo ou morto) ou heterólogo (de outras espécies).

As abordagens retroauricular e endoauricular são as mais comumente usadas. A abordagem retroauricular permite uma visualização melhor do tímpano anterior, sendo, por isso, amplamente aplicada.

Os tecidos auriculares e retroauriculares são movidos para frente e o conduto auditivo externo é retificado. O enxerto escolhido é colocado debaixo ou sobre o restante da MT. O enxerto é colocado entre os ossículos. O enxerto repousa em Gelfoam® previamente posicionado.

Em alguns casos, nos quais a cadeia ossicular está interrompida mas tem estribo móvel, pode ser simultaneamente realizado a ossiculoplastia com a miringoplastia, e neste caso, o procedimento é chamado timpanoplastia. A ossiculoplastia usando próteses provenientes do osso cortical da mastóide e da bigorna são técnicas realizadas com mais freqüência.

Otite Média Crônica Colesteatomatosa (OMCC)

O colesteatoma é uma formação semelhante a um tumor, constituído por massa epidérmica esfoliada de uma camada epidérmica basal de dentro da OM.

O colesteatoma pode ser agrupado em 2 categorias diferentes:

- a) colesteatoma primário- é o tipo mais freqüente;
- b) colesteatoma secundário – relacionado com a existência de uma perfuração prévia, anterior à ocorrência do colesteatoma. Essa doença é caracterizada por um colesteatoma localizado atrás de uma perfuração timpânica que geralmente é marginal ou epitimpânica.

Teorias diferentes tentam explicar a etiologia do colesteatoma:

Teoria de Ruedi. A camada epidérmica da bolsa de retração da membrana de Schrapnell causa um espessamento da camada basal epidérmica formando expansões digitiformes da camada germinativa em direção a uma camada sub-mucosa, penetrando, dessa forma no ático;

Teoria de Ulrich. O processo inflamatório crônico leva à transformação metaplásica da mucosa da OM, que se torna epitélio epidérmico;

Teoria de Bezold. De acordo com esta teoria, o colesteatoma aparece em resposta à atelectasia do tímpano em consequência de disfunção tubária permanente;

Teoria de Habermann. O colesteatoma é o resultado de um confronto entre a mucosa da OM com o epitélio do conduto auditivo externo, ao longo da MT perfurada. De acordo com esta teoria, o epitélio do conduto auditivo externo penetra na OM;

Inclusão Epidérmica Embrionária na OM. Essa teoria se aplica apenas para o colesteatoma primitivo ou congênito;

Teoria da implantação de fragmentos celulares de queratina do fluido amniótico. Os ossos temporais de crianças natimortas freqüentemente demonstram cabelo (penugem) e células epiteliais escamosas na OM; pesquisas animais suportam essa teoria.

Em uma OM com infecção ativa, a supuração é geralmente fétida e purulenta devido à superinfecção e à eliminação de fragmentos. A perda auditiva condutiva depende do grau do dano causado pelo colesteatoma. O prejuízo da cadeia ossicular é variável e em alguns casos os defeitos podem se tornar visíveis. Normalmente não apresenta dor. A dor está presente em caso de complicação como a mastoidite.

A otomicroscopia é o exame de primeira escolha a ser realizado. Para isso, o conduto auditivo externo deve estar completamente limpo. A perfuração timpânica, que normalmente é marginal, deve ser inspecionada. A perfuração também pode ser epítimpânica (membrana de Schrapnell). As perfurações epítimpânicas geralmente são pequenas e freqüentemente cobertas com uma crosta. Por isso, a crosta deve ser cuidadosamente removida com uma leve aspiração.

É possível examinar a granulação ou o colesteatoma através da perfuração. O colesteatoma pode estar capsulado ou difuso.

A tomografia computadorizada deverá ser realizada para confirmar em maiores detalhes o grau de opacificação e osteíte que afeta o ouvido e mastóide.

A audiometria confirma o nível de perda auditiva e fornece a base para avaliar a melhor ocasião para realizar a timpanoplastia.

Evolução e Prognóstico: a OMCC piora com o tempo. Tal agravamento leva a complicações, que podem ser localizadas na OM (paralisia facial, fistula no canal semicircular) ou intracraniana (abscesso cerebral, meningites). OMCC também implica em uma série de prognósticos, e talvez seja mesmo pior em crianças quando o colesteatoma tem uma maior capacidade invasiva, expansiva e destrutiva.

Tratamento: cirurgia em todos os casos. A cirurgia é realizada para remover o colesteatoma, tentar diminuir as possibilidades de recorrência, tentar melhorar a audição e para manter uma aparência cosmética externa. A cirurgia recomendada é uma mastoidectomia aberta ou fechada (quer preservando ou abrindo a parede póstero-superior da orelha) acompanhada ou não de timpanoplastia.

Leituras recomendadas

1. Brackmann-DE. Tympanoplasty with mastoidectomy: canal wall up procedures. *Am-J-Otol.* 1993 Jul; 14(4): 380-2
2. Chinski-A, Larenas-J, Feldman-R. Etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media secretora. Un estudio prospectivo de 14 años. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana.* 1993 Ene;38(1).
3. Chinski-A. SOM, its etiology and treatment. Poster. Congreso Europeo de Otorrinolaringología Pediátrica. 1994 Jun.

4. Chinski-A. Cholesteatoma surgery, our experience. Third Extraordinary international Symposium on recent advances in otitis media. Copenhagen. 1-5 Jun 1997.
5. Diamante-V. Otorrinolaringología y afecciones conexas. Promed. 2da edición. 1992:52-70.
6. Kenna-MA; Rosane-BA; Bluestone-CD. Medical management of chronic suppurative otitis media without cholesteatoma in children-update 1992. Am-J-Otol. 1993 Sep; 14(5): 469-73
7. Palva-T; Ramsey-H. Surgery for epitympanic cholesteatoma: evaluation of training and experience. Am-J-Otol. 1993 Jan; 14(1): 82-7
8. Roger-G; Tashjian-G; Roelly-P; Rahmi-H; Lacombe-H; Garabedian-EN. Fixed retraction pockets and cholesteatoma in children. Authors' experience with 199 cases. Ann-Otolaryngol-Chir-Cervicofac. 1994; 111(2): 103-9
9. Rosenfeld-RM; Moura-RL; Bluestone-CD. Predictors of residual-recurrent cholesteatoma in children. Arch-Otolaryngol-Head-Neck-Surg. 1992 Apr; 118(4): 384-91
10. Sade-J Treatment of cholesteatoma and retraction pockets. Eur-Arch-Otorhinolaryngol. 1993; 250(4): 193-9
11. Sade-J; Fuchs-C. Cholesteatoma: ossicular destruction in adults and children J-Laryngol-Otol. 1994 Jul; 108(7): 541-4
12. Stern-SJ; Fazekas-May-M Cholesteatoma in the pediatric population: prognostic indicators for surgical decision making. Laryngoscope. 1992 Dec; 102(12 Pt 1): 1349-52SO
13. Triglia-JM; Gillot-JC; Giovanni-A; Cannoni-M. Cholesteatoma of the middle ear in children. Apropos of 80 cases and review of the literature. Ann-Otolaryngol-Chir-Cervicofac. 1993; 110(8): 437-43.
14. Vartiainen-E; Nuutinen-J. Long-term results of surgical treatment in different cholesteatoma types. Am-J-Otol. 1993 Sep; 14(5): 507-11
15. Wright-CG; Meyerhoff-WL. Pathology of otitis media. Ann-Otol-Rhinol-Laryngol-Suppl. 1994 May; 163: 24-6
16. Yanagihara-N; Gyo-K; Sasaki-Y; Hinohira-Y. Prevention of recurrence of cholesteatoma in intact canal wall tympanoplasty. Am-J-Otol. 1993 Nov; 14(6): 590-4