

O papel da Rinite na Otite Média Crônica

Olavo Mion

As rinites não infecciosas são um grupo de doenças inflamatórias da mucosa nasal caracterizadas por obstrução nasal, espirros, prurido e rinorréia. Estes sintomas são devido a uma hipersensibilidade do sistema imune e fenômenos neurais que ocorrem na mucosa respiratória. A etiologia pode ser alérgica ou não-alérgica, dependendo se existe uma resposta imunológica Tipo I de Gell e Coombs ou não.

A rinite alérgica afeta uma grande parcela da população mundial. Estudos recentes mostram que 10% a 30% da população dos Estados Unidos da América têm rinite alérgica. Estima-se que 40 a 50 milhões de americanos tenham rinite. Em São Paulo, esta porcentagem é ainda maior, devido a suas condições atmosféricas especiais e poluição atmosférica.

Na rinite alérgica, após o contato da mucosa respiratória nasal com antígenos específicos, os mediadores químicos como histamina, leucotrienos, cininas, interleucinas são liberados pelos mastócitos, que aumentam a permeabilidade vascular, fluxo sanguíneo e produção de muco. Estes mediadores também contribuem para a atração e ativação de eosinófilos, que leva a uma ainda maior inflamação local, a chamada inflamação alérgica. Estes são os fenômenos responsáveis pela sintomatologia da rinite alérgica.

Em relação às rinites não-alérgicas, estas entidades são consideradas como diagnóstico de exclusão, devido ao grande número de etiologias não alérgicas da inflamação da mucosa nasal. Existem grandes grupos como a rinite eosinofílica não-alérgica (RENA), e a rinite não-infecciosa não-alérgica perene (NANIPER). A primeira é associada à eosinofilia nasal e à polipose, e até mesmo asma, e a segunda é uma forma de rinite persistente sem etiologia clara, provavelmente com componente neural exacerbado.

A otite média é uma doença multifatorial. Entre os fatores contribuintes para a gênese da otite média estão a disfunção da tuba auditiva, infecções virais ou bacterianas da orelha média, inflamação nasal resultante de rinites ou infecções das vias aéreas superiores. Além destes, existem outros fatores de risco para a otite média, tanto aguda quanto crônica, como tabagismo direto ou indireto, mamadeira, sexo masculino, deficiências imunológicas, disfunções ciliares, fenda nasopalatina e predisposição genética.

O papel da rinite na doença da orelha média é muito controverso. A incidência

de pacientes com otite média com efusão (OME) e alergia varia de 5% a 80%, mais comumente por volta de 23%. Apesar de existirem evidências clínicas da doença inflamatória nasal afetar a função da tuba auditiva na mucosa da orelha média, não existem evidências científicas importantes que provem tal fato.

Em 1931 Proetz notou uma relação entre pacientes com alergia e otite média crônica. Koch produziu o primeiro estudo, em 222 pacientes, que incluía observações de eosinofilia na otorréia. Segundo Koch, os dados “suportavam argumentos de que a orelha média tem reações alérgicas similares às aquelas encontradas no nariz e cavidades paranasais”. Shambaugh suspeitava de alergia como uma possível etiologia, descrevendo dados empíricos e com o seguinte conselho: “mastoidectomia, simples ou radical, não está indicada. Com o diagnóstico e tratamento competente da alergia, preferencialmente por um otologista treinado em alergia, a otorréia é finalmente levada a controle”.

Mion e cols. encontraram doença nasal e eosinofilia em cerca de 50% de pacientes com otite média crônica (33,3% eram alérgicos e 15,7% tinham RENA), mostrando um discreto aumento na patologia nasal quando comparado com outros autores. A conclusão foi que a doença nasal tem um grande impacto na etiologia da doença da orelha média, considerando que uma mucosa normal não tem a presença de eosinófilos.

Na gênese da otite média crônica, a rinite pode ser relacionada de duas maneiras principais: a disfunção da tuba auditiva causada pela reação alérgica na mucosa nasal e a diminuição da frequência do batimento ciliar. De acordo com Bernstein, existem três possibilidades que podem levar com que a reação inflamatória bloqueie a tuba auditiva. A disfunção pode representar uma extensão retrógrada do edema e congestão da mucosa nasal; a atividade mucociliar pode causar a obstrução do óstio da tuba pela secreção nasal e levar à inflamação intraluminal. Muitas das secreções liberadas causam hipersecreção, podendo também estimular as glândulas seromucosas da tuba auditiva a hipersecretar, obstruindo o lúmen.

Apesar da proteção da orelha média contra as secreções nasofaríngeas e o *clearance* mucociliar da tuba auditiva serem duas importantes funções da tuba, provavelmente a sua função mais crítica é a reposição dos gases do ar respirado na orelha média para a manutenção da pressão atmosférica na mesma. Alterações do mecanismo de regulação da pressão na orelha média estão associadas com mudanças na fisiopatologia que levam a pressões baixas significativas, que se prolongadas, levam a otite média com efusão.

A tuba auditiva oferece um trajeto potencial para acesso de antígenos respiratórios à orelha média. Apesar de que alguns estudos não mostrarem elevação dos níveis de IgE na orelha média, estudos de Bernstein sugerem que cerca de 23% dos pacientes alérgicos com otite média com efusão podem ter uma reação alérgica local dentro da orelha média. A maioria dos estudos clínicos e experimentais utilizando antígenos específicos ou mediadores inflamatórios falharam ao demonstrar o desenvolvimento de otite média com efusão sem a presença de disfunção da tuba auditiva. Portanto, parece que outros fatores, incluindo infecções virais e bacterianas envolvendo a região da rinofaringe, contribuem para o desenvolvimento de líquido e infecção na orelha média.

Quarenta a cinquenta por cento das crianças com otite média com efusão tem rinite alérgica diagnosticada com teste cutâneo positivo e IgE específica. Altos níveis de histamina estão presentes nas efusões da orelha média em pacientes alérgicos, mas sabemos que na maioria destes pacientes, o tratamento com anti-histamínicos orais não mostrou diferença estatisticamente significativa quando comparados os alérgicos e não-alérgicos com otite média com efusão. Estes dados confirmam mais uma vez a complexidade destas doenças. O grau de inflamação dos componentes celulares também está envolvido. A degranulação mastocitária, principalmente de triptase, é encontrada em altos níveis nas secreções da orelha média em crianças alérgicas com otite média com efusão. A degranulação eosinofílica, principalmente de proteína catiônica eosinofílica, está presente em 87% dos pacientes com otite média com efusão.

Os eosinófilos penetram na mucosa nasal com o auxílio das moléculas de adesão do endotélio vascular e sofrem diapedese. Os vírus respiratórios também penetram na mucosa respiratória, através das mesmas moléculas de adesão que os eosinófilos. A expressão das moléculas de adesão endoteliais, especialmente a ICAM-1, na rinite alérgica e RENA, pode facilitar as infecções virais do trato respiratório superior, inclusive da orelha média.

O tabagismo direto e indireto tem um papel importante na otite média crônica e na alergia. Entre os fatores de risco para as infecções das vias respiratórias superiores (IVAS) está o tabagismo passivo, a creche e o baixo nível econômico. Atopia foi confirmada em 35% e 38% das crianças com IVAS. O tecido adenoideano removido das crianças expostas ao fumo, mostraram espessura aumentada na análise histopatológica.

Entretanto, autores citados por vários investigadores não encontraram base clínica ou patológica para a alergia na etiologia da otite média com efusão. Segundo Bernstein, a relação entre otite média com efusão e alergia vai permanecer controversa até que estudos clínicos bem controlados forem conduzidos, e a documentação nas populações selecionadas produza resultados que comprovem a eficácia do tratamento da alergia respiratória na prevenção ou limitação da otite crônica.

Não podemos deixar de salientar que devemos sempre suspeitar de doença inflamatória nasal em pacientes com otite média crônica resistente ao tratamento, ou que não respondam apropriadamente após o tratamento cirúrgico.

Leituras recomendadas

1. Fireman, P. Otitis media and Eustachian tube dysfunction: connection to allergix rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99: S787-797.
2. Mion, O et al. The role of rhinitis in chronic otitis media. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003. 128(1): 27-31.
3. Bousquet J et al. The Workshop Expert Panel. Allergic Rhinitis and its impact on asthma. In collaboration with the World Health Organization. *Allergy* 2002; 57: 841-855.