



IAPO-Interamerican Association of
Pediatric Otorhinology

Otite Média Crônica

Mesa Redonda

Moderador: Nelson Caldas

*Participantes: Alberto Chinski, Humberto Guimarães, Sebastião
Diógenes, Shiro Tomita*

Nelson Caldas

Este evento é realmente uma cooperação importante e estreita entre pediatras e otorrinos. Uma necessidade interdisciplinar no tratamento das doenças otorrinolaringológicas, entre as duas especialidades - Pediatria e Otorrinolaringologia – pois, se não houver esta interação, tudo fica mais difícil, para os pais e para os pequenos pacientes. E, mais uma vez, as ações promovidas pela Dra. Tania Sih, através da IAPO, seja por eventos científicos, seja por publicações, são um exemplo deste pensamento.

Comentarei, primeiramente, a respeito do diagnóstico das otites médias, de uma maneira geral, no que diz respeito à otoscopia. Ouvi alguns pediatras dizerem que a otoscopia representa uma dificuldade grande para o pediatra. Acredito que realmente o seja, especialmente em certas condições, pois, mesmo para nós, otorrinos, a otoscopia em uma criança pequena, é bem difícil. Posso confessar que, apesar do todo o arsenal que temos à nossa disposição, chegamos a certas circunstâncias em que achamos, impossível dar um diagnóstico de certeza, sendo nossa responsabilidade como otorrinos muito grande.

Por outro lado, freqüentemente, vemos os pediatras, os mais hábeis, fazerem otoscopia, e dizendo uma frase clássica: “acho que a membrana timpânica (MT) está congesta, retraída, hiperemiada”. Este comentário mostra uma indecisão típica, e com muita justiça, pois ao pediatra faltam, ainda, os instrumentos para remover *debris* de epitélio, rolha de cerúmen, etc.

Tenho uma pergunta para os componentes desta mesa redonda. Quais são os instrumentos que vocês utilizam para fazer uma boa otoscopia em um paciente pediátrico, uma criança pequena, por exemplo. Como realizam a otoscopia? Quais as ferramentas?

Alberto Chinski (Argentina)

A otoscopia, como qualquer outro exame, requer três elementos: uma boa luz, a imobilidade do paciente e o instrumento adequado. Com estes três elementos podemos fazer qualquer coisa, com relação à inspeção do ouvido. Para um bebê, ou uma criança até dois anos ficar quieto, imóvel, depende, em grande parte, da maneira com a qual podemos nos comunicar e “conquistar” a criança. Se nos “lançamos” sobre a criança, com a mãe, o pai, a secretária, a enfermeira, a auxiliar doméstica que ajuda a cuidar a criança, na tentativa de imobilizá-la com um aspirador ou um espéculo maior que o conduto auditivo externo, provocando dor à introdução do mesmo, com toda a certeza o exame será prejudicado. Portanto, para realizar a otoscopia, esta deve ser feita, cuidadosamente, com carinho.

Muitas vezes, são necessárias duas visitas médicas em vez de uma consulta realizada a força, com a criança “esperneando”. Limpar o ouvido é muito fácil, se não usarmos o aspirador. Com uma pinça delicada, porta algodão ou uma pinça tipo “jacarezinho” que nós otorrinos conhecemos, além de uma boa iluminação, um bom otomicroscópio, podemos então fazer um diagnóstico de certeza, em uma ou duas visitas ou consultas médicas. Não acredito que existam crianças impossíveis de serem examinadas.

Nelson Caldas

Obrigado, Dr. Chinski. Gostaria de ouvir a opinião do Prof. Humberto Guimarães. Já estivemos outras vezes em mesas redondas semelhantes e escutei vários comentários, especialmente dos pediatras, sobre a timpanometria, que é um capítulo da impedanciometria, a qual avalia o conteúdo da orelha média, especialmente para o diagnóstico das otites médias com efusão (OME). Observo que, em Recife, onde moro, há um entusiasmo muito grande, do pediatra com a timpanometria. Acredito, na timpanometria como um meio auxiliar diagnóstico, muito bom para determinadas ocasiões. Gostaria da opinião do Humberto sobre a pneumotoscopia, se ela substitui ou complementa a timpanometria para diagnóstico das efusões na orelha média.

Humberto Guimarães

Na platéia temos otorrinos e pediatras. Em primeiro lugar, como o Dr. Alberto Chinski comentou, é fundamental uma boa otoscopia nestes pacientes. Geralmente com uma boa otoscopia iremos comprovar a presença de efusão atrás da membrana do tímpano (MT) e outras patologias também. Portanto, gostaria de enfatizar muito a otoscopia. Se você não examinar direito um ouvido e pedir, de imediato, uma timpanometria ou uma imitanciometria, isto não está correto. É errado pelo seguinte: a imitanciometria tem suas limitações. Por exemplo, se você tiver uma placa de timpanosclerose, a impedanciometria terá seu resultado prejudicado. Portanto é preciso ter muito cuidado. Não é pensar que esse exame (impedanciometria) resolve todos os problemas diagnósticos. A pneumotoscopia é um exame interessante, quando você terá a oportunidade de olhar a MT se movimentar dinamicamente, ou então, quando houver líquido ou efusão atrás dela, verificar que sua movimentação fica prejudicada. Acredito que é um complemento, uma situação na qual temos que combinar os três itens (otoscopia, pneumotoscopia e impedanciometria) para que se possa dar um bom diagnóstico otológico para aquele paciente.

Nelson Caldas

Obrigado, Humberto. Gostaria de pedir ao Dr. Sebastião Diógenes, que fizesse algum comentário sobre o que foi dito até agora.

Sebastião Diógenes

Ultimamente, tenho tido a necessidade de fazer otoscopia em bebês, com menos de seis semanas de vida. O pediatra tem uma criança com febre, anorexia e não encontra uma causa, um foco. O coto umbilical caiu sem problemas e não há nada de anormal no aparelho intestinal. A causa pode ser uma otite média, uma otite neonatal, que como nós sabemos, quanto mais cedo ocorrer, mais grave poderá cursar. Nestes casos, Prof. Nelson, quando tenho alguma dificuldade com

a otoscopia clássica, recorro à fibra óptica que às vezes me ajuda muito. Como é sabido, na criança pequena, no recém-nascido principalmente, a MT ainda está muito inclinada e está espessada. Não possui aquelas características transparentes da MT do adulto. Outra dificuldade que me tem ocorrido com frequência com as otoscopias em crianças, é quando uma criança faz o teste da orelhinha, ou seja, das otoemissões acústicas e o resultado deste teste é negativo, ou seja, ausência de resposta. As causas poderiam ser *debris* epiteliais no canal ou secreção no conduto auditivo externo (CAE) e ou na orelha média. E, às vezes, nós temos dificuldades. Nestes casos, Professor Nelson, tenho recorrido, com êxito, ao exame com a fibra óptica específica para o ouvido e recomendado que se espere 30 dias para repetir o exame de oto-emissão acústica. Na realidade, acho uma observação pertinente, pois nas crianças menores, especialmente naquelas que estão se submetendo ao teste da orelhinha, devemos recordar dois aspectos importantes: em primeiro lugar, um grande número dessas crianças ainda está, naturalmente, com os ouvidos cheios de restos embrionários e mesenquimais. De modo que a criança pode estar realmente com o ouvido "cheio", sem ser portadora uma doença otológica, mas como parte de uma fase de evolução do pós-parto. De maneira que, para fazer os testes pneumáticos, inclusive os testes das emissões oto-acústicas, os resultados podem ser prejudicados por essas circunstâncias. É uma responsabilidade muito grande realizar a otoscopia e a sua interpretação em crianças menores. Nossa responsabilidade é enorme, pois essa criança pode ser interpretada com um resultado positivo para surdez e até ser indicada uma prótese auditiva, sem haver, realmente, certeza do diagnóstico definitivo.

Nelson Caldas

O Prof. Shiro Tomita teria algo para acrescentar?

Shiro Tomita

Corroboro todas as palavras ditas pelos colegas e gostaria de lembrar apenas, que a otoscopia é fundamental para o diagnóstico. Muitas vezes, ao se imobilizar uma criança, o choro constante faz com que haja uma vascularização aumentada na MT. Isso pode levar a pensar em uma otite e muitas vezes é apenas em decorrência desse esforço da criança no ato de chorar. Portanto, o diagnóstico é importante, os exames anteriormente citados, também devem ser feitos de acordo com a experiência de cada um. O tratamento também vai de encontro aos achados e com os exames.

Nelson Caldas

Muito bem. Agora comentando as otites médias crônicas (OMC), devemos esclarecer ou lembrar que as OMC, de uma maneira geral, são divididas em supurativas e não-supurativas, incluindo aquelas com MT perfurada e não-perfurada e as colesteatomatosas ou não-colesteatomatosas. O colesteatoma, que é a "invasão" de pele do CAE e da MT para dentro da cavidade timpânica, representa um capítulo importante e que, enfim, passa a ser um dos grandes problemas dos otorrinolaringologistas, na área pediátrica. Gostaria de perguntar à mesa, primeiramente ao Dr. Humberto Guimarães, como é que você vê a presença de um colesteatoma em uma criança, em relação aos colesteatomas do adulto. Existem cirurgiões que acham que não existe uma grande diferença, porém outros dizem que o colestea-

toma na criança é muito mais perigoso pela textura do próprio osso mais jovem, etc. O que você pensa disto?

Humberto Guimarães

Na criança há dois tipos de colesteatoma, o colesteatoma congênito (CC) e o colesteatoma secundário ou adquirido (CA). O CC é aquele cujo diagnóstico é feito pelo encontro de massa retro-timpânica esbranquiçada, com uma mastóide pneumatizada e sem histórias de otites prévias. Os CA são aqueles que ocorrem após retração da MT. É lógico que temos que considerar o colesteatoma em criança de duas maneiras: não só do aspecto fisiopatológico, mas também do aspecto terapêutico. Quanto à cirurgia, sou a favor da técnica de mastoidectomia mais conservadora, do *canal up*. Quando você está lidando com o CA em uma criança, há necessidade de conversar muito com esses familiares para explicar que uma cirurgia só (um único tempo cirúrgico) às vezes não resolve e você terá necessidade de outras cirurgias até eliminar o problema. As mães geralmente não gostam de lidar com uma cavidade de mastoidectomia radical (*canal down*) que por mais perfeita que fique, mais epitelizada, sempre traz algum problema para esses pacientes. Em se lidando com o CC, acredito que para fazer um diagnóstico precoce, é necessário pensar na possibilidade desta patologia. Os pacientes com otite média com efusão (OME), por exemplo, devem ser muito bem examinados na otoscopia, sobretudo em um caso unilateral, porque geralmente essa OME pode ser um CC. Se esse CC for detectado precocemente, a cirurgia é muito mais fácil. Não é preciso fazer timpanomastoidectomia, e nem a timpanotomia posterior. Faz-se uma incisão, com a visão do relógio de 9 até as 3 horas, na qual se rebate a MT e se tira o colesteatoma no local onde fica localizado, em geral na parte superior da abertura da tuba auditiva (TA), onde, embriologicamente, existe um epitélio diferente daquele existente dentro da orelha média.

Nelson Caldas

Muito obrigado, Dr. Humberto, você nos deu uma explicação muito boa, no que diz respeito às técnicas cirúrgicas para tratar o colesteatoma. Foi realmente muito útil para todos, mas acredito que a população de colegas pediatras não seja familiarizada, enfim, com essas técnicas abertas e fechadas (*canal up /canal down*). Este assunto é realmente fascinante para o otorrinolaringologista, especialmente para o otologista. Gostaria da opinião do Dr. Alberto sobre o colesteatoma na criança e no adulto. O senhor pensa que eles são tratados da mesma forma?

Alberto Chinski

Vou falar sobre o colesteatoma na criança. Na criança, o colesteatoma, como sabemos, é muito agressivo, mais do que no adulto. Os colesteatomas podem ser congênitos ou adquiridos. No colesteatoma congênito (CC), quando diagnosticado precocemente, a cirurgia é muito simples, procedendo-se a ressecção. O colesteatoma adquirido (CA) costumamos dividi-lo em dois grupos: naqueles pacientes economicamente menos e nos mais favorecidos. Lamentavelmente, é assim. As possibilidades de recidiva são muito maiores nas pessoas mais pobres. Quando o CA é muito invasivo, a cirurgia é mais agressiva. Durante muitos anos trabalhei no Hospital Infantil Ricardo Gutierrez em Buenos Aires, com crianças mais desfavorecidas e, realmente, operávamos todos os colesteatoma ou porque já

estavam muito invasivos ou porque apresentavam alguma complicação. Para estes pacientes nós consideramos que há necessidade de ser feita uma mastoidectomia radical (*canal down*) para assegurarmos que não haja possibilidade de recidiva deste colesteatoma, uma vez que é comum ficar um resíduo (conhecido como pérola de colesteatoma). No mesmo tempo cirúrgico da mastoidectomia radical fazemos uma timpanoplastia.

Nelson Caldas

Muito obrigado, Dr. Alberto, o senhor foi muito claro. É importante os pediatras terem o conhecimento que o colesteatoma na criança é mais grave, pois cresce com uma facilidade maior. Como o Dr. Humberto falou anteriormente, o CC, o genuíno, que Dr. Alberto também concorda, aparece por trás da MT íntegra, na forma de uma pérola, às vezes muito mais discreta do que essa, sendo muito difícil fazer o diagnóstico. Mesmo os otorrinolaringologistas um pouco menos informados, ou aqueles que não tenham a sua disposição um instrumental com magnificação otoscópica ou mesmo o otomicroscópio, às vezes deixam passar colesteatomas com 1/3 do tamanho habitual, mas que um otorrino experiente, com uma ferramenta de magnificação mais adequada, permitindo uma otoscopia exemplar pode diagnosticar com certa facilidade. Algumas vezes, estas crianças demonstram alguma dificuldade auditiva, como único sintoma. Por isto é necessário uma otoscopia adequada.

A dificuldade auditiva é difícil de ser percebida, uma vez que o CC pode ser unilateral e esta dificuldade de audição sendo unilateral, o lado bom do ouvido compensa, e o CC passa despercebido. Por isso em qualquer paciente que tenha sua MT examinada, especialmente em uma criança menor, deve-se dar muita atenção às nuances de alteração da otoscopia. Este tipo de colesteatoma só dá sintoma quando se exterioriza, começa a supurar e aí, o mal já está feito. De modo que é muito importante o diagnóstico precoce e para isso há necessidade de uma otoscopia boa e acurada. Dr. Sebastião, o que pensa a este respeito?

Sebastião Diógenes

Quando, à otoscopia, verificamos através da MT íntegra, uma tumoração esbranquiçada, já está ficando mais clara, a possibilidade de ser um CC. O CC, com o seu crescimento, vai evoluindo e termina por perfurar a MT e, muitas vezes, a criança chega ao ambulatório do nosso serviço público, com otorrêia, e como o senhor muito bem falou, com o mal já feito. Fica difícil, nessa situação, saber se é um CA ou um CC que exterioriza a sua queratina através de uma MT perfurada. De tal sorte que, nestas circunstâncias, a certeza absoluta de se tratar de CC é muito pequena. A certeza do diagnóstico fica para aqueles casos em que tenho a oportunidade de examinar o paciente na fase em que a MT ainda encontra-se íntegra.

Nelson Caldas

Muito obrigado, Dr. Sebastião. Dr. Shiro, um comentário.

Shiro Tomita

Uma vez diagnosticado, seja na criança, seja no adulto, o colesteatoma, desde que haja as condições clínicas favoráveis, tem indicação de remoção cirúrgica. Não vou discutir a técnica aqui nesta mesa redonda. Sabemos que na criança, realmente o colesteatoma é do tipo mais agressivo, difunde-se mais e há uma destruição

muito maior. Portanto, uma vez feito o diagnóstico o tratamento é igual à cirurgia, para evitar as seqüelas e as complicações que poderão ocorrer. Em relação ao CC, o Sebastião comentou muito bem: muitas vezes em uma otoscopia não sabemos se é uma MT que rompeu e deu margem à formação de um cisto colesteatomatoso, ou se o cisto já foi formado embriologicamente, o qual rotulamos de CC. Portanto, às vezes é difícil fazer um diagnóstico de CC, principalmente em uma criança, pelas dificuldades em se realizar uma boa otoscopia.

Nelson Caldas

Muito obrigado. Vejo, portanto, uma unanimidade entre os componentes da mesa redonda no sentido que o colesteatoma na criança é muito mais invasivo, destrutivo e agressivo que no adulto, sendo esta uma mensagem muito importante para esta interdisciplinaridade com os pediatras.

Agora gostaria de tecer alguns comentários sobre os tubos de ventilação (TV) que, como sabemos, são indicados principalmente para OME. A partir de Armstrong, em 1951, existiam os TV de polietileno. Depois eles evoluíram com vários outros tipos de materiais. Durante mais de 50 anos os TV têm sido colocados de maneira quase inócua. Até foi considerada a cirurgia realizada em maior número nos Estados Unidos, perdendo somente para a cirurgia da circuncisão. Até pouco tempo, a complicação maior dos TV era uma eventual supuração ou otorréia. Agora, me parece que a maioria supura. Fico, então, restringindo minhas indicações para colocação dos TV, não por suas vantagens ou desvantagens, mas pelo receio de um número maior de complicações. De modo que, antigamente, quando colocava um TV resolvia o problema da criança e hoje crio um problema para a criança e para mim, com a otorréia persistente através de muitos TV. A supuração é contínua e não pára com nada: fazemos medicação, antibióticos orais, parenterais e a otorréia persiste, sendo a única solução a retirada do TV. O que há de novo, é a presença do biofilme, que é adesão de uma “arquitetura tipo uma mansão” que um agrupamento de bactérias fazem. Esta “mansão” tem túneis de comunicação uma com a outra. Uma verdadeira comunidade de diferentes microorganismos. Estes biofilmes, pela sua adesão, criam as patologias tipo otorréia sobre o TV. Não só contaminam a mucosa da orelha média: não satisfeitos, vão em direção às próteses. Conversando outro dia com um colega que faz implante coclear, ele externou sua preocupação, pois começaram a achar essas “mansões” também nos implantes. Os endoscopistas estão encontrando biofilmes em suas sondas. Alguns autores argumentam que a melhor maneira de tratar os biofilmes é colocar TV e, depois, colocar gotas com antibióticos nos ouvidos daqueles pacientes portadores de otites médias agudas recorrentes para os quais foi indicado TV. Qual é a opinião dos componentes da mesa?

Alberto Chinski

O biofilme é realmente um tema novo. Quando há biofilme na mucosa da orelha média, é necessário colocar o TV e, se supura continuamente é possível que o biofilme tenha aderido no TV. Neste caso usam-se gotas locais com antibióticos e, se não houver a resolução, recomenda-se a remoção do tubo e a colocação de um novo *set* de TV.

Nelson Caldas

Dr. Sebastião, você tem algum comentário sobre o biofilme?

Sebastião Diógenes

Tenho realmente me dedicado ao estudo dos biofilmes. No passado colocávamos o TV e resolvíamos o problema. Creio que ele continua resolvendo. Há um preço. Hoje, esse preço, muitas vezes, é a otorréia crônica. Aquilo que fazíamos no passado, com os pacientes com perfuração de MT e com otorréia, como os curativos, a limpeza com água oxigenada, tudo isto já estava atuando nestes biofilmes, pois uma de suas fases de patogenicidade é aderência à superfície, quer seja epitelial da orelha média, quer seja no próprio TV. Os curativos e as aspirações das secreções já ajudavam a “destacar” ou remover estes biofilmes. Penso que o TV ajuda, resolve o problema da retração da MT e previne as bolsas de retrações. Devemos colocar o TV, mas temos de ficar atentos quanto à possibilidade do desenvolvimento de biofilmes no pós-operatório. Devemos acompanhar o paciente. Penso que é melhor uma otorréia intermitente que uma bolsa de retração ou um coles-teatoma no futuro.

Shiro Tomita

Esse processo da evolução da otite média aguda (OMA) é um contínuo, na visão de Michael Papparella. A escola de Papparella fala do *continuum*. O processo na evolução de uma otite média crônica (OMC), desde seu início, envolve problema de disfunção tubária, alteração da mucosa da orelha média, seja por hipertrofia, metaplasia, distúrbio da ventilação da caixa média, desequilíbrio nas trocas gasosas na caixa média, na irrigação, na vascularização. Há todo um processo que modifica o “ambiente” da orelha média, favorecendo, então, a instalação dos processos inflamatórios e infecciosos.

Quando faço um diagnóstico de otite média com efusão (OME), seja secretora, por exudato, transudato, só faço a timpanocentese e não coloco o TV. Acredito que a remoção das adenóides – geralmente a criança tem hipertrofia adenoidea-na, - permite uma ventilação melhor. Fazendo só a paracentese, acoplado a um tratamento clínico, você pode trazer um resultado muito bom para a criança. Entretanto, muitas vezes, somos surpreendidos por uma OME que não melhorou e continua evoluindo.

Nestes casos, é necessário colocar o TV. Com relação a otorréia persistente através do TV, quando há então suspeita de biofilme mantendo esta otorréia, devemos remover o TV e colocar novo *set* de TV.

Nelson Caldas

É bom também retirar a adenóide.

Alberto Chinski

Estatisticamente, só um em cada 10 TV colocados drena ou tem otorréia no pós-operatório.

Nelson Caldas

Antigamente drenava alguns dias. Dois ou três. Mas agora, em muitos casos a otorréia persiste por muito mais tempo, causada pelos biofilmes.

Muito obrigado, aos componentes desta mesa. Foi um prazer para mim coordená-la!