

Otite Média com Efusão / Otite Média Secretora

Silvio Caldas Neto

Definições

Os processos inflamatórios da mucosa da orelha média (OM) podem ser chamados de várias formas. As denominações se confundem com frequência e a compreensão dos eventos fisiopatológicos pode ser comprometida, se uma definição não for muito bem estabelecida.

Em relação à inflamação crônica da mucosa com membrana timpânica (MT) intacta, dois termos são preferencialmente usados: *otite média com efusão* (OME) e *otite média secretora* (OMS). Uma análise menos cuidadosa pode interpretar esses termos como duas formas de definir uma mesma situação. Na verdade, eles carregam uma diferença ligeira, mas significativa.

A OME é definida pelo guia de orientações *Clinical practice guidelines: otitis media with effusion*, de 2004, como “a presença de fluido na OM sem sinais ou sintomas de infecção aguda”. Essa definição não indica o tipo de condição patológica da mucosa, nem qualquer limite de tempo.

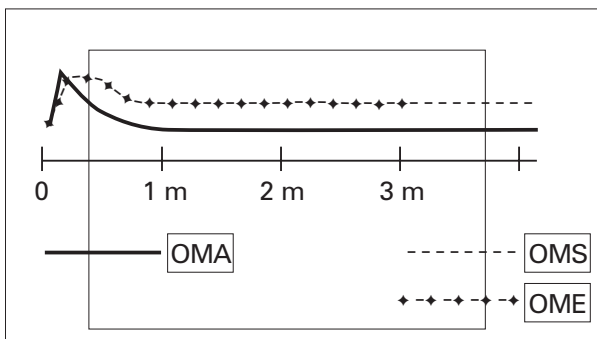
Por outro lado, de acordo com o “Consenso Sobre Otites Médias” da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, 1999, OMS é o termo utilizado para definir o “processo inflamatório crônico da mucosa da OM caracterizado pela persistência de fluido na cavidade timpânica por mais de três meses”. Assim, o termo se refere ao estado de metaplasia hipersecretora que produz uma secreção seromucosa que ocupa a luz da OM em condições de hipoventilação do revestimento mucoso.

Pela primeira definição, pode-se admitir que o fluido seroso que persiste na OM poucos dias depois de um episódio de otite média aguda (OMA) será colocado no mesmo contexto de uma secreção mucóide produzida por uma mucosa cronicamente inflamada e que persiste por vários meses. Na verdade, até mesmo um episódio agudo, quando assintomático, poderia ser interpretado como um caso de OME. Desse modo, é razoável dizer que a definição de OME pode ser aplicada a estágios bem diferentes da inflamação da OM, com abordagens terapêuticas bastante distintas.

Em geral, com exceção do episódio agudo sintomático, a única situação em que a presença de fluido na OM exige qualquer atenção é, como veremos mais adiante, quando a efusão dura mais de três meses, porque, na maior parte dos casos, isso indica um estado inflamatório crônico e de difícil reversibilidade, com variável relevância do ponto de vista funcional. Por essa razão, nós preferimos usar o

rótulo OMS e a sua definição acima mencionada. Entretanto, neste capítulo, uma vez que o termo OME é universalmente aceito, vamos utilizar ambos os conceitos em diferentes ocasiões. O gráfico abaixo (**Gráfico 1**) representa as diferenças no comportamento evolutivo do processo inflamatório em diferentes tipos de otite média de acordo com as suas definições comumente aceitas.

Gráfico 1. Evolução no tempo (meses) do processo inflamatório nos diferentes tipo de otite média: OMA (otite média aguda), OMS (otite média secretora) e OME (otite média com efusão).



Epidemiologia

OME ou OMS é uma doença bastante prevalente em crianças pequenas. Esta prevalência pode variar segundo a idade (maior entre os dois e cinco anos), estação do ano (mais freqüente no inverno), etnia (índios, africanos, aborígenes e esquimós parecem ser mais predispostos), freqüência a creches, tempo de aleitamento materno e fatores genéticos.

Etiopatogenia

A túnica mucosa da OM é do tipo respiratório. Ela possui uma lâmina própria com glândulas submucosas revestida por epitélio pseudo-estratificado ciliado, que contém também células caliciformes entremeadas. Essa arquitetura mucosa pode ser completamente apreciada apenas na tuba auditiva e porções mais anteriores da fenda timpânica, sendo o restante coberto por um mucoperióstio não ciliado com praticamente uma única camada de células. De qualquer forma, este epitélio respiratório é responsável por trocas gasosas entre o sangue e o ar da OM. Essa troca é fundamental para a integridade celular e o ar que preenche a cavidade timpânica é provido pela tuba auditiva, que se abre periodicamente por ação da musculatura do palato mole durante a deglutição, comunicando assim a nasofaringe com o espaço da OM.

A abertura da tuba auditiva, então, permite uma boa troca gasosa pela mucosa e, além disso, também equilibra a pressão aérea da OM com a do meio externo. Como já foi dito, isso é essencial para a integridade do epitélio, mas também para o perfeito funcionamento do conjunto tímpano-ossicular. Quando a energia sonora atinge a superfície externa da MT, esta começa a vibrar em harmonia com aquela energia. Para que a MT vibre adequadamente, deve haver um perfeito equilíbrio

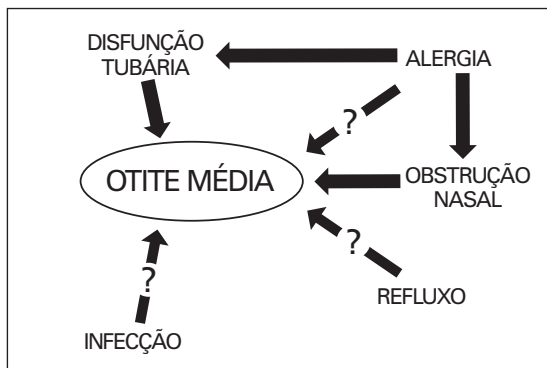
de pressão de ar entre os seus dois lados. Qualquer diferença entre essas duas pressões pode levar a um deslocamento e estiramento da membrana, reduzindo seus movimentos e alterando os mecanismos de transmissão sonora. Pior ainda quando a OM se enche de fluido.

Além do desequilíbrio de pressão, a falta de aeração da OM causa alterações inflamatórias no revestimento mucoso. Primeiro, edema e transudação são provocados pela pressão negativa sobre a superfície mucosa, enchendo os espaços aéreos com fluido seroso. Isto é seguido de infiltração neutrofílica e exsudação. Se os mecanismos que causaram a disfunção tubária são de natureza crônica, o processo inflamatório tende igualmente à cronicidade, caracterizada por infiltrado linfomonocitário e metaplasia da mucosa, com proliferação e hiperfuncionamento das células caliciformes e glândulas submucosas. Se essas alterações duram por mais de três meses, elas determinam o quadro da OMS.

A disfunção da tuba auditiva é o fator mais implicado na gênese da OMS. O exemplo mais comum é o bloqueio do seu óstio interno pela adenóide. Porém muitos outros fatores podem contribuir para o desencadeamento ou manutenção dessa condição patológica, como mostra o diagrama abaixo (**Diagrama 1**).

A alergia, por exemplo, pode ser implicada, tanto direta como indiretamente, como um agente etiopatogênico da OME/OMS. Alguns estudos apontam para a presença de elementos de resposta alérgica no fluido coletado de pacientes com OME como um indicador da atuação da OM, como um órgão gerador da reação alérgica. Por outro lado, a rinite alérgica pode contribuir para bloqueio da tuba auditiva por edema, desempenhando, portanto, um papel indireto na origem da inflamação da OM. Além do mais, o chamado efeito de Toynbee pode ser provocado pela deglutição quando o nariz está obstruído pela rinite ou outra causa de obstrução nasal, promovendo, ao invés de equilíbrio de pressão, a sucção do ar da cavidade timpânica, agravando ainda mais o estado de pressão negativa. Independentemente da alergia ser um fator causal direto ou indireto de OME/OMS, é certo que as crianças atópicas são muito mais predispostas a otite média do que as não alérgicas.

Diagrama 1. Otite média multifatorial



A infecção é um outro fator freqüentemente implicado. Apesar dos estudos existentes mostrarem que o fluido na OME ou OMS é estéril na maior parte dos casos, o achado de bactérias em alguns pacientes pode justificar, para alguns autores, a teoria de que o estado crônico é mantido por isso. Finalmente, tem-se ainda demonstrado que refluxo gastro-esofágico talvez tenha um papel importante na patogênese de alguns casos de OME/OMS. Os trabalhos recentes mas já clássicos de Taker e col. em 2002 mostraram a presença de pepsina e pepsinogênio no conteúdo da OM em casos de OME. Quanto ao fumo passivo e à postura durante a amamentação, restam ainda dúvidas sobre a sua participação na OME/OMS.

Vários marcadores de inflamação estão envolvidos nos processos patológicos que originam a OME/OMS, como o fator de necrose tumoral alfa, superóxido-dismutase, interleucinas 1beta, 6, 8 e 10, óxido nítrico, entre outros. Eles parecem ter participação em diversas fases da reação inflamatória, estimulando metaplasia, produção de mucina e proliferação celular.

Sinais e sintomas

Muitos casos de OME/OMS são assintomáticos e o diagnóstico é feito pela otoscopia durante o exame otorrinolaringológico de rotina. Quando qualquer sintoma está presente, o mais importante é a perda auditiva, apesar dessa queixa poder passar despercebida em crianças pequenas. Outra manifestação clínica mais perceptível é a otite média aguda recorrente, com episódios de otalgia com ou sem febre. Além dos sintomas otológicos, pode haver queixas respiratórias relacionadas mais aos fatores etiopatogênicos do que à otite em si, como obstrução nasal, roncos, respiração bucal, etc.

O diagnóstico é usualmente feito pelo exame físico. A otoscopia pode mostrar diferentes graus de retração da MT e fluido na OM. A otoscopia pneumática pode ser essencial em crianças menores. Segundo a definição de OME, esses achados são suficientes para o diagnóstico, independente do tempo de duração. Já para o rótulo de OMS, pelo menos três meses de observação são necessários.

A audiometria é fundamental para avaliar a repercussão funcional, que pode ser decisiva para estabelecer as medidas terapêuticas. A disfunção auditiva pode variar bastante, desde nenhuma perda até uma surdez condutiva de moderada intensidade, mais pronunciada nas freqüências graves. A imitanciometria pode confirmar a disfunção da tuba auditiva (timpanograma tipo C) ou a presença da efusão na OM (timpanograma tipo B). Mas, normalmente, ela não é necessária para o diagnóstico, embora, em casos de otoscopia difícil, possa ser muito útil.

Exames de outra natureza (radiológicos, citológicos, sorológicos, endoscópicos etc) podem ser usados para avaliar os fatores pré-disponentes.

Tratamento

Três tipos de medidas podem ser utilizados para tratar a OME/OMS: aquelas dirigidas aos fatores predisponentes, aquelas que objetivam a reversão da reação inflamatória da mucosa e as destinadas a drenar mecanicamente e ventilar a OM. No primeiro tipo diversas escolhas terapêuticas podem ser aplicáveis dependendo do fator predisponente envolvido. No caso de hipertrofia da adenóide, está indicada adenoidectomia, com muito bons resultados. Quando é identificado

refluxo-gastroesofágico, pode-se controlá-lo por meio de cuidados posturais, dieta ou drogas. A rinite alérgica deve ser tratada, bem como a alergia alimentar, quando presente. Deve-se, enfim, dar atenção ao fumo passivo e outros fatores ambientais.

Para agir diretamente na inflamação, o tratamento mais usado é com corticosteróides orais, normalmente administrados por 14 a 21 dias com esquema de dose regressiva, apesar da falta de uma base científica definitiva para o seu emprego e do seu pouco valor a longo prazo. O corticosteróide reduz não só o edema, mas também a metaplasia, a liberação de prostaglandinas e a viscosidade da efusão. A resolução do edema na região da tuba auditiva facilita a sua abertura e, conseqüentemente, a drenagem natural e a ventilação da caixa timpânica. Os antibióticos são empregados, por alguns autores, como uma maneira de combater a infecção mucosa subclínica, com algumas boas respostas no curto prazo, mas, assim como no caso dos esteróides, as revisões sistemáticas mais recentes não têm evidenciado bom efeito a longo prazo.

Finalmente, a inserção de tubo de ventilação através de uma miringotomia está indicada quando as medidas clínicas falham. Pode ser feita de forma associada ou não à adenoidectomia, dependendo da participação da adenóide na obstrução da tuba auditiva. Existem vários tipos de tubos de ventilação, que são confeccionados para uma permanência maior ou menor na MT. A decisão sobre qual tipo de tubo deve ser usado é com base em inúmeros fatores, incluindo tipo de secreção, inserções prévias de tubos, condições sociais e psicológicas e preferências individuais.

A indicação de qualquer tipo de tratamento tem como base as duas manifestações clínicas maiores: hipoacusia e otites de repetição. Caso não ocorram episódios freqüentes de agudização e a audiometria não mostrar déficit importante, nenhum tratamento estará indicado, além da observação rigorosa e periódica até que a efusão desapareça espontaneamente. Nesse particular, existe uma diferença fundamental entre OME/OMS. Como o termo OMS se aplica a uma inflamação crônica bem estabelecida, desde que haja qualquer sintoma relevante, há necessidade de tratamento. Diferentemente, a OME pode representar tanto uma inflamação subaguda quanto uma doença crônica ou mesmo a fase de convalescença de uma otite média aguda. De acordo com o guia de orientações *Clinical practice guidelines*, só há necessidade de tratamento depois de um período mínimo de três meses de persistência da efusão (quando o processo passa a ser considerado crônico). Dessa forma, pode-se dizer que a OME só tem relevância clínica quando ela se torna OMS.

O *guideline* propõe um protocolo de tratamento muito prático da OME, com base em evidências científicas, que pode ser resumido como se segue: uma vez que o diagnóstico é feito, deve-se observar o paciente por três meses durante os quais nenhum tratamento é indicado. Depois desse período, se o quadro persistir, a audição deve ser testada. Se não houver perda auditiva importante, reavaliações a cada três a seis meses devem ser conduzidas, até que a efusão não esteja mais presente ou até que apareça alguma perda auditiva relevante ou alguma alteração estrutural significativa da MT. Nesses casos, o tratamento de primeira escolha

deve ser a colocação do tubo de ventilação, associada à adenoidectomia se houver hipertrofia importante da adenóide. Se houver recorrência, outro tubo deve ser inserido, desta vez, com adenoidectomia independentemente do tamanho da adenóide. Um tubo de ventilação permanente pode ser necessário em casos mais refratários, quando não houver nenhuma perspectiva de recuperação da função tubária. Este é o caso, por exemplo, das fissuras palatinas.

Leituras recomendadas

1. Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ et al. Clinical practice guideline: otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130(5 suppl.):S95-118.
2. Campos CH, Oliveira JÁ, Endo L et al. Consenso sobre otites médias. *Rev Bras ORL* 1999;65(1 suppl.):14.
3. Caldas Neto S. Otite média secretora. In: Caldas N, Caldas S, Sih T, eds. *Otologia e Audiologia em Pediatria*. Rio de Janeiro, Revinter, 1999:58-62
4. Tasker A, Dettmar PW, Panetti M, Koufman JA, Birchall JP. Reflux of gastric juice and glue ear in children. *Lancet* 2002;359:493.
5. Tasker A, Dettmar PW, Panetti M, Koufman JA, Birchall JP. Is gastric reflux a cause of otitis media with effusion in children? *Laryngoscope* 2002;112:1930-4.
6. Ryan AF, Jung TT, Juhn SK, Li JD, Andalibi A, Lin J, Bakaletz LO, Post CJ, Ehrlich GD. Recent Advances in Otitis Media. 4B. Biochemistry. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2005;194:50-5.