

RECOLOCAÇÃO DO TUBO DE VENTILAÇÃO DEVIDO A RECIDIVA DE OTITE MÉDIA SEROSA E HIPOACUSIA BILATERAL

Juliana Freire CARVALHO*

Aldecy Alexander MOREIRA*

Camila Ramos SILVA*

Sergio Ricardo MAGALHÃES¹

*Aluno do curso de Medicina da Universidade Vale do Rio Verde.

1- Orientador: Doutor, professor e Orientador na Universidade Vale do Rio Verde

RESUMO

A otite média serosa é caracterizada pela presença de secreção inflamatória (serosa). Em geral se manifesta por perda auditiva e otites agudas de repetição. Está relacionada à obstrução da tuba auditiva, podendo fazer parte do quadro clínico das alergias das vias aéreas superiores, aumento da adenóide e sinusites. Seu tratamento pode ser clínico, com resolução espontânea, e ocasionalmente cirúrgica, com a colocação de tubos de ventilação.

Palavras chave: Otite Média Serosa, Tubo de Ventilação, Hipoacusia.

REPLACEMENT VENT TUBE DUE TO RECURRENCE OF SEROUS OTITIS MEDIA AND BILATERAL HEARING LOSS

ABSTRACT

The serous otitis media is characterized by secretion of inflammatory (the serosa). Usually manifested by hearing loss and recurrent acute otitis media. Is related to obstruction of the hearing tube, which may be part of the clinical picture of upper airway allergies, increased adenoid and sinusitis. Your treatment may be clinical, with spontaneous resolution, and occasionally surgery with placement of ventilation tubes.

Keywords: Serous Otitis Media, Tube Ventilation, Hearing loss.

INTRODUÇÃO

A otite média serosa, atualmente, é a patologia auditiva mais diagnosticada em crianças pelo médico otorrinolaringologista em sua prática clínica diária. É uma patologia

difícilmente detectada pelos pais. Trata-se de uma patologia auditiva com evolução lenta, sem causa específica, podendo ser agravada no seu quadro inicial, com a existência de fatores de risco.

Os principais sintomas de otite média são: otalgia, sensação de ouvido cheio, otorréia, diminuição ou perda de audição, vertigens, associado a sintomas gerais como febre, vômitos, irritabilidade, sono alterado. Crianças em idade escolar podem exibir desatenção, conduta inadequada como sintomas de diminuição da audição, secundária à efusão do ouvido médio.

Estima-se que cerca de 90% da população infantil tenha sofrido pelo menos 1 episódio de otite aguda antes do 2 anos de idade (TESTA *et al* APUD SCHRAFF, 2010). A perda de audição consequente à otite implica o dano mais frequente encontrado nessa população e pode ser responsável por atraso de aquisição de linguagem, cognição e desenvolvimento psicossocial.

A maior incidência ocorre nas crianças de 6 a 13 meses, com um segundo pico de incidência aos cinco anos, com forte associação de fatores imunológicos e sociais. A base fisiopatológica está intimamente ligada à disfunção da tuba auditiva, por distúrbios anatômicos ou por alterações inflamatórias e histológicas (OLIVEIRA *et al* APUD ROSENFELD *et al*, 2009).

A tuba auditiva estende-se desde sua abertura timpânica à parede lateral da rinofaringe, permitindo a entrada de ar na cavidade da orelha média. É indispensável não só para a manutenção do espaço aéreo da orelha média,

como também para a defesa das cavidades das vias aéreas superiores contra infecções ascendentes (CALDI, 1999).

A evolução da otite média serosa, de acordo com Shi (1998), tem o mesmo padrão de desenvolvimento nas crianças. Inicia-se com um antecedente por alergia ou infecção causando um edema da mucosa do trato respiratório, incluindo nasofaringe, tuba auditiva e orelha média. As secreções produzidas nesta cavidade não encontram saída e ali se acumulam.

Caldi (1999) relata em seu estudo que os agentes bacterianos patogênicos frequentemente encontrados em materiais extraídos da orelha média com presença de otite, seriam os *Streptococcus Pneumonia*, *Staphilococcus Aureus*, o *Haemophilus Influenzae*, a *Moraxella Catarralis*, e menos frequentemente os *Streptococcus Pyogenes*. Para o diagnóstico definitivo da otite média serosa é necessário que se façam exames complementares que incluem audiometria tonal e imitaciometria.

O tratamento da otite média serosa pode ser clínico ou cirúrgico. O tratamento cirúrgico padrão é a timpanostomia e posicionamento de tubo de ventilação, que permite a retirada do líquido da orelha média durante a cirurgia por aspiração e no seguimento, além de permitir a entrada de ar na orelha média, restaurando a audição da criança e revertendo

as alterações do epitélio da orelha média (ROSENFELD *et al*, 2004).

De acordo com o American Academy of Pediatrics, em um guideline sobre Otite Média Secretora, um paciente é considerado candidato à cirurgia quando tem diagnóstico estabelecido de OMS por 4 meses ou mais com perda auditiva persistente e a miringotomia com inserção de tubo de ventilação é preferida a miringotomia apenas (TESTA, 2010).

O objetivo do artigo é mostrar um relato de caso de um paciente atendido na Policlínica de Nova Lima com indicação cirúrgica de timpanostomia devido a recidiva de Otite Média Serosa associada a hipoacusia bilateral.

RELATO DE CASO

Paciente, Y.R.S., sexo masculino, sete anos, pardo, de baixa renda, nascido e residente em Nova Lima, MG, atendido no dia 28 de maio de 2012 na Policlínica de Nova Lima com queixa principal de hipoacusia e otalgia progressiva há cerca de um mês. Menor diz que acorda praticamente sem dor, mas que esta aumenta ao longo do dia, principalmente na escola, por causa da quantidade de ruídos. Afirma não existir nada que melhore o quadro. Pai relata ainda dificuldade no desenvolvimento escolar do filho em função da queixa. Nega outros sintomas.

Paciente foi submetido à adenoamigdalectomia e implante bilateral de tubos de ventilação (carretéis) nas membranas timpânicas há três anos. Nega outras cirurgias e/ou internações anteriores. Nega outras enfermidades pregressas. Nega alergias. Cartão de vacinação em dia (SIC).

Ao exame físico, paciente em bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, afebril e anictérico, fascies atípica, mucosas coradas, responsivo, colaborador, ativo e reativo, respirador oral. Aparelhos cardiovascular e respiratório sem anormalidades. Pressão arterial de 95/60mmHg, frequência cardíaca de 90bpm e frequência respiratória de 22 ipm. Na oroscopia apresentou fluorose, mordida cruzada e aberta e ausência de amígdalas. Na rinoscopia observou-se secreção nasal mucosa. Na otoscopia foi evidenciada presença bilateral de cerúmen em abundância; membranas timpânicas direita e esquerda retraídas e opacificadas com presença de secreção serosa.

Com a impressão diagnóstica de hipoacusia associada à otite serosa, foi pedido uma fibronasolaringoscopia e audiometria para comprovação da possível recidiva de colocação de tubos de ventilação bilateralmente nas membranas timpânicas em função da ausência de maturação das respectivas tubas auditivas. Uso de Clenil spray nasal.

DISCUSSÃO

A otite média é uma doença com alta prevalência na população pediátrica e apresenta amplo espectro de manifestações clínicas, dificultando o diagnóstico. Sua fisiopatologia se baseia na deficiência de manter o microambiente da orelha média livre de secreções e com a pressão semelhante ao meio externo. Geralmente se inicia com um evento inflamatório. Estas alterações predispõem a metaplasia da mucosa da orelha média, com o aumento de células caliciformes e aumento da expressão do gene da mucina, promovendo a presença de fluido viscoso e levando às manifestações clínicas. O diagnóstico é feito pela história clínica, exame físico e timpanometria. As alterações estruturais da membrana timpânica oferecem importantes informações sobre a orelha média, e são melhor avaliadas através da otomicroscopia. (OLVIEIRA *et al*, 2009).

Em crianças, as funções de ventilação, proteção e drenagem da tuba podem ser ineficientes pela imaturidade do desenvolvimento desta estrutura, sendo mais curta, menos rígida e ocupando uma posição mais horizontalizada em relação à do adulto. Quando a otite não desaparece com o tratamento clínico medicamentoso, deve-se então considerar o tratamento cirúrgico com a colocação de tubos de ventilação (TV), que pode ser associada à adenoidectomia apenas quando a perda de audição e a secreção

persistam por mais de três meses, podendo recorrer ainda à meringotomia. (CALDI, 1999).

A inserção de TV é popular entre os médicos otorrinos para prevenção de episódios repetidos de otite média aguda, mas sua eficácia não está estabelecida. (HORTA, 1984).

Existem vários tipos de TV e seu tempo de permanência pode variar de 6 a 18 meses (Collete *et al.* e Casselbrant *et al.*). Sabe-se que episódios de otite média serosa e aguda voltam a ocorrer após a extrusão do TV em algumas crianças. Acredita-se que o TV substitua a função da tuba auditiva, mas a normalização do funcionamento desta última pode demorar anos. Assim, algumas crianças necessitam a reinserção do TV. Isso normalmente ocorre com maior frequência em crianças de menor idade por ocasião da primeira inserção de tubo (PEREIRA *et al*, 2005).

Assim, neste relato de caso, como há evidências de que não ocorreu a maturação das tubas auditivas, se fará necessária a reinserção dos TV para evitar prejuízos no desenvolvimento desta criança.

REFERÊNCIAS

CALDI, V. S. Otite média serosa em crianças de 0-2 anos. Monografia de conclusão de curso. Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Goiânia, 1999.

HORTA, V. F. Otite média na infância: conceitos atuais. *Pediatria*. São Paulo, 6: 154-159, 1984.

NETTO, L. F. S. Impacto das otites médias crônicas supurativas na audição de crianças e adolescentes. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, H. F.; NEVES, C. A.; DOSSI, M. O.; TOLENTINO, J. M. C.; JÚNIOR, J. N. Comparação audiométrica em crianças com tubo de ventilação. *Arquivo Int. Otorrinolaringologia*. São Paulo, v.13, n.2, p. 178-183, 2009.

PEREIRA, M. B. R.; PEREIRA, D. R. R.; COSTA, S. S. Sequelas de tubo de ventilação em crianças com otite média com efusão: um seguimento de 3 anos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v.71, n.4, jul-ago, 2005.

PEREIRA, M. B. R.; RAMOS, B.D. Otite média aguda e secretora. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, 74(supl 1):S21-S30, 1998.

PIATTO, V. B.; MANIGLIA, J. V. Avaliação da audição em crianças de 3 a 6 anos em creches e pré-escolares municipais. *Jornal de Pediatria*, v.77, n.2, 2001.

TESTA, J. R.; DIMATOS, S. C.; GREGGIO, B.; DUARTE, J. A. A avaliação de resultados e complicações da cirurgia de colocação de tubos de ventilação em pacientes com otite média serosa. *Arquivo Int. Otorrinolaringologia*. São Paulo, v.14, n.1, p. 90-94, 2010.