

Otite Média com Efusão

Peter Bull

A otite média com efusão (OME) consiste na presença de fluido dentro da orelha média. Isto causa perda auditiva decorrente de alteração na impedância acústica. Quando uma onda sonora transmitida no ar encontra a interface ar/fluido, a maioria da energia sonora é refletida, de modo que pouco som é absorvido na orelha média e transmitido para a cóclea.

Incidência

A incidência de OME dobra durante os meses de inverno, particularmente no hemisfério norte. Existem dois picos bimodais de incidência, nas idades de dois e cinco anos. Com a idade de 10 anos, 80% das crianças terão tido ao menos um episódio de OME. A metade dos casos acontece após um surto de otite média aguda (OMA).

Etiologia

Existe uma variedade de causas postuladas para a etiologia da OME.

Ex-vacuo

É possível que a ventilação reduzida através da tuba auditiva (TA) leve à absorção do ar da orelha média. Isto leva a redução da pressão da orelha média e à formação de efusão. Esta teoria não explica a natureza mucóide do exsudato, nem as mudanças inflamatórias na mucosa.

Inflamação e regulação dos genes produtores de mucina

Esta teoria explicaria a aparência de muco espesso dentro da orelha média e a natureza persistente da efusão.

Produção de biofilme na orelha média

Um biofilme é um estado alterado de crescimento bacteriano que agrega os microorganismos ao redor de uma camada de material mucopolissacarídeo, protegido da resposta imune normal, mas ainda produz uma resposta inflamatória que leva às mudanças vistas na OME. Os microorganismos não podem ser cultivados por meio normal, pois há poucas formas planctônicas, e o biofilme pode sobreviver em um ambiente com pouco oxigênio. O aumento nos níveis de oxigênio produzido pela ventilação da orelha média pode explicar em parte o papel dos tubos de ventilação na OME.

Fatores de Risco

- **Idade:** pico de incidência bimodal com dois e cinco anos.
- **Estação do ano:** a OME é mais prevalente nos meses de inverno.
- Ter **irmãos mais velhos** tem um efeito menor no aumento da incidência.
- **Pais fumantes** aumentam a frequência e duração de OME.

• Frequentar **berçário/creche** tem um efeito inquestionável no aumento da incidência de OME.

• **Fenda Palatina**

A presença de fenda palatina prejudica a função dos músculos que controlam a abertura da TA, reduzindo assim, a ventilação da orelha média. A maioria das crianças com fenda palatina terá maior susceptibilidade para a OME, que começa em uma idade mais precoce, sendo mais freqüente e persistente. O reparo da fenda palatina não reduz a incidência de OME.

• **Síndrome de Down**

As crianças com síndrome de Down são particularmente suscetíveis à OMA e à OME. Isto ocorre devido à imunidade prejudicada da mucosa e mudanças anatômicas sutis. Também apresentam uma incidência aumentada de hipoacusia neurossensorial que pode passar despercebida na presença de OME.

História natural da OME

A maioria dos casos de OME terá resolução espontânea. A OME unilateral é duas vezes mais comum que a bilateral, 50% dos casos se resolverão em até quatro semanas, enquanto que a duração média é de seis semanas.

A doença bilateral é mais persistente, mas mesmo assim, a duração média é de 10 semanas. Não há nenhuma evidência que a OME não tratada levará a colesteatoma nem à otite média adesiva. Estas condições são mais passíveis de ocorrer em consequência da biologia natural da criança, uma biologia que também as deixa mais suscetíveis à OME. O tratamento agressivo da OME não previne colesteatoma nem a OM adesiva.

Consenso sobre o tratamento – USA

Publicado em 2004, o consenso da Academia Americana de Otorrinolaringologia recomenda:

- documentação cuidadosa da lateralidade, gravidade, e dos sintomas;
- identificação de crianças com risco de alterações na linguagem e/ou aprendizado;
- observação por três meses;
- audiometria caso a OME persistir por mais de três meses;
- se não houver problemas particulares, continuar a observação mensal do terceiro ao sexto mês;
- para as crianças que requeiram intervenção, tubos de ventilação (TV) devem ser inseridos. A diretriz não recomenda adenoidectomia como primeira linha de tratamento;
- para a OME recorrente, é possível que a adenoidectomia tenha um papel importante;
- a adenoidectomia sem TV, com ou sem tonsilectomia, não é recomendada como abordagem inicial da OME.

No Reino Unido, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) publicou um consenso para a conduta na abordagem cirúrgica da OME em 2008.

A introdução do consenso NICE diz:

“A OME, que é o acúmulo de fluido atrás da membrana timpânica na orelha média, é comum em crianças pequenas e pode causar prejuízo na audição. A perda de audição é normalmente temporária e autolimitada durando algumas semanas, mas pode ser mais persistente e levar a problemas educacionais, de linguagem e de comportamento. As crianças com síndrome de Down e aquelas com fenda palatina são particularmente mais suscetíveis à OME. O tratamento para OME depende da gravidade da perda auditiva e consiste na inserção de TV ou, quando a cirurgia for contra-indicada ou não for aceita, o uso de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) estará indicado.”

As recomendações chave do consenso NICE incluem:

Diagnóstico de OME

- A avaliação formal de uma criança com suspeita de OME deve incluir:
 - História clínica, com ênfase em: prejuízo na habilidade auditiva; fala indistinta ou atraso no desenvolvimento da linguagem; falta de atenção e problemas de comportamento; flutuação da audição; otites recorrentes ou infecções de vias aéreas superiores; problemas de equilíbrio; alteração no progresso educacional.
 - Avaliação clínica, com ênfase em:
 - Otoscopia;
 - a saúde da via respiratória superior;
 - o estado geral do desenvolvimento.
 - Os testes de audição devem ser executados por pessoal treinado, com equipamentos calibrados, sendo os testes feitos de acordo e convenientes a cada etapa de desenvolvimento auditivo da criança.
 - Timpanometria
 - As crianças com OME bilateral persistente e documentada, por um período de três meses com um nível de audição na melhor orelha de 25-30 dBHL, com média obtida em 0,5, 1, 2 e 4 kHz (ou dBA equivalente onde dBHL não estiver disponível) devem ser consideradas para uma intervenção cirúrgica com colocação de TV.
 - Uma vez que se optou pela intervenção cirúrgica nas crianças com OME, a inserção de TV é recomendada. A adenoidectomia adjuvante não é recomendada na ausência de sintomas respiratórios superiores frequentes e/ou persistentes.
 - Aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) devem ser oferecidos a crianças com OME bilateral persistente e perda de audição como uma alternativa à intervenção cirúrgica, quando a cirurgia for contra-indicada ou não for aceita.
 - Os AASI devem ser oferecidos a crianças com síndrome de Down e OME com perda de audição, quando a cirurgia for contra-indicada ou não aceita.
 - Em crianças com fenda palatina a inserção de TV durante fechamento primário do palato deve ser realizada somente após avaliação otológica e audiológica cuidadosa.
 - A inserção de TV deve ser uma alternativa aos AASI em crianças com fenda palatina que têm OME com perda persistente/consistente de audição.

O grupo que desenvolveu as diretrizes do consenso NICE não recomenda o uso de tratamentos alternativos tal como homeopatia, crânio-osteopatia e modificação dietética, uma vez que não encontrou nenhuma base científica para o seu uso. O consenso do NICE encontra-se na íntegra no *site* www.nice.org.uk/060.

Leituras recomendadas

1. Zielhuis GA, Heuvelmans-Heinen EW, Rach GH, van den Broek P. Environmental risk factors for otitis media with effusion in preschool children. *Scand J Prim Health Care* 1989;7(1):33–8.
2. Maw AR. Children with glue ear: How do they present? *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences* 1988; 13:(3)171–7.
3. Roberts JE, Rosenfeld RM, and Zeisel SA. Otitis media and speech and language: a meta-analysis of prospective studies. *Pediatrics* 2004; 113:(3 Pt 1)e238-e248.
4. Gates GA, Avery CA, Prihoda TJ *et al.* Effectiveness of adenoidectomy and tympanostomy tubes in the treatment of chronic otitis media with effusion. *New England Journal of Medicine* 1987; 317:(23)1444–51.
5. Schilder AGM, Rovers MM. International perspectives on management. In: Rosenfeld RM, Bluestone CD, editors. *Evidence-Based Otitis Media*. BC Decker; 2003.
6. Maw R. Spontaneous resolution of severe chronic glue ear in children and the effect of adenoidectomy, tonsillectomy, and insertion of ventilation tubes (grommets). *British Medical Journal* 1993; 306:(6880)756–60.