

Timpanometria em pacientes com otite média secretora submetidos a tratamento com corticosteróides e manobras de insuflação*

Tympanometric in patients with otitis media secretory subjected to corticosteroids treatment and autoinflation maneuver

TIAGO VIDAL DIMER**
MARIANE HECKMANN WENDER***
HUMBERTO GONÇALVES REIS****
CARLOS KAZUO TAGUCHI*****

RESUMO

Objetivo: Observar as variações timpanométricas ocorridas em pacientes com OMS submetidos a tratamento com corticosteróides por via spray nasal e manobras de insuflação. **Método:** Foram estudados 33 pacientes com OMS. Todos foram avaliados através de imitanciometria na semana do diagnóstico e após tratamento, aos 15 e 30 dias da primeira avaliação.

Resultado: Das 66 orelhas avaliadas na primeira semana do diagnóstico, 42 (63,63%) apresentavam curva B, 22 (33,33%) apresentavam curva C e 2 orelhas (3,03%) tinham curva A. Na última avaliação, apenas 17 orelhas (25,76%) permaneciam com curva B, 26 (39,39%) apresentavam curva C e 23 (34,85%) tinham curva A.

Conclusão: O tratamento com corticosteróides por via spray nasal combinado com manobras de insuflação pode ser boa opção terapêutica para o tratamento de OMS.

UNITERMOS: OTITE MÉDIA COM DERRAME/terapia; PERDA AUDITIVA; TUBA AUDITIVA; TESTES DE IMPEDÊNCIA ACÚSTICA; CORTICOSTERÓIDES/administração e dosagem.

ABSTRACT

Objective: To observe the tympanometric variations occurred to patients that got SOM which were subjected to corticosteroids treatment by nasal spray and autoinflation maneuver as well.

Method: 33 patients that got OMS were observed. All of them were verified by the tympanometry test at the diagnostic week and 15 and 30 days after the treatment.

Result: 42 (63,63%) of the 66 ears verified at the first week presented B type result, 22 (33,33%) presented C type and finally 2 (3,03%) presented A type. On the other hand, at the last evaluation, only 17 ears (25,76%) were still presenting B type, 26 (39,39%) presented C type and 23 (34,85%) presented A type.

Conclusion: The corticosteroids treatment by the nasal spray plus autoinflation maneuver can be a good option to SOM treatment.

KEY WORDS: OTITIS MEDIA WITH EFFUSION/therapy; HEARING LOSS; EUSTACHIAN TUBE; ACOUSTIC IMPEDANCE TESTS; ADRENAL CÔRTEX HORMONE/administration & dosage.

* Os dados apresentados neste artigo formam parte de estudo desenvolvido pelo autor para sua monografia de especialização em audiologia.

** Especialista em Audiologia. Fonoaudiólogo do CEAAP, Florianópolis-SC.

*** Fonoaudióloga do CEAAP, Osório-RS.

**** Doutor em Otorrinolaringologia pela Universidad Complutense de Madrid, Espanha. Serviço de Otorrinolaringologia da Policlínica e Maternidade Guanambi, Guanambi-BA.

***** Fonoaudiólogo. Doutor em Patologias da Comunicação Humana. Professor do CEDIAU - Centro de Estudos dos Distúrbios da Audição, São Paulo-SP.

INTRODUÇÃO

É muito freqüente a manifestação clínica de doenças da orelha média. Dentre as patologias mais comuns, e com apresentação clínica característica, está a otite média secretora (OMS). A OMS é a causa mais freqüente de hipoacusia em crianças e sua gravidade reside no fato de que muitas vezes a OMS se estende por semanas sem solução, ainda que na maioria dos casos haja resolução espontânea em poucos dias.

A OMS tem origem no acúmulo de líquido no interior da orelha média. Tal líquido surge após obstrução da drenagem natural oferecida pela tuba auditiva e se acompanha de alterações inflamatórias e degenerativas da mucosa da caixa timpânica. O processo inflamatório pode durar dias ou meses, período em que o líquido causará perda auditiva ao paciente. Das possíveis causas para a obstrução, são comuns os processos alérgicos e a hipertrofia de adenóides. Disfunções da tuba auditiva e infecções também são citadas como causadoras de OMS.

O pleno desenvolvimento da criança depende do bom funcionamento de seus órgãos sensoriais, e perdas auditivas podem gerar atrasos sociais, educacionais, emocionais e de linguagem. A hipoacusia por OMS pode provocar perda de 15 a 40dBNA na orelha afetada. A discriminação vocal nesses pacientes sofrerá evidente diminuição, pela perda parcial da acuidade auditiva. Tais dados reforçam a idéia de que a perpetuação do quadro clínico ocasionará dano cognitivo ao paciente, seja na boa articulação da fala, seja na adequada aquisição da linguagem.

O tratamento proposto para os casos de OMS apresenta pequenas variações, de acordo com a escola médica de referência. Desta forma, há centros que preconizam o uso de antibióticos orais, terapia justificada por culturas positivas em um terço dos casos avaliados. Outros centros preferem aceitar tais valores como sendo parte da flora normal da caixa timpânica e rinofaringe, o que lhes autorizaria a terapia não-antibiótica. Nestes centros é comum o tratamento com corticosteróides nas suas mais diversas vias – oral, spray e injetável – por sua ação anti-inflamatória. Também é utilizada, em menor escala, a terapia com manobras de insuflação. As manobras de insuflação se justificariam por provocar a abertura passiva e ativa da tuba auditiva, o que favoreceria o retorno às condições habituais na caixa timpânica.

No presente estudo observou-se os achados imitanciométricos em pacientes com diagnóstico recente de OMS. Realizou-se uma prova imitanciométrica na semana do diagnóstico, repetida em outros dois momentos, aos 15 e 30 dias depois da primeira prova.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado na cidade de Osório – RS, durante o ano de 2004. Os pacientes participantes do estudo realizaram suas avaliações clínicas e provas imitanciométricas através do sistema público de saúde, na cidade de Osório e outras circunvizinhas. Todos os pacientes foram avaliados pelo mesmo otorrinolaringologista e mesmo audiologista, com a finalidade de diminuir os possíveis erros de interpretação nos casos estudados.

A avaliação clínica otorrinolaringológica foi realizada no período destinado às consultas normais da rede pública de assistência à saúde. Os casos suspeitos foram enviados ao Centro de Avaliação da Audição e Fonoterapia (CEAFF) para realização de imitanciométrie acústica e confirmação diagnóstica. Os critérios para suspeita ou confirmação de OMS foram assim estabelecidos: quadro clínico compatível com a patologia e otoscopia com retração ou opacificação da membrana timpânica. Foram excluídos do estudo todos os casos com outras patologias da orelha ou com tratamento recente prescrito por outro médico. Todos os pacientes avaliados receberam, no momento do diagnóstico, o tratamento e a recomendação de não iniciá-lo até que se realizasse a prova de imitanciométrie.

A avaliação audiológica foi realizada dentro de até 5 dias após a avaliação médica especializada. Uma segunda avaliação foi agendada aos 15 dias da primeira, para revisão. Nos casos de insucesso terapêutico, uma terceira avaliação foi agendada aos 30 dias de tratamento.

O aparelho utilizado para a prova audiológica foi o Interacoustics modelo AZ7, cuja calibração segue as normas fixadas pela American National Standard Institute (ANSI, 1987). Foram avaliados os seguintes parâmetros: complacência dinâmica e timpanometria.

O tratamento proposto consistiu de medicação por via spray nasal e manobras de insuflação. Dentre as opções terapêuticas por via nasal, optou-se pela budesonida 64 mcg. Foi recomendado ao paciente que realizasse uma aplicação – um

jato – em cada narina, duas vezes ao dia e por período de 30 dias. Quanto às manobras de insuflação, cada paciente recebeu um folheto em que sugeríamos aos pacientes as seguintes situações: abrir e fechar a boca; mastigar bastante do lado afetado; bocejar; engolir; soprar com o nariz fechado.

RESULTADOS

Foram avaliados 33 pacientes, com idade entre 13 meses e 13 anos (média de 5,79 anos). Do total estudado, 18 eram de sexo masculino e 15 de sexo feminino. Todos eles realizaram a prova imitanciométrica após a avaliação médica e com suspeita ou diagnóstico otoscópico de otite média secretora.

Das 66 orelhas avaliadas à timpanometria, 41 (62,12%) apresentaram curva tipo B, 22 (33,33%) tinham curva tipo C e somente 3 (4,55%) orelhas tinham curva A. Após o tratamento, os resultados apontavam as seguintes alterações: apenas 17 (25,76%) orelhas tinham curva tipo B, 30 (45,45%) tinham curva tipo C e 19 (28,79%) orelhas apresentavam curva tipo A.

Dentre os casos de curva tipo B na primeira avaliação, os resultados indicaram plena recuperação para 5 dos 41 casos (12,2%) e recuperação parcial para 21 casos (51,22%). Dentre os casos com curva tipo C na primeira avaliação, um total de 22 orelhas, observou-se: piora do quadro e curva tipo B em 2 casos (9,09%); manutenção da curva em 7 casos (31,82%); recuperação plena em 13 orelhas (59,09%). Das três orelhas que iniciaram a avaliação com curva tipo A, uma prosseguiu inalterada e 2 apresentaram piora para curva tipo C (66,67%). Nesses dois casos observou-se que a orelha contralateral apresentou curva tipo B durante todo o estudo, o que pode evidenciar um processo fisiopatológico mais severo.

Dos 21 casos que iniciaram com curva tipo B e terminaram com curva tipo C, 13 apresentaram a recuperação na avaliação realizada aos 15 dias de tratamento. As restantes 8 orelhas demonstraram evolução para curva C somente na avaliação realizada após 30 dias de tratamento.

Algumas oscilações foram observadas à timpanometria durante o tratamento: dos casos que iniciaram com curva tipo C, 1 piorou para curva tipo B na avaliação de 15 dias e melhorou para curva C na avaliação de 30 dias, enquanto outro piorou para curva B e melhorou para curva A na terceira avaliação. Um terceiro caso apre-

sentou melhora para curva A e retornou para C na avaliação de 30 dias; dos casos que iniciaram com curva B, 2 melhoraram para curva C e depois retornaram para curva B na última avaliação.

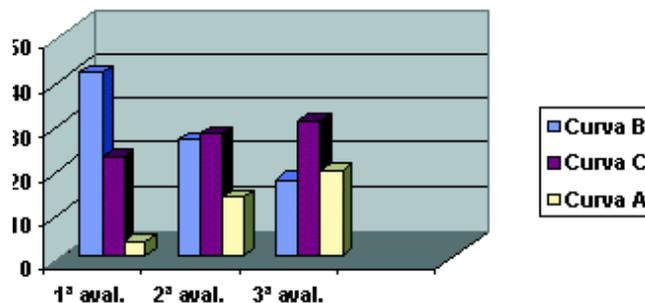


GRÁFICO 1 - Evolução da curva timpanométrica durante o estudo.

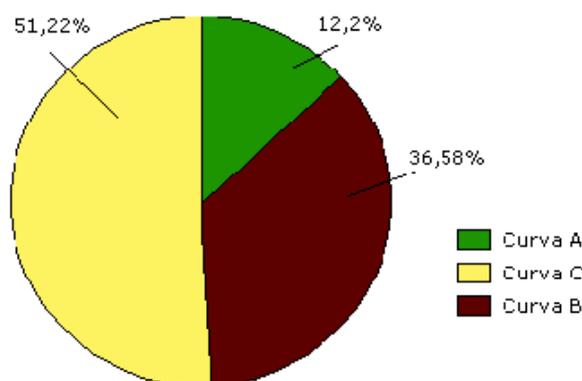


GRÁFICO 2 - Resultados finais obtidos para os 41 casos de curva B após tratamento proposto.

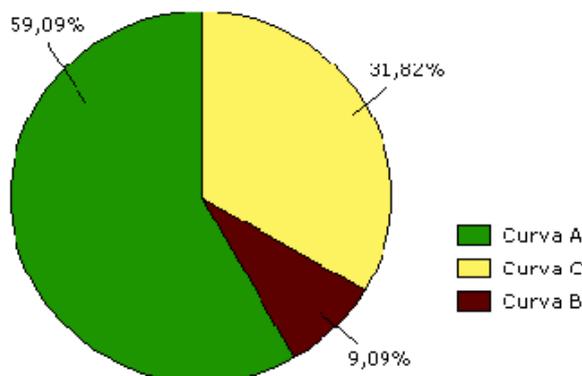


GRÁFICO 3 - Resultados finais obtidos para os 22 casos de curva C após tratamento proposto.

DISCUSSÃO

A OMS é patologia muito freqüente na infância e sua perpetuação pode causar prejuízo social ao paciente em fase de crescimento. A busca pela pronta resolução merece a atenção da comunidade científica e medidas de controle da enfermidade – manobras, medicamentos e procedimentos cirúrgicos – devem ser inseridas no rol de possíveis terapêuticas a serem empregadas, em conjunto ou separadamente, na resolução da patologia^(1,2).

A hipoacusia da OMS pode atingir perdas de até 40 dBNA sobre os limiares normais, com dano à interação social e aquisição de linguagem. O diagnóstico é baseado nas queixas de plenitude aurial e desatenção. Importante observar que não há dor nos casos de OMS. Se houver queixa de dor, então o quadro lembrará uma otite média aguda, que poderá indicar coleção líquida prévia favorável ao crescimento bacteriano. Os casos suspeitos podem ser confirmados com a prova de imitanciometria acústica, único exame complementar necessário para a comprovação da patologia. Outros exames podem indicar também a presença de líquido na caixa – como a audiometria, que mostrará uma hipoacusia de condução – mas não podem confirmar a OMS^(3,4,5).

Diversos autores investigam substâncias presentes nos tecidos linfóides – nomeadamente, tecido adenoidiano e amígdalas – e na caixa timpânica. Alterações na produção da histamina, na fosfatase alcalina ou na fosfatase ácida já foram relatadas, mas sua correlação com a gênese da OMS ainda não foi estabelecida^(6,7).

A observação dos pacientes tratados com sucesso para OMS demonstra boa capacidade de recuperação tecidual após período variável de inflamação da mucosa. Nas observações evidenciou-se que os melhores resultados pertencem aos pacientes com maior tempo de recuperação após o tratamento, o que indicaria lenta regeneração tecidual⁽⁸⁾.

O uso de manobras de insuflação se explica pela estimulação direta da tuba auditiva, ao utilizar mecanismos e músculos responsáveis por sua abertura. Trata-se de tratamento não-farmacológico de fácil implementação e que não depende das condições socioeconômicas do paciente^(2,9).

No estudo realizado observou-se boa resposta clínica ao tratamento proposto. Investigações posteriores com maior número de pacientes e

com estudo de grupos-controle podem ser realizados com o intuito de certificar a eficácia terapêutica da terapia tópica com corticosteróides associada às manobras de insuflação.

O tratamento dos casos de OMS tem por objetivo dinamizar o processo natural de resolução da patologia. A recuperação espontânea pode ocorrer dentro de semanas ou meses após a retenção do líquido. Alguns autores preconizam o uso de antibióticos na OMS e justificam a conduta por culturas antimicrobianas positivas em 30% dos casos avaliados. Outros, entretanto, preferem a associação de manobras de insuflação da tuba auditiva com corticosteróides de uso tópico ou sistêmico. Fármacos como os anti-inflamatórios ou os anti-histamínicos podem complementar as opções terapêuticas^(1,10).

CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu observar que boa parte dos pacientes tratados com corticosteróides via spray nasal e manobras de insuflação obtiveram melhora clínica de sua patologia. Os dados indicam que apenas 41% dos pacientes permaneceram com a curva B observada no início do estudo e que 28,79% do total de orelhas avaliadas tinham curva A ao final do estudo, quando o índice inicial havia sido de 4,55%.

A terapia com corticosteróides via spray nasal combinada com manobras de insuflação é boa opção terapêutica para os casos de OMS. Recomenda-se a realização de novos estudos com grupos-controle e comparativos com outros tratamentos possíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bluestone CD. Modern management of otitis media. *Pediatr Clin North Am.* 1989;36:1371-87.
2. Ryding M, White P, Kalm O. Eustachian tube function and tympanic membrane findings after chronic secretory otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2004;68:197-204.
3. Lopes Filho A. Imitância acústica: aplicações clínicas. In: Lopes Filho O, Campos CAH. *Tratado de otorrinolaringologia.* São Paulo: Roca; 1994. p. 620-37.
4. Hall III JW, Chandler D. Timpanometria na audiologia clínica. In: Katz J, editor. *Tratado de audiologia clínica.* 4ª ed. São Paulo: Manole; 1999. p. 281-97.
5. Gaihede M, Bramstoft M, Thomsen LT, et al. Accuracy of tympanometric middle ear pressure determination in secretory otitis media: dose-dependent overestimation related to the viscosity and amount of middle ear fluid. *Otol Neurotol.* 2005;26:5-11.

6. Sankovic S, Dergenc R, Bojic P. Mast cells in chronic inflammation of the middle ear mucosa. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2005;126:15-8.
7. Jesic S, Stojiljkovic L, Petrovic Z, et al. Alteration of adenoid tissue alkaline and acid phosphatase in children with secretory otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2006;70:1069-76.
8. Ryding M, White M, Kalm O. Course and long-term outcome of 'refractory' secretory otitis media. *J Laryngol Otol*. 2005;119:113-8.
9. Caye-Thomasen P, Tos M. Eustachian tube gland tissue changes are related to bacterial species in acute otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2004;68:101-10.
10. Sun YD, Chen LH, Wu HG, et al. Evaluation of the clinical efficacy of Qingqiao capsule in treating patients with secretory otitis media. *Chin J Integr Med*. 2005;11:243-8.

Endereço para correspondência:
HUMBERTO REIS
Rua 13 de Maio, 170
CEP 464300-000, Guanambi, BA, Brasil
E-mail: humbertoreis@humbertoreis.med.br