

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **58**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2010-2013
Agosto 2011



Departamento de
Suporte Nutricional

**Utilização
de terapia
nutricional
enteral**

Departamento de Otorrinolaringologia

**Timpanotomia/
miringotomia:
quando indicar?**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Timpanotomia/miringotomia: quando indicar?

A timpanotomia ou miringotomia é a incisão da membrana timpânica (MT) por meio da faca de miringotomia, também conhecida como faca de paracentese, com a finalidade de drenagem das efusões, como também promover a aeração da orelha média e proporcionar a sua drenagem pela tuba auditiva.

Estes procedimentos podem ser realizados sob restrição adequada da criança pequena sem sedação ou anestesia geral, podendo-se administrar anestesia local. Entretanto, mesmo em crianças menores e também nas crianças maiores, tem-se optado por sedação ou anestesia geral. A aplicação tópica de fenol na MT, ou a infiltração do meato acústico externo (MAE) pode ser o suficiente para crianças maiores e adolescentes. A incisão da timpanotomia deve ser no quadrante inferior posterior com a finalidade de possibilitar a drenagem adequada e a aspiração das efusões. A miringotomia pode ser realizada

com visualização por meio de um otoscópio cirúrgico ou com magnificação binocular por otomicroscopia.

Indicações

Basicamente são quatro as indicações da miringotomia para o tratamento da otite média com retenção de secreções, nas seguintes situações:

- Quando a criança apresenta sintomas persistentes ou recorrentes, apesar da antibioticoterapia apropriada, geralmente com presença de otite média aguda e abaulamento da membrana timpânica (Figura 1);
- Na presença de otalgia intensa, estado geral debilitado, requerendo alívio imediato;
- Na presença de complicações supurativas, como na paralisia facial, otomastoidite, otoantrite;
- Finalidades diagnósticas (para microbiologia) em especial na criança crítica ou imunocomprometida, e no neonato. Vários autores referem que

Autora:

Adriana Cátia Mazzoni

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Gestão 2010-2013

Presidente:

Silvio Antonio Monteiro Marone

Vice-presidente:

Shirley Pignatari

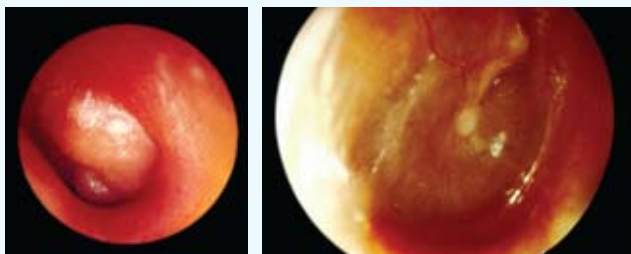
Secretário:

Ney Penteado de Castro Jr.

Membros:

Alfredo R. Dell'Aringa, Danilo Sanches, Eulália Sakano, Jair Cortez Montovani, Luc Louis M. Weckx, Luiza Hayashi Endo, Manoel de Nóbrega, Renata Cantisani Di Francesco, Renata Dutra de Moricz, Tania Maria Sih, Wilma Terezinha Anselmo Lima.

Figura 1



A - Otite média aguda com abaulamento da membrana timpânica

B - Otite média aguda

o benefício pela maior frequência da miringotomia, nestes casos, é a diminuição da persistência e recorrência da otite.

A miringotomia com inserção de tubo de ventilação é uma opção de tratamento para crianças com otite com efusão (Figura 2), que não respondem a tratamentos habituais e com comprometimento auditivo condutivo, sensorio neural ou misto por um período superior a três meses, uni ou bilateralmente.

As principais indicações de miringotomia para inserção de Tubo de Ventilação são:

→ Otite média aguda recorrente ou otite média secretores, ambas refratárias a tratamentos clínicos adequados;

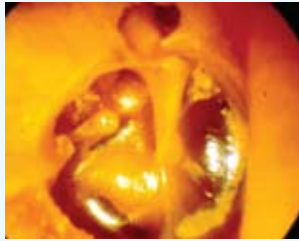
→ Crianças com otite com efusão, que não respondem a tratamentos habituais e com comprometimento auditivo condutivo, sensorio neural ou misto por um período superior a três meses, uni ou bilateralmente;

Figura 2



Otite média aguda com efusão

Figura 3



Retração intensa da membrana timpânica

- Retração intensa da membrana timpânica (Figura 3) por disfunção tubária, com otalgia, perda auditiva significativa, com vertigem e zumbidos;
- Na presença de complicações supurativas, como otomastoidites, otoantrites, paralisia facial, para manter a drenagem adequada das efusões. A ins-

tilação de gotas otológicas com antibióticos não ototóxicos está indicada quando as secreções têm caráter infeccioso (Figura 4).

Os tubos de ventilação de curta permanência permanecem instalados por um período de 4 a 6 meses e normalmente sofrem extrusão espontaneamente. São indicados para os casos habituais de otite secretora. Os de longa permanência ficam instalados por volta de um ano, são indicados na disfunção tubária grave, com retração significativa da membrana timpânica. Os permanentes são indicados para os casos de otite adesiva, por comprometimento das funções tubárias, como em alguns casos de síndrome de Down e fissura palatina (Figura 5).

Figura 4



A - Paralisia facial otogênica



B - Oromastoidite aguda

Cuidados pós-operatórios

Geralmente o pós-operatório de timpanotomia com ou sem instalação de tubo de ventilação é praticamente indolor, não havendo a necessidade do uso de analgésicos. Os pais devem ser orientados para não permitirem entrada de água nos ouvidos durante a permanência do tubo de ventilação. Eles também devem ser orientados para o uso de tampões siliconados. O acompanhamento com o otorrinolaringologista e com o pediatra deve ser obrigatório com a finalidade de se identificar uma possível obstrução do tubo, avaliar

a evolução e o desempenho auditivo, da melhora dos quadros de otites e estado da membrana timpânica.

Complicações e sequelas

As complicações que podem advir da miringotomia são mínimas. A persistência da otorreia é um achado comum, não podendo ser considerada na realidade como uma complicação; entretanto, se a otorreia tornar-se profusa, pode levar a uma otite externa.

O deslocamento ou desarticulação incudo estapediana pode ocorrer se: a miringotomia for realizada no quadrante póstero-superior;

Figura 5



A – Espéculo com conduto auditivo, faca de timpanotomia e local da incisão



B – Tubo de ventilação instalado

por imperícia; ou, por imobilização não adequada da criança.

A punctura do nervo facial pode ocorrer quando este se apresenta com seu trajeto anômalo na orelha média, deiscente, ou quando se fizer este procedimento no quadrante anterior ou, ainda, quando não houver imobilização adequada da criança, levando a um mau posicionamento da faca de miringotomia. Estas complicações são raras e pouco descritas na literatura.

Estes procedimentos requerem um treinamento do otorrinolaringologista para que não ocorram tais complicações.

As sequelas mais comuns destes procedimentos são a permanência de perfuração e a presença de cicatriz atrófica na mem-

brana timpânica. Sob o ponto de vista funcional, estas sequelas não determinam perda auditiva significativa e sua incidência ainda não foi avaliada sistematicamente de maneira prospectiva. O tratamento destas sequelas tem técnicas cirúrgicas padronizadas e facilmente executáveis.

O risco da ocorrência destas complicações e sequelas não desmerece os benefícios da miringotomia e da instalação de tubo de ventilação, quando bem indicadas. O benefício que o procedimento promove, sob o ponto de vista clínico, com redução ou resolução dos quadros de otite média aguda e suas repercussões em relação à economia da criança bem como sua reabilitação auditiva, é significativo.

Referências bibliográficas

Bluestone, C.D. Surgical management of otitis media. *Pediatr. Infect. Dis.* 3 (4): 392-6, Jul-Aug.

BLUESTONE & STOOL. Otitis Media with Effusion, Atelectasis, and Eustachian Tube Dysfunction. In: *Pediatric Otolaryngology*. W.B. Saunders. 1983 p. 356-576.

BRUSIS, T.; LUCKHAUPT, H. Perforation of the ear drum. On history of paracentesis and grommet insertion. *Laryngorhinootologie*. 1996 Mar; 75 (3): 178-83.

DELNK, K.W.; STOLL, W.; SHUIERER, G.; WASSMANN, H. Aneurismal hemorrhage as a complication of paracentesis. *HNO* 1998 Aug; 46(8): 762-5.

MARONE, S.A.M. Doenças do ouvido médio In: *Tratado de Otolgia*. Bento, Miniti, Marone. Edusp. 1998 p. 173- 256.

SIMON M.W. Diagnostic and therapeutic tympanocentesis. *C. Pediatr. Phila.* 36 (5) :309. 1997.

Deve-se encorajar o ensino e treinamento do pediatra jovem em identificar as situações de indicação de miringotomia com ou sem instalação de tubos de ventilação e também o otorrinolaringologista jovem em identificar tais patologias e proporcionar-lhes o treinamento cirúrgico adequado.

Imagens deste artigo: Silvio Antonio Monteiro Marone.