



OTITE MEDIA SECRETORA - QUAL A IMPORTÂNCIA DA ALERGIA?

SECRETORY OTITIS MEDIA - WHICH IS THE IMPORTANCE OF THE ALLERGY?

Sílvia A. M. Marone, Professor Doutor da Disciplina de ORL do FMUSP.

Endereço para correspondência: Divisão de Clínica Otorrinolaringológica da HC-FMUSP - Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 - 6º andar - CEP: 04030-000 - São Paulo / SP.

Muitos são os fatores etiológicos envolvidos e muitas vezes responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção das doenças inflamatórias da orelha média.

Na etiopatogenia da otite secretora, sabemos que a obstrução da tuba auditiva tem importância fundamental. Esta obstrução pode ser determinada por um processo viral, bacteriano ou alérgico (fatores intrínsecos) que produzem edema da mucosa que reveste a sua luz; ou ainda, por processos que nas vizinhanças do ósteo promovem obstrução da tuba auditiva, como nas hipertrofias das adenóides ou tumores (fatores extrínsecos). Desta maneira, comprometem as suas funções de aeração, equipressão, drenagem, proteção da orelha média e audição.

As disfunções tubárias podem ser transitórias e permanentes. São transitórias quando ocorrem na infância por características anatômicas próprias da tuba nesta idade, ou pela presença do tecido adenoideano hipertrofiado que geralmente diminui com a idade, cessando assim as inflamações. São permanentes quando ocorrem nas malformações crânio-faciais como a fenda palatina.

A ocorrência de secreção na orelha média, estando a membrana timpânica íntegra, se deve à criação de pressão negativa intratimpânica por comprometimento da função equipressiva, de aeração e de drenagem da tuba auditiva, seja pelos fatores intrínsecos ou extrínsecos anteriormente citados.

Muitos autores referem que a alergia parece ter importância significativa na instalação da secreção na orelha média na população pediátrica. A associação de anticorpos reatores com IgE propicia uma avaliação específica para uma definição precisa da alergia, determinando uma informação significativa sobre sua influência nos quadros de otite secretora.

A evidência do papel da alergia nos quadros de otite

média secretora recorrente em algumas crianças mostra algumas observações a favor desta etiologia:

- 1 - Muitos pacientes com otite secretora recorrente apresentam concomitantemente alergia respiratória. A congestão nasal ocorre com mais frequência também em crianças com otite secretora persistente. Se o catarro nasal for persistente, a chance de manutenção da otite secretora aumenta em cerca de 5 vezes.
- 2 - A ocorrência de um ou mais fumantes na mesma casa, aumenta o risco da manutenção da otite secretora em cerca de 3 vezes.
- 3 - A existência de um ou mais indivíduos com doenças alérgicas maiores na família.
- 4 - Presença de número elevado de eosinófilos no sangue periférico e nasal.
- 5 - Alta incidência de testes alérgicos cutâneos e Rast test positivos.
- 6 - Elevada taxa de IgE nas secreções de orelha média e no soro de algumas crianças.
- 7 - Presença de mastócitos na mucosa de algumas crianças com otite secretora.
- 8 - Em crianças com doenças atópicas documentadas (96% com rinite alérgica, 16% dermatite atópica e 57% com asma), encontrou-se achados otológicos assim distribuídos: 49% com impedanciometria alterada, 27% com alterações audiométricas, 20% com otite média secretora (curva B à impedanciometria e discusia condutiva).

Estes fatores são aditivos. Assim a ocorrência de congestão nasal, fumo e atopia eleva para 6 vezes a chance da manutenção da otite secretora.

Conclui-se que otite média secretora e problemas de orelha média são comuns em crianças com alergia respiratória.

Por outro lado, outras evidências são desfavoráveis à participação etiológica da alergia:

- 1 - Em casos de otite média secretora, menos de 1/3 dos pacientes são atópicos.
- 2 - A incidência de ocorrência da otite média secretora durante o ano (Primavera - Verão) é contrária à sazonalidade, quando as plantas e pólenes causam mais quadros de rinites alérgicas (final da Primavera e início de Outono).
- 3 - Muitos estudos indicam a ausência ou pequeno número de células produtoras de IgE no fluido e na mucosa da orelha média.
- 4 - Falhas no tratamento de alguns casos de otite média secretora apesar da terapêutica anti-alérgica agressiva.

Outro fator que tem sido descrito como responsável pela manutenção de alguns quadros alérgicos e pela permanência de secreção na orelha média em crianças é a alergia alimentar. Dá-se especial atenção, entre outros, à alergia ao leite de vaca, que possui componentes com vários graus de antigenicidade, sendo que a fração beta globulina é a mais freqüentemente responsável pela alergia alimentar nestes casos.

De maneira geral, as manifestações clínicas de alergia ao leite de vaca são do tipo tardio e podem ser semelhantes àquelas apresentadas a outros alimentos. Destaca-se anemia ferropriva, conseqüente à anorexia e à perda sanguínea decorrente desta doença. À colonoscopia, pode-se evidenciar ulcerações de mucosa.

Outras sintomas clínicos incluem manifestações do aparelho respiratório como rinite, sinusite recorrente e broncoespasmo. A porcentagem de sensibilização a esta fração proteica do leite de vaca nos indivíduos alérgicos é da ordem de 66 a 82%.

A ausência da beta lactoglobulina no leite materno é um dos motivos para considerá-la como um fator alérgico. Assim, o aleitamento materno torna-se um fator de prevenção.

Os fatos mais importantes para o diagnóstico desta alergia são:

- 1 - História compatível.
- 2 - Desaparecimento dos sintomas após a eliminação do alérgeno alimentar, o que muitas vezes se consegue na otite média secretora. Lembrar a possibilidade de substituição pela soja.
- 3 - Recorrência dos sintomas com a re-introdução do alérgeno alimentar. (teste de provocação oral).
- 4 - Testes laboratoriais e/ou cutâneo positivos.

LEITURA RECOMENDADA

Doenças do ouvido medio e mastoide. Marone, S. A. M. in Otorrinolaringologia Clínica e Cirurgia. Miniti, A.; Bento, R. F.; Butugan, O.; Livraria Atheneu Editora, 1993.
 Bluestone and Stool -Pediatric Otolaryngology. Vol. 1. W. B. Saunders Company, 1983
 Recent Advances in Otitis media With Effusion. Lim, Bluestone, Klein, Nelson. Proceedings of the Third Symposium. B. C. Decker Inc. Fort Lauderdale, Florida, USA, 1983
 The Eustachian Tube and Middle Ear Diseases, Clinical Aspects. Jacob Sadé. Papers selected from the Conference on the Eustachian Tube and Middle Ear Diseases, Geneva, Switzerland, 1989
 Basic Aspects of the Eustachian Tube and Middle Ear Diseases - Edited by Jacob Sadé, Hugler & Ghedini, 1991.



Este é o primeiro livro nacional sobre anatomia cirúrgica do osso temporal com aspectos práticos, servindo como um guia dos vários passos de dissecação. É um livro essencial para aqueles que se iniciam em dissecação do osso temporal ou que se reciclam periodicamente, mostrando toda a experiência da equipe nos 34 cursos já realizados.

Nas suas 60 páginas há ilustrações da melhor qualidade, com máscaras transparentes em poliuretano importado, através das quais o leitor pode identificar as estruturas nas fotografias. Esse recurso nunca havia sido utilizado em livros deste tipo.

R\$ 70,00

Informações com Mariza na Fundação Otorrinolaringologia
Tel.: (011) 3068-9855

"Informações Resumidas do Produto"

ALLEGRA[®] D (cloridrato de fexofenadina e cloridrato de pseudoefedrina). **Indicações:** no alívio dos sintomas associados aos processos congestivos das vias aéreas superiores, tais como: espirros, coriza, prurido nasal e ocular e obstrução nasal, comuns na rinite alérgica. **Contra-indicações:** a pacientes com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da fórmula. A pseudoefedrina está contra-indicada em pacientes com hipertensão arterial grave, coronariopatia grave, insuficiência cardíaca, em pacientes sob tratamento com inibidores da monoaminooxidase (MAO) ou dentro de 14 dias após a parada de tal tratamento, em pacientes com glaucoma, hipertrofia prostática, hipertireoidismo ou diabetes. **Gravidez e Lactação:** não deve ser utilizado durante a gravidez a menos que a relação risco/benefício seja avaliada pelo médico e supere os possíveis riscos para o feto. A fexofenadina e a pseudoefedrina são excretadas no leite materno. Portanto, o uso de ALLEGRA D não é recomendado em lactantes. **Precauções:** Não é necessária nenhuma precaução específica em pacientes com insuficiência hepática. Em caso de insuficiência renal e em idosos, a dose deve ser ajustada (ver item Posologia). A pseudoefedrina deve ser utilizada com precaução em pacientes com hipertensão, diabetes mellitus, doença cardíaca isquêmica, pressão intraocular aumentada, hipertireoidismo, hipertrofia prostática, doença renal e hiperatividade da efedrina. A pseudoefedrina também pode produzir estimulação do SNC com convulsões ou colapso cardiovascular. Portanto, não se deve exceder a dose recomendada. A pseudoefedrina, por ser estimulante do SNC, pode causar dependência. Os idosos são mais suscetíveis aos efeitos adversos das aminas simpatomiméticas. **Interações Medicamentosas:** **Interações com fexofenadina:** a administração concomitante do cloridrato de fexofenadina e cloridrato de pseudoefedrina não interfere na farmacocinética de ambas as drogas. A fexofenadina não sofre biotransformação hepática, portanto não interage com drogas que atuam no metabolismo hepático. Recomenda-se aguardar um período aproximado de 2 horas entre as administrações de ALLEGRA D e antiácidos que contenham hidróxido de alumínio e magnésio, pois estes causam redução na biodisponibilidade da fexofenadina, provavelmente devido a ligações no trato gastrointestinal. Foi observado aumento de 2 a 3 vezes no nível plasmático de fexofenadina administrada concomitantemente com eritromicina ou cetoconazol, porém sem estar associada com aumento de efeitos adversos ou com o prolongamento no intervalo QT, comparado ao observado quando as drogas foram administradas separadamente. Em estudos em animais foi demonstrado que este aumento nos níveis plasmáticos de fexofenadina foi devido a um aumento na absorção gastrointestinal e uma diminuição ou na excreção biliar ou na secreção gastrointestinal respectivamente. **Interações com pseudoefedrina:** o uso concomitante com inibidores da MAO e uso dentro de 14 dias após parada com tal classe de medicamentos está contra-indicado. Os betabloqueadores e os simpatomiméticos podem potencializar os efeitos das aminas simpatomiméticas. O uso concomitante de drogas antihipertensivas pode interferir na atividade simpatomimética como por exemplo: metildopa, mecamilamina e reserpina, podendo reduzir os seus efeitos anti-hipertensivos. A administração concomitante de pseudoefedrina com digitálicos pode provocar aumento da atividade eclópica do marca-passo. **Reações Adversas:** Nos estudos clínicos realizados, os eventos adversos relatados no grupo recebendo ALLEGRA D foram predominantemente os mesmos eventos relatados no grupo recebendo somente cloridrato de fexofenadina ou somente cloridrato de pseudoefedrina. As reações adversas mais frequentes foram: insônia, cefaléia, náuseas, boca seca, vertigens, agitação, dispepsia, irritação na garganta, dor nas costas, palpitação, ansiedade, infecções do trato respiratório superior e dor abdominal. **Posologia:** A dose recomendada é de 1 comprimido, 2 vezes ao dia, para adultos e crianças maiores de 12 anos de idade. É recomendável evitar a administração concomitante de ALLEGRA D com alimentos ricos em gordura. Para pacientes idosos ou com insuficiência renal, recomenda-se dose inicial de 1 comprimido, uma vez ao dia. Não é necessário ajuste de doses em pacientes com insuficiência hepática. **Composição e Apresentação:** comprimidos revestidos de camada dupla (caixas com 10). Cada comprimido contém 60 mg de cloridrato de fexofenadina e 120 mg de cloridrato de pseudoefedrina. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Data da Revisão:** 17/11/98

"Para maiores informações antes de sua prescrição, favor ler bula completa do produto."