

## Diagnóstico tardio de malformação de tuba auditiva: relato de caso e revisão da literatura

## A late diagnose of malformation of ear tube: case report and review of literature

Eliézia H. L. Alvarenga<sup>1</sup>, Fabiana N. R. Maia<sup>2</sup>,  
Márcia A. Souza<sup>3</sup>, Oswaldo L. M. Cruz<sup>4</sup>

Palavras-chave: otite média secretora, SIDA, malformação.  
Key words: secretory otitis media, AIDS, malformation.

### Resumo / Summary

**A** malformação da tuba auditiva é uma patologia rara, geralmente diagnosticada na infância devido a otites de repetição ou diminuição da audição. Entretanto, não há relato recente na literatura sobre esta malformação congênita ocasionando distúrbios na orelha média em qualquer faixa etária. No presente estudo, os autores relatam 1 caso de malformação tubária em um paciente idoso que desenvolveu um quadro de otite média secretora unilateral após 1 ano do diagnóstico de AIDS.

**T**he malformation of the ear tube is a rare condition, usually diagnosed in children with recurrent otitis or deafness. There are no reports available in the medical literature attempting to this congenital malformation in older patients. The authors report a case of an old man with unilateral secretory otitis media and malformation of ear tube.

<sup>1</sup> Mestra em Otorrinolaringologia da FMUSP (Ribeirão Preto), Pós-graduanda – nível doutorado – Otorrinolaringologia da EPM.

<sup>2</sup> Médica colaboradora da Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da FMUSP.

<sup>3</sup> Doutora em Otorrinolaringologia pela UNIFESP – EPM.

<sup>4</sup> Livre Docente da FMUSP.

Endereço para Correspondência: Eliézia Helena de Lima Alvarenga # Rua Conselheiro Brotero, 1539/104 Higienópolis São Paulo SP 01232-011  
Tel (0xx11) 3826-8001 – E-mail: elalvarenga@aol.com.br

Artigo recebido em 14 de agosto de 2002. Artigo aceito em 29 de agosto de 2002.

## INTRODUÇÃO

O diagnóstico de otite média secretora (OMS) unilateral no adulto impõe uma investigação minuciosa a fim de se excluir doenças da nasofaringe, principalmente os tumores. Uma manifestação bem reconhecida da neoplasia nasofaríngea em adultos é otite média secretora unilateral e menos freqüentemente bilateral<sup>1</sup>, sua incidência varia de zero<sup>2</sup> a 1,5%<sup>3</sup>. Portanto, a endoscopia nasal é parte essencial da avaliação nesses pacientes, possibilitando o exame da cavidade nasal e da rinofaringe.

O diagnóstico diferencial de doenças da rinofaringe que proporcionam otite secretora inclui uma variedade grande de entidades (Tabela 1), e que podem, muitas vezes, apresentar mucosa normal ao exame endoscópico, sendo o exame anatomopatológico essencial para a identificação da alteração da mucosa<sup>4</sup>. Desta forma, a biópsia e a tomografia computadorizada da nasofaringe são recursos importantes no diagnóstico da otite média secretora unilateral em adultos.

No Brasil, houve um aumento do número de casos de AIDS em idosos, e da proporção de indivíduos afetados nesta faixa etária entre os anos de 1991 e 2000, e principalmente em mulheres<sup>5</sup>. A via de contaminação heterossexual é significativamente mais importante. Atualmente, com o aumento do número de casos de infecção por HIV, o encontro de otite média secretora nos leva a pensar em hiperplasia linfóide de nasofaringe, uma vez que a queda de CD4 e o aumento de CD8 pode induzir a um crescimento do tecido adenoideano e eventual obstrução tubária<sup>6,7</sup>.

Nos pacientes idosos com AIDS, é freqüente o aparecimento de neoplasias associadas ao HIV, como sarcoma de Kaposi e linfomas não-Hodgkin<sup>8</sup>. Kaplan et al.<sup>9</sup> verificaram que ¾ dos tumores sólidos em pacientes com AIDS ocorreram em idosos.

A malformação da tuba auditiva tem geralmente uma manifestação precoce, embora na revisão da literatura nacional e internacional dos últimos 25 anos não encontremos

nenhum trabalho sobre malformação tubária isolada em nenhuma faixa etária. E gostaríamos de ressaltar a raridade do nosso caso, de OMS unilateral em idoso com AIDS há um ano, após IVAS, sem otite média prévia, sem intervenção cirúrgica da nasofaringe (adenoidectomia), onde observamos e confirmamos a malformação da tuba auditiva.

## RELATO DE CASO

A.F., sexo masculino, 72 anos de idade, natural de Portugal. Referia hipoacusia e zumbido à esquerda há 4 meses. Relatava que tudo começou após episódio gripal complicado com otite média aguda sendo tratado pelo infectologista com antibioticoterapia convencional. Sem queixas nasais. Antecedente de Tuberculose pulmonar há 1 ano quando foi realizado diagnóstico de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Humana. Nega qualquer otite média progressiva ou cirurgia otorrinolaringológica.

Ao exame otorrinolaringológico, a membrana timpânica esquerda encontrava-se retraída e opacificada com estrias vasculares, rinoscopia anterior e oroscopia sem alterações. Foi realizada nasofibroscopia sendo constatada ausência de tórus e orifício tubário à esquerda (Figuras 3 e 4). À avaliação auditiva observamos perda auditiva condutiva à esquerda com curva timpanométrica do tipo B, reflexos estapedianos ausentes bilateralmente. Realizado tratamento clínico para otite média secretora com corticoterapia. Foi solicitada ressonância nuclear magnética de nasofaringe evidenciando velamento da caixa timpânica e mastóide esquerda, assimetria de nasofaringe devido ausência do tórus tubário à esquerda não evidenciando trajeto membranoso da tuba auditiva, provável presença da porção lateral (parte óssea) da tuba auditiva (Figuras 1 e 2).

Não houve sucesso com tratamento clínico sendo indicado timpanotomia com colocação de tubo de ventilação de longa duração, havendo desaparecimento dos sintomas auditivos no pós-operatório imediato. Em 2 meses de pós-operatório, apresentou otorréia esquerda através do tubo,

**Tabela 1.** Causas de otite média secretora no adulto

ESPECÍFICAS	NÃO-ESPECÍFICAS	OUTRAS
Aspergilose	Granuloma body foreign	AIDS
Blastomicose	Granuloma de Wegener	Berilose crônica
Esporotricose		Doença de Crohn
Hanseníase		Drogas
Histoplasmose		Granuloma letal da linha média
Leishmaniose		Linfoma de células T
Lupus		Linfoma de Hodgkin
Mucormicose		Malformação congênita
Rinosporidiose		
Sífilis		
Tuberculose		

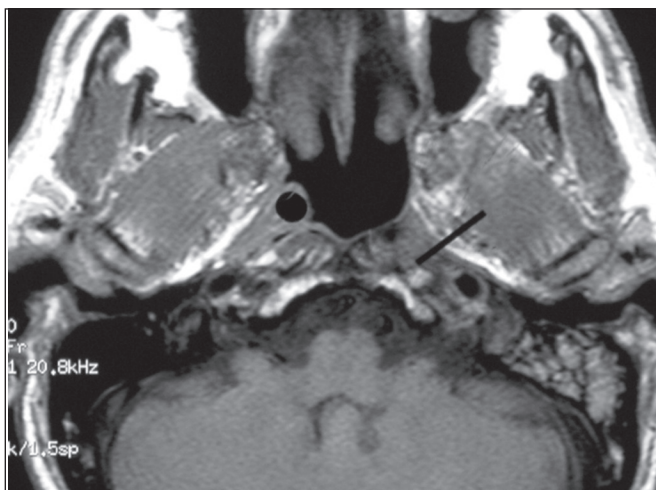


Figura 1. Ressonância Nuclear Magnética dos seios paranasais (corte axial).

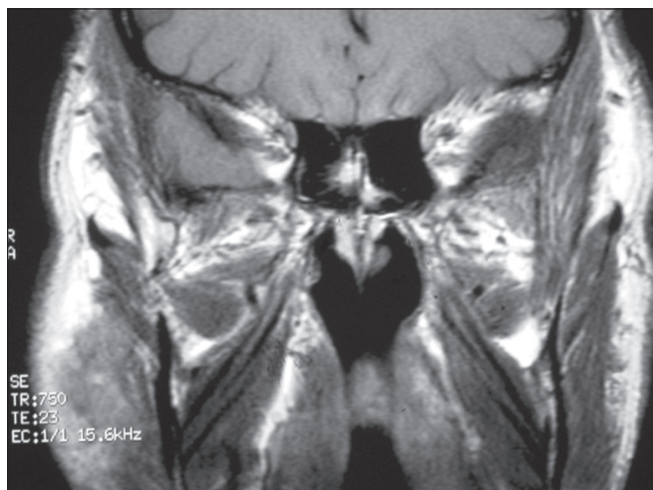


Figura 2. Ressonância Nuclear Magnética dos seios paranasais (corte coronal).

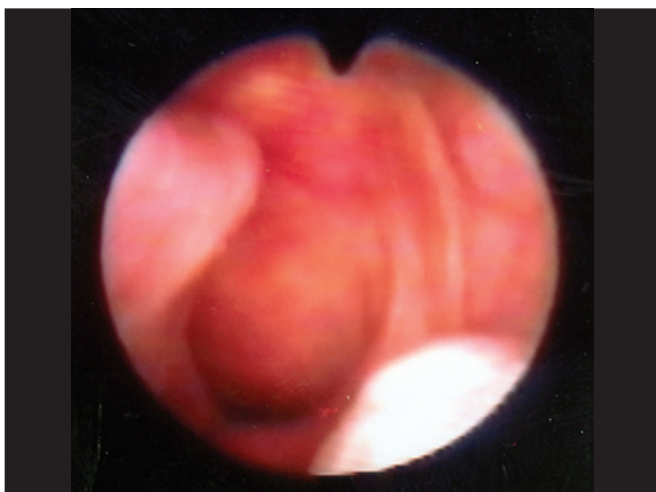


Figura 3. Agenesia de Tórus tubário e tuba auditiva esquerda à nasofibrosopia.

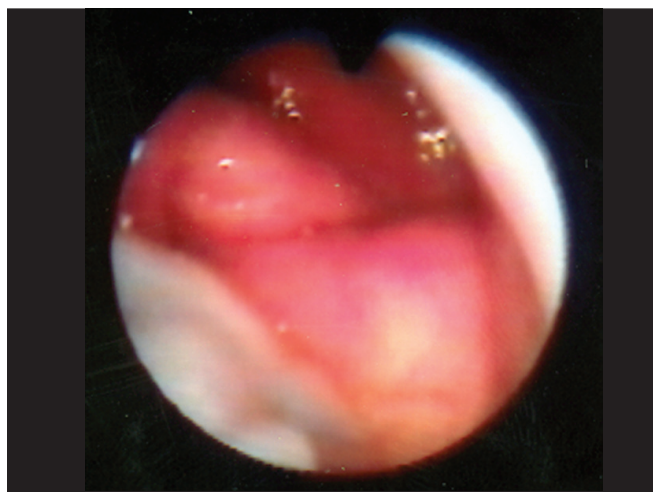


Figura 4. Tórus tubário direito à nasofibrosopia.

apesar de todos os cuidados e tratamento com gotas otológicas contendo antibiótico e corticóide. Mesmo assim, com 4 meses de seguimento, manteve-se a otorrêa ocorrendo a extrusão do tubo de ventilação. Iniciado tratamento com antibiótico e corticóide sistêmicos, apresentando melhora da otorrêa e audição. Em 6 meses de pós-operatório, manteve perfuração timpânica no local da timpanotomia com orelha média seca.

### DISCUSSÃO

A infecção pelo HIV é freqüentemente diagnosticada no idoso apenas depois da investigação extensa e exclusão de outras doenças, atrasando o diagnóstico da infecção durante meses (AIDS). Neste caso, o diagnóstico de AIDS

só foi estabelecido após o quadro de tuberculose pulmonar.

Apesar da prevalência semelhante das doenças oportunistas nos idosos infectados, esses pacientes usualmente apresentam pior prognóstico quando acometido por estas infecções. Pressupõe-se que o pior prognóstico seja devido a menor reserva funcional; o idoso apresenta declínio fisiológico da função imunológica, especialmente das células T, maior carga viral no momento da soroconversão, exposição prévia ao agente e ao tratamento (gerando formas resistentes), e intolerância aos fármacos<sup>10,11</sup>.

Dempster e Simpson<sup>12</sup> questionaram o custo-benefício da biópsia da nasofaringe de rotina no adulto apresentando otite média secretora na presença de nasofaringe clinicamente normal. Entretanto, diferente de outras neoplasias como angiofibroma e tumores do recesso lateral da nasofaringe

(fosseta de Rosenmüller), nem sempre se apresentam clinicamente, mesmo na presença de doença metastática. Uma biópsia ampliada da nasofaringe é recomendada. A positividade da biópsia é, sem dúvida, baixa, porém negligenciar e não fazer diagnóstico de câncer traz sérias implicações.

A aparência normal da mucosa da nasofaringe não necessariamente é um indicador confiável da ausência de malignidade, visto que o tumor pode ser submucoso, como descrito por Lee et al<sup>13</sup>, que concluíram que biópsias profundas da nasofaringe devem ser feitas em pacientes adultos com otite média secretora unilateral, evitando assim a falta de diagnóstico ou diagnóstico tardio de neoplasia.

Yung e Arasaratnam<sup>14</sup> observaram que 11 de 53 (20%) pacientes com OMS apresentaram evidência endoscópica de inflamação da parede lateral nasal e constataram que 51% dos seus pacientes tinham evidência de inflamação do orifício tubário, num período de 15 a 27 meses de seguimento após colocação de tubo de ventilação. A recorrência da OMS após a extrusão do tubo de ventilação foi vista em 19 dos 31 pacientes (61%), e 4 dos 22 pacientes (18%) que ainda mantinham o tubo de ventilação apresentavam persistência da otorrêia. Além disso, não observaram diferenças endoscópicas da nasofaringe e da parede lateral do nariz entre os grupos com e sem recorrência da otite média secretora, e mais de 50% de todos os pacientes tinham uma história prévia de timpanotomia com colocação do tubo de ventilação. Concluíram que a simples colocação do tubo de ventilação em OMS no adulto é procedimento de resultado limitado, enquanto que na criança 70% dos casos se resolve após a primeira colocação do tubo de ventilação e 20% após a colocação do segundo tubo de ventilação. Yung e Arasaratnam<sup>14</sup> observaram também associação entre otite média secretora e atopia. Numa amostra de 53 pacientes, 23 (43%) tinham história de atopia e 30 (57%) tinham teste cutâneo positivo.

O resultado do tratamento da otite média secretora de início no adulto é bem menos estabelecido. Sabe-se que a otite média secretora secundária ao carcinoma de nasofaringe não responderá bem ao tubo de ventilação e muito frequentemente resulta em otorrêia persistente pelo tubo de ventilação<sup>15</sup>.

Como qualquer malformação esperamos uma manifestação na primeira infância, principalmente malformação da tuba auditiva que infecções de vias aéreas superiores prevalecem nesta faixa etária, podendo evoluir com otite média de repetição e otite média secretora, seguindo o continuum para otite média crônica. Entretanto, na extensa revisão da literatura nacional e internacional nenhum caso de malformação de tuba auditiva isolada foi descrito. O curioso e intrigante neste nosso caso, cuja primeira otite foi um ano após o diagnóstico de AIDS aos 72 anos de idade, é que na investigação endoscópica observamos ausência de tórus tubário ipsilateral, fato confirmado pela

Ressonância Nuclear Magnética – malformação do trajeto membranoso da tuba auditiva.

Em nosso caso, concluímos que se tratava de um caso de malformação congênita baseado nos achados da ressonância nuclear magnética e fibroscopia. Na ressonância magnética, a porção membranosa da tuba auditiva possuía um aspecto homogêneo, sem neoformação, sem atividade inflamatória e sem indícios de fibrose na região que pudesse ocluir a luz da tuba. À fibroscopia não se identificou a presença do tórus tubário e orifício faríngeo da tuba, sendo que a mucosa que reveste esta região apresentava-se com aspecto normal, concordante com os achados da ressonância magnética.

No presente caso de OMS em idoso com AIDS, com malformação de tuba auditiva optamos pela colocação de tubo de ventilação de demora, com melhora do quadro otológico inicial, evoluindo com otorrêia persistente e extrusão do tubo em quatro meses de pós-operatório. Aqui acreditamos ser importante discutirmos que em um paciente com alteração imunológica própria da idade com o agravante da AIDS não poderíamos esperar melhores resultados, pois acreditamos que a hiperreatividade da mucosa esteja associada a alterações imunológicas, mantendo a otorrêia, apesar do tubo de ventilação. E, reforçando esta nossa hipótese, o que temos observado são períodos intermitentes de otorrêia pela perfuração da membrana timpânica (local da colocação do tubo), apesar de todos os cuidados orientados.

---

## COMENTÁRIOS FINAIS

---

Discordando de nossos conhecimentos # que sintoma de malformação manifesta-se precocemente, e que infecções de vias aéreas apresentam maior prevalência na infância # esperávamos que a malformação da tuba auditiva tivesse que se manifestar como otite média crônica nesta faixa etária. É intrigante o fato de que a otite do nosso paciente apenas se deu aos 72 anos de idade após um ano do quadro de tuberculose pulmonar que levou ao diagnóstico de AIDS. A otite média aguda evoluiu para otite média secretora, e na investigação de OMS unilateral em adulto impôs o estudo endoscópico nasofaríngeo. Em idoso com AIDS esperávamos observar um aumento do tecido linfóide nasofaríngeo obstruindo a tuba, ou mesmo tumor. Entretanto, o que observamos foi nasofaringe ampla e ausência do tórus tubário ipsilateral, e a RNM confirmou os achados endoscópicos com ausência da porção cartilaginosa da tuba.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Gacek RR. A differential diagnosis of unilateral serous otitis media. *Laryngoscope* 1992;102:461-8.
2. Robinson PM. Secretory otitis media in the adult. *Clinical Otolaryngology* 1987;12(4):297-302.

- 
3. Gaze MN, Keay DG, Smith IM, Hardcastle PF. Routine nasopharyngeal biopsy in adult secretory otitis media. *Clinical Otolaryngology* 1992;17(2):183-4.
  4. Osinubi OA, Thomas RSA, Lauder I. A rare cause of unilateral hearing loss. *Self assessment questions* 1999;584-5, 588-9.
  5. Lucente FE. Aspectos Otorrinolaringológicos da síndrome da imunodeficiência adquirida. *Clínicas Médicas da América do Norte* 1991;6:1429-38.
  6. France AJ, Kean DM, Douglas RHB. Adenoidal Hypertrophy in HIV infected patients. *The Lancet* 1988;2:1076.
  7. Oksenhendler E, Lida H, D'agay MF. Tumoral nasopharyngeal lymphoid hyperplasia in human immunodeficiency virus-infected patients. *Arch Intern Med* 1989;149:2359-61.
  8. Gordon S, Thompson S. The changing epidemiology of human immunodeficiency virus infection in older patients. *Journal Am Geriatr Soc* 1995;43:7-9.
  9. Kaplan M, Susin M, Pahwa S et al. Neoplastic cs of HTLV III infection. *Am J Med* 1987;82:382-95.
  10. Ferro S, Saht I. HIV Infection in patients older 55 years of age. *J Acquire Immune Defic Syndr* 1992;5:348-55.
  11. Melo MR, Gorzoni M, Melo KC, Melo E. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no idoso. *Revista Diagnóstico e Tratamento* 2002;7(2):13-7.
  12. Dempster JH, Simpson DC. Nasopharyngeal neoplasms and their association with adult onset otitis media with effusion. *Clinical Otolaryngology* 1988;13:363-5.
  13. Lee WC, Weiner GM, Campbell JB. Should nasopharyngeal biopsy be mandatory in adult unilateral glue ear? *J Laryngol Otol* 1996;110:62-4.
  14. Yung MW, Arasaratnam R. Adult-onset otitis media with effusion: results following ventilation tube insertion. *J Laryngol Otol* 2001;115:874-8.
  15. Morton RP, Wollons AC, Mcivor NP. Nasopharyngeal carcinoma and middle ear effusion: natural history and the effect of ventilation tubes. *Clin Otolaryngol* 1994;19:529-31.