

## A RESPONSABILIDADE MÉDICA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO COLESTEATOMA DA ORELHA MÉDIA

### THE MEDICAL RESPONSIBILITY IN DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF MIDDLE EAR CHOLESTEATOMA

Jose Jarjura Jorge Júnior<sup>1</sup>, Roberto Augusto de Carvalho Campos<sup>2</sup>, Godofredo Campos Borges<sup>3</sup>, Julia Stabenow Jorge<sup>4</sup>

Apesar da melhoria do atendimento à população em nosso meio, dos avanços no tratamento das otites médias com a utilização de antibióticos e dos microtubos implantados nas otites médias crônicas secretoras, encontramos, ainda, principalmente na população de baixa renda, uma incidência frequente de otites médias crônicas colesteatomatosas (OMCC) não-congênitas e, infelizmente, ainda casos de complicações desta afecção. Essas complicações nitidamente poderiam ser evitadas se a OMCC fosse diagnosticada e cuidada precocemente.

Por outro lado, também vemos problemas no tratamento cirúrgico desta doença, que pode trazer sequelas graves ao paciente e, também, muita preocupação ao cirurgião responsável.

Na assistência ao diagnóstico e tratamento da OMCC, a informação ampla deve ser privilegiada à medida que o paciente assim subsidiado, e de forma decisiva, possa contribuir com a conduta, que sempre será de risco. Informação que não deve objetivar mera profilaxia às demandas judiciais, mas pelo cumprimento do dever ético de informar.

#### O DEVER DE INFORMAR NO TRATAMENTO DAS OMCC

Nos tempos hipocráticos, o respeito pelos pacientes era expresso por fundamentos éticos e religiosos, sem interesses relativos às repressões legais.

Além da civilização grega, a egípcia e a romana elaboraram documentos que descreviam as propostas de atuação do médico, com o interesse precípua de informar.

Nos nossos tempos, muito se discute a respeito da elaboração do consentimento informado, sendo que, por engano, muitos profissionais buscam esse meio como mero instrumento para eventual prova judicial.

Tal iniciativa, além de não aprimorar a relação médico-paciente, não é suficiente para descaracterizar eventual ação culposa do médico.

Antes de ser elemento de prova, o termo de consentimento informado, formal ou não, deve ser entendido como instrumento de aproximação ou equilíbrio de uma relação que, pelos elevados componentes técnicos envolvidos, inicialmente distancia as partes.

Nas afecções de alta complexidade, como é o caso da OMCC, faz-se necessário o rompimento do desequilíbrio.

Resta àqueles com visão mais jurídica e pragmática a respeito do consentimento informado, a possibilidade de tê-lo como documento com características contratuais de acordo com o Código de Defesa do Consumidor. No documento (contrato), o médico expõe os atos a serem praticados enquanto “fornecedor” dos serviços, e o paciente, na sua condição de “consumidor”, expressa o aceite com ciência dos eventuais maus resultados advindos do tratamento.

Pela modalidade que optar, o médico deve utilizar-se do consentimento informado como instrumento que pode facilitar

o entendimento a respeito da doença, como também limita sua prática à obrigação de oferecer o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional para a promoção da saúde.

#### QUADRO CLÍNICO E COMPLICAÇÕES

Para que se cumpra o dever ético de bem informar, o médico deve orientar o seu paciente com os fundamentos do melhor da ciência da especialidade, utilizando-se de todos os meios e conhecimentos para a adequada assistência a ele.

A respeito das OMCC, o quadro é de otorreia crônica, constante e extremamente fétida e característica, onde há a presença de um tumor benigno, do tipo epitelial na orelha média (OM). Apesar de benigno do ponto de vista sistêmico, apresenta uma “malignidade local”, no sentido de ser altamente destrutivo aos tecidos circundantes. Através de substâncias proteolíticas, destrói a membrana timpânica, os ossículos e o próprio osso temporal, provocando grandes cavidades em nível de antro mastoideo e demais células da mastoide, e também o canal do nervo facial, expondo-o à infecção que o próprio tumor predis põe.<sup>1</sup>

Portanto, esta afecção pode trazer consequências drásticas ao seu portador e é importante que o médico assistente e o perito conheçam o que a literatura traz em relação a essas complicações.

Dhooge<sup>2</sup> fez uma análise retrospectiva de 1937 a 1997 e demonstrou que a incidência de complicações intracranianas vem diminuindo, mas afirma que ainda continuam a ser causa significativa de morbidade e mortalidade.

Além das deficiências auditivas condutivas, afetando praticamente a totalidade dos casos de OMCC, e as deficiências auditivas neurosensoriais, quando a orelha interna é afetada lesando as células sensoriais da cóclea, as complicações ainda podem ser divididas em intracranianas e extracranianas.<sup>2</sup>

As complicações extracranianas mais comuns são paralisia facial periférica, mastoidites agudas e crônicas, fistulas labirínticas e labirintite; ainda citadas na literatura, petrosites, abscessos subperiostais e de Bezold.<sup>3,4</sup>

Entre as complicações intracranianas são citadas mais comumente as meningites, a trombose do seio lateral e os abscessos cerebrais e cerebelares, além das menos comuns, que são os abscessos extradurais, a empiema subdural, as encefalites e a hidrocefalia otogênica.<sup>2,3,4</sup>

A tabela 1 mostra as porcentagens de complicações mais comuns das OMCC encontradas na literatura.<sup>2,3,4</sup>

**Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 12, n. 2, p. 29 - 31, 2010**

1 - Professor do Depto. de Cirurgia - FCMS/PUC-SP -, coordenador do Serviço de Otorrinolaringologia - Conjunto Hospitalar de Sorocaba

2 - Professor da Faculdade de Direito - USP - e Faculdade de Medicina - UNIFESP

3 - Professor do Depto. de Cirurgia - FCMS/PUC-SP

4 - Acadêmica do Curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

Recebido em 13/10/2009. Aceito para publicação em 11/1/2010.

Contato: jarjura@uol.com.br

Tabela 1. Porcentagem de complicações extra e intracranianas mais comuns encontradas por três autores: Mustafá,<sup>2</sup>Dhooge,<sup>3</sup>Keles.<sup>4</sup>

COMPLICAÇÕES	AUTORES	MUSTAFÁ	DHOOGHE	KELES
	N.	91	49	51
<b>Extracranianas</b>		57,10%	58,02%	72,50%
PFP*		14,30%	6,12%	23,50%
Mastoidite		33,00%	6,12%	27,40%
Labirintite e fístulas labirínticas		10,00%	6,12%	19,60%
<b>Intracranianas</b>		31,90%	41,98%	25,40%
Meningite		13,20%	24,45%	7,8%
Abscessos cerebrais e cerebelares		3,30%	6,12%	13,50%
Trombose do seio lateral		11,00%	6,12%	5,80%
Complicações múltiplas		11,00%		1,90%

PFP = Paralisia facial periférica

N = número total de casos de OMCC

Obs.: não estão computadas as complicações menos frequentes

Yen<sup>5</sup> relata que em 122 casos de abscesso cerebral observados, 26 eram de causas otorrinolaringológicas, sendo que 15 (12,30%) tinham como foco uma OMCC.

O diagnóstico desta afecção é essencialmente clínico. No entanto, os exames subsidiários são exigidos. A tomografia computadorizada ou a ressonância magnética demonstram a presença do tumor assim como seu tamanho, extensão e possíveis sinais de complicação, se essas ainda não existem clinicamente. A audição deve ser analisada através, pelo menos, da audiometria tonal para se avaliar também o grau de lesão do tipo condutivo ou neurossensorial.

Ainda esses exames são extremamente necessários para comprovação médico-legal da lesão e do grau de destruição que ela está produzindo. A audiometria pré-operatória torna-se importantíssima neste caso, pois pode haver a piora da audição após o tratamento cirúrgico e o médico assistente ou perito pode ter como base a perda preexistente. É imperativo o tratamento cirúrgico para a erradicação do tumor.

A responsabilidade médica sobre este procedimento inicia-se no ensino da técnica e deve ser intenso e prolongado, pois a limpeza da mastoide em seus detalhes deve ser minuciosa e completa, para se evitarem as recidivas, que nesse tumor são comuns. O cirurgião otológico, portanto, deve estar completamente preparado para a cirurgia, para os possíveis achados que eventualmente possam aparecer durante o ato, como fístulas dos canais semicirculares, exposição do nervo facial ou exposição das meninges, e saber lidar com esses problemas.

São realizadas basicamente duas técnicas, conhecidas como mastoidectomias fechada e aberta. A primeira é um procedimento conservador, preferencialmente realizado em pequenos tumores em que o cirurgião tem a convicção de que pode limpar totalmente a orelha da afecção e, portanto, conservar as estruturas da orelha média, realizando enxerto na perfuração da membrana timpânica, mantendo os ossículos ou mesmo reconstruindo a cadeia ossicular quando possível. É uma técnica que permite manter ou até melhorar a sensação auditiva do paciente, o que nem sempre é possível. Contudo, nesses casos é imprescindível a revisão cirúrgica (*second look*) dentro de pelo menos um ano, pois inadvertidamente o cirurgião pode deixar células do tumor na caixa timpânica. Estas podem evoluir formando “pérolas” de tecido epitelial,

que podem ser removidas num segundo tempo cirúrgico. Ao contrário, se não for reexaminado o local, estas pérolas podem evoluir novamente para um tumor maior.

É possível realizar um acompanhamento pós-operatório com a tomografia computadorizada (TC) ou com a ressonância magnética (RM), contudo, muitas vezes, estas técnicas poderão não demonstrar pequenas tumorações e, portanto, consideramos importante a revisão cirúrgica para a garantia do cirurgião e do paciente.

Na técnica aberta, chamada também de mastoidectomia radical, o cirurgião retira o tumor, mas também bloqueia todo o osso da mastóide, alterando a anatomia local, transformando as orelhas externa e média em uma única cavidade. Nesses casos, é necessário fazer-se uma “plástica” do meato acústico externo, a meatoplastia, ampliando o seu diâmetro para que haja um arejamento maior da nova cavidade e também a possibilidade de limpeza ambulatorial da cavidade, procedimento que deve ser realizado de uma a duas vezes ao ano.

O paciente deve estar avisado dos cuidados que deve tomar após esta cirurgia, principalmente no sentido de não permitir a entrada de água na cavidade. Também deve estar ciente que nessa nova situação é preciso submeter-se a curativos e inspeções periódicas. Em geral, a audição permanecerá prejudicada, pois as estruturas são removidas para evitar um mal maior para sua saúde como os já citados.

Em alguns casos pode-se recorrer a um recurso dentro da técnica aberta, que é a chamada “microcaixa”, ou mastoidectomia radical modificada, ou cirurgia de Bondy, onde as condições, principalmente ossiculares, permitem uma possível melhora auditiva. Nessa técnica, o cirurgião aplica um enxerto sob o que restou da membrana timpânica, colocando-o sobre o canal do nervo facial, sobre os ossículos existentes, quase sempre remodelados para a reconstrução da cadeia ossicular, com o objetivo de permitir uma melhora da sensação auditiva.

Esse tumor tem caráter altamente recidivante e, portanto, sua erradicação total é imperativa. As técnicas abertas são as mais seguras, pois permitem uma melhor limpeza da mastoide e, posteriormente, um acompanhamento ambulatorial com visão direta do médico a toda a cavidade mastoidea, o que permite, muitas vezes, a retirada de pequenos novos de pele no próprio consultório.

É preciso referir-se também, neste item, ao nervo facial. As considerações sobre esta estrutura são as mesmas expostas no item anterior. Com a evolução do colesteatoma, o canal ósseo do nervo facial, ou canal de Falópio, pode ser corroído, expondo o nervo ou, nos tumores maiores ou mais agressivos, pode envolver o nervo de maneira que muitas vezes o cirurgião não consegue distinguir o que é tecido nervoso do tecido tumoral e, assim, facilmente lesará o nervo no ato cirúrgico. É preciso muita experiência e atenção nesses casos. Também, previamente o paciente deve ser alertado para a possibilidade de ter uma paralisia facial periférica no pós-operatório.

### RESPONSABILIDADE NO ATENDIMENTO PRIMÁRIO

Na formação do pediatra e do clínico geral é fundamental que seja enfatizado o conhecimento desta doença para que se evite a ocorrência das complicações acima citadas. Pelo que temos visto, muitos desses profissionais tem uma idéia geral sobre otites, mas desconhecem detalhes clínicos simples que poderiam salvar vidas de paciente.

### RESPONSABILIDADE DO ESPECIALISTA

Evidentemente, o especialista tem obrigação de conhecer a doença, saber exatamente como conduzir esses casos em relação ao diagnóstico preciso e saber solicitar e analisar os exames audiométricos, de tomografia computadorizada ou ressonância magnética, senão tem a possibilidade de incorrer em imperícia. Mas a responsabilidade maior do otologista está realmente na indicação e no ato cirúrgico.

A boa formação do cirurgião otológico passa por um rígido treinamento que inclui várias horas em laboratório de dissecação de osso temporais e, posteriormente, realizando junto a seus preceptores o maior número possível de mastoidectomias a fim de que ao operar esses casos, sintam-se confortáveis e convictos da anatomia da região para que não incorra em erro ou acidente cirúrgico.

A mastoidectomia não pode ser superficialmente realizada; o cirurgião deve rebaixar o muro até o nível do canal facial, explorar amplamente a ponta da mastoide, cuidadosamente limpar o epítímpano, região onde encontramos muitas recidivas por falta de atenção do cirurgião, e limpeza minuciosa e cuidadosa dos recessos timpânicos e facial. As células da mastoide precisam ser totalmente limpas e livres de quaisquer resquícios do tumor.

Ao indicar uma cirurgia, o médico deve explicar detalhadamente ao paciente o que é a sua doença, as complicações que espontaneamente ela pode produzir se não se submeter à remoção do colesteatoma e, principalmente, as complicações e sequelas que podem advir do ato operatório. Deve mostrar as estatísticas mundiais e suas próprias estatísticas, se tiver. Evidentemente que isso tudo deve estar exposto em documento escrito, que nada mais é que o Termo de Consentimento, e que deve ser cuidadosamente lido e explicado ao paciente e, finalmente, assinado por médico e paciente.

Encontramos na literatura que no pós-operatório imediato da cirurgia da OMCC, poderemos ter deficiência

auditiva profunda ou anacusia, vertigens, paralisia facial periférica e fistulas labirínticas. No pós-operatório tardio, com frequência, o paciente pode apresentar otorreia persistente. Também há casos bastante comuns de recidiva que exige uma revisão cirúrgica. Ajalloueyan,<sup>6</sup> em 72 casos de cirurgia radical com rebaixamento do muro, reviu cirurgicamente 7% dos casos. Já Haginomori,<sup>7</sup> numa série de 85 casos operados, encontrou 21% de recidiva.

Todo esse processo torna-se agravante quando existe a doença numa orelha em que a audição é normal, pois essas complicações pós-operatórias, principalmente a deficiência auditiva em decorrência da técnica, podem ocorrer. Trata-se de casos extremamente delicados para o médico assistente e as possíveis sequelas devem ser bem compreendidas e aceitas pelo paciente.

Pelos motivos expostos, quando o médico investe em “traduzir” a complexidade técnica da doença e busca informar as estratégias diagnósticas, tratamento e possíveis complicações, o paciente harmoniza-se com ele, exerce sua autonomia e decide o que lhe parecer adequado às suas pretensões de recuperação da sua saúde.

Para que se obtenha o consentimento válido, mediante informação, o médico deve certificar-se de que o seu receptor, o paciente, tenha alcançado suficiente nível de entendimento para o convencimento eficiente. Não é raro, por mais didática que venha a ser a explanação, que o interlocutor não demonstre a desejada compreensão, apesar do esforço do médico no sentido de bem informar.

### REFERÊNCIAS

1. Ribeiro, FAQ, Pereira CSB. Otite media colesteatomatosa. In: Tratado de otorrinolaringologia. São Paulo: Roca; 2003. v. 2, p.93-102.
2. Dhooze IJM, Albers FWJ, Van Cauwenberge PM. Intratemporal and intracranial complications of acute suppurative otitis media in children: renewed interest. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1999; 49 Suppl. 1:S109S114.
3. Mustafa A, Heta A, Kastrati B, Dreshaj S. Complications of chronic otitis media with cholesteatoma during a 10-year period in Kosovo. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2008; 265:147782.
4. Keles E, Kaygusuz I, Karhdag T, Yalcin S, Sakallioğlu O, Alpay HC. The complications of otitis media: retrospective assessment of 51 cases. *Turk Arch Otolaryngol.* 2004; 42(4):215-9.
5. Yen PT, Chan CT, Huang TS. Brain abscess: with special reference to otolaryngologic sources of infection. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995; 113:15-22.
6. Ajalloueyan M. Experience with surgical management of cholesteatomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006; 132:931-3.
7. Haginomori SI, Takamaki A, Nonaka R, Takenaka H. Incidence and localization in canal wall down tympanoplasty with soft-wall reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008; 134(6):652-7.
8. Henry E, Brown T, Bartlett C, Massoud E, Bance M. Informed consent in otologic surgery: prospective randomized study comparing risk recall with an illustrated handout and a nonillustrated handout. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008; 37(2):273-8.