

Estudo Ativo

Aprenda *otorrinolaringologia*
com metodologias baseadas
em evidências científicas



Henrique de Paula Bedaque

Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira

Estudo Ativo

Aprenda **otorrinolaringologia**
com metodologias baseadas
em evidências científicas



Henrique de Paula Bedaque
Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira

Estudo Ativo

Aprenda *otorrinolaringologia*
com metodologias baseadas
em evidências científicas

 editora
CAULE DE PAPIRO®

Natal, 2020



©2020. Henrique de Paula Bedaque - Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira. Reservam-se os direitos e responsabilidades do conteúdo desta edição aos autores. A reprodução de pequenos trechos desta publicação pode ser realizada por qualquer meio, sem a prévia autorização dos autores, desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei n. 9610/1998) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Revisão	<i>Os Autores</i>
Projeto Gráfico e Diagramação Eletrônica	<i>Caule de Papiro</i>
Imagens	<i>Freepik.com</i>

Catálogo da Publicação na Fonte.
Bibliotecária/Documentarista:
Rosa Milena dos Santos - CRB15 / 847

B399e

Bedaque, Henrique de Paula. Estudo ativo: aprenda otorrinolaringologia com metodologias baseadas em evidências científicas / Henrique de Paula Bedaque; Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira. – Natal: Caule de Papiro, 2020.

320 p. : il.

ISBN 978-65-86643-24-4 - LIVRO VIRTUAL

1. Otorrinolaringologia. 2. Doenças nasais. 3. Otorrinolaringopatias. I. Ferreira, Lidiane Maria de Brito Macedo. II. Título.

RN

CDU: 616.21

Caule de Papiro gráfica e editora
Rua Serra do Mel, 7989, Cidade Satélite
Pitimbu | 59.068-170 | Natal/RN | Brasil
Telefone: 84 3218 4626
www.cauledepapiro.com.br

À Simone Andrade de Paula

*Por ensinar que sonhos se tornam
realidade*



SUMÁRIO

11	PREFÁCIO
13	INTRODUÇÃO
17	ESTUDO ATIVO: COMO APLICAR?
19	CAPÍTULO 1 – INÍCIO DO TREINAMENTO
20	Estudo 1.1
24	Estudo 1.2
29	Estudo 1.3
33	Estudo 1.4
38	Estudo 1.5
44	Estudo 1.6 - LEMBRANÇA PENSANTE
46	Estudo 1.7
51	Estudo 1.8
56	Estudo 1.9
61	Estudo 1.10
66	Estudo 1.11
71	Estudo 1.12 – CONHECENDO DOENÇA RARA
74	Estudo 1.13 - LEMBRANÇA PENSANTE
77	CAPÍTULO 2 – A HISTÓRIA GUIA O EXAME
78	Estudo 2.1
84	Estudo 2.2

90	Estudo 2.3
95	Estudo 2.4
100	Estudo 2.5
105	Estudo 2.6 - LEMBRANÇA PENSANTE
107	Estudo 2.7
112	Estudo 2.8
117	Estudo 2.9
123	Estudo 2.10
129	Estudo 2.11
133	Estudo 2.12 – CONHECENDO DOENÇA RARA
137	Estudo 2.13 - LEMBRANÇA PENSANTE
139	CAPÍTULO 3 – A IMPORTÂNCIA DO EXAME FÍSICO
140	Estudo 3.1
145	Estudo 3.2
150	Estudo 3.3
155	Estudo 3.4
160	Estudo 3.5
165	Estudo 3.6 - LEMBRANÇA PENSANTE
167	Estudo 3.7
172	Estudo 3.8
178	Estudo 3.9
182	Estudo 3.10
186	Estudo 3.11
191	Estudo 3.12 – CONHECENDO DOENÇA RARA
194	Estudo 3.13 - LEMBRANÇA PENSANTE
197	CAPÍTULO 04 – A CLÍNICA É SOBERANA
198	Estudo 4.1

203	Estudo 4.2
208	Estudo 4.3
212	Estudo 4.4
217	Estudo 4.5
223	Estudo 4.6 - LEMBRANÇA PENSANTE
225	Estudo 4.7
231	Estudo 4.8
238	Estudo 4.9
243	Estudo 4.10
248	Estudo 4.11
253	Estudo 4.12 – CONHECENDO DOENÇA RARA
256	Estudo 4.13 – LEMBRANÇA PENSANTE
259	CAPÍTULO 5 – A FISIOPATOLOGIA PRECEDE A CLÍNICA
260	Estudo 5.1
264	Estudo 5.2
270	Estudo 5.3
274	Estudo 5.4
279	Estudo 5.5
284	Estudo 5.6 – LEMBRANÇA PENSANTE
286	Estudo 5.7
291	Estudo 5.8
297	Estudo 5.9
302	Estudo 5.10
306	Estudo 5.11
313	Estudo 5.12 – CONHECENDO DOENÇA RARA
317	Estudo 5.13 – LEMBRANÇA PENSANTE
319	SOBRE OS AUTORES



PREFÁCIO

Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira

Professora de otorrinolaringologia da Universidade
Federal do Rio Grande do Norte

O processo de aprendizagem é um processo contínuo marcado por estudos, descobertas, reflexões e ressignificações de conteúdos. São várias as etapas para se fixar em definitivo determinado assunto.

Enquanto educadora, tenho uma preocupação especial em fazer com que meus alunos realmente aprendam os conteúdos, e não apenas se esforcem para fazer uma boa prova. Acredito que o processo contínuo de revisão, aliado a técnicas para otimização do tempo e do conteúdo, são importantes para uma boa absorção das matérias ministradas em sala de aula. Ou seja, o aluno tem papel fundamental neste processo, o professor apenas direciona o caminho. Para alguns, esse caminho do aprendizado é mais simples, para outros, no entanto, pode parecer mais tortuoso e necessitam de ajuda...

E quando o assunto é avaliação, então surgem diversas variáveis que interferem no resultado final: o conhecimento sobre o assunto, o seu estado emocional no dia da prova, a própria maneira como a prova foi elaborada, o ambiente em que essa prova será realizada...

Algumas técnicas de estudo são instruídas pela psicologia e pedagogia com o intuito de ajudar os alunos na fixação de conteúdos e na melhor forma de fazer provas. As provas de concursos, via de regra, seguem padrões de assuntos, e nas provas de residência médica, não poderia ser diferente. Este livro objetiva não apenas ser um compilado de questões, mas oferece o cuidado de apresentar técnicas de estudo para uma melhor fixação dos conteúdos, colocando-as em prática no seu desenrolar durante os comentários das questões.

Espero que este livro o ajude de alguma forma a fixar temas da otorrinolaringologia, mas também a melhorar sua performance de estudo de modo a obter êxito nos resultados das provas de residência médica.

INTRODUÇÃO

Este não é apenas um livro de resoluções de questões de residência médica para o seu treino sobre o tema de otorrinolaringologia. O livro foi pensando e desenvolvido após intensa leitura sobre como as evidências científicas vêm mostrando os caminhos mais efetivos para o aprendizado e retenção de informações.

Em 2013, Dunlosky et al¹. publicou uma revisão clara e completa indicando que técnicas de estudo tradicionais, como fazer resumos, grifar e reler, funcionam, porém, podem ser substituídas (integral ou parcialmente) por técnicas muito mais efetivas e com muito mais evidência científica de sua capacidade de retenção de informação, sem que para isso seja necessário aumentar muito o tempo de estudo.



1 Dunlosky, J., Rawson, K. A., Marsh, E. J., Nathan, M. J., & Willingham, D. T. (2013). Improving Students' Learning With Effective Learning Techniques: Promising Directions From Cognitive and Educational Psychology. *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society*, 14(1), 4–58. <https://doi.org/10.1177/1529100612453266>

Assim, a intenção deste livro é trazer a oportunidade de estudar utilizando as técnicas com maior evidência científica disponíveis e, porque não, servir de exemplo para praticá-las em outros conteúdos e temas. Além disso, como veremos à frente, as técnicas mais eficientes tentam tornar o estudante mais ativo em seu processo de estudo, exigindo mais do pensar, do refletir e do encontrar soluções.

A **técnica de resolução de questões** é um dos pilares do ensino ativo pelo seu efeito de trazer um recordar da memória em conjunto com uma análise crítica. Esses processos são essenciais para mostrar ao seu cérebro a importância de consolidar essa informação, conhecimento ou habilidade. Dessa forma, o presente livro tem como estratégia a resolução de questões.

O **estudo espaçado** constitui, junto com a resolução de questões, as técnicas de alta utilidade de acordo com Dunlosky et al. Nele, a ideia é repetir o estudo de um determinado tema após um período longo (30 dias aparenta ser um bom espaço temporal). Assim, entendemos que se um livro de estudos for reestudado após 01 mês, certamente você irá sentir que o processo de aprendizagem será bem mais fácil.

Ademais, ainda podemos comentar três outras técnicas de estudo ativo que se mostram mais efetivas do que os resumos e os destaques com marca texto. A **interrogação elaborativa** é a capacidade do leitor de criar perguntas como “Por quê?” ao longo de um texto lido e de desenvolver

uma resposta para tal, mesmo que seja necessário buscar a resposta em outras fontes de informação. Iremos encontrar vários modelos dessa técnica ao longo dos capítulos.

Além desses, a **autoexplicação** constitui no processo de falar em voz alta para si mesmo a resposta de uma pergunta, o entendimento sobre um processo ou a reflexão sobre um comentário que se está aprendendo. Assim, estimulamos o leitor que após cada leitura de questão tente resolver em voz alta e explicando como está chegando ao processo de decidir o item a ser marcado.

Por fim, temos o **estudo intercalado**, no qual o foco não é esgotar um tema para após ir a um segundo tema (AAAA -> BBBB), mas intercalar os temas de forma randômica (ABAABBAB). Esse processo pode inclusive ser feito com vários temas. Com base nesta metodologia, o livro Estudo Ativo randomizou as questões: haverá questões com mesma temática, porém estarão espaçadas temporalmente e intercaladas.

A ideia por trás da construção deste livro nasceu da nossa inércia para começar coisas novas, principalmente sobre nossas técnicas de estudar. Apesar da maioria dos alunos utilizar o resumo, marca texto e releitura, cada um personaliza a sua técnica e acredita ser ela a mais efetiva. Então, mostrar uma nova forma de estudar pode trazer resistência, mas acreditamos que os resultados irão valer à pena.

Dê uma oportunidade para conhecer essas técnicas baseadas em evidências, estude conosco. Entenda como se deu a construção deste livro e tente replicar para outros temas de seu interesse para estudo. Afinal, estudamos para aprender e quanto mais ajuda tivermos, melhor!

Bons estudos.

ESTUDO ATIVO: COMO APLICAR?

Na introdução, já conseguimos demonstrar a ideia básica deste livro, trazer uma metodologia mais ativa para o estudo da otorrinolaringologia. Assim, este livro foi desenvolvido de forma a proporcionar um roteiro completo de estudo, dividido em cinco capítulos que individualmente compreendem um ciclo de estudos.

Em cada capítulo, você encontrará 10 **questões** de residência médica que abordam temas em otorrinolaringologia. Nelas, você contará com uma revisão sobre o tema da questão, um comentário que irá ajudar a entender como solucionar a questão e, por fim, referências bibliográficas que podem ser usadas como forma de aprofundar os conhecimentos.

Além disso, teremos o “**Conhecendo doença rara**”, onde iremos revisar brevemente sobre uma doença rara que apresenta características clínicas peculiares, podendo ser levantado o diagnóstico apenas com a coleta de uma

boa história clínica. Logo, o conhecimento sobre essa doença poderá ser útil na vida prática e em possíveis novas questões.

Por fim, em cada capítulo teremos duas “**Lembranças pensantes**”, que são uma série de 4 perguntas rápidas e diretas sobre assuntos já abordados no capítulo ou em outros que já foram lidos (então a importância de ler os capítulos de forma sequencial). A ideia é mostrar que algumas características típicas se repetem e podem ser informações de grande valia para ajudar em uma decisão. Na página seguinte a cada “Lembrança pensante” ficam as chaves de resposta, porém o importante é sempre tentar responder com seus conhecimentos.

Dessa forma, considerando que cada capítulo se constitui como uma unidade de estudo, o ideal é se organizar para estudar sempre um capítulo por completo de cada vez, idealmente não mais que um capítulo por dia. Lembre, a repetição, o raciocínio e o tempo são as peças chaves para um bom aprendizado.

1

Início do Treinamento

*"Não há só um método
para estudar as coisas"*
ARISTÓTELES

ESTUDO 1.1

(Hospital Naval Marcílio Dias – 2009) Qual o agente etiológico da parotidite pós-operatória?

- a) *Streptococos*
- b) *E. Coli*
- c) *Estafilococos*
- d) *Klebsiella*
- e) *Mycoplasma*

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A parótida é uma glândula salivar e uma das mais acometidas por processos infecciosos ou inflamatórios. A parotidite aguda supurativa pós-cirúrgica era uma complicação comum em cirurgias, principalmente as abdominais, até antes do uso profilático de antibióticos. Atualmente ocorre de forma rara, entre 0,02-0,04% dos pós-operatórios em até 15 semanas, com pico entre a 5-7 semanas pós-operatórias.

Atualmente, o mecanismo fisiopatológico mais aceito é a ocorrência da ascensão bacteriana pelo ducto de Stensen até o parênquima da parótida. Esse processo seria facilitado por três principais fatores: Imobilidade, Jejum prolongado e má higiene oral, os quais levam a uma menor Secreção e estase salivar, proporcionando um ambiente mais propício para essa ascensão bacteriana.

Dentre os agentes etiológicos possíveis o destaque vai para o *S. aureus*, seguido pelo *Streptococcus sp.*, enterobactérias e anaeróbios. Além disso, são considerados fatores de risco idade avançada, imunossupressão, desnutrição e diabetes mellitus.

Na clínica do paciente costuma ocorrer o aparecimento de forma súbita de dor, hiperemia e edema na região das glândulas parótidas, assim como também pode ocorrer saída de conteúdo purulento pelo ducto da parótida para

região oral. No exame físico, edema e endurecimento da base da língua e base da boca podem ser visualizados. O diagnóstico pode ser confirmado através de ultrassonografia ou tomografia. A cultura da drenagem purulenta é interessante para se escolher a melhor terapêutica.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que a parotidite pós-operatória é preocupante?

A grande preocupação de um processo infeccioso nas parótidas é a possível formação de um abscesso, o qual poderia levar a obstrução do ducto salivar, a osteomielite dos ossos da face e até mesmo a mediastinite, levando por consequência a uma alta taxa de mortalidade.

O tratamento envolve um cuidado atento, pelos riscos de complicações graves, e início precoce de antibióticos, com foco no *S. aureus*. Além disso, é essencial a avaliação da necessidade de realizar uma drenagem do possível abscesso. Felizmente, com o advento do uso de antibiótico profilático, essa doença é rara atualmente.

COMENTÁRIO DA QUESTÃO:

A questão é bem direta em perguntar qual seria o agente etiológico mais comum da parotidite pós-cirúrgica.

Após ler um pouco sobre a doença, fica claro que a bactéria *Stafilococcus aureus* é a mais comum, seguida após pelo *Streptococcus sp.* Assim, marcamos o item c) como correto.

Resposta: Item C).

REFERÊNCIAS

BELCZAK, Sergio Quilici et al. Acute postsurgical suppurative parotitis: current prevalence at Hospital das Clínicas, São Paulo University Medical School. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo, São Paulo , v. 50, n. 5, p. 303-305, Oct. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652008000500010&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652008000500010>.

ROBINSON, J.R. - Surgical parotitis: a vanishing disease. Surgery, 39: 703-707, 1955

ESTUDO 1.2

(Hospital da Polícia Militar – MG – 2009) Criança de 3 anos apresentava febre alta, de início súbito e progressivo, voz abafada, toxemia e dispneia que melhora na posição sentado. O diagnóstico mais provável é:

- a) Laringite estridulosa
- b) Epiglotite
- c) Laringotraqueomalácia
- d) Traqueobronquite

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A epiglote aguda bacteriana, como o próprio nome indica, é um processo infeccioso da epiglote, que por ser uma estrutura localizada na via aérea superior, tem um grande potencial de complicações graves e sempre deve ser levantada entre as hipóteses diagnósticas de dispneias graves em crianças. Ela tem seu pico de incidência entre 2 até os 6 anos de vida e ocorre com maior frequência em homens.

O período do ano mais comum de ocorrência é o final do inverno e início da primavera, porém, com o advento da vacina contra *Haemophilus influenza* tipo b, o principal agente etiológico da epiglote, observou-se uma queda muito acentuada dos casos dessa doença. É importante lembrar que com a vacinação, outros agentes cresceram proporcionalmente como agentes etiológicos, como o *Streptococcus* dos grupos A, B e C, *Streptococcus pneumoniae* e *H. influenza* não tipável.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que vem diminuindo o número de epiglotites agudas por Haemophilus influenza tipo b?

Na fisiopatologia da doença, ocorre uma celulite das estruturas supraepiglóticas e, preferencialmente, na epiglote, levando a edema e hiperemia com obstrução gradativa e rápida da via aérea.

A apresentação clínica da epiglote é aguda, com aparecimento repentino de febre alta, dor na garganta, aspecto toxêmico, disfagia, sialorreia, dor ao deglutir e estridor laríngeo. A tosse não é comum. Existe uma característica interessante que é a posição preferencial da criança: sentada, com hiperextensão cervical e protusão do mento e língua como forma de melhorar a dispneia.

O diagnóstico é clínico e no manejo do paciente a garantia da via aérea é sempre o ponto mais importante. Logo, é essencial avaliar a indicação do tubo-oro-traqueal para a garantia da perviedade da via aérea, sendo importante frisar que não será um procedimento fácil.

Além disso, o uso de antibióticos se torna importante, ceftriaxona pode ser uma opção. Terapêutica tanto com

corticoide quanto com adrenalina ainda tem seu uso incerto, pois há pouca evidência sobre eventuais benefícios.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Após ler sobre a epiglote é fácil notar que o caso descrito na questão bate com o esse diagnóstico (item b), porém, vamos comentar sobre fatores que não se encaixam nas outras hipóteses.

A laringite estridulosa não costuma ter febre e a tosse é um sintoma frequente, corriqueiramente chamado de “tosse de cachorro”, informações que não constam com o caso acima. Já a laringotraqueomalácia é uma anomalia congênita que costuma ser detectável desde o nascimento, com estridor e melhora com a posição prona. Por fim, a traqueobronquite não costuma ter uma apresentação de dispneia súbita, é uma infecção com alguns dias de duração e normalmente não leva a obstrução da via aérea.

Resposta: item b).

REFERÊNCIAS

AMANTÉA, S.; SILVA, A. P. Manejo clínico da obstrução de via aérea superior: epiglotite e laringotraqueobronquite. J Pediatr (Rio J), v. 75, n. Supl 2, p. S177-84, 1999.

PILAN, Renata Ribeiro de Mendonça et al. Epiglotite Aguda. In: Pronto-socorro: medicina de emergência [3ed. rev. ampl.]. MANOLE, 2013.

Cherry JD. Epiglottitis (supraglottitis). In: Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 6th, Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL (Eds), Saunders, Philadelphia 2009. p.244.

ESTUDO 1.3

(Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – 2016) Qual é o sinal/sintoma mais precoce do câncer glótico?

- a) Disfagia
- b) Disfonia
- c) Dispneia
- d) Linfonodomegalia cervical

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A laringe é um órgão do sistema respiratório responsável pela condução do ar para a traquéia, proteção contra entrada de alimentos e outros corpos estranhos a via aérea inferior e pela fonação. Anatomicamente ela é dividida em três regiões:

Supraglote

Glote: Onde ficam as pregas vocais verdadeiras.

Subglote

O câncer de laringe pode ocorrer em qualquer uma das regiões anatômicas, porém em cerca de 2/3 dos casos é de origem glótica. Além disso, é mais comum em homens do que em mulheres (5,8 casos para cada 100.000 homens e 1,2 casos para cada 100.000 mulheres), isso provavelmente ainda ocorre pela maior prevalência de fumantes do sexo masculino. Como já citado, o tabagismo aumenta entre 10-15 vezes o risco de desenvolver câncer de laringe e o consumo alcoólico também está relacionado.

Diante da específica função fisiológica da laringe, em destaque a região glótica, os distúrbios da fonação se mostram como sintomas relativamente precoces e podem indicar a necessidade de uma avaliação mais aprofundada do diagnóstico. Em destaque, caso a disфонia persista isoladamente

após 02 semanas ou quando há sintomas associados, como disfagia, perda de peso, dispneia e linfonodos cervicais.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que um paciente com disfonia há mais de 2 semanas deve ser investigado?

O primeiro sintoma do câncer glótico costuma ser a disfonia, exatamente porque a formação expansiva está localizada nas pregas vocais, delicadas estruturas responsáveis pela fonação. Ali, qualquer mudança anatômica pode alterar a vibração e ressonância da onda acústica, levando a mudanças sonoras. Assim, exames complementares, como a laringoscopia inicialmente, são de grande valia para a avaliação de pacientes suspeitos.

Ademais, em comparação com os cânceres das outras duas regiões (supraglóticos e subglóticos), observamos que nos glóticos costumamos ter um diagnóstico mais precoce, com melhor prognóstico e com menos acometimento linfonodal.

O tratamento sempre deve ser precedido de um estadiamento adequado da lesão. A partir do estágio, pode-se optar por um tratamento exclusivamente cirúrgico ou radioterapia em estágios menores e na radioterapia e/ou

quimioterapia e/ou laringectomia com ou sem esvaziamento cervical em estágios mais avançados.

Após o tratamento preconizado é importante ficar atento aos sinais de recorrência, como o aparecimento ou reaparecimento de disfonia, dor cervical, sangramentos, massas cervicais, disfagia e dispneia.

COMENTANDO A QUESTÃO:

A questão é bem direta em seu questionamento sobre qual seria o sintoma mais precoce no câncer glótico, e fica fácil recordar que como as pregas vocais verdadeiras estão anatomicamente nessa região, uma formação expansiva altera o processo de fonação, levando à disfonia como um dos primeiros sintomas.

Resposta: item b).

REFERÊNCIAS

Steuer, C. E., El-Deiry, M., Parks, J. R., Higgins, K. A., & Saba, N. F. (2017). An update on larynx cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(1), 31-50.

Sartor, Sergio Guerra, Eluf-Neto, José, Travier, Noemie, Wünsch Filho, Victor, Arcuri, Arline Sydneia Abel, Kowalski, Luís Paulo, & Boffetta, Paolo. (2007). Riscos ocupacionais para o câncer de laringe: um estudo caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1473-1481. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600022>

ESTUDO 1.4

(Hospital Nossa Senhora da Conceição – 2011) Um paciente com cinco anos de idade vem ao consultório com queixas de ronqueira noturna e prurido nasal. A radiografia de cavum mostra grande redução do espaço aéreo por hipertrofia de adenoides. Qual a conduta correta a seguir?

- a) Adotar uma conduta expectante e recomendar ao paciente que volte em seis meses, pois o quadro tende a involuir.
- b) Encaminhar a um especialista, porque o tratamento neste caso é cirúrgico.
- c) Solicitar dosagem de IgE para orientar o tratamento.
- d) Solicitar uma nasofibroscopia, porque a radiografia de cavum não é um bom exame para o diagnóstico de hipertrofia de adenoides.
- e) Aprofundar a investigação e tratar uma possível rinite.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

As adenoides são estruturas linfáticas que fazem parte do Círculo de Waldeyer (adenóide, tonsilas tubárias, tonsilas palatinas e tonsilas linguais) situadas na rinofaringe, local de passagem aérea nasal, caixa de ressonância da fonação e local de abertura das tubas auditivas.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que o Círculo de Waldeyer é importante para nossa proteção?

Nesse contexto, percebemos que alguma alteração desse conteúdo linfático pode: levar a obstrução nasal (roncos na infância), alterar a percepção da voz (voz anasalada) e obstruir as tubas auditivas, dificultando a limpeza e equilíbrio pressórico da orelha média (maior risco de otites médias agudas e crônicas).

Considerando a função imunológica das adenoides, conseguimos entender que sendo a infância um processo de exposição a uma grande carga de antígenos, temos o constante estímulo de hipertrofia fisiológica do tecido linfático, normalmente levando a um crescimento na primeira infância e regressão a partir dos 7 anos de vida, até sobraarem apenas resquícios na adolescência.

Entretanto, em algumas crianças o crescimento é exacerbado, decorrente de infecções crônicas e por outros processos inflamatórios, como as rinites. Assim, conhecendo a história natural das adenoides, o tratamento em caso de sua hipertrofia deve, inicialmente, ser focado na sua etiologia, presença de infecção, rinite e outras. E se persistirem os sintomas, a indicação cirúrgica pode ser a melhor opção.

Além das alterações já citadas, a hipertrofia adenoideana pode levar a obstrução nasal crônica, a qual leva a criança à respiração oral, uma síndrome clínica com repercussões ortodônticas (desalinhamento da arcada dentária e alterações do crescimento dos ossos da face) e até mesmo à redução do rendimento escolar, por dificuldade de concentração e hiperatividade.

O diagnóstico da hipertrofia de adenoides sempre começa com a coleta de uma história clínica e exame físico sugestivos (atentar para uma hipertrofia de tonsilas palatinas associadas). E são dois os exames complementares possíveis: a radiografia de cavum (um tipo de raio x feito de forma lateral que consegue visualizar a nasofaringe) ou pela nasofibrosopia (por meio da visualização direta da adenoide com fibra óptica).

COMENTANDO A QUESTÃO:

Analisando a questão, temos uma criança de 5 anos com radiografia mostrando a hipertrofia de adenoides, logo o diagnóstico já está fechado. Entretanto, não é esse o ponto da questão. Perceba que na clínica do paciente temos os roncos noturnos (provavelmente consequentes à obstrução causada pela adenoide) e o prurido nasal.

Vamos lembrar os sintomas clássicos de rinite, o ROPE (Rinorreia, Obstrução nasal, Prurido nasal e Espirros). Sempre que algum sintoma ROPE estiver presente na clínica do paciente, devemos aprofundar a investigação em busca de enquadrá-lo com rinite (alérgica ou não). Ademais, isso se torna muito importante pois a rinite, como comentado na revisão acima, pode ser uma causa da hipertrofia de adenoide.

Diante da presença de uma possível causa etiológica tratável (rinite) não podemos indicar uma intervenção cirúrgica sem ao menos uma tentativa clínica. Além disso, como sabemos das possíveis consequências da síndrome do respirador oral, não iremos deixar o paciente retornar apenas após 06 meses. Por fim, a solicitação de IgE total não é de grande valia para o diagnóstico e tratamento da rinite do tipo alérgica, seria mais interessante a IgE específica (ácaro, pólen ou barata).

Resposta: item e).

REFERÊNCIAS

Barbosa, M. D. C., Knop, L. A. H., Lessa, M. M., & Araujo, T. M. D. (2009). Avaliação da radiografia cefalométrica lateral como meio de diagnóstico da hipertrofia de adenóide. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 14(4), 83-91.

Ferreira, O. S., Britto, M. C. A. D., Matos, P. B. G. D., Santos, J. E. G., & Andrade, F. W. C. D. (1991). Doença cardíaca secundária à hipertrofia sintomática de amígdalas palatinas e adenóides. *Rev. IMIP*, 110-2.

Pinto, A. D. S., & Monnerat, M. E. (1986). Alterações nasofaringeana e crânio-faciais em pacientes com adenóide hipertrófica: estudo cefalométrico. *RGO (Porto Alegre)*, 349-54.

ESTUDO 1.5

(Faculdade de Medicina do ABC – 2015) Dentre as doenças do sono merece destaque a apneia obstrutiva do sono, por sua frequência, impacto na qualidade de vida e mortalidade associada. Assinale a alternativa verdadeira em relação à doença:

- a) Não há associação com desordens metabólicas e cardiovasculares.
- b) O uso da pressão positiva noturna está indicado em todos pacientes com roncos intensos.
- c) A sonolência diurna está relacionada com o comprometimento das fases superficiais do sono.
- d) O grau de hipoventilação noturna, avaliada pelo aumento da hipercapnia durante o sono se correlaciona com maior gravidade.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é caracterizada pela ocorrência de apneias, hipopneias ou esforços respiratórios em decorrência do colapso repetitivo da via aérea. Se lembrarmos da anatomia da via aérea iremos perceber que o caminho do oxigênio pode entrar pelas narinas (via preferencial) ou pela boca e que até chegar aos alvéolos teremos ainda a faringe, laringe, traqueia e brônquios.

Em destaque com a via aérea superior, vemos na faringe e laringe estruturas com pouco arcabouço/sustentação óssea ou cartilaginosa e preponderância de tecido muscular. Dessa forma, essa musculatura é mais propensa a colapsar se houver hipotonia, aumento do tecido adiposo ou anormalidades crânio-faciais que reduzam a luz da via aérea. É nessa perspectiva que temos umas das principais fisiopatologias da SAOS.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Quais motivos podem levar uma pessoa a desenvolver SAOS?

Utilizando um padrão diagnóstico mais sensível através do índice de apneia e hipopneia (AIH>5) há estudos

que mostram uma prevalência de SAOS entre 15-30% em homens e 10-15% em mulheres, com uma redução dessa disparidade entre os sexos após a menopausa. Ademais, percebemos um aumento, nos últimos anos, na sua ocorrência, provavelmente em detrimento da obesidade crescente (um fator de risco importante).

Além da obesidade, outros fatores de risco conhecidos são a idade > 60 anos, o sexo masculino, tabagismo e as anormalidades craniofaciais. Entretanto, é importante notar que vem sendo encontradas associações entre a SAOS e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doença Coronariana, Arritmias e Insuficiência Cardíaca.

Nesse contexto, é exatamente pelo fato da SAOS ser fator de risco para variados desfechos clínicos negativos que buscamos investigar os pacientes com clínica suspeita, ou seja, aqueles que relatam sonolência diurna, roncos (normalmente referidos por acompanhantes), cefaleia matutina e insônia.

Diante da suspeita, a literatura é confiante em dizer que a solicitação da polissonografia (PSG) é o melhor exame, sendo considerado como padrão ouro atualmente. Para entender a PSG precisamos entender a variável IAH (índice de apneia e hipopneia), que é o marcador que representa o número do desfecho composto apneias + hipopneias durante uma hora de sono (usa-se para isso uma média de toda a noite de sono da PSG).

Atualmente, ainda não temos uma definição universal da apneia e da hipopneia, porém todas levam em consideração parâmetros como a dessaturação e a redução do fluxo aéreo pela via aérea. Logo, hipoventilações e hipocapnia são variáveis correlacionadas com o IAH e de forma diretamente proporcional ao aumento do IAH, uma hipercapnia elevada também aumenta a gravidade da doença.

Nos critérios diagnósticos mais utilizados, temos SAOS quando encontramos em um paciente sintomático (sonolência, fadiga, insônia, roncos, mudança de humor) IAH maior que 5 ou em um assintomático IAH maior que 15.

No manejo do paciente com SAOS há uma grande necessidade de ver o paciente como um todo, pois alguns diagnósticos etiológicos podem trazer o controle ou até mesmo a resolução da SAOS, por exemplo, em uma rinite alérgica não controlada ou num paciente muito obeso. Por isso, medidas simples como perda de peso, redução do consumo de álcool pré-sono e higiene do sono por vezes trazem bons resultados.

Entretanto, nos pacientes que necessitam de um tratamento mais direcionado à SAOS, até o momento temos a utilização dos equipamentos de pressão positiva durante o sono como método de primeira linha. Outras opções seriam o uso de dispositivos intra-orais e cirurgias, como a clássica uvulopalatofaringoplastia ou a faringoplastia lateral.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Ler a questão após revisar um pouco o tema facilita a percepção de que a SAOS está, sim, relacionada a desfechos cardiovasculares e que há muito mais no tratamento do que a indicação absoluta de um mecanismo de pressão positiva. Além disso, estudos vem mostrando que as fases mais afetadas do sono são as mais profundas, levando ao paciente com SAOS a um sono muito mais leve, com despertares e redução do tempo de sono REM.

Dessa forma, fica fácil notar que ao usar o IAH como referência para o diagnóstico e classificação da gravidade do SAOS (Leve: IAH entre 5- 14, moderada: IAH entre 15 – 30, grave: IAH maior que 30) temos variáveis como hipercapnia e hipoventilação intimamente relacionadas, o que torna o item d) nossa alternativa de escolha.

Resposta: item d.

REFERÊNCIAS

Drager, Luciano Ferreira, Ladeira, Renata Teixeira, Brandão-Neto, Rodrigo Antônio, Lorenzi-Filho, Geraldo, & Benseñor, Isabela Martins. (2002). Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono e sua Relação com a Hipertensão Arterial Sistêmica: Evidências Atuais. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 78(5), 531-536. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2002000500013>

Urbano, Jéssica Julioti, Uchiyama, Lilian Nanami, Silva, Anderson Soares, Peixoto, Roger André Oliveira, Nacif, Sergio Roberto, & Oliveira, Luis Vicente Franco. (2016). Nocturnal oxyhemoglobin desaturation during sleep in congestive heart failure patients. *Fisioterapia em Movimento*, 29(3), 597-606. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.029.003.AO18>

Bittencourt, L. R. A., & Caixeta, E. C. (2010). Critérios diagnósticos e tratamento dos distúrbios respiratórios do sono: SAOS. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36, 23-27.

Camacho, M., Certal, V., & Capasso, R. (2013). Comprehensive review of surgeries for obstructive sleep apnea syndrome. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 79(6), 780-788.

Bittencourt, L. R. A., & Caixeta, E. C. (2010). Critérios diagnósticos e tratamento dos distúrbios respiratórios do sono: SAOS. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36, 23-27.

Lembrança Pensante 1.6

Perguntas:

1.6.1

Qual agente etiológico mais comum da epiglote aguda?

1.6.2

Principal sintoma do câncer glótico?

1.6.3

Quais os órgãos do Círculo de Waldeyer?

1.6.4

Qual exame padrão ouro para diagnóstico de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono?

Respostas:

1.6.1

H. influenza tipo b

1.6.2

Disfonia

1.6.3

Adenoide, tonsilas
tubárias, tonsilas palatinas
e tonsilas linguais

1.6.4

Polissonografia

ESTUDO 1.7

(Hospital Central da Polícia Militar – RJ – 2009) Em relação a perda auditiva por ruído é correto afirmar:

- a) É sempre neurossensorial
- b) Não causa dano as células de Corti
- c) Costuma ser unilateral
- d) É progressiva, mesmo após a cessação à exposição
- e) É reversível

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A Perda Auditiva Induzida Pelo Ruído (PAIR), ou atualmente chamada de Perda Auditiva Induzida por Níveis de Pressão Sonora Elevado (PAINPSE) tem o seu destaque no contexto das doenças relacionadas ao trabalho. Dessa forma, além de toda a sua fisiopatologia e tratamento médico existe uma vasta quantidade de regulamentações do Governo Federal, como a recente Portaria Nº 6.734 de 09 de Março de 2020.

Nesse contexto, compreendemos que o ponto chave para a PAIR é a exposição a um ruído, som não harmônico, em uma pressão elevada e por um longo período de tempo, como em profissionais que trabalham em fábricas próximos a máquinas ruidosas. Entretanto, ainda não compreendemos exatamente como essa pressão sonora acaba por levar a uma lesão irreversível nas células ciliadas do órgão de Corti (órgão essencial para audição situado dentro da cóclea).

Dentre alguns dos mecanismos estudados atualmente, sabe-se que ocorre uma desregulação da homeostase iônica, aumento na produção de espécies oxidativas e algumas pré-disposições genéticas, como mutações dos genes KCNE1, KCNQ4 e no DNA mitocondrial.

Dessa forma, diante dos conhecimentos atuais, foram desenvolvidas tabelas que relacionam o nível de intensidade sonora com o tempo máximo de exposição para preservar o trabalhador do ruído excessivo. Além

disso, empresas que tem trabalhadores expostos devem criar um Programa de Conservação Auditiva (PCA) com regras e procedimentos buscando reduzir o risco de seus trabalhadores desenvolverem PAIR.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que existem os programas de conservação auditiva?

Após comentar o ponto essencial da prevenção quando se fala de PAIR, temos que ser capazes de entender como se dá esse diagnóstico. Essencialmente ele necessita de um exame de audiometria que classicamente apresenta uma perda neurossensorial pura, bilateral, simétrica e com predomínio em frequências agudas, destaque para 3KHz, 4KHz e 6KHz.

Entretanto, é importante a interpretação do exame pois: a perda pode não ser neurossensorial pura em pacientes com perfuração timpânica ou outra doença otológica e pode ser unilateral se mal uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual) ou se fonte geradora sonora sempre do mesmo lado. Por fim, é essencial que haja tanto uma causalidade (a existência comprovada dessa exposição) como uma relação temporal, até por isso a audiometria é frequentemente usada como exame admissional em indústrias.

Isso ocorre, pois a PAIR não costuma progredir após o término da exposição, de modo que uma audiometria alterada previamente à exposição enfraquece a relação de nexos causal com o trabalho. Temos sempre que excluir outras causas de perdas neurossensoriais e sempre reconhecer uma causa condutiva que possa estar prejudicando a nossa análise, como rolha de cera impactada e perfuração da membrana timpânica.

Por fim, não é esperada uma melhora da audição do paciente após o término da sua exposição, isso ocorre pois a lesão das células ciliadas não costuma se recuperar. Essa informação fortalece ainda mais a importância da prevenção. Assim, quando o paciente tem uma perda auditiva importante ele pode ter a indicação da utilização de um aparelho de amplificação sonora como forma de reabilitação.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Após revisar um pouco sobre essa doença profissional fica fácil olhar os itens das questões e encontrar o item mais adequado. Vimos que em decorrência de uma lesão no órgão de Corti (item b incorreto) os pacientes costumam apresentar uma perda neurossensorial (item a correto), bilateral (item c incorreto), sem progressão após o término da exposição (item d incorreto) e sem reversão após exposição (item e incorreto).

Resposta: item a.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perda auditiva induzida por ruído (Pair) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 40 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 5. Protocolos de Complexidade Diferenciada)

BRASIL. Ministério da economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Portaria N° 6.734, de 9 de Março de 2020. Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 07 – Programa de controle médico de saúde ocupacional – PCMSO. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, Brasília, DF, 13 de março de 2020, p. 15.

Araújo, S. A. (2002). Perda auditiva induzida pelo ruído em trabalhadores de metalúrgica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68(1), 47-52.

dos Santos Rodrigues, A. M., & Silvino, Z. R. (2010). A exposição ao ruído e sua relação com a saúde auditiva: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2, 198-202.

ESTUDO 1.8

(Hospital das Clínicas da UFPE – 2010) A suspeita de Schwannoma vestibular deve ser feita em todos os casos de surdez:

- a) Neurosensorial unilateral.
- b) Neurosensorial bilateral.
- c) Autoimune.
- d) De transmissão bilateral.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

O schwannoma vestibular (ou neurinoma do acústico) é um tumor derivado do oitavo par craniano, sendo representado por cerca de 8% dos tumores intracranianos, porém de 80 - 90 % dos tumores do ângulo ponto-cerebelar. Apesar de mais comum no idoso, crianças que tem de forma concomitante neurofibromatose tipo 2 tem alta chance de desenvolvê-lo.

Com uma idade média de diagnóstico em cerca de 50 anos e uma incidência variando entre 0,36-2,66 casos para cada 100.000 habitantes, vem-se notando um aumento dos casos. Entretanto, provavelmente isso se relaciona com exames de imagem que encontram o tumor de forma assintomática e acidental.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Quais sintomas um tumor no oitavo par craniano poderia desenvolver?

A clínica desse paciente normalmente tem três origens: envolvimento de pares cranianos, compressão cerebelar e progressão tumoral. Assim, cerca de 95% dos sintomáticos apresentam envolvimento no nervo coclear (oitavo par). Nestes casos, o paciente pode até não notar,

mas é comum existir uma perda auditiva unilateral do tipo neurossensorial. Inclusive, sempre que uma audiometria apresentar essa perda neurossensorial unilateral sem uma explicação clara a hipótese de neurinoma do acústico deve ser levantada.

Além disso, podem ocorrer distúrbios do equilíbrio, como tontura e desequilíbrio, sendo estes menos frequentes devido ao crescimento lento do tumor com consequente adaptação vestibular. Ataxia também pode ocorrer por compressão direta ao cerebelo e mais raramente poderemos encontrar alterações no nervo trigêmeo e facial.

Diante de um paciente suspeito, seja pela perda neurossensorial assimétrica ou pelo acometimento de pares cranianos, devemos buscar um exame de imagem para dar o diagnóstico. Dessa forma, a ressonância nuclear magnética é o melhor exame para a detecção do Schwannoma. Ademais, não podemos esquecer de solicitar uma audiometria exatamente para comprovar que existe a perda auditiva do tipo suspeito.

Diante de um paciente com esse diagnóstico existem três possibilidades de manejo, considerando que o seu crescimento é lento. A observação ativa com exames de imagem seriados pode ser uma opção para pacientes pouco sintomáticos e com tumor pequeno, visto que em alguns casos o tumor inclusive deixa de crescer. Além disso, as outras opções seriam baseadas na radioterapia ou na cirurgia de ressecção do tumor.

COMENTANDO A QUESTÃO:

O schwannoma vestibular é um tumor das células de schwann do oitavo par craniano, nervo que é responsável pela audição e equilíbrio. Dessa forma, já conseguimos imaginar que entre seus sintomas teremos perda auditiva e tontura. Entretanto, importante lembrar que pelo seu crescimento lento, o labirinto consegue se adaptar, levando a poucos sintomas vestibulares.

Dessa forma, o que devemos nos ater para questões e para pacientes é a ocorrência de uma perda auditiva neurossensorial unilateral! Esta deve ser sempre investigada, levantando a hipótese de um tumor. Na questão acima, temos exatamente a pergunta de qual a clínica existente em um paciente que nos leve a levantar a hipótese de schwannoma vestibular, levando à marcação do item a).

Resposta: item a).

REFERÊNCIAS

Matthies, C., & Samii, M. (1997). Management of 1000 vestibular schwannomas (acoustic neuromas): clinical presentation. *Neurosurgery*, 40(1), 1–10. <https://doi.org/10.1097/00006123-199701000-00001>

Goldbrunner, R., Weller, M., Regis, J., Lund-Johansen, M., Stavrinou, P., Reuss, D., Evans, D. G., Lefranc, F., Sallabanda, K., Falini, A., Axon, P., Sterkers, O., Fariselli, L., Wick, W., & Tonn, J. C. (2020). EANO guideline on the diagnosis and treatment of vestibular schwannoma. *Neuro-oncology*, 22(1), 31–45. <https://doi.org/10.1093/neuonc/noz153>

Propp, J. M., McCarthy, B. J., Davis, F. G., & Preston-Martin, S. (2006). Descriptive epidemiology of vestibular schwannomas. *Neuro-oncology*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.1215/S1522851704001097>

Lin, D., Hegarty, J. L., Fischbein, N. J., & Jackler, R. K. (2005). The prevalence of “incidental” acoustic neuroma. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery*, 131(3), 241–244. <https://doi.org/10.1001/archotol.131.3.241>

ESTUDO 1.9

(Escola de Saúde Pública do Ceará – 2009) Uma menina de 18 meses, previamente saudável, apresenta-se com obstrução nasal unilateral direita com secreção purulenta e fétida daquela narina. O exame geral da criança é normal. O diagnóstico mais provável é:

- a) Corpo estranho.
- b) Pólipos nasais.
- c) Sinusite frontal.
- d) Desvio de septo.
- e) Atresia de coanas.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

Os corpos estranhos são um problema bastante prevalente no ambiente pediátrico, e por trabalhar com várias portas de entrada, a otorrinolaringologia recebe grande parte dos pacientes que acidentalmente ou voluntariamente apresentam algum corpo estranho em alguma cavidade. Para a otorrinolaringologia a orelha e narinas são os locais mais comuns.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que as crianças tem maior chance de terem corpo estranho nasal?

Nesse contexto, considerando que os primeiros anos de vida da criança correspondem a uma fase exploradora, na qual há um desejo de tocar e colocar objetos em diferentes locais, temos explicada a alta prevalência nesse período da vida. Dessa forma, a atenção dos pais ou cuidadores é a principal forma de prevenção deste evento.

Quando falamos de corpo estranho nasal temos uma grande ajuda da clínica, pois é comum a apresentação inicial de espirros, coriza e obstrução nasal. Entretanto, é com alguns dias de evento que a forma clínica clássica se apresenta: obstrução nasal unilateral com rinorreia mucopurulenta fétida, altamente sugestiva.

Para a grande maioria dos casos, o exame físico específico, com a rinoscopia anterior, é suficiente para dar o diagnóstico adequado, porém, em casos de dúvidas e necessidade de melhor avaliação, pode-se fazer uso da radiografia em perfil da cabeça (objetivos metálicos) ou da nasofibroscopia.

Desta forma, a importância do diagnóstico e manejo adequado se dá pelas possíveis complicações, como a epistaxe (sangramento de origem nasal), perfuração do septo nasal e desenvolvimento de rinossinusite crônica. Ademais, em casos raros, como na presença de miíase nasal, pode ocorrer invasão orbital e levar à amaurose.

Após o diagnóstico, a opção de escolha é a retirada mecânica do corpo estranho, podendo-se utilizar de diferentes instrumentos (ganchos rombos, sondas de Itard, pinças tipo baioneta e pinças tipo Hartmann). Como a maior parte dos corpos estranhos ficam posicionados mais anteriormente, é possível fazer a sua retirada sob visão direta com uso de fotóforo.

Após a retirada, é interessante avaliar novamente a região nasal para observar possíveis sequelas (perfuração septal ou lesões) e a lavagem nasal com soro acaba sendo recomendada por 5 – 10 dias como forma de limpar e hidratar a mucosa.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Revisar o tema de corpo estranho nasal foi muito proveitoso para entender como a questão acima é direta e será respondida facilmente. O caso descrito é de uma criança com a clássica apresentação de um corpo estranho: obstrução unilateral, rinorreia mucopurulenta e fétida.

Pólipos nasais costumam levar a obstrução nasal, porém sem odor fétido ou rinorreia mucopurulenta. Além disso, sua ocorrência na infância deve levantar a hipótese de Fibrose Cística. Sinusite frontal não justifica uma obstrução nasal. O paciente com desvio de septo apresenta obstrução nasal unilateral (principalmente com edema de cornetos), porém o quadro não vem associado a rinorreia mucopurulenta e fétida. Por fim, a atresia de coanas pode levar a obstrução unilateral (quando a atresia for unilateral), porém o paciente já teria apresentado os sintomas desde o nascimento, diferentemente da questão que afirma estar previamente normal.

Ficou fácil, portanto, entender que o item correto é o a).

Resposta: item a).

REFERÊNCIAS

Tiago, R. S. L., Salgado, D. C., Corrêa, J. P., Pio, M. R. B., & Lambert, E. E. (2006). Corpo estranho de orelha, nariz e orofaringe: experiência de um hospital terciário. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(2), 177-181.

Figueiredo, R. R., Azevedo, A. A., Kós, A. O. D. Á., & Tomita, S. (2006). Corpos estranhos de fossas nasais: descrição de tipos e complicações em 420 casos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(1), 18-23.

Rcoha, S. C. M., Dell’Aringa, A. R., Nardi, J. C., Kobari, K., Sena, L. F. P., & Teixeira, R. (2006). Corpo estranho de nariz: Experiência da Faculdade de Medicina de Marília. *Arq Int Otorrinolaringol*, 10(4), 278-82.

ESTUDO 1.10

(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – 2010) Dados recentes têm sugerido uma associação entre os tumores de cabeça e pescoço e infecções virais. Os da orofaringe, por exemplo, estariam ligados a:

- a) Epstein Barr
- b) Hepatite B
- c) Herpes simples
- d) Hepatite C
- e) Papilomavirus

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

Os tumores da cabeça e pescoço correspondem a cerca de 3-4% de todos os cânceres. Neles, os já consolidados fatores de risco de alcoolismo e tabagismo continuam a existir, porém outros vem ganhando destaque, como as infecções virais.

Para os tumores de nasofaringe os estudos vêm mostrando relação com infecções prévias pelo vírus Epstein Barr e para os originados da orofaringe temos o Papilomavírus Humano (HPV), principalmente o do tipo 16, ganhando destaque. Interessante que quando há a relação fisiopatológica do HPV, nota-se um melhor prognóstico do tratamento.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que uma vacina contra HPV pode levar a redução de câncer da cabeça e pescoço?

O tipo histológico mais prevalente nos tumores de orofaringe é o carcinoma espinocelular, ocorrendo no palato mole, tonsilas palatinas, parede faríngea e valécula. Nesses casos, a clínica e o exame físico ajudam a tornar o diagnóstico mais precoce, principalmente quando comparado aos de rinofaringe.

É comum o paciente referir dor oral ou na garganta, disfagia, perda de peso não explicada, sangramentos espontâneos pela boca e massas cervicais. Além disso, no exame físico, lesões ulceradas ou exofíticas podem ser o primeiro achado para a suspeita clínica e indicação de melhor avaliação diagnóstica.

Como tradicional em oncologia, precisamos conhecer o tipo histológico e estadiar a doença para a escolha do melhor esquema terapêutico. Assim, a realização da biópsia e a solicitação de exames complementares como a tomografia computadorizada (da boca, cervical e dos pulmões – locais mais prevalentes de metástases da orofaringe) para o estadiamento do paciente.

Existem várias especificidades no tratamento de tumores de orofaringe, entretanto, podemos comentar que em estádios I e II a conduta cirúrgica ou pela radioterapia podem ser suficientes, porém ao avançar (estádios III e IV) pela cirurgia levar a grandes sequelas, por vezes se opta por um esquema misto de radioterapia com quimioterapia.

Por fim, sabendo que 80-90% das recorrências dos tumores de orofaringe ocorrem nos primeiros dois anos de seguimento é importante um cuidado mais próximo nesse período, estando atento para sinais de recorrência, como disфонia, dor, disfagia, sangramento e massas cervicais.

COMENTANDO A QUESTÃO:

A questão aborda o tema de fatores de risco e sua atualização frequente diante de novos estudos, já estando consolidado que o álcool e o tabagismo são dois fatores muito importantes para o desenvolvimento de tumores da cabeça e pescoço. Entretanto, vemos que as infecções virais também apresentam um papel importante.

Diferentes estudos vem relacionando como fatores de risco da cabeça e pescoço os vírus Epstein Barr, Herpes Simples, Hepatite C e o HPV. Porém, o destaque fica para a relação do HPV com os tumores de origem na orofaringe. Assim, fica fácil escolher o item e) como resposta correta para esta questão.

Resposta: item e).

REFERÊNCIAS

O'Sullivan B, Lydiatt WM, Haughey BH, et al. HPV-Mediated (p16+) Oropharyngeal Cancer. In: AJCC Cancer Staging Manual, 8th, Amin MB (Ed), Springer, New York 2017. p.113.

Andreotti, M., Rodrigues, A. N., Cardoso, L. M. N., Figueiredo, R. A., Eluf-Neto, J., & Wünsch-Filho, V. (2006). Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 543-552.

Dedivitis, R. A., França, C. M., Mafra, A. C. B., Guimarães, F. T., & Guimarães, A. V. (2004). Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70(1), 35-40.

Reis, S. R. D. A., Lima, C. R., Marchionni, A. M. T., & Setubal, M. G. (1997). Fatores de risco do câncer da cavidade oral e da orofaringe. I. fumo, álcool e outros determinantes. *RPG rev. pos-grad*, 4(2), 127-32.

ESTUDO 1.11

(Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul – 2010)
Paciente com 1 anos e 6 meses chega ao pronto-socorro, às 2 horas da manhã, com história de tosse ladrante, seca, intensa e dispneia súbita. A mãe relata que já havia ficado internada, aos 4 meses de idade, devido à crise de tosse e “chiado no peito”. A paciente está com esforço respiratório intenso, estridor inspiratório, sem febre e discreta cianose de mucosa oral. Assinale a alternativa correta:

- a) O diagnóstico mais provável é de laringite viral e um raio X de pescoço deve ser feito para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento.
- b) O diagnóstico mais provável é de laringite estridulosa e o tratamento é oxigenioterapia, inalação com adrenalina e corticoide endovenoso.
- c) O diagnóstico mais provável é laringite viral, devendo ser confirmado pela laringoscopia direta e a intubação orotraqueal está indicada neste caso.
- d) O diagnóstico mais provável é de aspiração de corpo estranho, devendo ser realizado um raio X de tórax para melhor avaliação e conduta.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A laringite estridulosa ou crupe espasmódico, popularmente conhecida pela tosse de cachorro, é uma doença que ocorre primariamente por edema da laringe. Os mecanismos fisiopatológicos ainda não são bem descritos, mas acredita-se que uma reação edematosa local e súbita ocorram na laringe, provavelmente como uma reação alérgica a proteínas virais.

Dessa forma, diferentemente do crupe viral, não se encontra um processo infeccioso e inflamatório. A criança, normalmente entre 3 meses e 3 anos de idade, estava previamente assintomática quando ao final da tarde ou na madrugada desenvolve sintomas de forma súbita e intensa.

Na clínica, temos uma criança normalmente ansiosa, assustada, com falta de ar, respiração ruidosa, sem febre e com uma tosse seca e metálica (origem da expressão tosse de cachorro). Apesar de a criança normalmente melhorar com umidificação do ambiente, ida para fora de casa ou acalmar-se, o evento repentino leva comumente à procura dos prontos socorros em pediatria.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que não se espera febre na crupe espasmódica?

Como a Crupe espasmódica não é uma infecção, o uso de antibióticos não deve ser usado e após as medidas iniciais de suporte clínico, a criança costuma apresentar melhora importante, por vezes mantem apenas tosse leve ou rouquidão. O uso de anti-histamínicos e anti-inflamatórios não hormonais são pouco usados.

Casos mais graves atendidos no pronto-socorro podem se beneficiar de uma dose de corticoide, como forma de reduzir o edema e evitar recorrência. Além disso, a nebulização com adrenalina pode ser usada, porém como a duração do seu efeito é de cerca de 2 horas, é essencial a observação da criança para que sua alta só ocorra após a confirmação do bom estado clínico sem o efeito adrenérgico.

Infelizmente, crises semelhantes, porém normalmente menos intensas, são frequentes nos dias que sucedem a primeira crise, mas normalmente controlados com medidas básicas como elevação da cabeceira da cama, acalmar a criança e umidificação do ambiente.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Quando nos deparamos com uma questão de caso clínico, por vezes os itens acabam atrapalhando muito mais a nossa construção de hipóteses clínicas. Por isso, vamos ler o caso e já construir nossa hipótese antes de ler as possíveis respostas.

Uma criança na faixa etária de 3 meses até 3 anos, com queixa de aparecimento súbito de uma tosse ladrante (tosse de cachorro), dispneia e sem pródromos. Perceba que, diferentemente da epiglotite aguda, não encontramos febre, toxemia, sialorreia e a posição do tripé, além da tosse ser mais rara na epiglotite.

Descarta-se a laringite viral pela ausência de febre e o corpo estranho de laringe pela ausência de cianose importante, asfixia e vômito.

Dessa forma, ao término da leitura, temos na possibilidade da laringite estridulosa como a principal hipótese diagnóstica, item b) é o único que se enquadra.

Resposta: item b).

REFERÊNCIAS

Mannarino, R. V. (2012). Obstrução respiratória alta em pediatria. *Revista de pediatria SOPERJ*, 13(2), 54-60.

Pitrez, P., & Pitrez, J. L. (2003). Infecções agudas das vias aéreas superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial. *Jornal de Pediatria*, 79, S77-S86.

Orenstein DM. Acute inflammatory upper airway obstruction. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editores. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16ª ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 2000.p.1274-79

Lucbi et al. (2007). Broncoespasmo de repetição causado por corpo estranho de laringe. *Revista Brasileira de otorrinolaringologia*, 73(3):429.

CONHECENDO DOENÇA RARA 1.12

Nasoangiofibroma Juvenil

O nasoangiofibroma juvenil é um tipo de tumor nasal raro que, por algumas peculiaridades clínicas, torna-se muito interessante de ser discutido. Ele é conhecido desde a época de Hipócrates, porém sua descrição clínica remonta 1940 pelo pesquisador Friedberg. Tem uma ocorrência de 1:6.000 a 1:55.000 habitantes e afeta quase que exclusivamente o sexo masculino.

Além disso, é interessante notar uma relação geográfica, sendo mais comum no Oriente Médio e na Europa. Os doentes costumam ser diagnosticados na adolescência (por volta de 17 anos) e, como já descrito, são em sua maioria homens. Apesar de ser considerado um tumor benigno, o seu crescimento e a clínica de epistaxe pode levar a sequelas graves.

Nesse contexto, ainda não se conhece bem o mecanismo fisiopatológico de seu desenvolvimento, mas tem-se quatro hipóteses possíveis isoladamente ou associadas: as mudanças hormonais (aumento da testosterona), os defeitos congênitos (defeito do fechamento do 1º arco braquial), viral (Epstein Barr) e genético (alteração no VEGFR-2).

A clínica do paciente é interessante por apresentar uma tríade clássica: epistaxe de repetição (indolor, profusa

e não provocada), obstrução nasal unilateral e massa em nasofaringe. Além desses, é comum apresentar cefaleia, hipoacusia (por obstrução da tuba auditiva) e déficit visual (decorrente da invasão do nervo ótico).

Quando há a suspeita diagnóstica, principalmente com a clínica em adição de uma nasofibroscopia compatível, é importante o exame de imagem antes de algum procedimento. Assim, a tomografia computadorizada é importante para avaliação de limites ósseos e a ressonância para possíveis invasões de nervos.

O manejo do paciente se baseia em dois caminhos: a cirurgia e a radioterapia. Na cirurgia, o objetivo é a maior ressecção possível do tumor, com o intuito de curar e evitar recorrências. É comum, também, a realização de uma embolização prévia à cirurgia para reduzir o sangramento, visto que esse tumor é altamente vascularizado.

Além disso, a radioterapia acaba sendo utilizada quando a cirurgia não foi suficiente ou quando a lesão já se tornou irresssecável. Ademais, o acompanhamento do paciente se baseia em consultas com exame físico completo a cada 3 – 4 meses por no mínimo 3 anos e a qualquer sintoma deve-se solicitar nova tomografia.

REVISÃO:

Certamente estamos diante de uma doença rara, mas o interessante de compreender ao conhecer esta

doença é a clínica peculiar que pode nos auxiliar nesse diagnóstico difícil. Então, quando estivermos diante de um jovem do sexo masculino com história de epistaxe de repetição e obstrução nasal unilateral é sempre válido uma investigação apropriada.

REFERÊNCIAS

Gupta S, Gupta S, Ghosh S, Narang P. Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma: Case report with review on role of imaging in diagnosis. *Contemp Clin Dent* 2015;6:98-102.

LÓPEZ, Fernando et al. Nasal juvenile angiofibroma: Current perspectives with emphasis on management. *Head & neck*, v. 39, n. 5, p. 1033-1045, 2017.

BERTAZZONI, Giacomo et al. Contemporary management of juvenile angiofibroma. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, v. 27, n. 1, p. 47-53, 2019.

Lembrança Pensante 1.13

Perguntas:

1.13.1

Quais as frequências da audiometria mais acometidas na PAIR?

1.13.2

A PAIR leva a perda auditiva condutiva ou neurosensorial?

1.13.3

Quando pensar em Schwannoma do acústico?

1.13.4

Tosse ladrante e metálica é típica de qual doença?

Respostas:

1.13.1

São as de 3 KHz,
4KHz e 6KHz

1.13.2

Neurosensorial

1.13.3

Perda auditiva unilateral
do tipo neurosensorial

1.13.4

Laringite Estridulosa



2

A História Guia o Exame

*"O aprendiz é um mestre
em formação"*

FERNANDA SIMÕES

ESTUDO 2.1

(Associação Médica do Paraná – 2015) Paciente de 52 anos, hipertenso e diabético apresenta dois dias de evolução de vertigem de início súbito sem relação com mobilização, associado à diplopia. Foi realizada a manobra de Dix-Halpike que evidenciou nistagmo sem latência e não fatigável. Considerando a hipótese diagnóstica principal, o exame complementar mais indicado é:

- a) Teste terapêutico com meclizina.
- b) Ressonância magnética do encéfalo.
- c) Tomografia computadorizada do encéfalo.
- d) Eletronistagmografia.
- e) Audiometria.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A tontura é, sem dúvida, um sintoma que leva a uma grande quantidade de diagnósticos diferenciais e não encontramos uma hipótese tão mais prevalente do que as demais. Por isso, o essencial, ao se deparar com um paciente com essa queixa, é conseguir fazer uma diferenciação: separar as causas periféricas (normalmente vestibulares) das centrais.

Inicialmente, devemos entender alguns conceitos. Tontura seria definida como a sensação de desorientação sem a sensação de movimento, já a vertigem é a falsa sensação de movimento.

Nesse contexto, sabendo da dificuldade diagnóstica dos pacientes com tontura, foi criado um protocolo de auxílio nesse processo, em especial no ambiente do pronto-socorro e nas queixas de aparecimento mais aguda. Chama-se TiTrATE, e será abordado abaixo.

O protocolo é simples e inicialmente só precisa de uma boa história clínica e de exame físico. O primeiro objetivo é entender o tempo de início (agudo, episódico ou crônico) e, após, buscar identificar se existe algum gatilho (algo que leve ao aparecimento dessa tontura). É fácil notar que, com essas duas informações, conseguimos classificar os pacientes em quatro grupos e excluimos os crônicos que devem seguir um outro caminho para diagnóstico:

- Síndrome Vestibular Aguda sem gatilho (espontânea)
- Síndrome Vestibular Aguda com gatilho (desencadeada)
- Síndrome Vestibular Episódica sem gatilho (espontânea)
- Síndrome Vestibular Episódica com gatilho (desencadeada)

Cada uma das síndromes tem um fluxo de orientação até o diagnóstico. Na presente revisão, iremos comentar sobre a Síndrome Vestibular Aguda sem gatilho, que normalmente é um tipo de tontura aguda, persistente e com sintomas associados: neurovegetativos e em alguns casos com sintomas centrais.

Dessa forma, sempre que nos deparamos com pacientes com essa síndrome, devemos nos preocupar com a possibilidade da causa ser central, inicialmente em busca de sintomas neurológicos, como convulsão, diplopia e outros sintomas focais. Além disso, nas tonturas de causa central, o nistagmo pode ocorrer tanto de forma espontânea como por manobras, mas ele se comporta de modo aleatório, não fatigável e sem latência.

Por que isso é importante? Pois nistagmos periféricos são fatigáveis e sempre batem para o mesmo lado. Logo, essa informação é de grande valia para o auxílio diagnóstico. Por fim, existe o HINTS, um conjunto de três exames que

complementam a nossa diferenciação em periférico ou central.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que o HINTS pode nos ajudar no diagnóstico de uma tontura?

O HINTS consiste em uma regra mnemônica para lembrar de três testes físicos realizados em um paciente com tontura, que ajudam a diferenciar uma síndrome central de periférica:

Head Impulse Test: lateraliza-se a cabeça 30° e retorna à posição anatômica rapidamente. Nas causas periféricas há sacada no olho, já nos centrais não.

Nistagmo: enquanto os nistagmos periféricos são unidirecionais, os de origem central são multidirecionais.

Teste de Desvio (Skew deviation): cobre-se o olho com um tampão e rapidamente troca-se o olho tampado; quando há um desvio vertical do olho previamente tampado, temos outro indício de origem central.

Por fim, diante de um paciente com Síndrome Vestibular Aguda sem Gatilho, o foco sempre será a diferenciação entre central e periférica. Sendo periférica, a hipótese de neurite vestibular cresce como possível e

sendo central, várias são as possibilidades, como acidentes vasculares e formações expansivas.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Questões de tontura são consideradas difíceis exatamente pelo grande número de hipóteses e tratamentos disponíveis. Entretanto, a dica é ter calma e sempre começar com a pergunta: esse sintoma é de origem central ou periférica?

Após essa reflexão, será mais fácil encontrar o diagnóstico desejado pela questão, pois o leque de hipóteses diagnósticas irá diminuir.

O caso da questão envolve um paciente de 54 anos com início aguda e sem gatilhos, logo fica fácil caracterizar em Síndrome Vestibular Aguda sem gatilho. E agora, sabemos que sempre que for este o diagnóstico sindrômico, é essencial a diferenciação entre periférica e central. Bem, a questão já nos informa da presença de sintoma central (diplopia) e, além disso, conta que o nistagmo foi sem latência e não fatigável (outros indícios de causas centrais).

Logo, o mais provável será considerarmos uma causa central! Um acidente vascular, esclerose múltipla ou processo expansivo. Dessa forma, o melhor exame para esse tipo de avaliação é a ressonância de encéfalo, descrito no item b.

Resposta: item b.

REFERÊNCIAS

Newman-Toker, D. E., & Edlow, J. A. (2015). TiTrATE: a novel, evidence-based approach to diagnosing acute dizziness and vertigo. *Neurologic clinics*, 33(3), 577-599.

Baloh, R. W. (1998). Vertigo. *The Lancet*, 352(9143), 1841-1846.

Neuhauser, H. K. (2007). Epidemiology of vertigo. *Current opinion in neurology*, 20(1), 40-46.

Brandt, T., & Daroff, R. B. (1980). Physical therapy for benign paroxysmal positional vertigo. *Archives of Otolaryngology*, 106(8), 484-485.

ESTUDO 2.2

(Hospital das Clínicas de Porto Alegre – 2010) Constitui indicação absoluta de tonsilectomia:

- a) Hipertrofia obstrutiva de tonsilas palatinas associada à síndrome de apneia do sono.
- b) Abscesso peritonsilar.
- c) Faringites de repetição.
- d) Faringites crônicas.
- e) Halitose.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

As amígdalas (tonsilas palatinas) são estruturas linfóides que se localizam na orofaringe, são em número de dois e ficam na parede lateral. Elas fazem parte do anel linfático de Waldeyer (adenóide, tonsilas tubárias, tonsilas palatinas e tonsilas linguais). Como estão em uma das principais entradas do corpo humano (a boca), estão muito susceptíveis a hipertrofia por inflamação, o que está dentro do processo imune de nossa proteção.

Entretanto, um eventual aumento de seu volume na orofaringe pode levar a mudanças na arquitetura anatômica e proporcionar sintomas, como apneia do sono, alteração na fala e halitose. Além disso, na infância (período de maior atividade deste órgão linfóide) sua inflamação, chamada de amigdalite ou tonsilite, pode ocorrer em grande frequência, levando a absenteísmo escolar e impactos indiretos.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

*Por que uma massa na orofaringe
poderia causar apneia?*

Nesse contexto, a terapia cirúrgica de retirada das tonsilas pode ser uma opção de tratamento válida, porém, como sendo cirurgia e em maior frequência no ambiente pediátrico, a sua adequada indicação se torna essencial

para evitar desfechos desfavoráveis e trazer reais benefícios clínicos ao paciente. Assim, muito se estuda sobre as indicações para a realização da tonsilectomia.

A síndrome da apneia do sono, quando decorrente de uma hipertrofia tonsilar é uma indicação absoluta de acordo com o Tratado Brasileiro de Otorrinolaringologia para a realização do ato cirúrgico, e isso ocorre pois a retirada desse volume tonsilar seria capaz de restituir o paciente a sua condição sadia e evitar as eventuais comorbidades relacionadas, como doenças cardiovasculares e síndrome do respirador oral.

Outra indicação absoluta, também pelo tratado brasileiro, seria quando a tonsila se apresenta como causadora de uma disfagia, em especial para sólidos. A criança costuma apresentar dificuldade para deglutição e dá preferência para alimentos líquidos. Por fim, a última indicação absoluta seria a disfunção da fonação relacionada a hipertrofia tonsilar que estará prejudicando o desenvolvimento da linguagem da criança.

Entrando nos critérios relativos, normalmente a indicação cirúrgica mais lembrada são as tonsilites de repetição. Essa indicação veio após o estudo Paradise de 1984, no qual notou-se benefício na redução das crises infecciosas durante dois anos após o procedimento cirúrgico. Para isso, é necessário obedecer aos critérios de Paradise:

≥ 07 tonsilites em um ano

≥ 5 tonsilites em dois anos consecutivos

≥ 3 tonsilites em três anos consecutivos

Dentre as indicações relativas, o abscesso tonsilar é bastante lembrado pela sua frequência. Sua recorrência é de cerca de 17% e é comum a sua indicação nos pacientes que estão no segundo caso, podendo ser realizado o procedimento a quente (tonsilectomia na vigência de tonsilite) ou a frio (tonsilectomia após resolução do quadro clínico).

Ademais, duas outras indicações relativas seriam a presença de tonsilite crônica caseosa refratária ao tratamento clínico, na qual o paciente costuma apresentar halitose, e nos pacientes com PFAPA que estão apresentando alta frequência de crises de tonsilites.

Por fim, a tendência é sempre colocar a compreensão de que os processos infecciosos tendem a diminuir com a idade do paciente e é importante relacionar a qual sintoma aquela hipertrofia está sendo responsável antes de qualquer abordagem cirúrgica.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Estamos diante de uma questão bem direta. Ela busca a compreensão do leitor sobre a diferença entre indicação absoluta, quando a necessidade de sua realização é clara e vai trazer benefício ao paciente, da indicação relativa,

quando sua realização, pesando os prós e contras, talvez não trará benefícios.

Após a revisão sobre as indicações é muito fácil escolher o item a como indicação absoluta, afinal se há uma estrutura física obstruindo a via aérea e causando apneia a sua retirada irá trazer benefícios ao paciente.

O objetivo deste tema não é decorar todos os critérios, mas entender que um critério absoluto representa um claro benefício, quando o volume tonsilar obstrui a via aérea, prejudica a deglutição ou causa alteração no processo de fonação. Ao apresentar halitose ou infecções de repetição sabemos que há medidas clínicas que podem ser tentadas e que a cirurgia não irá garantir resultado, haja em vista a multifatorialidade de uma halitose ou de um processo infeccioso.

Resposta: item a).

REFERÊNCIAS

mitchell, R. B., Archer, S. M., Ishman, S. L., Rosenfeld, R. M., Coles, S., Finestone, S. A., ... & Lloyd, R. M. (2019). Clinical practice guideline: tonsillectomy in children (update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 160(1_suppl), S1-S42.

Paradise, J. L., Bluestone, C. D., Bachman, R. Z., Colborn, D. K., Bernard, B. S., Taylor, F. H., ... & Smith, I. H. (1984). Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children: results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. *New England Journal of Medicine*, 310(11), 674-683.

ABORL. Tratado de Otorrinolaringologia da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial. 3a. Edição, 2017. Editora Elsevier

ESTUDO 2.3

(Hospital Universitário da UEL – 2010) Com relação às anginas, tonsilite ulceronecrotica unilateral, que não se estende aos pilares e que está associada à má higiene oral, são características da:

- a) Mononucleose
- b) Angina diftérica
- c) Tonsilite eritematopultácea
- d) Angina de Plaut-Vincent
- e) Angina luética secundária

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

COMENTÁRIO SOBRE O ASSUNTO:

As faringotonsilites são processos inflamatórios e infecciosos que ocorrem na faringe e nas tonsilas palatinas. É um tema recorrente em prontos-socorros e no ambulatório da otorrinolaringologia. A angina faríngea pode ser dividida em alguns tipos: ulcero-necroticas, vesiculosas (Herpes vírus e Herpangina) e eritematosas (virais e bacterianas).

A principal causa de faringotonsilites ulcero-necróticas é a Angina de Plaut-Vincent, que ocorre quando duas bactérias, um bacilo fusiforme e um espirilo/epiroqueta, naturais da nossa microbiota oral (*ex.: Fusobacterium plautvincent e Borrelia Vincenti*) adquirem poder patogênico. O fator de risco para essa ocorrência é a má higiene oral e o péssimo estado de conservação dos dentes.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que a má higiene oral pode facilitar a multiplicação de bactérias?

A Angina de Plaut-Vincent tem sua maior prevalência em indivíduos adultos jovens e adolescentes que vão à procura médica com queixa de angina e disfagia dolorosa unilateral, sem acompanhar febre ou sinais de toxemia.

Na oroscopia, a presença de uma lesão úlcero-necrótica unilateral amigdaliana fortalece esta hipótese. A pseudomembrana tonsilar costuma ser facilmente despreendida, friável e com liberação de odor fétido.

A cultura de bacteriana com uma clínica compatível fecha o diagnóstico, entretanto, a clínica costuma ser suficiente para iniciar o tratamento. E isso é importante, pois, apesar de rara, uma complicação temida seria a tromboflebite jugular com risco de embolização.

Dessa forma, no tratamento, costuma-se utilizar antibióticos para controlar essas infecções, com uso de penicilina ou metronidazol. Além disso, é essencial o retorno à boa higiene oral e gargarejo com soluções antissépticas.

Aproveitamos para discutir os dois principais diagnósticos diferenciais da Angina de Plaut-Vincent, logo, duas outras causas de angina ulcero-necróticas.

Uma lesão unilateral em um paciente com história de alcoolismo e tabagismo pode acender a possibilidade de um câncer de tonsilas, principalmente quando não há resposta ao tratamento antibiótico. Assim, a realização de biópsia se torna essencial para fechar o diagnóstico.

Ademais, o cancro sífilítico pode apresentar uma úlcera indolor mais fina, endurecida e com consistência lenhosa. A realização de campo escuro em parte da lesão ou solicitação do FTA-ABS podem auxiliar no diagnóstico e indicar o tratamento ideal.

Por fim, diferentemente dos casos citados, ao encontrar ulceração bilateral devemos pensar na hipótese de leucemia aguda ou agranulocitose, sendo o hemograma um exame de grande valia neste momento.

COMENTÁRIO SOBRE A QUESTÃO:

Após revisar um pouco sobre temas relacionados as faringotonsilites, percebemos a grande extensão de suas possibilidades e seus diagnósticos. Isso pode dificultar o processo de resolução de questões sobre o tema, mas precisamos entender o conceito básico da cada doença para criarmos uma linha de raciocínio com menos informação.

No caso da Angina de Plaut-Vincent, a informação mais importante é “má higiene oral”, pois é o fator de risco que leva a sua hipótese para o topo do pódio. Além disso, pensando que a má higiene leva a uma desregulação da microbiota oral, entendemos que haverá um aumento de bactérias e, logo, o tratamento será com base em antibióticos e na resolução do fator de risco.

Dessa forma, entendendo os conceitos com menos informações, conseguimos ir mais longe e responder a uma variedade de possibilidades. O caso, por exemplo, fala sobre lesão ulcero-necrótica unilateral e relacionado a má higiene oral o que facilmente irá levar a angina de Plaut-Vincent como principal hipótese, item d).

Resposta item d).

REFERÊNCIAS

SAMAL, O. (1951). Plaut-Vicent's angina; diagnosis and treatment. *Bratislavske lekarske listy*, 31(1-2), 156.

Lichtenberg, H. H., Werner, M., & Lueck, E. V. (1933). THE PATHOGENICITY OF THE FUSIFORM BACILLUS AND SPIRILLUM OF PLAUT-VINCENT: A CLINICAL AND EXPERIMENTAL STUDY. *Journal of the American Medical Association*, 100(10), 707-711.

Rodríguez-Rodríguez, M., Rodríguez-Rosell, V., & Rodríguez-Asensio, J. (2020). Unilateral tonsillitis: Plaut-Vincent angina. *Semergen*, 46(2), e9.

ESTUDO 2.4

(Universidade Federal de São Paulo – 2010) Criança com três anos de idade, com história de trauma nasal há 2 horas. Apresentou epistaxe no momento do trauma. O exame específico mostrou edema (++) e equimose (+) da região. Confirmada a presença de fratura nasal com pequeno desvio, sem outras alterações. A conduta recomendada é:

- a) Aguardar a diminuição do edema para indicar a redução cirúrgica.
- b) Redução cirúrgica imediata com anestesia geral.
- c) Sedação em centro cirúrgico para colocação de tampão nasal bilateral.
- d) Cauterização do septo com anestesia geral.
- e) Colocação de splint nasal.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

COMENTÁRIO SOBRE O ASSUNTO:

Das fraturas de face, o nariz é o osso mais acometido, pela sua posição mais anteriorizada e por ser, relativamente, menos resistente que os demais ossos faciais. Entretanto, é importante lembrar que uma fratura, na realidade, é um importante mecanismo de dissipação de energia, com objetivo de proteger regiões mais nobres.

Os adultos jovens, entre 15- 30 anos, são os mais acometidos, com destaque para o sexo masculino. Porém, com o aumento do número de quedas no idoso, há um segundo pico de ocorrência. As suas causas vão desde agressões interpessoais, prática esportiva e acidentes automobilísticos.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que as fraturas nasais são mais comuns em homens jovens?

Clinicamente a fratura nasal é suspeita quando há na ectoscopia uma deformidade facial, ou uma crepitação dos ossos nasais, ou instabilidade da pirâmide nasal e até mesmo por equimoses periorbitárias. É comum, também, o paciente referir epistaxe, obstrução nasal e dor facial.

Dessa forma, em paciente com clínica suspeita, o ideal seria a solicitação de uma tomografia de face para melhor compreensão da lesão e classificar as fraturas. Uma classificação muito usada atualmente foi proposta por Rohrich em 2000.

Quadro 01 – Classificação de Rohrich

TIPO		DESCRIÇÃO
I		Fratura simples do osso próprio nasal (unilateral)
II		Fratura simples do osso próprio nasal (bilateral)
III	a	Fratura cominutiva unilateral
	b	Fratura cominutiva bilateral
	c	Fratura cominutiva frontal
IV	a	Complexa: Fratura osteocartilaginosa + hematoma septal
	b	Complexa: Fratura osteocartilaginosa + laceração nasal
V		Associada a fratura orbitoetmoidal ou mesofacial

O manejo das fraturas nasais ainda é fomento para discussão entre especialistas, porém, o importante é entender que o tratamento pode ser por meio de uma redução fechada (sem abertura cirúrgica) ou redução aberta (rinosseptoplastia).

Dessa forma, o clássico é que em fraturas tipo I, II ou III com pouco edema, opte-se por uma conduta fechada e preferencialmente em até 5 dias do evento, quanto mais precoce seria melhor, havendo condições a depender do

edema. Em caso de edema intenso prescreve-se compressa gelada por 3-5 dias e reavaliação da condição clínica para nova tentativa de redução. Ademais, tipo IV e V acabam sendo abordadas de forma mais tardia por meio da rinosseptoplastia eletiva.

Por fim, é importante informar que a redução não tem cunho puramente estético, pois alterações anatômicas na região nasal podem proporcionar obstrução nasal e ser fator de risco para rinosinusite crônica, prejudicando a qualidade de vida do paciente.

COMENTÁRIO SOBRE A QUESTÃO:

O trauma nasal é muito frequente pela sua posição anatômica e, por isso, é importante entender como podemos realizar um manejo inicial. Após revisar um pouco sobre o tema, acredito que os conceitos básicos estão fixados. Em casos mais leves, redução precoce e do tipo fechada e já nas mais avançadas, fazer uma rinosseptoplastia de forma mais eletiva para o bom planejamento do procedimento.

A questão nos conta a história de uma criança com trauma nasal com pouco edema e fratura de pequeno desvio, não temos informações suficientes para a classificação de Rohrich, mas é fácil notar que deve ser um caso mais leve, logo a redução fechada e precoce estaria indicada.

Além disso, como reduções são procedimentos que necessitam da cooperação do paciente e que podem levar a

dor, no caso de crianças o uso de uma anestesia geral trará mais conforto ao médico, à família e, principalmente, ao paciente. Assim, o item b) é o único que consegue preencher nossa conduta.

Resposta item b).

REFERÊNCIAS

Rohrich R. J., Adams W. p., Nasal Fracture management: minimizing nasal deformities. *Plast Reconstr Surg.* 2000. 106 (2): 266-76.

Abrahão, M., *Emergências e urgências em otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço.* 2017. Rio de Janeiro: Atheneu, 582p.

ESTUDO 2.5

(Fundação banco de olhos de Goiás – 2013) Pré-escolar de quatro anos apresenta dor de ouvido unilateral ao tirar a camiseta para se preparar para o banho noturno. A mãe, aflita, não sabe se coloca gotas para a dor de ouvido ou se dá analgésicos. O pré-escolar não apresenta elevação de temperatura (Tax 36,8°C), alimentou-se bem e brincou muito durante o dia, tendo ficado na piscina por três horas. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) Mastoidite
- b) Otite externa
- c) Otite média aguda
- d) Nevralgia do trigêmeo
- e) Efusão do ouvido médio

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

COMENTÁRIO SOBRE O ASSUNTO:

A otite externa é conceitualmente um processo inflamatório da orelha externa, desde a pele até o conduto. Com uma incidência anual de cerca de 1% da população e uma predominância nas crianças, particularmente entre 7 – 12 anos, é importante ficar alerta de que é nos idosos que temos o maior risco de complicações, com destaque aos imunocomprometidos ou diabéticos.

É normalmente decorrente de um processo infeccioso e tem como fatores de risco a entrada de água no conduto (então, cuidado com os banhos de piscina!), uso de fones de ouvido, uso de bastões de algodão para limpeza da orelha, traumas, prurido e queimaduras. Além desses fatores diretos, a rolha de cera, a dermatite seborreica e psoríase são condições clínicas que aumentam o risco de desenvolver otite externa.

Existe um ponto interessante nos agentes etiológicos mais prevalentes, pois em 20-60% dos casos temos a *Pseudomonas aeruginosa* como agente causador, e em seguida, temos o *Staphylococcus aureus*. Dessa forma, o tratamento deve ser condizente com essa prevalência etiológica, o que acaba sendo diferente das tradicionais infecções de pele.

Entretanto, devemos saber que fungos (*Aspergillus* e *Candida*) podem causar esse processo inflamatório, bem

como dermatite alérgica. Nesses casos, o mais comum é encontrar pacientes com uma clínica mais longa.

Nesse contexto, os sintomas mais comuns são a otalgia (normalmente unilateral), prurido e sensação de plenitude auricular. Já no exame físico, pode ser encontrado eritema e edema locais com saída de secreção purulenta, um exame bem específico é a dor decorrente de movimentos que puxem o pavilhão auditivo (como tirar a camiseta). A febre não é regra e quando ocorre é baixa.

Neste ponto devemos lembrar da otite externa maligna, que é mais comum no idoso, e costuma ser aventada como hipótese quando encontramos sinais muito exuberantes, paralisia facial ou não resposta ao tratamento clínico inicial. Ademais, pacientes imunodeprimidos ou diabéticos devem sempre acentuar um alerta maior para essa hipótese.

No manejo do paciente com otite externa não complicada as medidas de manter a orelha seca por 7 – 10 dias são interessantes, evitar banhos de piscina por exemplo. Para a otalgia, o uso de analgésicos simples normalmente é suficiente.

Pensando no tratamento antibiótico o uso de gotas tópicas está indicado, estando a apresentação de ciprofloxacino uma das opções mais utilizadas, exatamente por sua ação abrangendo a *Pseudomonas aeruginosa*. O uso seria por 7 – 10 dias.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que não se deve tratar uma otite externa apenas com uma penicilina?

Adicionar um antibiótico oral não é rotina, pois nos casos não complicados ele aumenta os efeitos colaterais sem melhorar a resposta. Logo, seu uso acaba sendo indicado quando há diabetes não controlada, a infecção está ultrapassando a orelha externa, há uma otite média associada ou suspeita de otite externa maligna.

A grande maioria dos pacientes já apresentam resposta importante dentro das primeiras 48-72h de antibiótico, o que deve acender a hipótese de otite externa maligna sempre que o curso clínico não for favorável, em especial pelo risco de osteomielite de base de crânio.

COMENTÁRIO SOBRE A QUESTÃO:

A questão citada acima é clássica ao nos fazer lembrar que a clínica do paciente sempre é a peça chave para nos auxiliar em nosso processo diagnóstico. Após ler a questão com calma, temos uma criança com a exposição a um fator de risco típico de otite externa, o banho de piscina. Ademais, a descrição de que movimentos que levem a mobilização do pavilhão auditivo gerando dor é uma clássica descrição.

A efusão da orelha média é uma doença crônica que não costuma causar dor no pavilhão. Já a nevralgia do trigêmeo teria dores lancinantes repetidas e que costumam ocorrer em toda uma hemiface ou em um dos ramos. Por fim, a mastoidite seria uma complicação de uma otite média e não estamos pensando nela pela ausência de febre, ausência de descrição da otoscopia e clínica muito mais sugestiva de uma otite externa não complicada, descrita no item b).

Resposta item b).

REFERÊNCIAS

Klein, J. O. (2015). Otitis externa, otitis media, and mastoiditis. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*, 767.

Rosser, E. J. (2004). Causes of otitis externa. *Veterinary Clinics: Small Animal Practice*, 34(2), 459-468.

Roland, P. S., & Stroman, D. W. (2002). Microbiology of acute otitis externa. *The Laryngoscope*, 112(7), 1166-1177.

Osguthorpe, J. D., & Nielsen, D. R. (2011). Otitis externa: review and clinical update. *South African Family Practice*, 53(3), 223-229.

Lembrança Pensante 2.6

Perguntas:

2.6.1

Quais são os critérios de Paradise?

2.6.2

Cite os critérios de indicação absoluta de tonsilectomia.

2.6.3

Má higiene oral + Faringite ulcero-necrótica?

2.6.4

Principal agente etiológico da otite externa?

Respostas:

2.6.1

≥ 7 tonsilites em um ano OU
 ≥ 5 tonsilites em dois anos consecutivos OU ≥ 3 tonsilites em três anos consecutivos.

2.6.2

SAOS, Disfonia e
Disfunção fonatória

2.6.3

Angina de Plaut-Vincent

2.6.4

Pseudomonas aeruginosa

ESTUDO 2.7

(Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba – 2017)
Acerca da otite média aguda, assinale a alternativa incorreta.

- a) A doença geralmente ocorre nos primeiros cinco anos de idade, com pico de incidência entre os 6 e 12 meses.
- b) Otoscopia é o exame fundamental para o diagnóstico das otites.
- c) *Staphylococcus aureus* costuma estar envolvido em 27 a 52% dos casos.
- d) Classicamente, os pacientes têm apresentação súbita de otalgia, diminuição da acuidade auditiva e febre.
- e) Trata-se de inflamação aguda da orelha média, da tuba auditiva e das células da mastoide, de etiologia viral ou bacteriana.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

COMENTÁRIO SOBRE O ASSUNTO:

A otite média aguda (OMA) é caracterizada pelo aparecimento súbito de sintomas inflamatórios na orelha. Os indivíduos com mais risco de desenvolver a doença são as crianças, especialmente as menores de 5 anos de idade. Estima-se que cerca de 11% da população irá desenvolver OMA ao longo da vida.

São alguns fatores de risco conhecidos para OMA: atopia, infecções de via aérea superior, baixo nível socioeconômico, exposição ao tabaco, baixo tempo da amamentação exclusiva, imunodeficiência, hipertrofia de adenoides e anormalidades craniofaciais (como fendas palatinas).

Os agentes etiológicos mais comuns se dividem entre virais e bacterianos. Nos virais se destacam o vírus sincicial respiratório, rinovírus, adenovírus e coronavírus. Já nas causas bacterianas são três os agentes que devemos ter em mente: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (destaque para conjuntivite associada) e *Moraxella catarrhalis*.

O processo patogênico mais prevalente seria com relação à ascensão bacteriana por meio da tuba auditiva, pois já existe uma colonização na rinofaringe. Dessa forma, quando há uma perda de controle da tuba (disfunção tubária) temos uma maior chance desse evento ocorrer, o que levaria a uma hiperproliferação do agente etiológico levando ao processo infeccioso.

A clínica é importante, entretanto, pelo fato de lidarmos com crianças, a queixa de otalgia pode-se apresentar de variadas formas, como mãos na orelha, irritabilidade, choro fácil, dificuldade para dormir, redução do apetite e mudança do comportamento habitual. Esses sintomas costumam ocorrer de forma súbita e a febre é comum.

Além disso, a ocorrência de otorréia pode indicar uma perfuração da membrana timpânica (MT). Assim, a otoscopia é sempre um exame importante para o processo diagnóstico, o abaulamento da MT é um dos achados mais específicos encontrados, em conjunto com eritema, opacidade e redução da sua mobilidade.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que a otoscopia é um exame importante para o diagnóstico de OMA?

Dessa forma, o diagnóstico é clínico, utilizando da história de otalgia e achados da otoscopia para a sua decisão terapêutica. Alguns exames como timpanometria e cultura de nasofaringe até podem ser feitos, porém, na maioria dos casos não levam a uma mudança de conduta importante.

Iniciando o manejo da criança com OMA, temos que lidar com a otalgia, usando analgésicos como dipirona e paracetamol. Já o uso de antibiótico é discutível e deve ser

Indicado criteriosamente para os pacientes que realmente irão se beneficiar, como uma forma de tentar diminuir o aumento de resistência antimicrobiana.

Dessa forma, se beneficiam do uso de antibiótico crianças com otalgia bilateral e menores de 6 meses, maiores de 6 meses apresentando otalgia moderada ou severa, otalgia por mais que 48 horas ou temperatura maior que 39°C. Sobre a escolha, temos ainda o uso da Amoxicilina, que pode ser complementada com ácido clavulânico em pacientes que já fizeram uso de antibiótico nos últimos três meses.

COMENTÁRIO SOBRE A QUESTÃO:

A questão nos leva a refletir sobre uma doença muito comum no ambiente pediátrico, seja em pronto atendimento como em consultas com pediatra e otorrinolaringologista. A OMA, como revisado acima, ocorre em maior incidência até os 5 anos e pode ocorrer por infecções virais e bacterianas.

Diferentemente da otite externa, não temos a *Pseudomonas aeruginosa* e o *Staphylococcus aureus* como agentes prevalentes, mas sim a tríade de *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*. E como clínica prevalente, temos a otalgia, febre e diminuição da acuidade auditiva. Por fim, notamos que o uso da otoscopia é de grande valia para o processo diagnóstico.

Dessa forma, fica fácil trazer esses conceitos para entender que o item INCORRETO seria informar que o *Staphylococcus aureus* é um agente prevalente para OMA, item c).

Resposta item c).

REFERÊNCIAS

Uhari, M., Mäntysaari, K., & Niemelä, M. (1996). A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 22(6), 1079–1083.

Monasta, L., Ronfani, L., Marchetti, F., Montico, M., Vecchi Brumatti, L., Bavcar, A., Grasso, D., Barbiero, C., & Tamburlini, G. (2012). Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates. *PLoS one*, 7(4), e36226.

Schilder, A. G., Chonmaitree, T., Cripps, A. W., Rosenfeld, R. M., Casselbrant, M. L., Haggard, M. P., & Venekamp, R. P. (2016). Otitis media. *Nature reviews. Disease primers*, 2(1), 16063.

ESTUDO 2.8

(Hospital Militar de Área de São Paulo – 2017) Qual lesão maligna mais comum que acomete a laringe?

- a) Carcinoma espinocelular
- b) Adenocarcinoma
- c) Sarcoma
- l) Linfoma
- e) Nenhuma das anteriores

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A laringe é um órgão do sistema respiratório responsável pela condução do ar para a traquéia, proteção contra entrada de alimentos e outros corpos estranhos à via aérea inferior e pela fonação. Anatomicamente ela é dividida em três regiões:

Supraglote

Glote: Onde ficam as pregas vocais verdadeiras.

Subglote

O câncer de laringe pode ocorrer em qualquer uma das regiões anatômicas, porém em cerca de 2/3 dos casos é de origem glótica. Além disso, é mais comum em homens do que em mulheres (5,8 casos para cada 100.000 homens e 1,2 casos para cada 100.000 mulheres), isso provavelmente ainda ocorre pela maior prevalência de fumantes no sexo masculino. Como já citado, o tabagismo aumenta entre 10-15 vezes o risco de desenvolver câncer de laringe e o consumo alcoólico também está relacionado.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que o câncer de pregas vocais é mais prevalente em homens do que em mulheres?

Além desses fatores, exposição ao asbesto, hidrocarbonetos policíclicos e resíduos de indústria têxtil também são considerados fatores de risco, e, em especial, para o tipo histológico mais prevalente quando se fala de câncer de laringe, o carcinoma de células escamosas, ou carcinoma espinocelular.

Diante da específica função fisiológica da laringe, em destaque a região glótica, os distúrbios da fonação se mostram como sintomas relativamente precoces e podem indicar a necessidade de uma avaliação mais aprofundada do diagnóstico. Em destaque, caso a disfonia persista isoladamente após 02 semanas ou quando há sintomas associados, como disfagia, perda de peso, dispneia e linfonodos cervicais.

Dessa forma, o primeiro sintoma do câncer glótico costuma ser a disfonia, exatamente pois a formação expansiva está ocorrendo na delicada região produtora de fonação, onde qualquer mudança anatômica pode alterar a vibração e ressonância da onda acústica, levando a mudanças sonoras. Assim, exames complementares, inicialmente com a laringoscopia, são de grande varia para a avaliação de pacientes suspeitos.

O tratamento sempre deve ser precedido de um estadiamento adequado da lesão. A partir do estágio, pode se optar por um tratamento exclusivamente cirúrgico ou radioterapia em estágios menores e na radioterapia e/ou quimioterapia e/ou laringectomia com ou sem esvaziamento cervical em estágios mais avançados.

Após o tratamento preconizado é importante ficar atento para sinais de recorrência com o aparecimento ou reaparecimento de sintomas como: disfonia, dor cervical, sangramentos, massas cervicais, disfagia e dispneia.

COMENTANDO A QUESTÃO:

A questão é bem direta em seu questionamento sobre qual o tipo histológico mais prevalente no câncer de laringe. Rapidamente somos capazes de responder carcinoma espinocelular após a revisão acima.

Entretanto, quero trazer uma associação para facilitar a compreensão. Os carcinomas de células escamosas são sensíveis a agressões externas e quando notamos que os fatores de risco são álcool, tabagismo e exposição química fica evidente que são agressores externos. Logo, com menos informação guardada poderemos compreender e escolher a alternativa correta.

Resposta: item a).

REFERÊNCIAS

Steuer, C. E., El-Deiry, M., Parks, J. R., Higgins, K. A., & Saba, N. F. (2017). An update on larynx cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(1), 31-50.

Sartor, Sergio Guerra, Eluf-Neto, José, Travier, Noemie, Wünsch Filho, Victor, Arcuri, Arline Sydneia Abel, Kowalski, Luís Paulo, & Boffetta, Paolo. (2007). Riscos ocupacionais para o câncer de laringe: um estudo caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1473-1481. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600022>

ESTUDO 2.9

(Hospital Universitário Ferro de Souza/João Barros Barreto – 2018) Paciente de seis anos de idade, com queixa sugestiva da Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS), apresentando exame de videoendoscopia com hipertrofia adenoidiana obstruindo 80% da rinofaringe, foi encaminhado para adenoidectomia. Assinale a situação em que, caso esteja presente neste paciente, é necessário associar amigdalectomia.

- a) Frequência de amigdalites de repetição (três episódios em 12 meses).
- b) Amigdalite de repetição (três episódios em 12 meses) associadas com um episódio de abscesso periamigdaliano.
- c) Amígdalas palatinas de tamanho grau IV, acompanhadas de dificuldade alimentar e respiratória.
- d) Amígdalas palatinas de tamanho grau IV, acompanhadas de quadro clínico de otite média serosa ou otite média aguda recorrente.
- e) Caso de hipertrofia adenoidiana comprometendo 80% da rinofaringe, a adenoidectomia é suficiente para corrigir o quadro de SAHOS, independentemente do tamanho da amígdala.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

As amígdalas (tonsilas palatinas) são estruturas linfóides que se localizam na orofaringe, são em número de dois e ficam na parede lateral. Elas fazem parte do anel linfático de Waldeyer (adenóide, tonsilas tubárias, tonsilas palatinas e tonsilas linguais). Como estão em uma das principais entradas do corpo humano (a boca) estão muito susceptíveis a hipertrofia por inflamação, o que está dentro do processo imune de nossa proteção.

Entretanto, um eventual aumento de volume na orofaringe pode levar a mudanças na arquitetura anatômica e proporcionar sintomas, como apneia do sono, alterações de fala e halitose. Além disso, na infância (período de maior atividade deste órgão linfóide) sua inflamação, chamada de amigdalite ou tonsilite, pode ocorrer em grande frequência, levando a absenteísmo escolar e impactos indiretos.

Nesse contexto, a terapia cirúrgica de retirada das tonsilas pode ser uma opção de tratamento válida, porém como sendo cirurgia e, em maior frequência no ambiente pediátrico, a sua adequada indicação se torna essencial para evitar desfechos desfavoráveis e trazer reais benefícios clínicos ao paciente. Assim, muito se estuda sobre as indicações para a realização da tonsilectomia.

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), quando decorrente de uma hipertrofia tonsilar é uma indicação absoluta de acordo com o Tratado Brasileiro de

Otorrinolaringologia para a realização do ato cirúrgico, e isso ocorre pois a retirada desse volume tonsilar seria capaz de restituir o paciente a sua condição sadia e evitar as eventuais comorbidades relacionadas, como doenças cardiovasculares e síndrome do respirador oral.

Outra indicação absoluta seria quando a tonsila se apresenta como causadora de uma disfagia, em especial para sólidos. A criança costuma apresentar dificuldade para deglutição e dá preferência para alimentos líquidos. Por fim, a última indicação absoluta seria um distúrbio da fonação relacionada a hipertrofia tonsilar que estará prejudicando o desenvolvimento da linguagem da criança.

Entrando nos critérios relativos, normalmente a indicação cirúrgica mais lembrada são as tonsilites de repetição. Essa indicação veio após o estudo Paradise de 1984, no qual notou-se benefício na redução das crises infecciosas durante dois anos após o procedimento cirúrgico. Para isso, é necessário obedecer aos critérios de Paradise:

≥ 07 tonsilites em um ano

≥ 5 tonsilites em dois anos consecutivos

≥ 3 tonsilites em três anos consecutivos

Dentre as indicações relativas, o abscesso tonsilar é bastante lembrado pela sua frequência. Sua recorrência é de cerca de 17% e é comum a sua indicação nos pacientes que estão no segundo caso, podendo ser realizado

o procedimento a quente (tonsilectomia na vigência de tonsilite) ou a frio (tonsilectomia após resolução do quadro clínico).

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que nem sempre a retirada das tonsilas palatinas é a melhor opção?

Ademais, duas outras indicações relativas seriam a presença de tonsilite crônica caseosa refratária ao tratamento clínico, onde o paciente costuma apresentar halitose, e nos pacientes com PFAPA que estão apresentando alta frequência de crises de tonsilites.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Estamos diante de uma questão que levanta um caso clínico e traz a discussão das indicações de tonsilectomia. O paciente da questão apresenta suspeita de SAHOS e com uma possível etiologia decorrente da hipertrofia das adenoides, logo (de forma semelhante a indicação da tonsilectomia) há sim uma indicação da adenoidectomia.

Entretanto, quando estamos querendo avaliar uma possível associação cirúrgica acrescentando a tonsilectomia devemos nos perguntar sempre: Esse paciente apresenta algum critério ABSOLUTO de tonsilectomia? Assim, o

primeiro passo é eliminar os itens que falem de critérios relativos ou fale erroneamente de critério. Esses seriam os casos de indicar 3 amigdalites de repetição em 12 meses, quando o critério de Paradise clássico refere 3 amigdalites em três anos consecutivos (eliminamos os itens a e b).

Além disso, não existe a indicação de tonsilectomia baseado na ocorrência de otites. Ademais, sabendo que a SAOS pode ser uma indicação de tonsilectomia, compreendemos que a hipertrofia amigdaliana pode ser uma causa, exatamente por causar a obstrução da via aérea a depender do seu tamanho, logo o tamanho das tonsilas palatinas são um fator de risco independente para SAOS e a retirada de apenas adenoide não garante o efeito dito no item e).

Por fim, o item c) é prudente em associar a disfagia ao aumento de hipertrofia das tonsilas, pois sabemos que se trata de uma indicação absoluta da tonsilectomia, logo esse paciente irá se beneficiar da cirurgia de remoção tanto das adenoides como das tonsilas palatinas.

Resposta: item c).

REFERÊNCIAS

Mitchell, R. B., Archer, S. M., Ishman, S. L., Rosenfeld, R. M., Coles, S., Finestone, S. A., ... & Lloyd, R. M. (2019). Clinical practice guideline: tonsillectomy in children (update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 160(1_suppl), S1-S42.

Paradise, J. L., Bluestone, C. D., Bachman, R. Z., Colborn, D. K., Bernard, B. S., Taylor, F. H., ... & Smith, I. H. (1984). Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children: results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. *New England Journal of Medicine*, 310(11), 674-683.

ABORL. Tratado de Otorrinolaringologia da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial. 3a. Edição, 2017. Editora Elsevier

ESTUDO 2.10

(Sistema único de Saúde – Bahia – 2012) Homem, 27 anos de idade, cursando com dor de garganta, febre com 38°C e tosse com expectoração há cinco dias. Ao exame físico, apresenta hiperemia de mucosas e exsudato amarelado. Não há assimetria de palato, nem desvio mediano de pilares amigdalianos. Notam-se linfadenopatias submaxilares e cervicais dolorosas. Entre os critérios clínicos usualmente empregados para definir possível faringite bacteriana no caso, não se inclui:

- a) Febre acima de 38°C
- b) Linfadenopatia cervical
- c) Exsudato faríngeo.
- d) Presença de tosse
- e) Idade inferior a 45 anos.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A faringite é um processo inflamatório da faringe, que pode ocorrer por processos infecciosos ou não. Dentre as causas infecciosas podemos destacar os vírus (cerca de 70 – 80%) e as bactérias (entre 20 - 30%). Além disso, a sua maior incidência acaba ocorrendo em crianças e adolescentes entre 5 – 15 anos de idade.

Os vírus são os principais agentes etiológicos, representados pelos adenovírus, rinovírus e coronavírus, porém destacamos o vírus Epstein Barr por causar a mononucleose infecciosa. Ademais, temos na faringite bacteriana nossa maior atenção pelos riscos de complicações, sendo a etiologia do *Streptococcus* a mais prevalente.

O *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A (GAS) tem maior incidência entre 5 – 15 anos e representa cerca de 20 – 30% das faringites agudas. Como fatores de risco, temos o inverno, exposição a outras crianças com a infecção e moradias superpovoadas. O destaque do GAS está no seu potencial em levar a complicações como febre reumática e abscessos periamigdalanos.

O paciente com faringite estreptocócica costuma apresentar dor de garganta, febre, odinofagia, linfadenopatia cervical, cefaleia, náuseas e dor abdominal. Um ponto importante é o aparecimento mais abrupto dos sintomas e a raridade de tosse, conjuntivite, disfonia e diarreia. Para auxiliar no processo diagnóstico e diferenciar

entre o paciente com infecção bacteriana da viral existe o SCORE CENTOR:

Quadro 1 – SCORE CENTOR

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
Febre	+ 01 ponto
Exsudato nas tonsilas	+ 01 ponto
Adenopatia cervical	+ 01 ponto
Ausência de tosse	+ 01 ponto
Idade < 15 anos	+ 01 ponto
Idade > 45 anos	- 01 ponto
Pontuação total	

Após obter a pontuação total do paciente de acordo com a sua história clínica e exame físico, existe um direcionamento para conduta, a qual é uma orientação para o pensamento etiológico. Nos pacientes com 0 -1 pontos, a probabilidade de a infecção ser bacteriana é tão baixo (2 – 6%) que não leva a necessidade de novas avaliações. Nos pacientes que pontuam entre 2 - 3 pontos, a recomendação seria a realização de cultura de orofaringe, pois a chance de ser bacteriana é razoável (10 – 28%). Por fim, pontuações a partir de 4 já indicariam o início empírico do tratamento e sempre que possível a cultura (38 – 63% de probabilidade de ser bacteriana).

Como o SCORE CENTOR deixa a entender, no exame físico a oroscopia é de grande importância para avaliar a

inflamação através do exsudato da faringe, petéquias no palato mole, tonsilas eritematosas e edema de úvula.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que o uso de critério SCORE CENTOR pode nos auxiliar no melhor manejo do paciente?

Iniciando o manejo do paciente com faringite por GAS, temos o uso de analgésicos para redução da dor, gargarejo com água salgada e consumo de alimentos gelados. Já na escolha do antibiótico, ainda temos na penicilina excelente resposta terapêutica, sendo a Penicilina Benzatina uma boa opção, com a vantagem de ser dose única. Usualmente, entretanto, utiliza-se de forma mais frequente a Amoxicilina, a qual deve ser usada por 7 a 10 dias.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Estamos diante de uma questão de caso clínico, e esse tipo de questão leva à necessidade de entender o paciente como um todo, isto é, devemos ver todo o seu conjunto de sintomas como parte de uma doença que nos guiará para um diagnóstico mais provável.

Quando nos deparamos com o diagnóstico diferencial de dor de garganta com febre, devemos sempre aventar a hipótese de faringite infecciosa, porém, o que nos falta é a diferenciação entre viral e bacteriana. Assim, os critérios CENTOR são de grande valia para termos em mente como forma de nos auxiliar nessa diferenciação.

Comparando com o caso, vemos que o paciente apresenta febre compatível (+ 1 ponto), linfadenopatia cervical (+ 1 ponto), exsudato (+ 1 ponto) e idade inferior a 45 anos (+ 1 ponto), totalizando 04 pontos, com alta probabilidade de ser infecção bacteriana. Entretanto, note que o item que faltou foi “ausência de tosse”, isso ocorre, pois, a presença da tosse é um fator que afasta a infecção por GAS.

Por fim, em nosso paciente, temos a presença de tosse há 05 dias que não é considerado um sintoma clássico utilizado para pensar em infecção bacteriana, a sua ausência que seria. Logo, o item a ser marcado seria o d.

Resposta: item d).

REFERÊNCIAS

Oliver, J., Malliya Wadu, E., Pierse, N., Moreland, N. J., Williamson, D. A., & Baker, M. G. (2018). Group A Streptococcus pharyngitis and pharyngeal carriage: A meta-analysis. *PLoS neglected tropical diseases*, 12(3), e0006335. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006335>

Wessels M. R. (2011). Clinical practice. Streptococcal pharyngitis. *The New England journal of medicine*, 364(7), 648–655. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1009126>

Mclsaac, W. J., White, D., Tannenbaum, D., & Low, D. E. (1998). A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 158(1), 75–83.

ESTUDO 2.11

(Hospital das Clínicas da UFU – 2009) Dentre os tumores das glândulas salivares que acometem a parótida, destaca-se um tipo denominado de “nódulo quente de parótida” devido a sua reconhecida capacidade de captar intensamente o tecnécio. Identifique-o nas alternativas abaixo:

- a) Carcinoma de células acinares.
- b) Adenoma pleomórfico.
- c) Tumor de Warthin.
- d) Carcinoma adenoide cístico.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

As neoplasias de glândulas salivares não são comuns, representando apenas 3% de todas as neoplasias da cabeça e pescoço. Quando esta ocorre, normalmente tem sua origem na parótida, com cerca de 80% dos casos. Apesar do tipo mais comum ser o adenoma pleomórfico (cerca de 70% dos casos), em segundo lugar tem o Tumor de Warthin, descrito desde 1929 e com várias peculiaridades.

O Tumor de Warthin (ou Cistoadenoma Papilífero Linfomatoso) representa de 6 – 14% dos tumores de parótida e tem uma tendência maior de ocorrer no sexo masculino e entre 60 -70 anos de vida. Além disso, o tabagismo é considerado o principal fator de risco associado ao seu desenvolvimento.

Esse tumor costuma apresentar-se como um nódulo em parótida assintomático com crescimento lento. Quando cresce, tende a apresentar maior componente cístico. É extremamente rara a sua malignização e locais extra-parótida podem ocorrer em linfonodos cervicais e glândulas submandibulares. Ademais, 95% dos casos são unilaterais e em 90% o tumor é superficial.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Quais sintomas um tumor na parótida pode desencadear?

A solicitação do USG pode indicar um tumor primordialmente cístico, mas com algumas áreas sólidas. Além disso, a cintilografia com uso de tecnécio-99 é interessante pelo fato de o tumor captar intensamente, tanto que é comum chamá-lo de nódulo quente de parótida.

O manejo do paciente busca a confirmação diagnóstica e a retirada completa do tumor. Então, a realização de uma parotidectomia com dissecação completa do nervo facial e seus ramos é o método ideal, tanto para diminuir a chance de recorrência, quando para a confirmação pelo método do anátomo-patológico.

COMENTANDO A QUESTÃO:

A presente questão solicita um conhecimento bem específico, porém, após ler um pouco sobre o conteúdo do tumor de Warthin acima, acreditamos que será facilmente colocado dentro de seus diagnósticos diferenciais de tumores de parótidas.

O importante com a questão é refletir sobre a raridade dos tumores de glândulas salivares, entender que,

quando ocorrem, sua principal localização é na maior glândula: na parótida! E que o tipo mais comum é o Adenoma Pleomórfico, seguido pelo Tumor de Warthin.

Após essa contextualização, criar um pensamento ativo no qual se entende o porquê de o tumor de Warthin ser chamado de “nódulo quente de parótida”, pelo fato de usarmos o termo quente para estruturas císticas que captam bastante em cintilografia, é essencial para marcar o item c) nesta questão.

Resposta: item c).

REFERÊNCIAS

chedid, Helma Maria, Rapoport, Abrão, Aikawa, Kiyoshi Fernandes, Menezes, Aglailton dos Santos, & Curioni, Otávio Alberto. (2011). Tumor de Warthin da glândula parótida: estudo de 70 casos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 38(2), 90-94. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912011000200004>

Madani G, Beale T. Tumors of the salivary glands. *Semin Ultrasound CT MR*. 2006 Dec;27(6):452-64.

2.12 CONHECENDO DOENÇA RARA

Síndrome De Rendu-Osler-Weber

A síndrome de Rendu-Osler-Weber ou Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH) é uma doença autossômica dominante que se caracteriza pela presença de lesões angioplásticas, atelectasias ou malformações arteriovenosas, e que podem afetar diferentes áreas, como tecido mucocutâneo, pulmões, cérebro e trato gastrointestinal.

Assim, os pacientes podem apresentar pequenas veias dilatadas localizadas próximas à superfície da pele e da mucosa (telangiectasias) ou grandes malformações arteriovenosas viscerais. Como doença genética, sabe-se que cerca de 80% dos casos tem relação com mutações no gene da endoglinina (ENG) que é responsável por traduzir um receptor para o fator de crescimento transformador beta-1 (TGF- β 1).

A síndrome é mais comum na Europa e Ásia e, inicialmente, acreditava-se que sua incidência era entre 1 – 2 casos por 100.000 habitantes, porém provavelmente essas taxas são enviesadas pelo fato de poucos conhecerem e suspeitarem dessa doença. Estudos mais novos têm encontrado incidências na casa de 1 caso para cada 5 – 8 .000 habitantes.

Na clínica do paciente, as manifestações otorrinolaringológicas se destacam por serem mais prevalentes, principalmente as epistaxes de repetição. Dessa forma, as telangiectasias mucocutâneas são identificadas como pápulas vermelhas de 1 – 2 mm de diâmetro, encontradas na mucosa nasal ou orofaringe e muito sensíveis a traumas, levando a epistaxes de repetição em 90% dos pacientes.

Além disso, as telangiectasias podem ser encontradas no trato gastrointestinal, cérebro e nos pulmões, por isso é possível encontrar hemorragia subaracnóidea, convulsões, cianose e policitemia. Continuando a história clínica é sempre importante buscar a existência de familiares com doenças semelhantes, visto o caráter genético da THH.

No processo diagnóstico, existem quatro critérios clínicos que devem ser avaliados, dos quais três devem ser preenchidos para termos uma alta probabilidade diagnóstica. São eles a epistaxe, presença de telangiectasia cutânea e em mucosas, má formação arteriovenosas viscerais e história familiar. Além disso, em alguns casos, pode-se solicitar a pesquisa de mutação do gene ENG.

No manejo desse paciente devemos saber que ainda não temos disponível alguma terapia genética, então, ficamos com uma terapêutica de suporte. Nesse contexto, podemos fazer ablações de telangiectasias nasais (tentando evitar as epistaxes de repetição) e realizar embolização de possíveis malformações viscerais. Entretanto, o paciente

costuma permanecer com episódios de sangramento e com uso recorrente de hemoderivados.

Por fim, a suplementação de vitaminas em caso de anemia e o uso de alguns inibidores da angiogênese ainda são estudados, como bevacizumabe e talidomida. Assim, o acompanhamento ativo continua sendo a ferramenta mais importante para se tentar controlar suas consequências.

REVISÃO:

A THH é uma doença rara, porém provavelmente subnotificada por falta de conhecimento clínico sobre quando se suspeitar desse diagnóstico. O objetivo dessa revisão é trazer à tona que pacientes com epistaxes de repetição, presença de telangiectasias e história familiar de sangramentos recorrentes devem sempre levantar essa suspeita clínica.

REFERÊNCIAS

Albuquerque GC, Carvalho CRSC, Oliveira CR, Terra DP, Quinete SS. Telangiectasia hemorrágica hereditária: ácido tranexâmico no tratamento de úlcera plantar. *An Bras Dermatol*. 2005; 80(Supl. 3):S373-5.

Edwards PC, McVaney T. External cervical root resorption involving multiple maxillary teeth in a patient with hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005;100:585-91.

JUARES, Antônio José Cortez et al. Síndrome de Rendu-Osler-Weber: relato de caso e revisão de literatura. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 74, n. 3, p. 452-457, 2008.

DEL MOLINO, Alfonso Pérez; ZARRABEITIA, Roberto; FERNÁNDEZ, África. Telangiectasia hemorrágica hereditária. *Medicina Clínica*, v. 124, n. 15, p. 583-587, 2005.

Lembrança Pensante 2.13

Perguntas:

2.13.1

Quais são os critérios de Paradise?

2.13.2

Agente bacteriano mais comum na faringite?

2.13.3

Lesão maligna mais comum da laringe?

2.13.4

Principais agentes etiológicos da otite média aguda?

Respostas:

2.13.1

≥ 7 tonsilites em um ano OU
 ≥ 5 tonsilites em dois anos
consecutivos OU ≥ 3 tonsilites
em três anos consecutivos.

2.13.2

Streptococcus beta-hemolítico
do grupo A (GAS)

2.13.3

Carcinoma espinocelular

2.13.4

Streptococcus pneumoniae,
Haemophilus influenzae e
Moraxella catarrhalis

A Importância do Exame Físico

*"Educar não é ensinar respostas,
educar é ensinar a pensar"*

RUBEM ALVES

ESTUDO 3.1

(Processo seletivo unificado – MG – 2016) Homem de 66 anos é atendido em centro de saúde, relatando uso de amoxicilina de modo irregular há duas semanas para o tratamento de otite média aguda. Queixa-se de diminuição da acuidade auditiva e dor retroauricular. Ao exame físico, encontra-se febril e com eritema na referida região retroauricular. Assinale a alternativa ERRADA em relação à abordagem dessa afecção:

- a) Escolha de agentes antimicrobianos que atuem diretamente contra *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *S. pyogenes*.
- b) Coalescência das células da mastoide por destruição de seus septos ósseos é um achado tomográfico provável.
- c) Miringotomia pode ser útil para cultura e drenagem da secreção.
- d) Recomenda-se o uso correto da amoxicilina para a continuidade do tratamento.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A mastoidite aguda ocorre quando há inflamação das células da mastoide e do osso temporal. Ocorre em decorrência de otites médias agudas (OMA), mas menos de 1% das OMA apresentam mastoidite como complicação. A mastoidite é mais comum no sexo masculino e na infância, em especial antes dos dois anos de vida.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que os agentes etiológicos da mastoidite são semelhantes ao da OMA?

Entendendo a mastoidite como uma complicação de OMA é fácil perceber quais seriam os agentes etiológicos mais frequentes: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes* e *Moraxella catarrhalis*.

O mecanismo de surgimento da mastoidite é que uma infecção não controlada na caixa timpânica leva à acidose da mastoide, descalcificação temporal (destruição dos septos ósseos) e isquemia. Da mesma forma, entendemos que uma maior expansão infecciosa poderia levar a penetração no sistema nervoso central, com meningite, trombose de seios e abscessos cerebrais. Está então justificada a importância de sempre se manter alerta sobre a possibilidade de um diagnóstico de mastoidite aguda.

Na clínica do paciente existem alguns sintomas muito prevalentes, como a protuberância da orelha externa (87%), o eritema retroauricular (87%) e a febre (60%). Além disso, é comum o paciente referir otalgia, otorreia, perda auditiva e dor cervical. Perguntar sobre diagnóstico e tratamento de OMA é essencial.

Dessa forma, o diagnóstico desses pacientes é em sua maioria clínico para proporcionar um tratamento adequado e precoce. O uso de exames de imagem pode auxiliar no processo avaliativo, com a Tomografia computadorizada de osso temporal evidenciando o velamento das células da mastoide (uma OMA também pode causar), necrose e desossificação do osso septal e erosão do osso cortical.

Após o diagnóstico, o tratamento de primeira linha é o uso de antibióticos intravenosos! Serão escolhidas opções de largo espectro como ceftriaxona e ampicilina + sulbactam. O uso de corticoides é comum na tentativa de diminuir a inflamação. Além disso, a miringotomia não costuma ser realizada logo na admissão, podendo ser realizada quando for observada baixa resposta ao antibiótico.

A escolha de uma conduta cirúrgica, realizando uma mastoidectomia, visa evitar complicações graves e, principalmente, cerebrais, assim algumas indicações seriam qualquer complicação cerebral, não resposta ao uso de antibiótico e miringotomia, progressão da doença e abscessos subperiosteais.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Antes de compreender a mastoidite aguda é essencial entender sobre a OMA, tente relembrar um pouco sobre. Entender que a mastoidite é uma complicação de OMA nos ajuda a evitar guardar informações repetidas. Por exemplo, em lembrar os agentes etiológicos mais comuns (item a correto).

Revisamos acima que a tomografia de um paciente com mastoidite pode evidenciar processo erosivo do osso temporal (item b correto) e que a miringotomia pode ser uma opção interessante para se obter uma cultura, em especial de um paciente que foge da epidemiologia comum da mastoidite, já que ele é idoso e sem história de cirurgia da mastoide (item c correto).

Por fim, é importante guardar que, ao pensar na hipótese de mastoidite aguda, o paciente deve ser internado para início de antibiótico venoso e de largo espectro (item d incorreto), a manutenção da amoxicilina não é uma conduta aceita em um paciente que não vem apresentando resposta ao tratamento da OMA e com quadro clínico apresentando indícios de mastoidite aguda.

Resposta: item d).

REFERÊNCIAS

Groth, A., Enoksson, F., Hultcrantz, M., Stalfors, J., Stenfeldt, K., & Hermansson, A. (2012). Acute mastoiditis in children aged 0-16 years--a national study of 678 cases in Sweden comparing different age groups. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 76(10), 1494–1500. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2012.07.002>

McDonald, M. H., Hoffman, M. R., & Gentry, L. R. (2013). When is fluid in the mastoid cells a worrisome finding?. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 26(2), 218–220. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.02.120190>

Loh, R., Phua, M., & Shaw, C. L. (2018). Management of paediatric acute mastoiditis: systematic review. *The Journal of laryngology and otology*, 132(2), 96–104. <https://doi.org/10.1017/S0022215117001840>

ESTUDO 3.2

(Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – 2015)
Homem, 67 anos, procura atendimento médico queixando-se de rouquidão há 45 dias. Tem antecedentes de etilismo e tabagismo. Após exame físico, a propedêutica diagnóstica é realizar:

- a) Tomografia computadorizada com contraste da região cervical.
- b) Ressonância magnética cervical.
- c) Laringoscopia.
- d) Ultrassonografia cervical

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A disfonia pode ser caracterizada como uma mudança do padrão de voz habitual, como em uma mudança do timbre. Ela irá ocorrer em até um terço das pessoas em algum momento de suas vidas, porém há uma maior prevalência na infância e em profissionais da voz (por razões etiológicas distintas).

Com uma prevalência de cerca de 0,98% da população, pode parecer não muito comum, entretanto, como sua ocorrência é maior em profissionais da voz (cantores, professores e operadores de telemarketing) o impacto da disfonia pode impossibilitar o trabalho, levando a grandes custos econômicos e sociais.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que a disfonia tem um grande número de possíveis etiologias?

Existe uma grande variedade de possibilidades etiológicas quando se refere ao sintoma disfonia, dentre as mais comuns temos as infecções de via aérea, as lesões por mau uso da voz e as neoplasias. Dessa forma, a grande vastidão de hipóteses leva recorrentemente à necessidade de exames complementares para ajudar no diagnóstico.

Sempre que lidamos com um paciente com queixa de disfonia é importante caracterizar o tempo de sintoma, se ela é flutuante ou permanente, se há uma relação com infecção precedente, a profissão e a presença de fatores de risco para malignidade. Dentre os fatores que acendem nossa atenção temos o tabagismo, a radiação prévia e alcoolismo.

Após a anamnese sempre deveremos realizar um exame físico completo e com avaliação da rinoscopia, otoscopia, oroscopia e exame cervical em busca de linfonodos ou massas. Atualmente, é recomendada a realização de laringoscopia precoce, que constitui em um exame sob visão através de uma óptica das pregas vocais em sua função fônica. Quando gravado em sistema de vídeo, esse exame chama-se videolaringoscopia.

Dessa forma, costuma-se indicar a laringoscopia para toda disfonia de duração maior que 2 semanas, sendo obrigatório sempre que houver suspeita de malignidade (presença de fatores de risco) ou duração maior que 4 semanas. Ademais, diante de alta acurácia do exame de laringoscopia a tomografia ou ressonância não costumam ser exames solicitados no início da avaliação.

O manejo do paciente segue dois tipos de abordagem: as recomendações de cuidados do ambiente e a conduta específica com a causa etiológica.

Nos cuidados gerais são sempre recomendados a hidratação, o descanso vocal sempre que sentir-se cansado e a umidificação do ar. Ademais, é recomendado suspender o tabagismo, evitar o abuso de álcool e café e não forçar a voz. Por fim, o tratamento específico pode variar de medicações, fonoterapia e microcirurgia da laringe, de acordo com a etiologia detectada (causa infecciosa, lesões estruturais das pregas vocais ou neoplasias).

COMENTANDO A QUESTÃO:

A presente questão traz um conhecimento muito importante no dia a dia do médico, pois o manejo da dis-fonia é corriqueiro e pode trazer a benefício do paciente a descoberta precoce de um câncer. Dessa forma, a questão nos lembra da importância da laringoscopia precoce, em especial nos pacientes que apresentam fatores de risco. Esse exame é minimamente invasivo e pode ser realizado com paciente acordado em ambulatório.

A questão trata de um paciente com queixa de dis-fonia há 45 dias, o que por si só já seria uma indicação de laringoscopia, porém ele ainda tem dois fatores de risco que levantam mais a hipótese de ser uma causa oncológica. Assim, temos no item c a conduta mais adequada para iniciar o processo diagnóstico deste paciente.

Resposta: item c).

REFERÊNCIAS

STACHLER, Robert J. et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia)(update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, v. 158, n. 1_suppl, p. S1-S42, 2018.

House, S. A., & Fisher, E. L. (2017). Hoarseness in Adults. *American family physician*, 96(11), 720–728.

ESTUDO 3.3

(Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – 2010) Jovem de 22 anos, professor de educação infantil com carga horária de 40 horas semanais, consultou por quadro de disfonia que piora durante a semana e melhora quando faz repouso vocal. Não apresentava queixas vocais até o início de suas atividades profissionais há 06 meses. Informou ter rinite alérgica. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Carcinoma epidermoide glótico.
- b) Papilomatose respiratória recorrente.
- c) Pólipo hemorrágico da prega vocal direita.
- d) Paralisia da prega vocal esquerda.
- e) Nódulos vocais.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A disfonia pode ser caracterizada como uma mudança do padrão de voz habitual, como em uma mudança do timbre. Ela irá ocorrer em até um terço das pessoas em algum momento de suas vidas, porém há uma maior prevalência na infância e em profissionais da voz (por razões etiológicas distintas).

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que os profissionais da voz têm maior risco de desenvolverem disfonia?

Com uma prevalência de ocorrência de cerca de 0,98% da população, pode parecer não muito comum, entretanto, como sua ocorrência é maior em profissionais da voz (cantores, professores e operadores de telemarketing) o impacto da disfonia pode impossibilitar o trabalho, levando a grandes custos econômicos e sociais.

Existe uma grande variedade de possibilidades etiológicas levando ao sintoma disfonia, dentre os mais comuns temos as infecções de via aérea, as lesões por mau uso da voz e as neoplasias. Dessa forma, a grande vastidão de hipóteses leva recorrentemente à necessidade da laringoscopia, preferencialmente com gravação em vídeo das pregas vocais em funcionamento, para auxílio diagnóstico.

Nesse contexto, as lesões benignas das pregas vocais são de grande importância para revisão e conhecimento:

Papilomatose respiratória recorrente: ocorre quando, após uma exposição ao HPV (Papilomavirus humano) dos tipos 6 e/ou 11, o paciente apresenta a ocorrência da formação de papilomas, os quais mesmo após a retirada cirúrgica costumam voltar e levar a novos sintomas de disфонia. Apesar de poder ocorrer em qualquer idade, é comum sua presença em crianças entre 1 – 4 anos, o que poderia caracterizar infecção durante o parto vaginal.

Pólipo de prega vocal: é uma lesão benigna, hiperplásica e bem definida que, normalmente, acomete o terço médio da prega vocal. Sua ocorrência tem grande relação com o tabagismo e poluição. Normalmente é uma lesão unilateral e a microcirurgia de laringe é uma das condutas.

Nódulo de prega vocal: também é uma lesão benigna, bem definida e em sua maioria bilateral, que acometem os dois terços anteriores da prega vocal. Tem uma maior ocorrência em crianças e mulheres e seu principal fator de risco é o abuso vocal. A abordagem desses pacientes inicia-se com fonoterapia.

Além dessas causas, a paralisia de pregas vocais unilateral comumente está associada a uma lesão no nervo laríngeo recorrente ou no nervo vago, que são responsáveis pela inervação da musculatura da fonação. Esses pacientes

apresentam uma disfonia do tipo permanente, sem melhora com repouso vocal.

O manejo do paciente segue dois tipos de abordagem: as recomendações de cuidados do ambiente e a conduta específica com a causa etiológica.

Nos cuidados gerais são sempre recomendados a hidratação, o repouso vocal sempre que sentir-se cansado e a umidificação do ar. Ademais, é recomendado suspender o tabagismo, evitar o abuso de álcool e café e não forçar a voz. Por fim, o tratamento específico pode variar de medicações, fonoterapia e microcirurgia da laringe.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Sempre que lidamos com uma questão de caso clínicos é necessário entender o paciente como um todo, para que o conjunto de seus sintomas e seus fatores de risco nos indiquem um diagnóstico com seu manejo adequado. Neste caso, estamos lidando com um homem jovem com disfonia.

Iremos agora lembrar que três linhas de raciocínio são essenciais para desenhar as hipóteses diagnósticas: infecção, mau uso da voz ou neoplasia. Em toda a história não há relatos de processos infecciosos e o paciente é jovem e sem fatores de risco (tabagismo, alcoolismo e radiação). Logo, vamos suspeitar de causas decorrentes do mau uso da voz.

Revisamos há pouco alguns tipos de lesões benignas das pregas vocais e podemos perceber que os nódulos vocais são classicamente relacionados ao mau uso da voz, com aparecimento bilateral e com a típica melhora com repouso vocal. Logicamente, este paciente tem uma indicação da laringoscopia para confirmação diagnóstica, entretanto, como principal hipótese e indicação clínica, temos o nódulo vocal como mais condizente (item e).

Resposta: item e).

REFERÊNCIAS

STACHLER, Robert J. et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia)(update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, v. 158, n. 1_suppl, p. S1-S42, 2018.

Marchiori, E., Araujo Neto, C. D., Meirelles, G. S. P., Irion, K. L., Zanetti, G., Missrie, I., & Sato, J. (2008). Papilomatose laringotraqueobrônquica: aspectos em tomografia computadorizada de tórax. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(12), 1084-1089.

Cecatto, Suzana B., Costa, Kátia da S., Garcia, Roberta I. D., Haddad, Leonardo, Angélico Júnior, Fernando V., & Rapoport, Priscila B. (2002). Pólipos de pregas vocais: aspectos clínicos e cirúrgicos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68(4), 534-538. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992002000400013>

ESTUDO 3.4

(Unievangélica de Anápolis – 2018) Paciente do sexo feminino, 25 anos, compareceu ao ambulatório de otorrinolaringologia queixando de otorreia purulenta à esquerda há cerca de 3 anos. Refere que a otorreia é cíclica e piora quando mergulha ou quando fica gripada. Ao exame otoscópico apresenta perfuração na região atical com presença de lamelas. Tomografia computadorizada revela erosão do esporão de Chausse. Qual a sua principal hipótese diagnóstica?

- a) Otite Média Aguda.
- b) Otite Média Crônica Colesteatomatosa.
- c) Otite Média Crônica simples.
- d) Otite Média Aguda Supurada.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A otite média crônica (OMC) é caracterizada pela infecção recorrente da orelha média e/ou mastoide em um paciente com perfuração da membrana timpânica, esse processo deve durar um tempo maior que três meses para ganhar a característica de cronicidade. Sua ocorrência é maior na infância e juventude e está relacionada com otites médias agudas de repetição.

Podemos dividir as OMC em quatro tipos didáticos: OMC inativa, com efusão, supurativa e colesteatomatosa. Nesta revisão, iremos discutir mais sobre o colesteatoma, um tumor que pode levar a complicações importantes para a vida do paciente.

No início de seu estudo, acreditava-se que o colesteatoma era um tumor de colesterol (daí o nome), entretanto, sabe-se hoje que ele é uma coleção epitelial e de queratina de crescimento contínuo e com erosão por contiguidade das estruturas anatômicas, como ossículos, mastoide e orelha interna.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que o colesteatoma deve ser diagnosticado precocemente?

Estudam-se duas origens para a formação do tumor: a congênita (ocorrência na infância, por detrás de uma membrana timpânica íntegra e sem história de otites médias de repetição) e a adquirida, mais comum e decorrente de uma perfuração e retração da membrana timpânica, levando ao acúmulo de debris de queratina e iniciando a formação do colestatoma. A forma adquirida está bem relacionada com as otites de repetição.

A clínica do paciente com colesteatoma é variável, mas normalmente condizente com um paciente com otite média crônica, apresentando hipoacusia, otorreia purulenta e piora após banhos de mar ou piscina. Dessa forma, é a otoscopia que melhor auxilia no processo diagnóstico, pois pode ser visualizada uma massa perolada e com cheiro característico desconfortável.

Sempre que a clínica e o exame físico levantarem essa suspeita, a solicitação da tomografia de osso temporal torna-se importante para avaliar o tamanho da lesão e quais estruturas ela está comprometendo. Um achado muito precoce e típico do colesteatoma é a erosão do esporão

de Chausse, que é uma espícula óssea localizada próximo à região de formação do tumor.

O manejo do paciente com colesteatoma é baseado inicialmente em deixar a orelha limpa e avaliar a necessidade de mastoidectomia para retirada do tumor. Inicialmente, podemos fazer uso de antibióticos (gotas otológicas e/ou orais) e a toaleta da orelha para melhorar a penetração do antibiótico.

Além disso, a cirurgia vai depender da extensão e localização do tumor, assim como da função da tuba auditiva. A timpanomastoidectomia é uma cirurgia que visa a retirada do colesteatoma e reestabilização da integridade da membrana timpânica como forma de proporcionar um ambiente limpo e seguro para o retorno da fisiologia da orelha.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Já nos deparamos com várias questões sobre a otite média aguda, mas finalmente encontramos os conhecimentos de quando ocorre a cronificação desse processo inflamatório e infeccioso. Notamos que o tumor é uma apresentação possível e, por isso, devemos sempre estar atentos.

Na questão acima, temos um caso clínico típico de pessoa com OMC, quando há o relato de otorreia há três anos e piora quando toma banho de mergulho. Além disso,

o achado na tomografia da erosão do esporão de Chausse (achado muito característico) levanta a hipótese de uma OMC com colesteatoma, item b.

Resposta: item b).

REFERÊNCIAS

Kuo, C. L., Shiao, A. S., Yung, M., Sakagami, M., Sudhoff, H., Wang, C. H., Hsu, C. H., & Lien, C. F. (2015). Updates and knowledge gaps in cholesteatoma research. *BioMed research international*, 2015, 854024. <https://doi.org/10.1155/2015/854024>

Castle J. T. (2018). Cholesteatoma Pearls: Practical Points and Update. *Head and neck pathology*, 12(3), 419–429. <https://doi.org/10.1007/s12105-018-0915-5>

Nevoux, J., Lenoir, M., Roger, G., Denoyelle, F., Ducou Le Pointe, H., & Garabédian, E. N. (2010). Childhood cholesteatoma. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases*, 127(4), 143–150. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2010.07.001>

ESTUDO 3.5

(Hospital da Polícia Militar MG – 2010) As faringo-amigdalites são infecções respiratórias agudas comuns na criança, tendo como queixa habitual dor de garganta e febre. Podemos afirmar que:

- a) A presença de conjuntivite, rinite serosa e estomatite são sugestivas de etiologia bacteriana.
- b) Na grande maioria dos casos e principalmente nos menores de 03 anos a etiologia é viral.
- c) O exsudato amigdaliano como dado isolado tem alto valor no diagnóstico de certeza de infecção estreptocócica.
- d) A presença de petéquias no palato e enantema sugerem etiologia viral.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A faringite é um processo inflamatório da faringe, que pode ocorrer por processos infecciosos ou não. Dentre as causas infecciosas podemos destacar os vírus (cerca de 70 – 80%) e as bactérias (entre 20- 30%). Além disso, a sua maior incidência acaba ocorrendo em crianças e adolescentes entre 5 – 15 anos de idade para a infecção bacteriana e em menores para a viral.

Os vírus são os principais agentes etiológicos, representados pelos adenovírus, rinovírus e coronavírus, porém, destacamos o vírus Epstein Barr por causar a mononucleose infecciosa. Ademais, temos na faringite bacteriana nossa maior atenção pelos riscos de complicações, e dentre ela, a etiologia do *Streptococcus* é a mais prevalente.

O *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A (GAS) tem maior incidência entre 5 – 15 anos e representa cerca de 20 – 30% das faringites agudas. Como fatores de risco, temos o inverno, exposição a outras crianças com a infecção e moradias superpovoadas. O destaque do GAS está no seu potencial em levar a complicações como febre reumática e abscessos periamigdalanos.

O paciente com faringite estreptocócica costuma apresentar dor de garganta, febre, odinofagia, linfadenopatia cervical, cefaleia, náuseas e dor abdominal. Um ponto importante é o aparecimento mais abrupto dos sintomas

e a raridade de tosse, conjuntivite, disфония e diarreia. Para auxiliar no processo diagnóstico e diferenciar entre o paciente com infecção bacteriana e viral, colocamos um quadro com sinais e sintomas mais comuns em cada etiologia:

Quadro 1 – Diferenciação entre sinais e sintomas de faringite viral e bacteriana

VIRAL	GAS
Conjuntivite	Início Súbito
Coriza (rinite serosa)	Febre > 38°C
Tosse	Náuseas e vômitos
Diarreia	Petéquias em palato
Exsudatos	Exsudato
Rouquidão (Disфония)	Adenite cervical anterior
Estomatite	Cefaleia

GAS: Streptococcus beta-hemolítico do grupo A

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que o exsudato não deve ser usado como característica para diferenciar a etiologia da faringite?

Um ponto que vale a pena destacar é que, no exame físico, diferentemente do que muitos acreditam, o achado de exsudato amigdaliano não é um achado específico da

infecção bacteriana, pois ela pode ocorrer em ambos os casos.

Iniciando o manejo do paciente com faringite por GAS, temos o uso de analgésicos para redução da dor, gargarejo com água salgada e consumo de alimentos gelados. Já na escolha do antibiótico ainda temos na penicilina excelente resposta terapêutica, sendo a Penicilina Benzatina uma boa opção, com a vantagem de ser dose única. Usualmente, entretanto, utiliza-se de forma mais frequente a Amoxicilina, a qual deve ser usada por 7 a 10 dias.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Essa é uma questão muito interessante para revisar as diferenças entre as infecções da faringe a diferenciação clínica das duas principais etiologias, viral e bacteriana. Assim, após ler a revisão acima e interpretar o quadro com os achados mais comuns de cada etiologia, será fácil escolher o item correto.

Dessa forma, sabendo que a rinite serosa, conjuntivite e estomatite são mais clássicos na origem viral, não podemos marcar o item a. Já a presença de petéquias em palato são mais prevalentes na origem bacteriana, item d errado. E comentamos na revisão a importância de não valorizar a presença do exsudato como indicador etiológico, pois ele é comum em ambas as etiologias.

Por fim, realmente encontramos mais casos de etiologia viral em crianças menores de 03 anos, pois a origem bacteriana começa a aumentar após os 5 anos de idade, assim, marcamos o item b como correto.

Resposta: item b).

REFERÊNCIAS

Oliver, J., Malliya Wadu, E., Pierse, N., Moreland, N. J., Williamson, D. A., & Baker, M. G. (2018). Group A Streptococcus pharyngitis and pharyngeal carriage: A meta-analysis. *PLoS neglected tropical diseases*, 12(3), e0006335. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006335>

Wessels M. R. (2011). Clinical practice. Streptococcal pharyngitis. *The New England journal of medicine*, 364(7), 648–655. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1009126>

Mclsaac, W. J., White, D., Tannenbaum, D., & Low, D. E. (1998). A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 158(1), 75–83.

Lembrança Pensante 3.6

Perguntas:

3.6.1

Principais agentes etiológicos da otite média aguda?

3.6.2

Qual exame inicial de um paciente com disfonia?

3.6.3

O que é colesteatoma?

3.6.4

Agente bacteriano mais comum na faringite?

Respostas:

3.6.1

Streptococcus pneumoniae,
Haemophilus influenzae e
Moraxella catarrhalis

3.6.2

Laringoscopia

3.6.3

Tumor de queratina e
epitélio da mastoide

3.6.4

Streptococcus beta-hemolítico
do grupo A (GrA)

ESTUDO 3.7

(Instituto de Olhos de Goiânia – 2019) Um paciente adulto jovem (19 anos) apresenta lesão de consistência amolecida, com 7 cm de diâmetro, localizada no nível III à esquerda, anterior ao músculo esternocleidomastóideo, indolor à palpação e que, à PAAF, veio com o detalhe de lesão cística com presença de cristais de colesterol. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- a) Cisto Tireoglosso.
- b) Nódulo de parótida.
- c) Cisto branquial.
- d) Metástase de tumor de boca.
- e) Linfoma.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

Durante o desenvolvimento embrionário é possível ocorrer algum tipo de inadequação no fechamento das fendas branquiais, o que pode levar à formação de cistos ou fístulas branquiais. A presença de infecções recorrentes e formação de fístulas cutâneas são considerados indícios clínicos para melhor avaliação.

As anomalias decorrentes do defeito na 1ª fenda branquial são mais comuns na infância, estando cerca de 90% dos casos descritos em pessoas de até 10 anos. Nesses casos, temos uma classificação de dois tipos (Tipo 1: formação de cisto ou fístula posterior à concha auditiva e Tipo 2: formação de cisto ou fístula na concha, no canal auditivo ou no pescoço). Assim, o diagnóstico diferencial importante seria com os sinus pré-auriculares.

Além disso, temos as anomalias do 2º arco branquial, que são mais prevalentes, porém seu diagnóstico acaba sendo mais tardio (entre 10 – 20 anos) pois ao nascimento, os cistos não estão cheios de líquido. Neste tipo, temos a classificação de Proctor com quatro tipos:

Quadro 1 – Classificação de Proctor

Tipo I	Localizado na borda anterior do esternocleidomastóideo
Tipo II	Sobre a veia jugular interna e aderidos ao esternocleidomastóideo
Tipo III	Se estendem por entre as artérias carótidas interna e externa.
Tipo IV	Têm contato com a parede faríngea.

É comum a solicitação de ultrassonografia que irá indicar um achado cístico, com ou sem septações. Além disso, ao se fazer punção do conteúdo cístico é comum o aparecimento de um líquido amarelo citrino, que na microscopia evidencia a presença de grânulos de colesterol.

Por fim, podemos ter formações císticas ou fistulosas decorrentes do 3° ou 4ª arcos branquiais, porém, são os tipos mais raros. Clinicamente, podem se apresentar como massa cística na parte inferior do pescoço, na fúrcula esternal ou, até mesmo, como uma massa cervical associada a insuficiência respiratória em um neonato. A tomográfica é um exame que auxilia o diagnóstico nesses casos.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que motivo pode-se indicar uma cirurgia diante de um cisto braquial?

Em todas as anomalias branquiais o tratamento resolutivo é baseado no ato cirúrgico, porém ele só será indicado quando houverem infecções de repetição ou repercussão clínica e estética importantes. Dessa forma, espera-se a resolução do quadro infeccioso para melhorar a condição operatória e tentar extirpar completamente o cisto e suas comunicações, sempre com atenção para não lesar estruturas nobres próximas, como a carótida e o nervo facial.

COMENTANDO A QUESTÃO:

A questão acima nos trouxe bons conceitos de anormalidades congênitas. Revisar os arcos branquiais e sua aparência clínica é importante para termos em mente a sua suspeita clínica, em especial para os casos mais prevalentes (95% dos casos são do 2° arco), já que sua apresentação normalmente se inicia após os 10 anos.

Assim, o que temos na questão é uma lesão cística em um rapaz de 19 anos em região anterior do pescoço e que na microscopia identificam-se grânulos de colesterol. Todas as características descritas batem com um cisto

branquial, item c. Além disso, uma dica útil é pensar no diagnóstico relacionando com a sua localização, isto é, lesões posteriores ao esternocleidomastóideo costumam ser linfangiomas, já os anteriores, cistos branquiais. Por fim, quando localizado na linha média teremos os cistos tireoglosso.

Resposta: item c).

REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DE CABECA E PESCOÇO and COLEGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA. Tumores congênitos do pescoço. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2007, vol.53, n.4 [cited 2020-09-15], pp.288-290. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000400007>.

Proctor B. Lateral vestigial cysts and fistulas of the neck. *Laryngoscope*. 1955;65:355-9.

ESTUDO 3.8

(Universidade Santo Amaro – 2009) São indicações absolutas para a cirurgia de amidalectomia:

- a) Amidalite de repetição e halitose.
- b) Amidalite em pacientes com convulsão febril e suspeita de malignidade.
- c) Hipertrofia extensa que provoca obstrução crônica da via aérea e consequente cor pulmonale e amidalite de repetição.
- d) Hipertrofia extensa causando disfagia e consequente déficit de ganho de peso e crescimento e suspeita de malignidade.
- e) Roncos noturnos e amidalites de repetição.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

As amígdalas (tonsilas palatinas) são estruturas linfoides que se localizam na orofaringe, são em número de dois e ficam na parede lateral. Elas fazem parte do anel linfático de Waldeyer (adenóide, tonsilas tubárias, tonsilas palatinas e tonsilas linguais). Como estão em uma das principais entradas do corpo humano (a boca) estão muito susceptíveis a hipertrofia por inflamação, o que está dentro do processo imune de nossa proteção.

Entretanto, um eventual aumento de volume dentro da orofaringe pode levar a mudanças na arquitetura anatômica e proporcionar sintomas, como apnéia do sono, disfonias e halitose. Além disso, na infância (período de maior atividade deste órgão linfóide) sua inflamação, chamada de amigdalite ou tonsilite, pode ocorrer em grande frequência, levando a absentismo escolar e impactos indiretos.

Nesse contexto, a terapia cirúrgica de retirada das tonsilas pode ser uma opção de tratamento válida, porém como sendo cirurgia e em maior frequência no ambiente pediátrico a sua adequada indicação se torna essencial para evitar desfechos desfavoráveis e trazer reais benefícios clínicos ao paciente. Assim, muito se estuda sobre as indicações para a realização da tonsilectomia.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que a SAOS é considerada uma indicação absoluta de tonsilectomia?

A síndrome da apneia do sono (SAOS), quando decorrente de uma hipertrofia tonsilar é uma indicação absoluta de acordo com o Tratado Brasileiro de Otorrinolaringologia para a realização do ato cirúrgico, e isso ocorre pois a retirada desse volume tonsilar seria capaz de restituir o paciente a sua condição sadia e evitar as eventuais comorbidades relacionadas, como doenças cardiovasculares e síndrome do respirador oral.

Outra indicação absoluta seria quando a tonsila se apresenta como causadora de uma disfagia, em especial para sólidos. A criança costuma apresentar dificuldade para deglutição e dá preferência para alimentos líquidos. Por fim, a última indicação absoluta seria a disfunção da fonação relacionada a hipertrofia tonsilar que estará prejudicando o desenvolvimento da linguagem da criança.

Entrando nos critérios relativos, o primeiro normalmente é a indicação cirúrgica mais lembrada, as tonsilites de repetição. Essa indicação veio após o estudo Paradise de 1984 na qual notou-se benefício na redução das crises infecciosas durante dois anos após o procedimento cirúrgico. Para isso, é necessário obedecer aos critérios de Paradise:

≥ 07 tonsilites em um ano

≥ 5 tonsilites em dois anos consecutivos

≥ 3 tonsilites em três anos consecutivos

Além desse, o abscesso tonsilar pode ser considerado um critério relativo. Pela recorrência do abscesso ser de cerca de 17% é comum a sua indicação nos pacientes que estão no segundo caso. Podendo se utilizar do procedimento a quente (tonsilectomia na vigência de tonsilite) ou a frio (tonsilectomia após resolução do quadro clínico).

Ademais, duas outras indicações relativas seriam a presença de tonsilite crônica caseosa refratária ao tratamento clínico, onde o paciente costuma apresentar halitose, e nos pacientes com PFAPA que estão apresentando alta frequência de crises de tonsilites.

Por fim, a tendência é sempre colocar a compreensão de que os processos infecciosos tendem a diminuir com a idade do paciente e é importante relacionar qual sintoma aquela hipertrofia está sendo responsável antes de qualquer abordagem cirúrgica.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Esta questão revisa sobre as indicações sobre a tonsilectomia, assunto já comentado em estudos ativos progressos, mas que se repete pela importância e recorrência

deste tipo de questão nas provas. São dois conceitos que devemos lembrar e consolidar com esta questão.

O primeiro é reforçar que as amigdalites de repetição não são um critério absoluto para a cirurgia, primeiramente com a idade a criança já tem uma tendência a melhorar e reduzir seu número de crises e, ademais, o estudo Paradise só conseguiu mostrar benefício da cirurgia por dois anos, estando sem benefício após o terceiro ano quando se comparando com quem não fez a cirurgia.

Com base nessa informação já conseguimos eliminar os itens a), c) e e). Além disso, não existem estudos que comprovem o efeito positivo da cirurgia em casos de convulsão febril, sendo inviável tornar este um critério absoluto.

Por fim, o segundo conceito é com relação a suspeita de malignidade que indicar a realização absoluta de procedimento para a biópsia. Apesar de ser mais frequente a realização de tonsilectomia, a possibilidade de fazer uma retirada parcial é aceitável (em casos onde é essencial uma biópsia para melhor planejamento cirúrgico). Entretanto, tanto os demais itens já foram eliminados, como entendemos que o autor está se referindo a indicação absoluta de realizar algum tipo de procedimento, assim ficamos com o item d).

Resposta: item d).

REFERÊNCIAS

Mitchell, R. B., Archer, S. M., Ishman, S. L., Rosenfeld, R. M., Coles, S., Finestone, S. A., ... & Lloyd, R. M. (2019). Clinical practice guideline: tonsillectomy in children (update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 160(1_suppl), S1-S42.

Paradise, J. L., Bluestone, C. D., Bachman, R. Z., Colborn, D. K., Bernard, B. S., Taylor, F. H., ... & Smith, I. H. (1984). Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children: results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. *New England Journal of Medicine*, 310(11), 674-683.

DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T114262, *Tonsillectomy*; [updated 2018 Nov 30, 15/09/2020]. Available from <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114262>. Registration and login required

ABORL. Tratado de Otorrinolaringologia da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial. 3a. Edição, 2017. Editora Elsevier

ESTUDO 3.9

(Hospital das Clínicas do Paraná – 2010) Lactente de 2 meses com história de ruído inspiratório de início aos 20 dias de idade após quadro de infecção viral. A mãe refere que o quadro piora com o choro e quando a criança se agita. Ao exame físico apresenta estridor inspiratório, bom estado geral, eutrófica. Qual o diagnóstico dessa criança?

- a) Anel vascular.
- b) Cisto Broncogênico.
- c) Laringomalácia.
- d) Aspiração de corpo estranho.
- e) Fístula traqueoesofágica.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A laringomalácia é a anormalidade congênita da laringe mais prevalente, sendo responsável por cerca de 65-75% das causas de estridor congênito de aparecimento precoce. A sua ocorrência se dá por um colapso supraglótico durante a inspiração, desenvolvendo o estridor. Algumas das causas aceitas seriam a hipotonia e falta de controle neuromuscular das estruturas cartilagosas e dos tecidos moles.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que o ponto mais importante da laringomalácia é tranquilizar os pais?

O estridor inspiratório pode ocorrer desde o nascimento, porém costuma ser mais evidente após a segunda semana de vida. Sua intensidade costuma aumentar até cerca dos 6 – 12 meses onde chega ao seu pico e começa a diminuir até os 18 meses. A grande maioria das crianças tem essa clínica resolvida antes de completar dois anos.

Além disso, um dado interessante é que a intensidade do estridor não se relaciona com a gravidade do quadro, porém o evento costuma estar mais evidente quando a criança chora ou está agitada. Dessa forma, a visualização

da suboclusão supraglótica é a melhor forma de se fechar o diagnóstico e pode ser feito por meio da laringoscopia. É comum encontrar também achados de Doença do Refluxo pelo exame.

No manejo clínico deste paciente, será suficiente para a grande maioria das crianças explicar a benignidade do caso e que a melhora ocorre com o tempo. Estas são informações essenciais para acalmar os pais. Além disso, deve-se alertar sobre o aparecimento de cianose, perda de peso, falta de crescimento e apnéias: estes são indícios de uma possível necessidade de intervenção cirúrgica. É comum a adição de medicações para refluxo quando visível na laringoscopia.

Em cerca de 10-20% dos casos, haverá necessidade de algum procedimento cirúrgico, sendo a presença de *cor pulmonale* um dos critérios importantes. Além dele, a perda de peso e retardo do crescimento devem ser levados em consideração. A cirurgia mais utilizada é supraglotoplastia com boas taxas de sucesso.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Após a revisão, foi possível notar que a laringomalácia é a alteração congênita mais comum da laringe, o que a faz presente no dia a dia do pediatra e do otorrinolaringologista. Assim, saber um pouco sobre a doença e seu manejo

se torna útil, principalmente quando orientação adequada pode ser suficiente para o acompanhamento.

Assim, estamos lidando com uma questão de caso clínico, quando devemos entender o todo para escolher o melhor diagnóstico e tratamento. Uma criança de 2 meses que começou a ter episódios de estridor inspiratório após uma IVAS (momento de maior demanda respiratória) e que no momento ainda apresenta o estridor aos esforços, como durante o choro. Essas são características típicas de uma laringomalácia, principalmente quando se adiciona o fato de ela estar eutrófica, já que a grande maioria das crianças não tem comprometimento maior.

Assim, fica fácil escolher a laringomalácia como nossa principal hipótese diagnóstica para o caso descrito.

Resposta: item c).

REFERÊNCIAS

Olney, D. R., Greinwald Jr, J. H., Smith, R. J., & Bauman, N. M. (1999). Laryngomalacia and its treatment. *The Laryngoscope*, 109(11), 1770-1775.

Nussbaum, E., & Maggi, J. C. (1990). Laryngomalacia in children. *Chest*, 98(4), 942-944.

Holinger, L. D., & Konior, R. J. (1989). Surgical management of severe laryngomalacia. *The Laryngoscope*, 99(2), 136-142.

ESTUDO 3.10

(Instituto José Frota – 2010) Laércio, 1 ano de idade, regularmente vacinado, iniciou, à noite, quadro súbito de coriza leve e rouquidão. Posteriormente, evoluiu com tosse metálica, agitação, inspiração ruidosa e dificuldade respiratória, porém, sem febre. Atualmente, podemos ter como hipótese mais provável:

- a) Laringite Estridulosa Aguda
- b) Epiglottite Aguda
- c) Pneumonia estafilocócica
- d) Difteria

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A laringite estridulosa ou crupe espasmódico, popularmente conhecida pela tosse de cachorro é uma doença que ocorre primariamente por edema da laringe. Os mecanismos fisiopatológicos ainda não são bem descritos, mas acredita-se que uma reação edematosa local e súbita ocorram na laringe, provavelmente como uma reação alérgica a proteínas virais.

Dessa forma, diferentemente do crupe viral, não se encontram processos infeccioso e inflamatório. A criança, normalmente entre 3 meses e 3 anos de idade, estava previamente assintomática quando que, ao final da tarde ou na madrugada, desenvolve sintomas de forma súbita e intensa.

Na clínica, temos uma criança normalmente ansiosa, assustada, com falta de ar, respiração ruidosa, sem febre e com uma tosse seca e metálica (origem da expressão tosse de cachorro). Apesar de a criança normalmente melhorar com umidificação do ambiente, ida para fora de casa ou se acalmar, o evento repentino leva comumente à procura dos pronto-socorros em pediatria.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que não se trata crupe espasmótico com antibiótico?

Como a Crupe espasmódica não é uma infecção, o uso de antibióticos não é indicado e após medidas iniciais de suporte clínico a criança costuma apresentar melhora importante, por vezes mantém tosse leve ou rouquidão. O uso de anti-histamínicos e anti-inflamatórios não hormonais são pouco usados.

Casos mais graves atendidos no pronto-socorro podem se beneficiar de uma dose de corticoide, como forma de reduzir o edema e evitar recorrência. Além disso, a nebulização com adrenalina pode ser usada, porém, como a sua duração de efeito é de cerca de 2 horas, é essencial a observação da criança para que sua alta só ocorra após a confirmação do bom estado clínico sem o efeito adrenérgico.

Infelizmente, crises semelhantes, porém normalmente menos intensas, são frequentes nos dias que sucedem à primeira crise, mas são normalmente controladas com medidas básicas como elevação da cabeceira da cama, acalmar a criança e umidificação do ambiente.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Novamente com uma questão de caso clínico, aquela que necessita uma leitura global antes de nos atermos a uma hipótese. No caso, temos uma criança entre 3 meses e 3 anos que a noite iniciou com um quadro súbito! Na clínica, ele tem a típica tosse metálica (ladrante ou de cachorro) e não tem febre.

Assim, essa descrição clínica é bem sugestiva de uma laringite estridulosa aguda. A epigloteite costuma ter febre, sinais toxêmicos e não é comum a tosse. Além disso, tanto a pneumonia como a difteria não costumam abrir com um quadro tão agudo e a febre é um sintoma comum. Dessa forma, o item a) se torna a nossa escolha diagnóstica.

Resposta: item a).

REFERÊNCIAS

Mannarino, R. V. (2012). Obstrução respiratória alta em pediatria. *Revista de pediatria SOPERJ*, 13(2), 54-60.

Pitrez, P., & Pitrez, J. L. (2003). Infecções agudas das vias aéreas superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial. *Jornal de Pediatria*, 79, S77-S86.

Orenstein DM. Acute inflammatory upper airway obstruction. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editores. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16ª ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 2000.p.1274-79

ESTUDO 3.11

(Hospital das Clínicas da UFPE – 2011) Com relação à angina de Vicent, assinale a alternativa incorreta.

- a) Os agentes anaeróbios envolvidos são: *Borrelia Vincenti* e *Fusobacterium SPP*.
- b) O diagnóstico laboratorial é feito por exame direto do esfregaço do material da faringe.
- c) A observação de muitas Espiroquetas e bacilos fusiformes com polimorfonucleares não confirmam o diagnóstico.
- d) A cultura é difícil.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

As faringotonsilites são processos inflamatórios e infecciosos que ocorrem na faringe e nas tonsilas palatinas. É um tema recorrente em pronto-socorros e no ambulatório da otorrinolaringologia. A angina faríngea pode ser dividida em alguns tipos: úlcero-necróticas, vesiculosas (Herpes vírus e Herpangina) e eritematosas (virais e bacterianas).

A principal causa de faringotonsilites úlcero-necróticas é a Angina de Plaut-Vincent, que ocorre quando duas bactérias, um bacilo fusiforme e um espirilo/epiroqueta, naturais da nossa microbiota oral (ex.: *Fusobacterium plautvincent* e *Borrelia Vincenti*) adquirem poder patogênico. Os fatores de risco para essa ocorrência são a má higiene oral e o péssimo estado de conservação dos dentes.

Nesse contexto, tem sua maior prevalência em indivíduos adultos jovens e adolescentes que vão à procura médica com queixa de angina e disfagia dolorosa unilateral, sem acompanhar febre ou sinais de toxemia. Na oroscopia, a presença de uma lesão úlcero-necrótica unilateral amigdaliana fortalece muito esta hipótese. A pseudomembrana tonsilar costuma ser facilmente despreendida, friável e com liberação de odor fétido.

A cultura de bacteriana com uma clínica compatível fecha o diagnóstico, entretanto, a clínica costuma ser suficiente para iniciar o tratamento. E isso é importante, pois,

apesar de rara, uma complicação temida é a tromboflebite jugular com risco de embolização.

Dessa forma, no tratamento, costuma-se utilizar dos antibióticos para controlar essas infecções, com uso de penicilina ou metronidazol. Além disso, é essencial o retorno a boa higiene oral e gargarejo com soluções antissépticas.

Aproveitamos para discutir os dois principais diagnósticos diferenciais da Angina de Plaut-Vincent, logo duas outras causas de angina úlcero-necróticas.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que a angina de Plaut-Vincent é comum em pessoas com má higiene oral?

Uma lesão unilateral em um paciente com história de alcoolismo e tabagismo pode acender a possibilidade de um câncer de tonsilas, principalmente quando não há resposta ao tratamento antibiótico. Assim, a realização de biópsia se torna essencial para fechar o diagnóstico.

Ademais, o cancro sifilítico pode apresentar uma úlcera mais fina, indolor, endurecida e com consistência lenhosa. A realização de campo escuro por biópsia da lesão ou solicitação do FTA-ABS podem auxiliar no diagnóstico e indicar o tratamento ideal.

Por fim, diferentemente dos casos citados, ao encontrar ulceração bilateral devemos pensar na hipótese de leucemia aguda ou agranulocitose, sendo o hemograma um exame de grande valia neste momento.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Estamos diante de uma questão de um tipo pouco prevalente mais muito específico de faringotonsilite, principalmente pela sua relação com a má higiene oral. É importante compreender que essa doença ocorre quando dois tipos de bactérias (bacilo fusiforme e uma espiroqueta) crescem de forma desregulada e existe um processo inflamatório (com aumento de polimorfonucleares) para tentar conter.

Além disso, o diagnóstico clínico normalmente é suficiente para o início do tratamento, porém o ideal seria a tentativa de visualização direta da bactéria, pela microscopia do esfregaço. A cultura, entretanto, é difícil pela grande polimicrobiota da boca, o que dificulta o crescimento específico de algumas bactérias.

Dessa forma, a visualização direta de muitas espiroquetas e bacilos fusiformes em meio a um processo inflamatório é um meio para se obter o diagnóstico adequado, o que torna o item c) incorreto e será a nossa escolha para a questão.

Resposta: item c).

REFERÊNCIAS

SAMAL, O. (1951). Plaut-Vicent's angina; diagnosis and treatment. *Bratislavske lekarske listy*, 31(1-2), 156.

Lichtenberg, H. H., Werner, M., & Lueck, E. V. (1933). THE PATHOGENICITY OF THE FUSIFORM BACILLUS AND SPIRILLUM OF PLAUT-VINCENT: A CLINICAL AND EXPERIMENTAL STUDY. *Journal of the American Medical Association*, 100(10), 707-711.

Rodríguez-Rodríguez, M., Rodríguez-Rosell, V., & Rodríguez-Asensio, J. (2020). Unilateral tonsillitis: Plaut-Vincent angina. *Semergen*, 46(2), e9.

Lima, A. F., Alves, M. M., Grilo, H. S. A., & Guedes, L. C. G. (2014). Evolução Atípica de Angina de Plaut-Vincent em Criança: Relato de Caso/Atypical Evolution of Plaut-Vincent's Angina in Child: A Case Report. *REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE*, 4(3), 58-65.

ESTUDO 3.12 CONHECENDO DOENÇA RARA

Síndrome de Cogan's

A Síndrome de Cogan's é uma doença inflamatória crônica que afeta principalmente adultos jovens sem preferência por sexo. Sua provável origem é devido à formação de anticorpos Anti-Ro/SSA contra connexin 26 e CD148. Além disso, o tabagismo é considerado como um fator de risco.

Apesar dessa doença poder ocorrer em qualquer idade, há uma maior incidência na terceira década de vida, em torno de 22 anos. O paciente costuma ter sintomas decorrentes de três eixos: doença ocular, doença da orelha e achados de doença sistêmica, como vasculite de pequenos, médios e grandes vasos, porém principalmente com apresentação Takayasu-like.

Além disso, nos sintomas oculares o achado típico é a ceratite intersticial com clínica de olhos vermelhos, fotofobia e visão borrada. Outros achados possíveis são: episclerite, vasculite na retina e conjuntivite.

Já na orelha, temos uma apresentação Menière-like, crises de vertigem associada com ataxia, náuseas, vômitos e hipoacusia, sendo esses achados normalmente bilaterais, flutuantes e progressivos. Ademais, na audiometria, é comum encontrarmos uma perda neurosensorial para

baixas e altas frequências com uma discriminação para palavras (logoaudiometria) baixa.

Nesse contexto, o diagnóstico é clínico dentro de uma pesquisa multiprofissional com oftalmologista, otorrinolaringologista, neurologista e reumatologista como forma de excluir outras causas possíveis, como Doença de Lyme, Sífilis, Síndrome de Beçeh, Artrite reumatóide e poliarterite nodosa.

O manejo desse paciente vai depender muito da clínica preponderante, pois como a doença ainda não é bem conhecida, não se desenvolveu tratamento específico. No caso de acometimento sistêmico, o uso corticoide ou imunossupressores (metotrexate e azatioprina) são algumas opções.

Além disso, a doença ocular costuma responder bem ao uso de corticoides tópicos, já a doença otológica é de manejo mais difícil. Nela, a perda auditiva é uma preocupação que pode levar ao paciente necessitar de aparelho de amplificação sonora ou, até mesmo, um implante coclear. Por fim, crises vestibulares podem se cronificar e são de difícil manejo, com tentativas de uso de meclizina e benzodiazepínicos.

REVISÃO:

Novamente estamos em busca de achados chave na história do paciente que nos façam abrir o leque de

diagnósticos diferenciais e nos proporcione a oportunidade de fazermos um diagnóstico difícil, mas que pode ser de extrema relevância para o paciente, sua família e para o auxílio no seu manejo.

Dessa forma, para pensar na hipótese de Síndrome de Cogan's o foco é em achado de ceratite intersticial associada a sintomas vestibulares e/ou auditivos, como a vertigem simulando um Menière e a perda auditiva progressiva.

REFERÊNCIAS

Haynes, B. F., Kaiser-Kupfer, M. I., Mason, P., & Fauci, A. S. (1980). Cogan syndrome: studies in thirteen patients, long-term follow-up, and a review of the literature. *Medicine*, 59(6), 426–441.

Durtette, C., Hachulla, E., Resche-Rigon, M., Papo, T., Zénone, T., Lioger, B., Deligny, C., Lambert, M., Landron, C., Pouchot, J., Kahn, J. E., Lavigne, C., De Wazieres, B., Dhote, R., Gondran, G., Pertuiset, E., Quemeneur, T., Hamidou, M., Sève, P., Le Gallou, T., ... SNFMI and CRI (2017). Cogan syndrome: Characteristics, outcome and treatment in a French nationwide retrospective study and literature review. *Autoimmunity reviews*, 16(12), 1219–1223. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2017.10.005>

Riente, L., Taglione, E., & Berrettini, S. (1996). Efficacy of methotrexate in Cogan's syndrome. *The Journal of rheumatology*, 23(10), 1830–1831.

Lembrança Pensante 3.13

Perguntas:

3.13.1

Cite os três critérios de indicação absoluta de tonsilectomia.

3.13.2

Tratamento mais comum da laringomalácia?

3.13.3

Tosse ladrante, metálica é típica de qual doença?

3.13.4

Má higiene oral + Faringite ulcero-necrótica?

Respostas:

3.13.1

SAOS, Disfonia e
Disfunção fonatória

3.13.2

Observação do paciente

3.13.3

Laringite estridulosa

3.13.4

Angina de Plaut-Vincent



4

A Clínica é Soberana

*"Sucesso é o acúmulo de pequenos
esforços, repetidos dia a dia"*

ROBERT COLLIER

ESTUDO 4.1

(Hospital Nacional do Câncer – 2010) Maria José tem 78 anos e é levada, por seu filho, à emergência por apresentar subitamente tonteira rotatória precipitada pelo giro da cabeça. Maria José refere início com mudança de posição na cama e ao calçar a sandália. Maria José diz que a tonteira “é muito forte e passa num instante”. Perguntada, não refere perda auditiva. Na emergência a hipótese diagnóstica inicial é de:

- a) Labirintite.
- b) Neurite Vestibular.
- c) Síndrome de Ménière.
- d) Vertigem Posicional Paroxística Benigna.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) é uma doença benigna da orelha interna que leva a vertigem (tontura de movimento) com gatilhos relacionados à posição da cabeça. Apesar de nosso sistema vestibular apresentar três canais semicirculares responsáveis pelo equilíbrio, na VPPB cerca de 80 - 95% dos casos a origem é no canal posterior.

Essa etiologia afeta 2 - 3 vezes mais mulheres do que homens e tem seu pico de incidência entre 50 – 60 anos. Estima-se que 2,4% da população irá ter VPPB ao longo de sua vida. Além disso, como fatores de risco temos cirurgias otológicas, trauma crânio-encefálico e doença da orelha interna, apesar de a maioria das origens de VPPB ainda serem consideradas idiopáticas.

A explicação fisiopatológica se baseia em dois acometimentos: canalitíase e cupolitíase, que significam que os otólitos (cristais de carbonato de cálcio que se localizam nas máculas do utrículo e que auxiliam na manutenção do equilíbrio corporal através do estímulo às células sensoriais e geração de impulsos nervosos) estão fora de sua localização adequada, ou livres nos canais semicirculares ou aderidos a suas cúpulas. A canalitíase é a forma mais comum.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que os otólitos são importantes para a fisiologia do equilíbrio?

A clínica desse paciente é bem típica e nos auxilia muito no processo de diagnóstico diferencial, pois normalmente o paciente refere a presença de uma tontura rotatória de curta duração (segundos) após fazer movimentos com a cabeça (levantar-se da cama, abaixar a cabeça para calçar sapatos e rolar na cama).

Em todo paciente suspeito de VPPB podemos realizar o teste de Dix-Halpike para o diagnóstico de origem no canal posterior. Ao realizar a manobra confirma-se o diagnóstico quando evidenciamos um nistagmo torsional ou batendo para a sobrancelha, que é fatigável, isto é, se repetida a manobra, o nistagmo para de ocorrer. Ademais, esse nistagmo desaparece em até 60 segundos. Quando o nistagmo foge dessa descrição clássica é importante levantar a hipótese de VPPB de outros canais ou um nistagmo de origem central.

Exames de imagem (tomografia e ressonância) e exames de função vestibular (prova calória ou vídeo head impulse test) não são habitualmente necessários quando se tem como hipótese principal a VPPB, pois, nesses casos, o diagnóstico é meramente clínico a partir da manobra

diagnóstica e há indicação de tratamento imediato pela alta taxa de melhora clínica do paciente.

Dessa forma, o tratamento nos casos de uma VPPB de origem no canal semicircular posterior é baseado na manobra de Epley. Nela, por meio de uma série de posições sistemáticas, consegue-se colocar os otólitos no local de origem em cerca de 80% dos casos já na primeira tentativa. A taxa de resposta que pode melhorar com duas manobras. Além disso, como sua origem é litiásica, os medicamentos de que dispomos servem apenas para aliviar os sintomas da vertigem.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Estamos diante de uma questão de caso clínico, nelas devemos sempre ler toda a história para só então criarmos nossas hipóteses diagnósticas. Devemos, portanto, entender o paciente como um todo.

Uma idosa com referência a uma tontura rotatória relacionada a movimentos específicos (levantar da cama e calçar os sapatos) com uma breve duração é basicamente a descrição de uma VPPB. Perceba que a questão ainda informou que a paciente nega hipoacusia, um sintoma que poderia levantar a hipótese de doença de Menière.

Além disso, uma neurite vestibular teria uma apresentação aguda e perene, não dependente de gatilhos. Por fim, a labirintite como conceito correto (inflamação

do labirinto) é uma doença rara e de grande efeito, mas seria acompanhada de sintomas auditivos, a tontura seria constante e não dependente de gatilhos. Assim, marcar VPPB será a nossa opção de escolha.

Resposta: item d).

REFERÊNCIAS

You, P., Instrum, R., & Parnes, L. (2018). Benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope investigative otolaryngology*, 4(1), 116–123. <https://doi.org/10.1002/lio2.230>

Bhattacharyya, N., Gubbels, S. P., Schwartz, S. R., Edlow, J. A., El-Kashlan, H., Fife, T., Holmberg, J. M., Mahoney, K., Hollingsworth, D. B., Roberts, R., Seidman, M. D., Steiner, R. W., Do, B. T., Voelker, C. C., Waguespack, R. W., & Corrigan, M. D. (2017). Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 156(3_suppl), S1–S47. <https://doi.org/10.1177/0194599816689667>

Kim, J. S., & Zee, D. S. (2014). Clinical practice. Benign paroxysmal positional vertigo. *The New England journal of medicine*, 370(12), 1138–1147. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1309481>

ESTUDO 4.2

(Hospital Universitário Pedro Ernesto – 2009) A sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a triagem auditiva através do método de emissões otoacústicas (OEA) seja realizada antes do terceiro mês de idade em:

- a) Asfíxicos.
- b) Prematuros.
- c) Todas as crianças.
- d) Portadores de infecções congênitas.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

Os testes de triagem neonatal são uma grande conquista para o diagnóstico precoce de comorbidades que podem prejudicar o processo de crescimento e desenvolvimento desse novo ser humano. Dentre os vários testes legalmente dispostos atualmente temos o teste do pezinho, coraçõzinho, linguinha e o da orelhinha.

Desde 2010, por meio da Lei nº 12.303, tornou-se obrigatória a triagem auditiva neonatal universal (TANU), que idealmente deve ocorrer antes da alta da maternidade, mas deverá ocorrer em até 03 meses de vida para todos os nascidos-vivos no Brasil.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

*Por que os testes de triagem
são importantes?*

Além disso, algumas crianças têm maior risco de apresentarem o teste da orelhinha alterado, são exemplo os prematuros, tempo de UTI neonatal maior que 48 horas, crianças que possuem caso de surdez na família e presença de TORCHS (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirose, Herpes e Sífilis).

Atualmente o método mais utilizado como forma de triagem auditiva são as Emissões Otoacústicas, sua grande vantagem está em não precisar da ajuda do paciente e de ser indolor, podendo ser realizado durante o sono do bebê. Esse método tenta captar de modo espontâneo ou induzido o som produzido pelas células ciliadas externas de dentro da cóclea.

As otoemissões foram primeiramente descritas por David Kemp em 1978, como liberação de energia sonora produzida pela cóclea (atualmente sabemos que é especificamente das células ciliadas externas) que se propaga pela orelha média e meato acústica externo. Ademais, podemos dividir em dois tipos: espontâneas e evocadas.

Nas emissões espontâneas temos apenas a captação do som produzido pelas células ciliadas externas, algo que ocorre em 40 – 60% da população. Entretanto, na evocada há um estímulo do equipamento para obter um feedback e nela esperamos que todas as pessoas com audição normal obtenham resposta.

Por isso, damos prioridade ao OEA evocadas para a triagem e sempre que obtivermos algum resultado negativo devemos seguir algum tipo de protocolo. No caso do teste negativo em apenas um lado, podemos repetir o exame em 1 mês, pois é comum o acúmulo de líquido amniótico decorrente do parto atrapalhar o exame. Porém, se for negativo bilateralmente, haverá a necessidade de

encaminhamento para o otorrinolaringologista para melhor avaliação diagnóstica.

O processo de diagnóstico precoce é de grande valia para que se traga uma capacidade auditiva à criança, considerando que os seus primeiros meses são importantes no processo de construção da fala e do aprendizado. Evita-se, então, maior prejuízo no crescimento e desenvolvimento infantil.

COMENTANDO A QUESTÃO:

A questão nos faz revisar sobre os testes de triagem neonatal. Sua importância está em trazer um diagnóstico precoce de doenças que são passíveis de alguma intervenção para colaborar com esse importante período do crescimento e desenvolvimento da criança.

Em foco temos o teste da orelhinha, que desde 2010 se tornou lei! Idealmente, deveríamos realizar antes da alta da maternidade, porém, espera-se que todas as crianças sejam avaliadas até os três meses de idade, levando o item c) ser nossa opção.

Resposta: item c).

REFERÊNCIAS

Boscatto, S. D., & Machado, M. S. (2013). Teste da orelhinha no Hospital São Vicente de Paulo: levantamento de dados. *Revista CEFAC*, 15(5), 1118-1124.

Pereira, B. L., dos Santos, E. P., & Stadler, S. (2018). TESTE DA ORELHINHA. *Anais da Jornada Científica dos Campos Gerais*, 16.

Hilú, M. R. P. B., & Zeigelboim, B. S. (2007). O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva. *Revista CEFAC*, 9(4), 563-570.

ESTUDO 4.3

(Associação Médica do Paraná – 2017) Em qual das patologias abaixo deve ser indicada cirurgia pelo risco de malignização?

- a) Sinus pré-auricular.
- b) Cisto de tireoglossos.
- c) Apêndice pré-auricular.
- d) Cisto braquial bilateral.
- e) Hemangioma peri-orbicular.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

O cisto do ducto tireoglosso é uma malformação congênita decorrente da persistência do pertuito que a glândula tireoide necessitou para se localizar anatomicamente. Assim, a persistência desse ducto leva a formação de um cisto preenchido por material colóide e está intimamente relacionado com o osso hioide.

Excetuando-se as adenopatias cervicais (normalmente por causas infecciosas), o cisto tireoglosso é a massa cervical benigna mais comum, com sua aparência normalmente ocorrendo antes de se completar 5 anos de vida, apesar de poder iniciar sua aparição em qualquer idade. Clinicamente, ele se apresenta como uma massa cervical na linha média.

Ao exame, apresenta algumas características interessantes, como o fato dela se elevar quando pedimos ao paciente protuir a língua ou fazer uma deglutição. Diante dessa clínica, já é possível fazer a suspeita e solicitar uma ultrassonografia (USG) para melhor avaliar seu tamanho e relações anatômicas.

O diagnóstico diferencial dessa massa pode ocorrer com linfadenopatia cervical, cisto dermoide, lipoma, hemangioma e glândula tireoide ectópica. Assim, a USG e a cintilografia se tornam exames de grande valia para a diferenciação.

Além disso, existe a possibilidade do carcinoma do ducto tireoglosso, sendo o tipo papilar mais comum com 80%. Nesses casos, a clínica costuma não diferir muito de um cisto tireoglosso benigno, porém, por vezes, um aumento rápido do volume pode ser um alerta para se cogitar um avanço maligno.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que devemos tomar uma conduta mais ativa diante de um cisto do ducto tireoglosso?

Dessa forma, os cistos têm sempre a indicação cirúrgica e obrigatório encaminhamento do material colhido para o anátomo patológico. Inclusive, esse material deverá conter o cisto, a porção média do osso hioide e parte da musculatura do músculo da língua (técnica de Sistrunk, descrita em 1920).

COMENTANDO A QUESTÃO:

Estamos diante de uma questão bem direta, mas que nos traz uma interessante revisão sobre a segunda massa mais comum no pescoço, o cisto do ducto tireoglosso. Percebemos que ele é a malformação mais comum cervical

e é decorrente do não fechamento adequado do ducto pelo qual a tireoide usa para chegar à sua posição anatômica.

Além disso, apesar de não ser muito frequente, o risco de malignização é real e nos leva à indicação de realizar o procedimento de Sistrunk para obter uma boa peça anatômica e diminuir ao máximo a recidiva do cisto. Dessa forma, diante das opções diagnósticas descritas na questão, ficaremos com o item b) como aquele que representa uma indicação cirúrgica pelo risco de malignização.

Por fim, uma dica útil é pensar no diagnóstico relacionando com a sua localização, isto é, lesões posteriores ao esternocleidomastóideo costumam ser linfangiomas, já os anteriores cistos branquiais. Por fim, quando localizado na linha média, teremos os cistos do ducto tireoglossos.

Resposta: item b).

REFERÊNCIAS

Montovani, J. C., Berselli, J. C., & Bacchi, C. E. (1986). Cistos e fístulas do ducto tireoglossos. *Rev. bras. otorrinolaringol*, 52(2), 7-12.

Carter, Y., Yeutter, N., & Mazeh, H. (2014). Thyroglossal duct remnant carcinoma: beyond the Sistrunk procedure. *Surgical oncology*, 23(3), 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2014.07.002>

ESTUDO 4.4

(Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – 2018) Homem de 65 anos, etilista e tabagista, procurando atendimento médico queixando rouquidão. Após exame físico a propedêutica indicada é realizar:

- a) Ressonância magnética cervical.
- b) Laringoscopia.
- c) Ultrassonografia cervical.
- d) Tomografia computadorizada com contraste da região cervical.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A disfonia pode ser caracterizada como uma mudança do padrão de voz habitual, como em uma mudança do timbre. Ela irá ocorrer em até um terço das pessoas em algum momento de suas vidas, porém há uma maior prevalência na infância e em profissionais da voz (por razões etiológicas distintas).

Com uma prevalência de cerca de 0,98% da população, pode parecer não muito comum, entretanto, como sua ocorrência é maior em profissionais da voz (cantores, professores e operadores de telemarketing), o impacto da disfonia pode impossibilitar o trabalho, levando a grandes custos econômicos e sociais.

Existem uma grande variedade de possibilidades etiológicas levando ao sintoma disfonia, dentre os mais comuns temos as infecções de via aérea, as lesões por mau uso da voz e as neoplasias. Dessa forma, a grande vastidão de hipóteses leva recorrentemente à necessidade de exames complementares para ajudar no diagnóstico.

Sempre que lidamos com um paciente com queixa de disfonia é importante caracterizar o tempo de sintoma, se ela é flutuante ou permanente, se há uma relação com infecção precedente, a profissão e a presença de fatores de risco para malignidade. Dentre os fatores que chamam

nossa atenção, temos o tabagismo, a radiação prévia e alcoolismo.

Após a anamnese, sempre deveremos realizar um exame físico completo e com avaliação da rinoscopia, otoscopia, oroscopia e exame cervical em busca de linfonodos ou massas. Atualmente, é recomendado a realização de laringoscopia precoce, que constitui em um exame sob visão através de uma óptica das pregas vocais em sua função fônica. Quando gravado em sistema de vídeo, esse exame chama-se videolaringoscopia.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que a laringoscopia se destaca como exame de um paciente com disfonia?

Dessa forma, costuma-se indicar a laringoscopia para toda disfonia de duração maior que 2 semanas, sendo obrigatório sempre que houver suspeita de malignidade (presença de fatores de risco) ou duração maior que 4 semanas. Ademais, diante de alta acurácia do exame de laringoscopia a tomografia ou ressonância não costumam ser exames solicitados no início da avaliação.

O manejo do paciente segue dois tipos de abordagem, as recomendações de cuidados do ambiente e a conduta específica com a causa etiológica.

Nos cuidados gerais são sempre recomendados a hidratação, o descanso vocal sempre que sentir-se cansado e a umidificação do ar. Ademais, é recomendado suspender o tabagismo, evitar o abuso de álcool e café e não forçar a voz. Por fim, o tratamento específico pode variar de medicações, fonoterapia e microcirurgia da laringe, de acordo com a etiologia detectada (causa infecciosa, lesões estruturais das pregas vocais ou neoplasias).

COMENTANDO A QUESTÃO:

Novamente nos deparamos com uma questão que busca o conhecimento sobre o melhor manejo do paciente com disfonia, principalmente daquele que tem fatores de risco conhecidos para carcinoma de laringe. Lembrando que toda disfonia de duração mais que duas semanas já merece um início de investigação.

Dessa forma, notamos que essa e outras questões trazem à tona o exame complementar de escolha para esse processo de investigação e, diferentemente da maioria dos tumores, não pedimos a tomografia ou ressonância. Isso ocorre pois temos um acesso fácil à visualização das pregas vocais sem a necessidade de sedação ou uso de radiação que é a laringoscopia!

Esse exame pode ser realizado no ambulatório ou à beira de um leito hospitalar apenas com a cooperação do paciente. Tem como vantagens podermos visualizar

diretamente a lesão, assim como poderemos gravar as pregas vocais em funcionamento ao pedir para o paciente produzir alguns fonemas. Assim, ele se torna um exame estático e dinâmico com alto valor preditivo para o diagnóstico de lesões da laringe.

Diante do exposto, com um paciente de 65 anos e com fatores de risco, a sua disfonia merece uma avaliação e sabemos que o exame complementar de escolha é a laringoscopia, item b).

Resposta: item b).

REFERÊNCIAS

STACHLER, Robert J. et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia)(update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, v. 158, n. 1_suppl, p. S1-S42, 2018.

House, S. A., & Fisher, E. L. (2017). Hoarseness in Adults. *American family physician*, 96(11), 720–728.

ESTUDO 4.5

(Centro de Reabilitação e Readaptação – 2010) São fatores de risco para otite média aguda:

- a) Obstrução nasal baixa, baixa renda familiar e casa com baixa insolação.
- b) Idade acima de 3 anos, frequentar creches e baixa renda familiar.
- c) Aleitamento em decúbito horizontal, rinofaringite aguda atual e casa com baixa insolação.
- d) Obstrução nasal crônica, idade acima de 3 anos, promiscuidade ambiental.
- e) Rinofaringite aguda atual, aleitamento em decúbito horizontal e frequentar creches.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A otite média aguda (OMA) é caracterizada pelo aparecimento súbito de sintomas inflamatórios na orelha. Os indivíduos com mais risco de desenvolver a doença são as crianças, especialmente as menores de 5 anos de idade. Estima-se que cerca de 11% da população irá desenvolver OMA ao longo da vida.

São alguns fatores de risco conhecidos para OMA: atopia, Infecções de via aérea superior, baixo nível socioeconômico, frequentar creches, exposição ao tabaco, baixa duração da amamentação exclusiva, imunodeficiência, aleitamento materno em decúbito horizontal, hipertrofia de adenoides e anormalidades craniofaciais (como fendas palatinas).

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que frequentar creches é fator de risco para OMA?

Os agentes etiológicos mais comuns se dividem entre virais e bacterianos. Dentre os virais se destacam o vírus sincicial respiratório, rinovírus, adenovírus e coronavírus. Já nas causas bacterianas são três os agentes que devemos ter em mente: *Streptococcus pneumoniae*,

Haemophilus influenzae (destaque para conjuntivite associada) e *Moraxella catarrhalis*.

O processo patogênico mais prevalente seria com relação à ascensão bacteriana por meio da tuba auditiva, pois já existe uma colonização na rinofaringe destes agentes. Dessa forma, quando há uma perda de controle da tuba (disfunção tubária) teremos uma maior chance desse evento que levaria a uma hiperproliferação do agente etiológico na orelha média, levando ao processo infeccioso.

A clínica é importante, entretanto, pelo fato de lidarmos com crianças, a queixa de otalgia nem sempre tem sua forma clássica, podendo se apresentar de variadas formas, como mãos na orelha, irritabilidade, choro fácil, dificuldade para dormir, redução do apetite e mudança do comportamento habitual. Esses sintomas costumam ocorrer de forma súbita e a febre é comum.

Além disso, a ocorrência de otorréia pode indicar uma perfuração da membrana timpânica (MT). Assim, a otoscopia é sempre um exame importante para o processo diagnóstico, o abaulamento da MT é um dos achados mais específicos encontrados, em conjunto com eritema, opacidade e redução da mobilidade da MT.

Dessa forma, o diagnóstico é clínico, utilizando da história de otalgia e achados da otoscopia para a sua decisão terapêutica. Alguns exames como timpanometria e cultura

de nasofaringe até podem ser feitos, porém, na maioria dos casos, não leva a uma mudança de conduta importante.

Iniciando o manejo da criança com OMA, temos que lidar com a otalgia, usando analgésicos como dipirona e paracetamol. Já o uso de antibiótico vem sendo discutido para melhor indicar os pacientes que realmente irão se beneficiar e tentar diminuir o aumento de resistência antimicrobiana.

Dessa forma, crianças com otalgia bilateral e menores de 6 meses costumam se beneficiar de seu uso precoce. Outras situações seriam para maiores de 6 meses apresentando otalgia moderada ou severa, otalgia por mais de 48 horas ou temperatura maior que 39°C. Sobre a escolha do antimicrobiano, temos ainda como primeira escolha o uso da Amoxicilina, que pode ser complementada com ácido clavulânico em pacientes que já fizeram uso de antibiótico nos últimos três meses.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Questões envolvendo conhecimento sobre as otites médias aguda são bastante recorrentes em provas e na vida do pediatra, emergencista e otorrinolaringologista. Assim, saber reconhecer esse diagnóstico e realizar o manejo adequado é importante e pode evitar complicações graves como a mastoidite aguda.

Entretanto, reconhecer fatores e risco já são importantes na tomada de decisão com medidas de prevenção para evitar a ocorrência de OMA. Logo, para entender o que aumenta o risco dessa infecção devemos lembrar da característica ascendente (o agente normalmente advindo da faringe ascende pela tuba auditiva para a orelha média) e da anatomia diferenciada da criança, com uma tuba auditiva menor e mais horizontalizada.

Dessa forma, fica fácil entender o motivo pelo qual uma rinfaringite aguda atual (pela ascensão desse agente para a orelha média), o aleitamento em decúbito horizontal (facilitando que o agente percorra a tuba auditiva) e a frequência em creches (pela maior exposição a novos agentes infecciosos advindos de outras crianças) são considerados fatores de risco para uma OMA. Marcamos, então, o item e).

Resposta: item e).

REFERÊNCIAS

Uhari, M., Mäntysaari, K., & Niemelä, M. (1996). A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 22(6), 1079–1083.

Monasta, L., Ronfani, L., Marchetti, F., Montico, M., Vecchi Brumatti, L., Bavcar, A., Grasso, D., Barbiero, C., & Tamburlini, G. (2012). Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates. *PLoS one*, 7(4), e36226.

Schilder, A. G., Chonmaitree, T., Cripps, A. W., Rosenfeld, R. M., Casselbrant, M. L., Haggard, M. P., & Venekamp, R. P. (2016). Otitis media. *Nature reviews. Disease primers*, 2(1), 16063.

Lembrança Pensante 4.6

Perguntas:

4.6.1

Tontura de segundos e relacionada a posição da cabeça?

4.6.2

Qual exame mais usado no teste da orelhinha?

4.6.3

Manobra de tratamento da VPPB?

4.6.4

Qual exame inicial de um paciente com disfonia?

Repostas:

4.6.1

VPPB (vertigem posicional
paroxística benigna)

4.6.2

Emissões otoacústicas
(OEA)

4.6.3

Manobra de Epley

4.6.4

Laringoscopia

ESTUDO 4.7

(Hospital das Clínicas da UFU – 2012) Paciente de 5 anos, é levado a unidade de saúde por apresentar há mais de 2 anos história de coriza, espirros e prurido nasal importantes praticamente diários, acompanhados de obstrução nasal, que incomodam o paciente e atrapalham sua atividade física, o sono e na escola. Sobre esse caso, assinale a afirmativa correta:

- a) Essa criança está normal e não necessita de medicações.
- b) Essa criança tem uma provável rinite alérgica leve intermitente e não necessita de medicações.
- c) Essa criança tem uma provável rinite alérgica moderada persistente e o uso do corticoide tópico intranasal pode ajudar muito na qualidade de vida desse paciente.
- d) Essa criança tem hipertrofia de adenoide e deve ser encaminhado para o serviço de otorrinolaringologia.
- e) Essa criança está com uma infecção de via aérea superior crônica e necessita de antibioticoterapia por 21 dias.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A rinite alérgica é uma doença que ocorre quando um paciente desenvolve sintomas ROPE (Rinorreia, Obstrução nasal, Prurido e Espirros) mediados pela liberação de IgE. A sua prevalência varia muito a depender da localização geográfica, porém pode chegar a até 45% da população.

Atualmente, reconhecemos como fatores de risco associados à rinite alérgica a história familiar de atopia, o próprio paciente ser atópico, a poluição do ar, a classe social elevada (note ser o oposto da Otite Média Aguda) e IgE total > 100 quando menor que 6 anos de idade.

É interessante também a classificação da rinite alérgica proposta pelo ARIA em 2016. Nela, a rinite alérgica é dividida quanto à gravidade em casos leves (sem repercussão na vida diária) ou moderados/graves (quando há prejuízo no sono ou trabalho) e quanto à ocorrência temporal em intermitente (sintomas durando até 4 dias por semana por até 4 semanas) ou persistente (sintomas durando mais que 4 dias por semana por mais que 4 semanas).

Na fisiopatologia da doença encontramos uma resposta de reação de hipersensibilidade do tipo 1 mediada por IgE e mastócitos a algum antígeno, como poeira, ácaros e fungos. Assim, a resposta rápida decorrente da liberação de histamina irá levar à clínica de rinorreia, prurido e espirros, já

a produção mais tardia de citocinas e leucotrienos provocará a obstrução nasal referida pelo paciente.

Alguns sinais do exame físico são interessantes de serem revisados, como as linhas de Dennie-Morgan (dupla prega na pálpebra inferior) e a saudação do alérgico (linha horizontal no dorso nasal, próximo à ponta nasal). Pode, ainda, haver sinais de atopia na pele, como áreas com descamação e placas eritematosas e com escoriações dado o prurido local. Ademais, temos sinais de cornetos pálidos e hipertróficos, além de rinorreia hialina na rinoscopia anterior.

Alguns exames específicos podem nos auxiliar no processo diagnóstico, como a dosagem de IgE sérica específica a um tipo de ácaro ou fungo, e o chamado Prick test, em que se administram por puntura na epiderme do antebraço antígenos, para avaliar o grau de reação alérgica que o paciente apresenta em resposta a esse estímulo antigênico.

O manejo do paciente com rinite alérgica está baseado em dois pilares. O primeiro pilar são as medidas ambientais nas quais deve-se evitar a exposição específica para qual o indivíduo é mais alérgico, como passar pano úmido nos móveis para alérgicos a poeira, fechar a janela quando paciente alérgico a pólen ou aumentar a circulação de ar para pacientes com reações ao mofo. Além disso, a lavagem nasal com soro fisiológico é uma medida interessante para a limpeza dos antígenos da cavidade nasal.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que reduzir a exposição a um alérgeno é um ponto importante no manejo do paciente?

O segundo pilar representa o manejo farmacológico, no qual temos anti-histamínicos orais, anti-leucotrienos, descongestionantes orais, cromonas tópicas, corticoides nasais e imunoterapia. O corticoide nasal representa um importante pilar do tratamento, pois seu efeito imunomodulador e imunossupressor se mostra superior a qualquer outra medicação em reduzir os sintomas ROPE. Essa medicação tem poucos efeitos colaterais, pode ser utilizada por períodos longos com segurança e, por vezes, é associada ao uso de anti-histamínicos e anti-leucotrienos.

COMENTANDO A QUESTÃO:

A presente questão é de grande valia para revisar uma das doenças mais prevalentes e com grande impacto direto e indireto na sociedade. Importante associar que a existe um componente externo sendo o agente desencadeante, isto é, temos um antígeno como fomento para uma reação do tipo alérgica mediada por IgE.

Novamente, temos a descrição de um caso clínico que nos leva a ler toda a descrição para entender o paciente como um todo. Temos um paciente com uma história de sintomas diários há cerca de dois anos (Sintomas persistentes) e que atrapalham o seu dia a dia (Sintomas moderados/graves).

Ademais, ele apresenta todos os quatro sintomas ROPE e presentes em um grau que repercute em suas atividades diárias. Assim, o uso da terapia de primeira linha, o corticoide intranasal, é a metodologia de escolha como manejo farmacológico do paciente, além de reforçar as medidas de controle do ambiente. Ficamos então com o item c.

Resposta: item c).

REFERÊNCIAS

Dykewicz, M. S., Wallace, D. V., Baroody, F., Bernstein, J., Craig, T., Finegold, I., Huang, F., Larenas-Linnemann, D., Meltzer, E., Steven, G., Bernstein, D. I., Blessing-Moore, J., Dinakar, C., Greenhawt, M., Horner, C. C., Khan, D. A., Lang, D., Oppenheimer, J., Portnoy, J. M., Randolph, C. R., ... Wallace, D. V. (2017). Treatment of seasonal allergic rhinitis: An evidence-based focused 2017 guideline update. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 119(6), 489–511.e41.

Greiner, A. N., Hellings, P. W., Rotiroti, G., & Scadding, G. K. (2011). Allergic rhinitis. *The Lancet*, 378(9809), 2112-2122.

Naclerio, R. M. (1991). Allergic rhinitis. *New England Journal of Medicine*, 325(12), 860-869.

Brożek JL, Bousquet J, Agache I, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;140(4):950–958. doi:10.1016/j.jaci.2017.03.050

ESTUDO 4.8

(Hospital Das Clínicas do Paraná – 2009) Ao avaliarmos a audiometria tonal aérea de um trabalhador, poderemos considerá-la como sugestiva de perda auditiva induzida por ruído quando encontrados:

- a) Mais de 25 dB nos sons graves e agudos normais.
- b) Gota em 4.000 e/ou 6.000 Hz e demais frequências normais.
- c) Mais que 35 dB homogênea entre agudos e graves.
- d) Mais que 35 dB entre 250 e 2000 Hz.
- e) Gota em 2.000 e/ou 3.000Hz.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A Perda Auditiva Induzida Pelo Ruído (PAIR), ou atualmente chamada de Perda Auditiva Induzida por Níveis de Pressão Sonora Elevada (PAINPSE) tem o seu destaque no contexto das doenças relacionadas ao trabalho. Dessa forma, além de toda a sua fisiopatologia e tratamento médico, existe uma vasta quantidade de regulamentações do Estado, como a recente Portaria N° 6.734 de 09 de março de 2020.

Comentamos sobre PAIR na QUESTÃO 1.7 e agora iremos aprofundar um pouco nos conhecimentos sobre interpretação de audiometria, principalmente nos achados de um paciente com PAIR. A audiometria de um paciente com PAIR classicamente apresenta uma perda neurosensorial pura, bilateral, simétrica e com predomínio em frequências agudas, destaque para 3KHz, 4KHz e 6KHz (gota acústica).

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que a perda é normalmente simétrica?

Inicialmente devemos entender que consideramos perda auditiva quando a audiometria revela limiar de um

nível sonoro maior que 25 dB (perda de 25 dB), aumentando o grau da perda na medida em que é necessário um maior nível de intensidade. Abaixo temos uma classificação de referência, segundo a OMS (2014):

Quadro 1 – Graduação da perda auditiva

AUDIÇÃO	PERDA DE INTENSIDADE SONORA
Normal	Até 25 dB
Perda leve	26 – 40 dB
Perda moderada	41 – 60 dB
Perda severa	61 – 80 dB
Perda profunda	> 80 dB

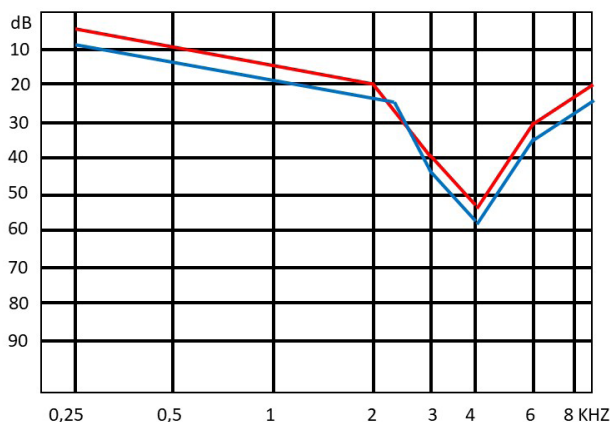
Além da classificação pelo grau da perda auditiva, devemos entender a classificação da perda de acordo com seu tipo, seja por origem condutiva, neurossensorial ou mista. A perda auditiva condutiva ocorre quando há algum mecanismo físico dificultando o processo de transmissão sonora, como na presença de rolha de cera, perfuração da membrana timpânica, edema de conduto e traumas. Já a perda neurossensorial ocorre por um prejuízo na transdução da onda sonora em impulso nervoso, função que ocorre na cóclea e normalmente decorrente de lesão nas células ciliadas do órgão de Corti. A perda mista seria uma associação das duas formas. Essa diferenciação pode ser feita através da audiometria, utilizando-se os critérios de Silman e Silverman (1997):

Quadro 2 – Classificação da perda auditiva quanto ao tipo

TIPO DE PERDA	CARACTERÍSTICAS
Condutiva	Limiares de via óssea menores ou iguais a 15 dB NA e limiares de via aérea maiores que 25 dB NA, com gap aéreo-ósseo maior ou igual a 15 dB
Sensorineural	Limiares de via óssea maiores do que 15 dB NA e limiares de via aérea maiores que 25 dB NA, com gap aéreo-ósseo de até 10 dB
Mista	Limiares de via óssea maiores do que 15 dB NA e limiares de via aérea maiores que 25 dB NA, com gap aéreo-ósseo maior ou igual a 15 dB

Dessa forma, temos que na PAIR já há uma lesão com prejuízo essencialmente neurosensorial, porém outras causas condutivas podem ocorrer de forma concomitante, pois um trabalhador exposto pode ter, por exemplo, uma rolha de cera impactada. Além disso, devemos notar que além de uma perda maior que 25 dB do tipo neurosensorial há uma preferência pelas frequências mais agudas, em especial para 3.000 Hz, 4.000 Hz e 6.000 Hz (figura 1).

Figura 1 – Modelo de Audiometria de paciente com PAIR



Fonte: Dados do autor. Em vermelho vemos a linha audiométrica da orelha esquerda e em azul a linha da orelha direita.

Vendo a figura acima, é possível entender o uso habitual do termo perda em “gota” nas frequências 3, 4 e 6 KHz, pois a linha da audiometria faz um entalhe (uma gota) de piora auditiva exatamente nas frequências clássicas de um paciente com PAIR.

Por fim, é importante notar que a perda costuma ser bilateral, entretanto as exceções podem ser encontradas e são facilmente percebidas e justificadas com uma história clínica bem feita, como no exemplo de um trabalhador que tem o hábito de só usar EPI em um lado.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Já revisamos um pouco sobre a fisiopatologia e tratamento da PAIR (QUESTÃO 1.7), e agora tivemos a oportunidade de interpretar melhor a clínica do paciente e suas alterações na audiometria. Assim, ficou fácil perceber que uma perda em gota nas frequências de 4 e 6 KHz são uma apresentação clássica, sendo o item a ser marcado.

Resposta: item b.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perda auditiva induzida por ruído (Pair) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 40 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 5. Protocolos de Complexidade Diferenciada)

BRASIL. Ministério da economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Portaria N° 6.734, de 9 de Março de 2020. Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 07 – Programa de controle médico de saúde ocupacional – PCMSO. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, Brasília, DF, 13 de março de 2020, p. 15.

Araújo, S. A. (2002). Perda auditiva induzida pelo ruído em trabalhadores de metalúrgica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68(1), 47-52.

dos Santos Rodrigues, A. M., & Silvino, Z. R. (2010). A exposição ao ruído e sua relação com a saúde auditiva: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2, 198-202.

Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia (2017). Guia de orientações na avaliação audiológica básica.

Organização Mundial da Saúde. (2019). Hearing loss grades and the international classification of functioning, disability and health. Disponível em <https://www.who.int/bulletin/volumes/97/10/BLT-19-230367-table-T1.html> (Acesso: 02/11/2020).

ESTUDO 4.9

(Universidade do Grande Rio – 2018) Pré-escolar, 2 anos, é levado pela mãe à UPA com queixa de secreção nasal há 1 mês. Dados relevantes na história familiar de asma, tanto pai quanto irmão mais velho. Observou-se secreção nasal sanguinolenta em narina esquerda, com odor fétido, com obstrução completa do canal. A narina direita se apresentava sem edema, hiperemia ou secreção. A conduta a seguir deverá ser:

- a) Corticosteróide nasal e anti-histamínico oral.
- b) Tomografia computadorizada de seios da face.
- c) Antibioticoterapia oral.
- d) Parecer otorrinolaringológico devido à possibilidade de corpo estranho.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

Os corpos estranhos são um problema bastante prevalente no ambiente pediátrico, e por trabalhar com várias portas de entrada, a otorrinolaringologia recebe grande parte dos pacientes que acidentalmente ou voluntariamente colocam algum corpo estranho em uma das cavidades, sendo as orelhas e narinas os locais mais comuns.

Nesse contexto, considerando que os primeiros anos de vida da criança correspondem a uma fase exploradora, na qual há um desejo de tocar e colocar objetos e diferentes locais, temos explicada a alta prevalência nesse período da vida. Dessa forma, a atenção dos pais ou cuidadores é a principal forma de prevenção deste evento.

Quando falamos de corpo estranho nasal, temos uma grande ajuda da clínica, pois é comum a apresentação inicial de espirros, coriza e obstrução nasal. Entretanto, é com alguns dias de evento que a forma clínica clássica se apresenta: obstrução nasal unilateral com rinorreia mucopurulenta (por vezes sanguinolenta) fétida, altamente sugestivo.

Para a grande maioria dos casos, o exame físico específico, com a rinoscopia anterior, é suficiente para dar o diagnóstico adequado, porém, em casos de dúvidas e necessidade de melhor avaliação, pode-se abrir mão da

radiografia em perfil da cabeça (objetivos metálicos) ou da nasofibrosopia.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que devemos retirar corpos estranhos de cavidades?

Nesse contexto, a importância do diagnóstico e manejo adequados se dá pelas possíveis complicações, como a epistaxe (sangramento de origem nasal), perfuração do septo nasal e desenvolvimento de rinossinusite crônica. Ademais, em casos raros, como na presença de miíase nasal, pode ocorrer invasão orbital e levar à amaurose.

Após o diagnóstico, a opção de escolha é a retirada mecânica do corpo estranho, podendo-se utilizar de diferentes instrumentos (ganchos rombos, sondas de Itard, pinças tipo baioneta e pinças tipo Hartmann). Como a maior parte dos objetos fica em localização mais anterior da fossa nasal, é possível fazer a sua retirada sob visão direta com uso de fotóforo.

Após a retirada é interessante avaliar novamente a região nasal para avaliar possíveis sequelas (perfuração septal ou lesões) ou existência de outros corpos estranhos, e a lavagem nasal com soro acaba sendo recomendada por 5 – 10 dias como forma de limpar e hidratar a mucosa.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Já revisamos o tema de corpo estranho de origem nasal em outras questões e agora devemos fixar os achados clínico-epidemiológicos para entendermos como a história do paciente irá nos guiar em busca do diagnóstico correto.

Diante de uma criança, que tem uma fase de grande exploração com a colocação de objetos nos mais diferentes locais, com uma queixa unilateral, com secreção e odor fétido, a primeira hipótese deve ser a de corpo estranho, havendo a necessidade de investigar, inicialmente com uma rinoscopia anterior e podendo evoluir para uma radiografia (caso o objeto seja radiopaco) ou por uma nasofibroscopia.

Desse modo, a questão é clássica em colocar um pré-escolar de 2 anos com uma queixa unilateral, nos fazendo pensar em corpo estranho nasal.

Resposta: item d).

REFERÊNCIAS

Tiago, R. S. L., Salgado, D. C., Corrêa, J. P., Pio, M. R. B., & Lambert, E. E. (2006). Corpo estranho de orelha, nariz e orofaringe: experiência de um hospital terciário. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(2), 177-181.

Figueiredo, R. R., Azevedo, A. A., Kós, A. O. D. Á., & Tomita, S. (2006). Corpos estranhos de fossas nasais: descrição de tipos e complicações em 420 casos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(1), 18-23.

Rcoha, S. C. M., Dell'Aringa, A. R., Nardi, J. C., Kobari, K., Sena, L. F. P., & Teixeira, R. (2006). Corpo estranho de nariz: Experiência da Faculdade de Medicina de Marília. *Arq Int Otorrinolaringol*, 10(4), 278-82.

ESTUDO 4.10

(Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – 2010) Droga de escolha para o tratamento da faringite estreptocócica:

- a) Penicilina.
- b) Eritromicina.
- c) Azitromicina.
- d) Cefalexina.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A faringite é um processo inflamatório da faringe, que pode ocorrer por processos infecciosos ou não. Dentre as causas infecciosas, podemos destacar os vírus (cerca de 70 – 80%) e as bactérias (entre 20- 30%). Além disso, a sua maior incidência acaba ocorrendo em crianças e adolescentes entre 5 – 15 anos de idade para a infecção bacteriana e em menores para a viral.

Os vírus são os principais agentes etiológicos, representados pelos adenovírus, rinovírus e coronavírus, porém, destacamos o vírus Epstein Barr por causar a mononucleose infecciosa. Ademais, temos na faringite bacteriana nossa maior atenção pelos riscos de complicações, e dentre os agentes etiológicos, o *Streptococcus* é o mais prevalente.

O *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A (GAS) tem maior incidência entre 5 – 15 anos e representa cerca de 20 – 30% das faringites agudas. Como fatores de risco temos o inverno, exposição a outras crianças com a infecção e moradias superpovoadas. O destaque do GAS está no seu potencial em levar a complicações como febre reumática e abscessos periamigdalanos.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que é importante pensar em faringite estreptocócica?

O paciente com faringite estreptocócica costuma apresentar dor de garganta, febre, odinofagia, linfadenopatia cervical, cefaleia, náuseas e dor abdominal. Um ponto importante é o aparecimento mais abrupto dos sintomas e a raridade de tosse, conjuntivite, disfonia e diarreia. Para auxiliar no processo diagnóstico e diferenciar entre o paciente com infecção bacteriana e viral colocamos uma tabela com sinais e sintomas mais comuns em cada etiologia:

Quadro 1 – Diferenças entre sinais e sintomas de faringites virais e bacterianas

VIRAL	GAS
Conjuntivite	Início Súbito
Coriza (rinite serosa)	Febre > 38°C
Tosse	Náuseas e vômitos
Diarreia	Petéquias em palato
Exsudatos	Exsudato
Rouquidão (Disfonia)	Adenite cervical anterior
Estomatite	Cefaleia

GAS: Streptococcus beta-hemolítico do grupo A

Um ponto que vale à pena destacar é que, no exame físico, diferentemente do que muitos acreditam, o achado

de exsudato amigdaliano não é um achado específico da infecção bacteriana, pois ele pode ocorrer em ambos os casos.

Iniciando o manejo do paciente com faringite por GAS, temos o uso de analgésicos para redução da dor, gargarejo com água salgada e consumo de alimentos gelados. Já na escolha do antibiótico ainda temos na penicilina excelente resposta terapêutica, sendo a Penicilina Benzatina uma boa opção, com a vantagem de ser dose única. Usualmente, entretanto, utiliza-se de forma mais frequente a Amoxicilina, a qual deve ser usada por 7 a 10 dias.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Estamos diante de uma questão bem direta sobre a escolha de antibiótico diante de um caso de faringite estreptocócica. Até o momento, ainda tem-se baixa taxa de resistência antimicrobiana ao estreptococo. Logo, podemos e devemos fazer um uso consciente do antibiótico e de escolher a penicilina como primeira escolha.

Além disso, devemos aproveitar a questão para revisar os pontos importantes de questões sobre faringites. A diferenciação entre uma provável origem viral ou bacteriana é muito usada em questões e tem uma grande relevância na prática clínica. Além da tabela acima podemos sempre usar a escala CENTOR como auxiliar.

Não é necessário decorar toda a escala CENTOR, mas entender como os itens dessa escala se mostram como fatores de risco para sua própria avaliação clínica. Lembramos que febre maior que 38°C, ausência de tosse, adenopatia cervical anterior, exsudato amigdaliano e idade menor que 15 anos são achados clínicos que aumentam a probabilidade de ser de origem bacteriana.

Resposta: item a).

REFERÊNCIAS

Oliver, J., Malliya Wadu, E., Pierse, N., Moreland, N. J., Williamson, D. A., & Baker, M. G. (2018). Group A Streptococcus pharyngitis and pharyngeal carriage: A meta-analysis. *PLoS neglected tropical diseases*, 12(3), e0006335. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006335>

Wessels M. R. (2011). Clinical practice. Streptococcal pharyngitis. *The New England journal of medicine*, 364(7), 648–655. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1009126>

Mclsaac, W. J., White, D., Tannenbaum, D., & Low, D. E. (1998). A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 158(1), 75–83.

ESTUDO 4.11

(Hospital Universitário Regional de Maringá – 2019)
Criança de 5 anos com otalgia há dez dias com tratamento irregular, evoluindo com febre persistente, otorreia e otorragia e abaulamento retroauricular instalado há dois dias. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta adequada?

- a) Otite média aguda com abscesso subcutâneo. Tratamento clínico ambulatorial.
- b) Otite externa aguda com celulite. Tratamento clínico ambulatorial.
- c) Pericondrite de pavilhão secundária e otite média aguda. Tratamento cirúrgico.
- d) Mastoidite aguda. Tratamento clínico em regime de interação.
- e) Tumor glômico. Investigação ambulatorial com exame de imagem.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A mastoidite aguda ocorre quando há inflamação das células da mastoide e do osso temporal, normalmente ocorre como complicação de uma otite média aguda (OMA), porém em menos de 1% das OMA. A mastoidite é mais comum no sexo masculino e na infância, em especial antes dos dois anos de vida.

O mecanismo de surgimento da mastoidite é que uma infecção não controlada na caixa timpânica leva à acidose da mastoide, descalcificação temporal (destruição dos septos ósseos) e isquemia. Da mesma forma, entendemos que uma maior expansão infecciosa poderia levar a penetração no sistema nervoso central, com meningite, trombose de seios e abscessos cerebrais. Está então justificada a importância de sempre se manter alerta sobre a possibilidade de um diagnóstico de mastoidite aguda.

Na clínica do paciente existem alguns sintomas muito prevalentes, como a protuberância da orelha externa (87%), o eritema retroauricular (87%) e a febre (60%). Além disso, é comum o paciente referir otalgia, otorreia, perda auditiva e dor cervical. Perguntar sobre diagnóstico e tratamento de OMA é essencial.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que a mastoidite deve indicar um tratamento antibiótico mais forte?

Dessa forma, o diagnóstico desses pacientes é em sua maioria clínico para proporcionar um tratamento adequado e precoce. O uso de exames de imagens pode auxiliar no processo avaliativo, com a Tomografia computadorizada de osso temporal evidenciando o velamento das células da mastoide (uma OMA também pode causar), necrose e desossificação do osso septal e erosão do osso cortical.

Após o diagnóstico, o tratamento de primeira linha é o uso de antibióticos intravenosos! Serão escolhidas opções de largo espectro como ceftriaxona e ampicilina + sulbactam. O uso de corticoides é comum na tentativa de diminuir a inflamação. Além disso, a miringotomia não costuma ser realizada logo na admissão, podendo ser realizada quando for observada baixa resposta ao antibiótico.

A escolha de uma conduta cirúrgica, realizando uma mastoidectomia, visa evitar complicações graves e, principalmente, cerebrais, assim algumas indicações seriam qualquer complicação cerebral, não resposta ao uso de antibiótico e miringotomia, progressão da doença e abscessos subperiosteais.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Diante de uma questão de caso clínico vamos ler toda a história do paciente para, só então, construirmos nossas hipóteses diagnósticas. Estamos com um paciente de 5 anos de idade com otalgia + febre + otorreia que provavelmente estaria indicando uma OMA. Entretanto, a história conta um tratamento irregular e devemos nos atentar, pois essa informação é um grande indicativo que de complicações estão para ocorrer.

Nesse contexto, após um tratamento irregular, o paciente não apresenta melhora e ainda tem a adição de um abaulamento retroauricular, o qual é um achado presente em 87% dos casos de mastoidite aguda, uma das complicações mais prevalentes diante de um paciente previamente diagnosticado com OMA.

Dessa forma, fica fácil notar que estamos diante de um paciente com mastoidite aguda e que o tratamento inicial sempre é internação para antibiótico intravenoso! Só depois se avalia a indicação de algum procedimento cirúrgico. Então, marcaremos o item d) como correto.

Resposta: item d).

REFERÊNCIAS

Groth, A., Enoksson, F., Hultcrantz, M., Stalfors, J., Stenfeldt, K., & Hermansson, A. (2012). Acute mastoiditis in children aged 0-16 years--a national study of 678 cases in Sweden comparing different age groups. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 76(10), 1494–1500. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2012.07.002>

McDonald, M. H., Hoffman, M. R., & Gentry, L. R. (2013). When is fluid in the mastoid cells a worrisome finding?. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 26(2), 218–220. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.02.120190>

Loh, R., Phua, M., & Shaw, C. L. (2018). Management of paediatric acute mastoiditis: systematic review. *The Journal of laryngology and otology*, 132(2), 96–104. <https://doi.org/10.1017/S0022215117001840>

ESTUDO 4.12 CONHECENDO DOENÇA RARA

Síndrome da Frouxidão Palpebral

A Síndrome de Floppy Eyelid ou Síndrome da Frouxidão Ligamentar foi inicialmente descrita em 1981 e ainda pouco se sabe sobre sua fisiopatologia e dados epidemiológicos. A sua ocorrência é mais comum em homens, provavelmente por sua relação com mutação do cromossomo X.

Essa síndrome está associada a várias doenças conhecidas, como a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), Obesidade, Glaucoma, doenças do colágeno e Hipertensão Arterial Sistêmica. Além disso, acredita-se que mutações no tecido conjuntivo poderiam gerar uma frouxidão tão intensa que levaria, por exemplo, à eversão da pálpebra durante o sono, gerando um ressecamento da mucosa.

Ademais, essa frouxidão não se limitaria à típica apresentação em pálpebras. Cerca de 96% dos pacientes apresentam SAOS associado, o que poderia indicar que a frouxidão também ocorre na via aérea de modo a facilitar o colapso desta e se envolver na fisiopatologia da SAOS. Por isso, pacientes com SAOS e esta síndrome associada apresentam um pior prognóstico.

Na clínica do paciente, devemos prestar atenção à queixa de irritação ocular inespecífica, sensação de corpo estranho ocular e perda de acuidade visual. Ademais, quando esses sintomas ocorrem em um paciente com SAOS, devemos elevar o nível de possibilidade da Síndrome da Frouxidão Palpebral. Um outro achado interessante é que os sintomas oculares são piores ao acordar e no lado que o paciente se deita para dormir.

Dessa forma, como pouco se sabe sobre essa síndrome, o seu manejo ainda é alvo de muitas discussões e se baseia em dois pilares: medidas comportamentais e métodos cirúrgicos oculares.

Nas medidas gerais de perda de peso, uso de colírios lubrificantes antes de dormir e, até mesmo, prender os olhos fechados com fita para dormir, são métodos possíveis. Entretanto, em casos mais graves, cirurgias podem ser uma opção para melhores desfechos clínicos do paciente. É importante notar que, como normalmente este paciente apresenta SAOS, o tratamento cirúrgico da região da orofaringe pode ser uma opção, porém o paciente precisa estar ciente de que a frouxidão leva a um pior prognóstico.

REVISÃO:

A síndrome descrita acima costuma estar dentro de várias hipóteses diagnósticas da oftalmologia, como a de corpo estranho e ressecamento ocular. Entretanto, o foco

de destaque é a percepção dessas queixas oftalmológicas com a presença de SAOS concomitante! Assim, se torna interessante levantar essa hipótese clínica.

REFERÊNCIAS

Boeira, N., Akaishi, P. M. S., & Cruz, A. A. V. (2003). Síndrome da frouxidão palpebral. *Medicina*, 36(1), 24-29.

ROSA, M., ARAUJO, M. D., CEZAR, L., LEITÃO, S., MESQUITA, Â. C., & ALMEIDA, R. F. D. (2005). Síndrome da pálpebra superior flácida. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást*, 20(1), 54-8.

Mörschhãcher, R. (1993). Síndrome da flacidez da pálpebra superior. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 56(6), 339-344.

Lembrança Pensante 4.13

Perguntas:

4.13.1

Quais são os sintomas ROPE?

4.13.2

Quais frequências audiológicas mais acometidas na PAIR?

4.13.3

Agente bacteriano mais comum na faringite?

4.13.4

Medicação de primeira linha para o tratamento da rinite alérgica?

Respostas:

4.13.1

Rinorreia, Obstrução nasal,
Prurido e Espirros

4.13.2

São as de 3 KHz,
4KHz e 6KHz

4.13.3

Streptococcus beta-hemolítico
do grupo A (GAS)

4.13.4

Corticoide intranasal



5

A Fisiopatologia Precede a Clínica

*"O único local onde o sucesso vem
antes do trabalho é no dicionário"*

ALBERT EINSTEIN

ESTUDO 5.1

(Hospital Universitário Antônio Pedro – 2010) A parotidite pode ocorrer em pacientes cirúrgicos, principalmente em indivíduos idosos desidratados. O tratamento deve ser direcionado no sentido de reidratação, estimulação da salivação e administração de antibióticos contra o agente etiológico mais comum, conhecido como:

- a) *Stafilococos aureus*.
- b) *Cândida albicans*.
- c) *Streptococos* beta-hemolítico.
- d) *Pseudomonas aeruginosa*.
- e) *Streptococos* alfa-hemolítico.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A parótida é uma glândula salivar e uma das mais acometidas por processos infecciosos ou inflamatórios. A parotidite aguda supurativa pós-cirúrgica era uma complicação comum em cirurgias, principalmente as abdominais, até antes do uso profilático de antibióticos. Atualmente ocorre de forma rara, entre 0,02-0,04% dos pós-operatórios em até 15 semanas, com pico entre a 5 – 7 semanas pós-operatórias.

Atualmente, o mecanismo fisiopatológico mais aceito é a ocorrência da ascensão bacteriana pelo ducto de Stenson até o parênquima da parótida. Esse processo seria facilitado por três principais fatores: imobilidade, jejum prolongado e má higiene oral, que levam a uma menor Secreção e estase salivar, proporcionando um ambiente mais propício para essa ascensão bacteriana.

Dentre os agentes etiológicos possíveis o destaque vai para o *S. aureus*, seguido pelo *Streptococcus sp.*, enterobactérias e anaeróbios. São considerados fatores de risco: idade avançada, imunossupressão, desnutrição e diabetes melitos.

Na clínica do paciente costuma ocorrer o aparecimento de forma súbita de dor, hiperemia e edema na região das glândulas parótidas e também pode ocorrer saída de conteúdo purulento pelo ducto da parótida para região

oral. No exame físico, edema e endurecimento da base da língua e base da boca podem ser visualizados. O diagnóstico pode ser confirmado com auxílio de ultrassonografia e de tomografia. A cultura da drenagem purulenta é interessante para se escolher a melhor terapêutica.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que a parotidite após cirurgia nos preocupa?

Dessa forma, a grande preocupação de um processo infeccioso nessa região é a possível formação de um abscesso que levaria à obstrução do ducto salivar, à osteomielite dos ossos da face e até mesmo a mediastinite, que poderia levar a uma alta taxa de mortalidade.

O tratamento envolve um cuidado atento, pelos riscos de complicações graves, início precoce de antibióticos, com foco no *S. aureus*. Além disso, é essencial a avaliação da necessidade de realizar uma drenagem do possível abscesso. Felizmente, com o advento do uso de antibiótico profilático, essa doença é rara atualmente.

COMENTÁRIO DA QUESTÃO:

Não é a primeira vez que neste livro nos deparamos com uma questão sobre parotidite pós-cirúrgica, pois,

apesar de rara, tem cerca recorrência em provas. Assim, isso nos deixa alertas para entender essa doença, seus fatores de risco, seu diagnóstico e o manejo adequado do paciente.

Após a leitura da revisão fica claro que a bactéria *Stafilococcus aureus* é a mais comum, seguida após pelo *Streptococcus sp.* Assim, marcamos o item a) como correto.

Resposta: Item a).

REFERÊNCIAS

BELCZAK, Sergio Quilici et al . Acute postsurgical suppurative parotitis: current prevalence at Hospital das Clínicas, São Paulo University Medical School. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo, São Paulo , v. 50, n. 5, p. 303-305, Oct. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652008000500010&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Sept. 2020.

ROBINSON, J.R. - Surgical parotitis: a vanishing disease. Surgery, 39: 703-707, 1955

ESTUDO 5.2

(Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais – 2015) Paciente de 55 anos, feminino, relata para o médico de Unidade de Saúde da área de abrangência de sua residência que há mais de 02 meses tem apresentado crises de vertigem rotatória de curta duração e forte intensidade, desencadeados a partir de movimentos rápidos da cabeça. Apresenta receitas do serviço de pronto atendimento com prescrições de bloqueadores de cálcio, antieméticos e ansiolíticos, com a queixa de recorrência das crises mesmo com o uso dos medicamentos. Ao realizar a manobra de Dix-Hallpike (promoção de brusco e rápido movimento de deitar da cabeça), o médico de família estabelece o diagnóstico de:

- a) Fístula Perilinfática.
- b) Síndrome de Hamsay-Hunt
- c) Doença de Ménière.
- d) Vertigem Postural Paroxística Benigna.
- e) Tumor do ângulo Ponto-cerebelar.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A Vertigem Posicional Paroxística Benigna – VPPB (anteriormente denominada Vertigem Postural Paroxística Benigna) é uma doença benigna da orelha interna que leva a vertigem (tontura de movimento) com gatilhos relacionados à posição da cabeça. Apesar de nosso sistema vestibular apresentar três canais semicirculares responsáveis pelo equilíbrio, na VPPB cerca de 80-95% dos casos a origem é no canal posterior.

Essa etiologia afeta 2 – 3 vezes mais mulheres do que homens e tem seu pico de incidência entre 50 – 60 anos. Estima-se que 2,4% da população irá ter VPPB ao longo de sua vida. Além disso, como fatores de risco temos cirurgias otológicas, trauma crânio-encefálico e doença da orelha interna, apesar de a maioria das origens de VPPB ainda serem consideradas idiopáticas.

A explicação fisiopatológica se baseia em dois acometimentos: canalitíase e cupolitíase, que significam que os otólitos (cristais de carbonato de cálcio que se localizam nas máculas do utrículo e que auxiliam na manutenção do equilíbrio corporal através do estímulo às células sensoriais e geração de impulsos nervosos) estão fora de sua localização adequada, ou livres nos canais semicirculares ou aderidos a suas cúpulas. A canalitíase é a forma mais comum.

A clínica desse paciente é bem típica e nos auxilia muito no processo de diagnóstico diferencial, pois normalmente o paciente refere a presença de uma tontura rotatória de curta duração (segundos) após fazer movimentos com a cabeça (levantar-se da cama, abaixar a cabeça para calçar sapatos e rolar na cama).

Em todo paciente suspeito de VPPB podemos realizar o teste de Dix-Halpike para o diagnóstico de origem no canal posterior. Ao realizar a manobra confirma-se o diagnóstico quando evidenciamos um nistagmo torsional ou batendo para a sobrancelha, que é fatigável, isto é, se repetida a manobra, o nistagmo para de ocorrer. Ademais, esse nistagmo desaparece em até 60 segundos. Quando o nistagmo foge dessa descrição clássica é importante levantar a hipótese de VPPB de outros canais ou um nistagmo de origem central.

Exames de imagem (tomografia e ressonância) e exames de função vestibular (prova calória ou vídeo head impulse test) não são habitualmente necessários quando se tem como hipótese principal a VPPB, pois, nesses casos, o diagnóstico é meramente clínico a partir da manobra diagnóstica e há indicação de tratamento imediato pela alta taxa de melhora clínica do paciente.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que não se usa medicações no manejo do VPPB?

Dessa forma, o tratamento nos casos de uma VPPB de origem no canal semicircular posterior é baseado na manobra de Epley. Nela, por meio de uma série de posições sistemáticas, consegue-se colocar os otólitos no local de origem em cerca de 80% dos casos já na primeira tentativa. A taxa de resposta que pode melhorar com duas manobras. Além disso, como sua origem é litiásica, os medicamentos de que dispomos servem apenas para aliviar os sintomas da vertigem.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Estamos diante de uma questão de caso clínico, nelas devemos sempre ler toda a história para só então criarmos nossas hipóteses diagnósticas. Devemos, portanto, entender o paciente como um todo.

Diante de um paciente de 55 anos (entre 50 – 60 anos) com uma queixa de duração de segundos e desencadeada por movimentos posturais da cabeça já devemos ter em foco a hipótese de VPPB, e sabemos que a sua confirmação diagnóstica é baseada na manobra do Dix-Hallpike.

Entretanto, é muito comum esse paciente fazer múltiplas entradas ao pronto atendimento com a queixa de tontura e habitualmente é medicado apenas com sintomáticos antivertiginosos, como anti-eméticos, ansiolíticos e bloqueadores do canais de cálcio. Porém, esses medicamentos não costumam trazer benefício ao paciente, pois a causa (os otólitos fora do local fisiológico) não está sendo tratada.

Dessa forma, é importante refletir sobre a hipótese de VPPB, entender que sua suspeita, seu diagnóstico e tratamento são clínicos! Não são necessários exames complementares e as manobras diagnóstica e terapêutica podem ser feitas no ambulatório da atenção básica como mostrado do caso acima. Assim, como a questão ainda afirma que após a realização da manobra do Dix-Hallpike foi dado o diagnóstico, temos mais uma dica para escolhermos o item d) como correto.

Resposta: item d).

REFERÊNCIAS

You, P., Instrum, R., & Parnes, L. (2018). Benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope investigative otolaryngology*, 4(1), 116–123. <https://doi.org/10.1002/lio2.230>

Bhattacharyya, N., Gubbels, S. P., Schwartz, S. R., Edlow, J. A., El-Kashlan, H., Fife, T., Holmberg, J. M., Mahoney, K., Hollingsworth, D. B., Roberts, R., Seidman, M. D., Steiner, R. W., Do, B. T., Voelker, C. C., Waguespack, R. W., & Corrigan, M. D. (2017). Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 156(3_suppl), S1–S47. <https://doi.org/10.1177/0194599816689667>

Kim, J. S., & Zee, D. S. (2014). Clinical practice. Benign paroxysmal positional vertigo. *The New England journal of medicine*, 370(12), 1138–1147. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1309481>

ESTUDO 5.3

(Hospital Naval Marcílio Dias – 2009) Qual o agente etiológico responsável pela epiglote aguda na infância?

- a) *Streptococcus pneumoniae*.
- b) *Staphylococcus aureus*.
- c) *Streptococcus pyogenes*.
- d) *Mycoplasma pneumoniae*.
- e) *Haemophilus influenzae*.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A epiglote aguda bacteriana, como o próprio nome indica, é um processo infeccioso da epiglote, que por ser uma estrutura localizada na via aérea superior, tem um grande potencial de complicações graves e sempre deve ser levantada entre as hipóteses diagnósticas de dispneias graves em crianças. Ela tem seu pico de incidência entre 2 até os 6 anos de vida e ocorre com maior frequência em homens.

O período do ano mais comum de ocorrência é o final do inverno e início da primavera, porém, com o advento da vacina contra *Haemophilus influenza* tipo b, o principal agente etiológico da epiglote, observou-se uma queda muito acentuada dos casos dessa doença. É importante lembrar que com a vacinação, outros agentes cresceram proporcionalmente como agentes etiológicos, como o *Streptococcus* dos grupos A, B e C, *Streptococcus pneumoniae* e *H. influenza* não tipável.

Na fisiopatologia da doença, ocorre uma celulite das estruturas supraepiglóticas e preferencialmente na epiglote, levando a edema e hiperemia com obstrução gradativa e rápida da via aérea.

A apresentação clínica da epiglote é aguda, com aparecimento repentino de febre alta, dor na garganta, aspecto toxêmico, disfagia, sialorreia, dor ao deglutir e estridor laríngeo. A tosse não é comum. Existe uma característica

interessante que é a posição preferencial da criança: sentada, com hiperextensão cervical e protusão do mento e língua como forma de melhorar a dispneia.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que garantir a via aérea é o ponto mais importante diante de um paciente com epiglotite?

O diagnóstico é clínico e no manejo do paciente a garantia da via aérea é sempre o ponto mais importante. Logo, é essencial avaliar a indicação do tubo-oro-traqueal para a garantia da perviedade da via aérea, sendo importante frisar que não será um procedimento fácil.

Além disso, o uso de antibióticos se torna importante, ceftriaxona pode ser uma opção. Terapêutica tanto com corticoide quanto com adrenalina ainda tem seu uso incerto, pois há pouca evidência sobre eventuais benefícios.

COMENTANDO A QUESTÃO:

A epiglotite aguda não é tão frequente, porém o seu diagnóstico e manejo precoce podem levar a uma grande diferença no prognóstico do paciente. Isso ocorre, pois a garantia da via aérea se torna de grande valia nessa doença,

uma vez que o edema de epiglote pode obstruir a via de respiração levando à hipóxia.

Dessa forma, lembrar que o paciente tem uma apresentação aguda de febre, aspecto toxêmico, sialorreia e estridor larígeo e ausência de tosse devem sempre levantar a nossa hipótese de epiglote. Além disso, não podemos esquecer da clássica posição do paciente, sentada com hiperextensão cervical e protusão do mento e língua como forma de melhorar a dispneia.

Entretanto, a questão busca uma informação mais direta: Qual o agente etiológico mais comum? Sabemos que é o *Haemophilus influenzae*, mesmo com a sua diminuição devido à vacina. Assim, teremos apenas o item e) como correto.

Resposta: item e).

REFERÊNCIAS

AMANTÉA, S.; SILVA, A. P. Manejo clínico da obstrução de via aérea superior: epiglote e laringotraqueobronquite. *J Pediatr (Rio J)*, v. 75, n. Supl 2, p. S177-84, 1999.

PILAN, Renata Ribeiro de Mendonça et al. Epiglote Aguda. In: *Pronto-socorro: medicina de emergência* [3ed. rev. ampl.]. MANOLE, 2013.

Cherry JD. Epiglottitis (supraglottitis). In: *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*, 6th, Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL (Eds), Saunders, Philadelphia 2009. p.244.

ESTUDO 5.4

(Hospital Municipal de São José dos Campos – 2009)
Paciente de 47 anos queixa-se de rouquidão contínua há 25 dias, após processo aparentemente gripal. Nega dor ou febre. Refere tosse ocasional há anos e azia frequente. Tem antecedentes de depressão tratada, hipertensão arterial controlada e é tabagista de 1 maço/dia há 18 anos. Não apresenta anormalidades aparentes no exame físico geral ou especial. A nasofaringo-laringoscopia revelou paralisia da prega vocal esquerda. Qual a conduta mais adequada a seguir?

- a) Endoscopia Digestiva alta.
- b) Cultura de material da orofaringe.
- c) Ultrassom de tireoide.
- d) Tomografia computadorizada do crânio e da região cervical.
- e) Tomografia computadorizada de tórax.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A disfonia pode ser caracterizada como uma mudança do padrão de voz habitual, como em uma mudança do timbre. Ela irá ocorrer em até um terço das pessoas em algum momento de suas vidas, porém, há uma maior prevalência na infância e em profissionais da voz (por razões etiológicas distintas).

Com uma prevalência de cerca de 0,98% da população pode parecer não muito comum, entretanto, como sua ocorrência é maior em profissionais da voz (cantores, professores e operadores de telemarketing) o impacto da disfonia pode impossibilitar o trabalho, levando a grandes custos econômicos e sociais.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que a disfonia leva a grandes impactos sociais e econômicos?

Existem uma grande variedade de possibilidades etiológicas levando ao sintoma disfonia, dentre os mais comuns temos as infecções de via aérea, as lesões por mau uso da voz, paralisias de prega vocal e as neoplasias. Dessa forma, a grande vastidão de hipóteses leva recorrentemente a

necessidade de exames complementares para ajudar no diagnóstico.

Dessa forma, costuma-se indicar a laringoscopia para toda disфония de duração maior que 2 semanas, sendo obrigatória sempre que houver suspeita de malignidade (presença de fatores de risco) ou duração maior que 4 semanas. Ademais, diante de alta acurácia do exame de laringoscopia, a tomografia ou ressonância não costumam ser exames solicitados no início da avaliação.

Nesse contexto, quando encontramos na laringoscopia uma paralisia de prega vocal unilateral, devemos nos preocupar com um possível acometimento da inervação da musculatura da fonação, decorrente dos nervos laríngeos recorrentes esquerdo ou direito. Nesse ponto é de suma importância um conhecimento anatômico para entender as etiologias das paralisias de prega vocal.

O **nervo laríngeo recorrente esquerdo** é derivado do nervo vago a nível de tórax, recorrendo de tal forma que passa pelo arco da aorta antes de realmente chegar à laringe.

O **nervo laríngeo recorrente direito** também é derivado do nervo vago a nível do tórax, porém ele recorre passando pela artéria subclávia direita.

Desse modo, o interessante é perceber que como a recorrência dos nervos laríngeos recorrentes (responsáveis pela fonação) ocorre em nível de tórax, as suas lesões

normalmente ocorrem por causas torácicas (tumores de pulmão, traumas de tórax). Assim, o seguimento de um paciente com paralisia de prega vocal unilateral deve ter uma tomografia de tórax após a laringoscopia.

O manejo do paciente segue dois tipos de abordagem: as recomendações de cuidados do ambiente e a conduta específica com a causa etiológica.

Nos cuidados gerais são sempre recomendados a hidratação, o descanso vocal sempre que sentir-se cansado e a umidificação do ar. Ademais, é recomendado suspender o tabagismo, evitar o abuso de álcool e café e não forçar a voz. Por fim, o tratamento específico pode variar entre medicações, fonoterapia e microcirurgia da laringe. No caso da paralisia de prega vocal, o tratamento da disфонia é realizado por meio de fonoterapia, mas o tratamento da causa de base que gerou a paralisia, caso detectada, deverá ser instituído.

COMENTANDO A QUESTÃO:

A disфонia é um achado clínico que abre um grande leque de hipóteses diagnósticas. Já consolidamos que o primeiro passo de exame complementar é a realização da laringoscopia, porém, e após? Devemos entender que os achados deste exame serão os nossos guias para o direcionamento do diagnóstico.

Por exemplo, no caso clínico descrito, temos um paciente de 47 anos com disfonia há mais de 25 dias, o que já indicaria uma laringoscopia. Porém, ele ainda tem fatores de risco como o tabagismo. Assim, a realização da laringoscopia foi essencial para identificar a paralisia de prega vocal unilateral que irá direcionar nossa busca diagnóstica.

Revisamos, neste caso, que as paralisias de pregas vocais unilaterais devem nos levar a buscar a lesão do nervo responsável pela fonação (nervo laríngeo recorrente), e sabendo que anatomicamente ele é originado a nível torácico, devemos sempre fazer uma investigação torácica, estando a tomografia de tórax como um excelente exame, marcamos então o item e).

Resposta: item e).

REFERÊNCIAS

STACHLER, Robert J. et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia)(update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, v. 158, n. 1_suppl, p. S1-S42, 2018.

House, S. A., & Fisher, E. L. (2017). Hoarseness in Adults. *American family physician*, 96(11), 720–728.

ESTUDO 5.5

(Hospital Santa Isabel – 2011) Escolar de 8 anos foi encaminhado ao pediatra por solicitação da professora por ser agitado, desatento, não alfabetizado e troca letras e sílabas. Os pais referem que a criança em casa é tranquila e gosta de trabalhos manuais. Brinca com outros amigos. História prévia de otites médias de repetição. O provável diagnóstico é?

- a) Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.
- b) Autismo.
- c) Déficit auditivo.
- d) Desenvolvimento normal.
- e) Distúrbio bipolar.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A otite média serosa (OMS) é caracterizada pelo acúmulo de efusão no ouvido médio (OM), sem a ocorrência de sinais infecciosos. É normalmente decorrente de paciente que apresentam otites médias agudas (OMA) de repetição ou que apresentam disfunção tubária. Estima-se que cerca de 10 até 17% das crianças com até 4 anos irão apresentar OMS.

A OMS apresenta em sua fisiopatologia uma causa não infecciosa, o que torna a clínica sem achados flogísticos, decorrente de uma resposta inflamatória crônica em resposta a componentes residuais de uma OMA pregressa, por exemplo. Clinicamente a hipoacusia do tipo condutiva é o principal achado.

Nesse contexto, a ocorrência de sequelas auditivas em uma idade de grande crescimento e desenvolvimento leva a atrasos cognitivos, como dificuldade na escola e na atenção na aula. Assim, crianças com perda auditiva podem mimetizar distúrbios psiquiátricos como autismo e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Além disso, no exame físico esperamos encontrar uma membrana timpânica (MT) intacta, sem perfurações, e com nível-hidroaéreo ou presença de bolhas de ar no OM. O fluido presente costuma ter uma coloração de âmbar. Por

fim, a audiometria costuma indicar uma perda condutiva e com imitanciometria com curva tipo B.

Dessa forma, o diagnóstico é clínico, utilizando da história de fatores de risco (OMA de repetição) e achados clínicos e físicos da otoscopia para a sua decisão terapêutica. Alguns exames como audiometria com imitanciometria são interessantes para a melhor decisão terapêutica.

Iniciando o manejo da criança com OMS temos que lidar com a hipoacusia, que pode ser manejada de forma conservadora (aguardando uma resolução fisiológica) por cerca de 3 meses ou de intervenção com a colocação de um tubo de ventilação na membrana timpânica, permitindo que toda a secreção tenha um caminho de saída, não ocorrendo seu acúmulo no OM.

A escolha de um tratamento mais ativo normalmente ocorre quando a criança apresenta uma perda auditiva importante (maior que 40db) ou quando há outra comorbidade associada que também prejudique o processo de crescimento e desenvolvimento.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que não devemos prescrever antibióticos para todas as OMS?

Por fim, como a OMS não apresenta um processo infeccioso durante a sua ocorrência o uso de antibiótico não é rotineiro para esses casos. A menos que haja indícios de ocorrência concomitante de uma OMA.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Questões que envolvem a otite média secretora (ou com efusão) são prevalentes quando o assunto é otorrinolaringologia, porém é importante notar que não são questionados apenas sobre o diagnóstico e o tratamento adequado desses pacientes, teremos que ir além entendendo seus fatores de risco e suas complicações.

Dessa forma, é preciso entender que o déficit auditivo deixam uma sequela de maior dificuldade diagnóstica, por vezes sendo confundida com transtornos do comportamento. Assim, devemos sempre ficar alertas para a perda auditiva, principalmente quando há história de OMA de repetição (principal fator de risco para OMS).

A questão aborda um caso clínico de uma criança que se mostra desatenta e com dificuldade de aprendizado na

escola, porém calma e interativa em casa. Essa duplicidade de interações não nos levar a crer em autismo ou transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, onde o paciente deveria permanecer com o mesmo comportamento em qualquer local.

Além disso, quando entendemos a história como um todo notamos que há um relato de OMA de repetição (fator de risco para OMS) e sabemos que ela pode deixar como sequela uma perda auditiva, de tal modo que prejudique o aprendizado e atenção da criança. Então, temos a importância desse tipo de suspeita clínica de modo a evitar maiores prejuízos crescimento e desenvolvimento infantil.

Resposta: item c).

REFERÊNCIAS

Uhari, M., Mäntysaari, K., & Niemelä, M. (1996). A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 22(6), 1079–1083.

Monasta, L., Ronfani, L., Marchetti, F., Montico, M., Vecchi Brumatti, L., Bavcar, A., Grasso, D., Barbiero, C., & Tamburlini, G. (2012). Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates. *PLoS one*, 7(4), e36226.

Schilder, A. G., Chonmaitree, T., Cripps, A. W., Rosenfeld, R. M., Casselbrant, M. L., Haggard, M. P., & Venekamp, R. P. (2016). Otitis media. *Nature reviews. Disease primers*, 2(1), 16063.

Lembrança Pensante 5.6

Perguntas:

5.6.1

Agente etiológico mais comum da epiglote aguda?

5.6.2

Nervo da fonação que passa pelo arco da aorta?

5.6.3

Manobra de tratamento da VPPB de canal semicircular posterior?

5.6.4

Qual exame inicial de um paciente com disfonia?

Respostas:

5.6.1

Haemophilus influenzae tipo b

5.6.2

Nervo laríngeo
recorrente esquerdo

5.6.3

Manobra de Epley

5.6.4

Laringoscopia

ESTUDO 5.7

(Hospital do Servidor Público Municipal – 2009) Uma menina, com 7 anos de idade, é levada ao consultório médico e recebe o diagnóstico de faringite aguda. Os principais agentes envolvidos, por ordem de frequência são:

- a) Vírus; *Streptococcus viridans*.
- b) Vírus; *Streptococcus pyogenes*.
- c) *Streptococcus pyogenes*; vírus.
- d) *Streptococcus viridans*; vírus.
- e) *Streptococcus pyogenes*; *Streptococcus viridans*.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A faringite é um processo inflamatório da faringe, que pode ocorrer por processos infecciosos ou não. Dentre as causas infecciosas, podemos destacar os vírus (cerca de 70 – 80%) e as bactérias (entre 20- 30%). Além disso, a sua maior incidência acaba ocorrendo em crianças e adolescentes entre 5 – 15 anos de idade para a infecção bacteriana e em menores para a viral.

Os vírus são os principais agentes etiológicos, representados pelos adenovírus, rinovírus e coronavírus, porém, destacamos o vírus Epstein Barr por causar a mononucleose infecciosa. Ademais, temos na faringite bacteriana nossa maior atenção pelos riscos de complicações, e dentre os agentes etiológicos, o *Streptococcus* é o mais prevalente.

O *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A (GAS) tem maior incidência entre 5 – 15 anos e representa cerca de 20 – 30% das faringites agudas. Como fatores de risco temos o inverno, exposição a outras crianças com a infecção e moradias superpovoadas. O destaque do GAS está no seu potencial em levar a complicações como febre reumática e abscessos periamigdalanos.

O paciente com faringite estreptocócica costuma apresentar dor de garganta, febre, odinofagia, linfadenopatia cervical, cefaleia, náuseas e dor abdominal. Um ponto importante é o aparecimento mais abrupto dos sintomas

e a raridade de tosse, conjuntivite, disfonia e diarreia. Para auxiliar no processo diagnóstico e diferenciar entre o paciente com infecção bacteriana e viral colocamos uma tabela com sinais e sintomas mais comuns em cada etiologia:

Quadro 1 – Diferenças entre sinais e sintomas de faringites virais e bacterianas

VIRAL	GAS
Conjuntivite	Início Súbito
Coriza (rinite serosa)	Febre > 38°C
Tosse	Náuseas e vômitos
Diarreia	Petéquias em palato
Exsudatos	Exsudato
Rouquidão (Disfonia)	Adenite cervical anterior
Estomatite	Cefaleia

GAS: *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

*Por que devemos sempre
fazer o diagnóstico diferencial
entre viral e bacteriano?*

Um ponto que vale à pena destacar é que, no exame físico, diferentemente do que muitos acreditam, o achado de exsudato amigdaliano não é um achado específico da infecção bacteriana, pois ele pode ocorrer em ambos os casos.

Iniciando o manejo do paciente com faringite por GAS, temos o uso de analgésicos para redução da dor, gargarejo com água salgada e consumo de alimentos gelados. Já na escolha do antibiótico ainda temos na penicilina excelente resposta terapêutica, sendo a Penicilina Benzatina uma boa opção, com a vantagem de ser dose única. Usualmente, entretanto, utiliza-se de forma mais frequente a Amoxicilina, a qual deve ser usada por 7 a 10 dias.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Certamente já revisamos bastante sobre o tópico de faringites agudas. Entretanto, pelo fato de ser mais cobrado informações decorrentes de processos infecciosos de origem bacteriana acabamos por esquecer que a grande maioria das infecções da faringe são decorrentes de causas virais.

Dessa forma, a presente questão traz exatamente essa reflexão à tona. No pronto atendimento e consultórios de pediatria e otorrinolaringologia, recebemos constantemente pacientes com queixas compatíveis de faringites e até 80% delas são por etiologias virais, nas quais medicações sintomáticas são suficientes.

Por outro lado, cabe a nós sempre colhermos uma boa história clínica capaz de melhorar a nossa acurácia diagnóstica para não deixar passar os casos provavelmente

bacterianos, lembrando que o agente bacteriano mais prevalente é o *Streptococcus pyogenes* (ou beta-hemolítico do grupo A). Assim, só nos resta o item b) como alternativa correta.

Resposta: item b).

REFERÊNCIAS

Oliver, J., Malliya Wadu, E., Pierse, N., Moreland, N. J., Williamson, D. A., & Baker, M. G. (2018). Group A Streptococcus pharyngitis and pharyngeal carriage: A meta-analysis. *PLoS neglected tropical diseases*, 12(3), e0006335. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006335>

Wessels M. R. (2011). Clinical practice. Streptococcal pharyngitis. *The New England journal of medicine*, 364(7), 648–655. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1009126>

Mclsaac, W. J., White, D., Tannenbaum, D., & Low, D. E. (1998). A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 158(1), 75–83.

ESTUDO 5.8

(Hospital Central do Exército – 2016) Paciente com vertigem, perda auditiva, dor e pressão ou plenitude no pavilhão auricular acometido. Qual é o provável diagnóstico?

- a) Schwannoma vestibular.
- b) Hipofunção vestibular bilateral.
- c) Enxaqueca vestibular.
- d) Doença de Meniere.
- e) Vertigem Posicional Paroxística Benigna.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A Doença de Menière é uma desordem idiopática também chamada de hidropsia endolinfática. Afetando um pouco mais as mulheres do que homens tem seu pico de diagnóstico entre 30 – 60 anos. Acredita-se que 0,2-0,5% da população irá desenvolver essa doença em algum momento de sua vida.

Existem algumas doenças associadas, como a enxaqueca e doenças autoimunes (Tireoidite de Hashimoto, vasculites, Artrite reumatóide, Lúpus eritematoso sistêmico e Espondilite anquilosante). Entretanto, a fisiopatologia exata ainda é desconhecida. Temos evidências de que a hidropsia endolinfática seria capaz de levar a uma distorção da membrana da orelha interna e desencadeando uma parte da sintomatologia.

A história é interessante, na medida que o paciente só costuma estar sintomático durante o período de crise. Além disso, cerca de 33% dos pacientes apresentam uma tríade clássica:

- 1. Vertigem de duração de minutos até horas
- 2. Plenitude na orelha/zumbido
- 3. Perda auditiva flutuante neurossensorial (mais comum em frequências graves e médias)

Ademais, é importante reforçar que os sintomas podem estar sozinhos, sendo mais comum a vertigem. Porém, a perda auditiva pode até mesmo preceder os sintomas vestibulares. Perceba, então, a dificuldade do diagnóstico, levando à importância de se estar alerta para uma clínica sugestiva.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Como a Doença de Menière se diferencia da VPPB?

Por fim, em estágios mais avançados, após muitas crises, temos a possibilidade de estabilização, visto que na maioria dos casos as crises diminuem de frequência com o passar dos anos. Entretanto, pode ocorrer piora grave levando a quedas frequentes e a perda auditiva importante, com necessidade de uso de aparelho de amplificação sonora.

Ademais, para complementar a clínica, é comum a identificação de alguns gatilhos para o início das crises, como o estresse, mudanças hormonais, privação de sono, crises alérgicas e mudanças alimentares súbitas ou radicais. E algumas medicações podem levar a sintomas vestibulares semelhantes, como aminoglicosídeos, ciclofosfamida e anticonvulsivantes.

No processo de diagnóstico existe uma definição baseada em três critérios:

- 1. 2 ou mais episódios de vertigem durando mais que 20 minutos e até 12 horas.
- 2. Mais do que uma audiometria documentando perda auditiva de graves ou médios.
- 3. Sintomas flutuantes (Zumbidos, Hipoacusia e plenitude auditiva)
- 4. Exclusão de outras causas possíveis

Além disso, é importante informar que, na ausência da audiometria, o paciente pode ser diagnosticado como Ménière possível. E devemos lembrar de pesquisar causas semelhantes, como VPPB, enxaqueca, uso de medicações e causas compressivas, sendo o indicador da solicitação de um exame de imagem cerebral.

O manejo do paciente com o diagnóstico ainda não busca a cura, mas sim o conforto e redução das crises. Os tratamentos conservadores vão de mudança de hábitos de vida, reabilitação vestibular e uso de algumas medicações como a hidroclorotiazina e a betaistina. Ademais, a cirurgia é indicada para pacientes com maior gravidade e sem resposta ao tratamento conservador. Podem inicialmente ser indicadas a injeção intratimpânica de gentamicina ou corticoide e, em casos bastante selecionados e não-responsivos a outros tratamentos, a indicação da labirintectomia, que

consiste na destruição do labirinto, porém com sequelas como a perda auditiva.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Estamos diante do que chamamos de questão clássica, de livro. Isso ocorre sempre que uma questão dispõe de uma clínica clássica, tríade clássica para nos remontar a um diagnóstico. No caso acima temos uma tríade: vertigem + Perda auditiva + plenitude auricular. Assim, sempre que estivermos diante desses achados hipótese de Doença de Menière deve ser colocada em investigação.

Devemos ainda descartar várias as doenças que tem uma apresentação Menière-like, como a enxaqueca, uso de medicações e até mesmo processos expansivos. Assim, o que queremos levantar com esta questão é o desenvolvimento de um raciocínio sobre quando poderemos pensar nessa hipótese, e, assim, ajudar com pacientes nesse difícil diagnóstico.

Por fim, vamos lembrar que a maioria dos pacientes com o tempo reduzem o número de crises e podem ficar com sequelas pequenas ou graves perdas auditivas e distúrbios de equilíbrio. Nos casos mais graves, a destruição do labirinto (que seria a causa da doença) pode ser feita de forma química (gentamicina ou corticoide intratimpânicos) ou por labirintectomia.

Resposta: item a).

REFERÊNCIAS

Rauch S. D. (2010). Clinical hints and precipitating factors in patients suffering from Meniere's disease. *Otolaryngologic clinics of North America*, 43(5), 1011–1017. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2010.05.003>

Harcourt, J., Barraclough, K., & Bronstein, A. M. (2014). Meniere's disease. *BMJ (Clinical research ed.)*, 349, g6544. <https://doi.org/10.1136/bmj.g6544>

Lopez-Escamez, J. A., Carey, J., Chung, W. H., Goebel, J. A., Magnusson, M., Mandalà, M., Newman-Toker, D. E., Strupp, M., Suzuki, M., Trabalzini, F., Bisdorff, A., Classification Committee of the Barany Society, Japan Society for Equilibrium Research, European Academy of Otolology and Neurotology (EAONO), Equilibrium Committee of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS), & Korean Balance Society (2015). Diagnostic criteria for Ménière's disease. *Journal of vestibular research : equilibrium & orientation*, 25(1), 1–7. <https://doi.org/10.3233/VES-150549>

Semaan, M. T., & Megerian, C. A. (2011). Ménière's disease: a challenging and relentless disorder. *Otolaryngologic clinics of North America*, 44(2), 383–ix. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2011.01.010>

ESTUDO 5.9

(Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – 2014)
Homem 32 anos, usuário de crack, chega ao pronto-socorro com quadro de odinofagia unilateral, prostração e febre não aferida há cinco dias. O exame da cavidade oral apresentava placas ulceronecróticas recobertas por exsudato pseudomembranoso em amígdalas, úvula e palato mole, associados a péssimas condições de saúde bucal e intensa halitose. Qual hipótese diagnóstica mais provável?

- a) Mononucleose Infecciosa.
- b) Angina de Plaut-Vincent.
- c) Amigdalite streptocócica.
- d) Sífilis secundária.
- e) Tuberculose de cavidade oral.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

As faringotonsilites são processos inflamatórios e infecciosos que ocorrem na faringe e nas tonsilas palatinas. É um tema recorrente em pronto-socorros e no ambulatório da otorrinolaringologia. A angina faríngea pode ser dividida em alguns tipos: úlcero-necróticas, vesiculosas (Herpes vírus e Herpangina) e eritematosas (virais e bacterianas).

A principal causa de faringotonsilites úlcero-necróticas é a Angina de Plaut-Vincent, que ocorre quando duas bactérias, um bacilo fusiforme e um espirilo/epiroqueta, naturais da nossa microbiota oral (ex.: *Fusobacterium plautvincent* e *Borrelia Vincenti*) adquirem poder patogênico. Os fatores de risco para essa ocorrência são a má higiene oral e o péssimo estado de conservação dos dentes.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que as bactérias da angina ne Plaut-Vincent são sapófitas?

Nesse contexto, tem sua maior prevalência em indivíduos adultos jovens e adolescentes que vão à procura médica com queixa de angina e disfagia dolorosa unilateral, sem acompanhar febre ou sinais de toxemia. Na oroscopia, a presença de uma lesão úlcero-necrótica unilateral

amigdaliana fortalece muito esta hipótese. A pseudomembrana tonsilar costuma ser facilmente desprendida, friável e com liberação de odor fétido.

A cultura de bacteriana com uma clínica compatível fecha o diagnóstico, entretanto, a clínica costuma ser suficiente para iniciar o tratamento. E isso é importante, pois, apesar de rara, uma complicação temida é a tromboflebite jugular com risco de embolização.

Dessa forma, no tratamento, costuma-se utilizar dos antibióticos para controlar essas infecções, com uso de penicilina ou metronidazol. Além disso, é essencial o retorno a boa higiene oral e gargarejo com soluções antissépticas.

Aproveitamos para discutir os dois principais diagnósticos diferenciais da Angina de Plaut-Vincent, logo duas outras causas de angina ulcero-necróticas.

Uma lesão unilateral em um paciente com história de alcoolismo e tabagismo pode acender a possibilidade de um câncer de tonsilas, principalmente quando não há resposta ao tratamento antibiótico. Assim, a realização de biópsia se torna essencial para fechar o diagnóstico.

Ademais, o cancro sífilítico pode apresentar uma úlcera mais fina, indolor, endurecida e com consistência lenhosa. A realização de campo escuro por biópsia da lesão ou solicitação do FTA-ABS podem auxiliar no diagnóstico e indicar o tratamento ideal.

Por fim, diferentemente dos casos citados, ao encontrar ulceração bilateral devemos pensar na hipótese de leucemia aguda ou agranulocitose, sendo o hemograma um exame de grande valia neste momento.

COMENTANDO A QUESTÃO:

Uma questão de caso clínico levanta a necessidade de avaliar o caso como um todo antes de caminhar para a sua hipótese principal. Nesse contexto, os dados iniciais de odinofagia, prostração e febre são pouco específicos para pensar em um diagnóstico, mas ao decorrer do caso percebemos que a clínica vai se elucidando.

Assim, a presença de placas ulceronecróticas com exsudato pseudomembranoso associado a intensa halitose e má higiene oral são as características típicas para pensar como principal hipótese a Angina de Plaut-Vincent, o que nos leva a marcar o item b) como escolha para esta questão.

Pensando em mononucleose, esperávamos um acometimento mais bilateral, a adenopatia e esplenomegalia associado, além de não ser comum a relação com má higiene. Já no caso da faringite estreptocócica, não esperamos a lesão do tipo ulceronecrótica, mas esperaríamos as petéquias no palato mole e a adenopatia cervical.

Por fim, as lesões sifilíticas são indolores, com placas cinzentas e úlceras esbranquiçadas. E além das manifestações de tuberculose oral serem raras, normalmente se apresentam como nódulos arredondados e não dolorosos

ou como ulcerações dolorosas com bordas irregulares com crescimento progressivo, onde a língua é o local de acometimento mais prevalente.

Resposta: item b).

REFERÊNCIAS

SAMAL, O. (1951). Plaut-Vicent's angina; diagnosis and treatment. *Bratislavské lekárske listy*, 31(1-2), 156.

Lichtenberg, H. H., Werner, M., & Lueck, E. V. (1933). THE PATHOGENICITY OF THE FUSIFORM BACILLUS AND SPIRILLUM OF PLAUT-VINCENT: A CLINICAL AND EXPERIMENTAL STUDY. *Journal of the American Medical Association*, 100(10), 707-711.

Rodríguez-Rodríguez, M., Rodríguez-Rosell, V., & Rodríguez-Asensio, J. (2020). Unilateral tonsillitis: Plaut-Vincent angina. *Semergen*, 46(2), e9.

Lima, A. F., Alves, M. M., Grilo, H. S. A., & Guedes, L. C. G. (2014). Evolução Atípica de Angina de Plaut-Vincent em Criança: Relato de Caso/Atypical Evolution of Plaut-Vincent's Angina in Child: A Case Report. *REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE*, 4(3), 58-65.

ESTUDO 5.10

(Comissão Estadual de Residência Médica do Amazonas – 2012) Mãe comparece ao ambulatório Araújo Lima da UFAM com lactente de dois meses apresentando há um mês estridor inspiratório que piora com decúbito dorsal. Qual o provável diagnóstico?

- a) Fístula traqueoesofágica.
- b) Fístula gastroesofágica.
- c) Cisto de faringe.
- d) Laringomalácia.
- e) Anel Vascular.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A laringomalácia é a anormalidade congênita da laringe mais prevalente, sendo responsável por cerca de 65-75% das causas de estridor congênito de aparecimento precoce. A sua ocorrência se dá por um colapso supraglótico durante a inspiração, desenvolvendo o estridor. Algumas das causas aceitas seriam a hipotonia e falta de controle neuromuscular das estruturas cartilagosas e dos tecidos moles.

O estridor inspiratório pode ocorrer desde o nascimento, porém costuma ser mais evidente após a segunda semana de vida. Sua intensidade costuma aumentar até cerca dos 6 – 12 meses onde chega ao seu pico e começa a diminuir até os 18 meses. A grande maioria das crianças tem essa clínica resolvida antes de completar dois anos.

Além disso, um dado interessante é que a intensidade do estridor não se relaciona com a gravidade do quadro, porém o evento costuma estar mais evidente quando a criança chora ou está agitada. Dessa forma, a visualização da suboclusão supraglótica é a melhor forma de se fechar o diagnóstico e pode ser feito por meio da laringoscopia. É comum encontrar também achados de Doença do Refluxo pelo exame.

No manejo clínico deste paciente, será suficiente para a grande maioria das crianças explicar a benignidade do caso e que a melhora ocorre com o tempo. Estas são

informações essenciais para acalmar os pais. Além disso, deve-se alertar sobre o aparecimento de cianose, perda de peso, falta de crescimento e apnéias: estes são indícios de uma possível necessidade de intervenção cirúrgica. É comum a adição de medicações para refluxo quando visível na laringoscopia.

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que alguns sintomas clínicos podem nos preocupar diante de um paciente com laringomalácia?

Em cerca de 10-20% dos casos, haverá necessidade de algum procedimento cirúrgico, sendo a presença de *Cor pulmonale* um dos critérios importantes. Além dele, a perda de peso e retardo do crescimento devem ser levados em consideração. A cirurgia mais utilizada é supraglotoplastia com boas taxas de sucesso.

COMENTANDO A QUESTÃO:

A laringomalácia é a anomalia mais prevalente da laringe e acaba sendo um diagnóstico comum em ambulatório de pediatria e otorrinolaringologia, porém por seu caráter benigno na maioria dos casos é muito acompanhado na atenção primária, com poucos casos necessitando alguma intervenção.

Nesse contexto, o importante é saber que apesar de o estridor assustar, ele tende a uma regressão completa até os 2 anos de vida e que quando temos clínica de gravidade, devemos indicar uma avaliação mais robusta. São exemplos de complicações da laringomalácia o *cor pulmonale*, perda de peso, cianose, redução do crescimento e atraso no desenvolvimento.

Dessa forma, ao nos depararmos com uma criança de 02 meses apresentando estridor sem outros achados, sempre devemos pensar na causa mais prevalente, a laringomalácia. Além disso, é interessante entendermos que o decúbito dorsal faz com que a gravidade colabore com o colapso, o que leva a uma piora do estridor. Assim, toda a clínica descrita nos fortalece em pensar no item d) como correto.

Resposta: item d).

REFERÊNCIAS

Olney, D. R., Greinwald Jr, J. H., Smith, R. J., & Bauman, N. M. (1999). Laryngomalacia and its treatment. *The Laryngoscope*, 109(11), 1770-1775.

Nussbaum, E., & Maggi, J. C. (1990). Laryngomalacia in children. *Chest*, 98(4), 942-944.

Holinger, L. D., & Konior, R. J. (1989). Surgical management of severe laryngomalacia. *The Laryngoscope*, 99(2), 136-142.

ESTUDO 5.11

(Seleção Unificada para Residência Médica do Estado do Ceará – 2012) Uma médica do trabalho atende um funcionário de indústria metalúrgica, com queixa de diminuição da acuidade auditiva iniciada há meses. A perda auditiva é bilateral e progressiva. O funcionário tem 48 anos, trabalha na indústria há 20 anos e é portador de diabetes tipo 2. Após exames especializados, a médica chega ao diagnóstico de Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) relacionada ao trabalho. Qual esclarecimento deve ser dado ao funcionário?

- a) Trata-se de condição irreversível, de natureza neurossensorial e agravo de notificação compulsória.
- b) Trata-se de condição relacionada à exposição a ruído intenso por curto espaço de tempo e com instalação súbita.
- c) Trata-se de condição reversível, de natureza neurossensorial, devendo o funcionário ser aposentado por invalidez.
- d) Trata-se de uma doença desenvolvida em decorrência de diabetes e o controle da glicemia permitirá a reversão da perda auditiva.

*Esse é o seu momento de aprender!
Tente responder à questão
com seus conhecimentos.*

APRENDENDO COM A QUESTÃO:

A Perda Auditiva Induzida Pelo Ruído (PAIR), ou atualmente chamada de Perda Auditiva Induzida por Níveis de Pressão Sonora Elevada (PAINPSE) tem o seu destaque no contexto das doenças relacionadas ao trabalho. Dessa forma, além de toda a sua fisiopatologia e tratamento médico, existe uma vasta quantidade de regulamentações do Estado, como a recente Portaria N° 6.734 de 09 de março de 2020.

Comentamos sobre PAIR na QUESTÃO 1.7 e agora iremos aprofundar um pouco nos conhecimentos sobre interpretação de audiometria, principalmente nos achados de um paciente com PAIR. A audiometria de um paciente com PAIR classicamente apresenta uma perda neurosensorial pura, bilateral, simétrica e com predomínio em frequências agudas, destaque para 3KHz, 4KHz e 6KHz (gota acústica).

PARE E FALE EM VOZ ALTA:

Por que a perda é normalmente bilateral?

Inicialmente devemos entender que consideramos perda auditiva quando a audiometria revela limiar de um

nível sonoro maior que 25 dB (perda de 25 dB), aumentando o grau da perda na medida em que é necessário um maior nível de intensidade. Abaixo temos uma classificação de referência, segundo a OMS (2014):

Quadro 1 – Graduação da perda auditiva

AUDIÇÃO	PERDA DE INTENSIDADE SONORA
Normal	Até 25 dB
Perda leve	26 – 40 dB
Perda moderada	41 – 60 dB
Perda severa	61 – 80 dB
Perda profunda	> 80 dB

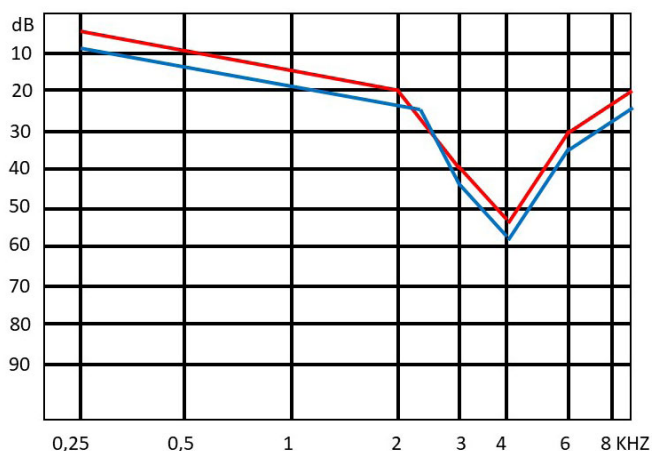
Além da classificação pelo grau da perda auditiva, devemos entender a classificação da perda de acordo com seu tipo, seja por origem condutiva, neurossensorial ou mista. A perda auditiva condutiva ocorre quando há algum mecanismo físico dificultando o processo de transmissão sonora, como na presença de rolha de cera, perfuração da membrana timpânica, edema de conduto e traumas. Já a perda neurossensorial ocorre por um prejuízo na transdução da onda sonora em impulso nervoso, função que ocorre na cóclea e normalmente decorrente de lesão nas células ciliadas do órgão de Corti. A perda mista seria uma associação das duas formas. Essa diferenciação pode ser feita através da audiometria, utilizando-se os critérios de Silman e Silverman (1997):

Quadro 2 – Classificação da perda auditiva quanto ao tipo

TIPO DE PERDA	CARACTERÍSTICAS
Condutiva	Límiars de via óssea menores ou iguais a 15 dB NA e límiars de via aérea maiores que 25 dB NA, com gap aéreo-ósseo maior ou igual a 15 dB
Sensorineural	Límiars de via óssea maiores do que 15 dB NA e límiars de via aérea maiores que 25 dB NA, com gap aéreo-ósseo de até 10 dB
Mista	Límiars de via óssea maiores do que 15 dB NA e límiars de via aérea maiores que 25 dB NA, com gap aéreo-ósseo maior ou igual a 15 dB

Dessa forma, temos que na PAIR já há uma lesão com prejuízo essencialmente neurosensorial, porém outras causas condutivas podem ocorrer de forma concomitante, pois um trabalhador exposto pode ter, por exemplo, uma rolha de cera impactada. Além disso, devemos notar que além de uma perda maior que 25 dB do tipo neurosensorial há uma preferência pelas frequências mais agudas, em especial para 3.000 Hz, 4.000 Hz e 6.000 Hz (figura 1).

Figura 1 – Modelo de Audiometria de paciente com PAIR



Fonte: Dados do autor. Em vermelho vemos a linha audiométrica da orelha esquerda e em azul a linha da orelha direita.

Vendo a figura acima, é possível entender o uso habitual do termo perda em “gota” nas frequências 3, 4 e 6 KHz, pois a linha da audiometria faz um entalhe (uma gota) de piora auditiva exatamente nas frequências clássicas de um paciente com PAIR.

Por fim, é importante notar que a perda costuma ser bilateral, entretanto as exceções podem ser encontradas e são facilmente percebidas e justificadas com uma história clínica bem feita, como no exemplo de um trabalhador que tem o hábito de só usar EPI em um lado.

COMENTANDO A QUESTÃO:

A maioria das questões busca que o leitor desenvolva um raciocínio clínico para chegar ao diagnóstico ou tratamento correto, porém outras já lhe informam o diagnóstico e buscam saber o quanto se compreende sobre o tema. A PAIR (atualmente PAINPSE) tem uma grande prevalência em prova pelo seu caráter de saúde do trabalhador.

Nesse contexto, diante de um trabalhador de indústria produtora de ruído de 20 anos de emprego já temos um possível agente causador, mas precisamos ainda de uma audiometria que seja compatível! Qual seria ela? Uma perda em frequências graves em destaque para 3, 4 e 6 KHz e do tipo neurosensorial. Além disso, são normalmente bilaterais, mas isso pode mudar a depender do tipo de exposição.

Dessa forma, certamente a médica solicitou a audiometria que foi compatível e possibilitou o diagnóstico preciso. Infelizmente as perdas neurosensoriais são, em sua maioria, irreversíveis por gerar lesão de células ciliadas. Ademais, é importante saber que como uma doença do trabalho ela é de notificação compulsória. Apenas um item compreende nossos conhecimentos sobre PAIR, marcamos a).

Resposta: item a).

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perda auditiva induzida por ruído (Pair) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 40 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 5. Protocolos de Complexidade Diferenciada)

BRASIL. Ministério da economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Portaria N° 6.734, de 9 de Março de 2020. Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 07 – Programa de controle médico de saúde ocupacional – PCMSO. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, Brasília, DF, 13 de março de 2020, p. 15.

Araújo, S. A. (2002). Perda auditiva induzida pelo ruído em trabalhadores de metalúrgica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68(1), 47-52.

dos Santos Rodrigues, A. M., & Silvino, Z. R. (2010). A exposição ao ruído e sua relação com a saúde auditiva: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2, 198-202.

Organização Mundial da Saúde. (2019). Hearing loss grades and the international classification of functioning, disability and health. Disponível em <https://www.who.int/bulletin/volumes/97/10/BLT-19-230367-table-T1.html> (Acesso: 02/11/2020).

ESTUDO 5.12 CONHECENDO DOENÇA RARA

Síndrome de Kleine-Levin

A Síndrome de Kleine-Levin ou Hipersonolência recorrente é uma doença rara caracterizada por episódios recorrentes de hipersonolência associados a distúrbios de comportamento que podem durar horas ou até meses. Ela é rara, com prevalência estimada de 1 – 5 casos para cada milhão de habitantes.

Além disso, ela é mais comum em homens e tem maior ocorrência entre judeus Ashkenazo. O paciente costuma ter outras comorbidades associadas, como a síndrome de Klinefelter, Síndrome de Von Willebrand, rins policísticos e autismo. Ademais, não se sabe muito sobre a sua fisiopatologia, acreditando-se existirem componentes genéticos e autoimunes.

A clínica do paciente costuma se iniciar na juventude, por volta dos 16 anos, com crises que podem durar de horas até meses. O paciente apresenta hipersonolência (sono por mais que 18 horas) com desregulação do ritmo circadiano, porém, raramente apresenta alucinação ou paralisia do sono.

Durante uma crise o paciente costuma ter dificuldade de falar ou de ler, nota-se uma redução do vocabulário, utilizando linguagem de criança e com discurso lentificado.

Além de sentir apatia com relação ao seu meio, é comum a sensação de que não está no mundo real, errando sentidos óbvios. Por fim, são esperados um aumento do peso (comem mais que o habitual) e uma hipersexualidade.

O destaque é que com o término da crise temos um retorno do paciente à condição pré-crise com boa relação e sono voltando ao habitual. E, também, com o passar dos anos, espera-se que as crises se tornem menos frequentes e menos impactantes.

Durante o processo de diagnóstico é comum se fazer vários exames que são sempre normais como Eletroencefalograma, Polissonografia, Neuroimagem e Líquor. Neste último, temos a utilidade de diferenciar uma doença mais prevalente, a narcolepsia, que irá apresentar mudança nos níveis de hipocretina. Assim, o diagnóstico é de exclusão.

No manejo do paciente com a Síndrome de Kleine-Levin iniciamos com medidas não farmacológicas, como a higiene do sono, tranquilização da família e criar um ambiente seguro durante uma crise.

Por fim, existe o uso de lítio e, por vezes, ácido valpróico na tentativa de reduzir as crises, porém, por ser uma doença rara, é difícil a realização de estudos para avaliar sua real efetividade.

REVISÃO:

A síndrome de Kleine-Levin é curiosa por seus sintomas intensos, porém limitados. Apesar de suas crises poderem durar de horas até meses, a melhora com o tempo é capaz de tranquilizar a família e levar a adaptações que deixem o ambiente seguro durante uma crise. Interessante, também, notar a relação com judeus ashkenazo.

Então, buscando entender como uma história clínica nos levanta a hipótese dessa síndrome, devemos compreender que as hipersonolências podem ser de origem periférica (como uma Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono) ou centrais (Narcolepsia, idiopática e Kleine-Levin). Essa diferenciação costuma ser fácil com a clínica e a polissonografia e o processo diagnóstico será levado com o especialista do sono.

REFERÊNCIAS

Arnulf, I., Zeitzer, J. M., File, J., Farber, N., & Mignot, E. (2005). Kleine-Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature. *Brain : a journal of neurology*, *128*(Pt 12), 2763–2776. <https://doi.org/10.1093/brain/awh620>

Dauvilliers, Y., Mayer, G., Lecendreux, M., Neidhart, E., Peraita-Adrados, R., Sonka, K., Billiard, M., & Tafti, M. (2002). Kleine-Levin syndrome: an autoimmune hypothesis based on clinical and genetic analyses. *Neurology*, *59*(11), 1739–1745. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000036605.89977.d0>

Gadoth, N., Kesler, A., Vainstein, G., Peled, R., & Lavie, P. (2001). Clinical and polysomnographic characteristics of 34 patients with Kleine-Levin syndrome. *Journal of sleep research*, *10*(4), 337–341. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.2001.00272.x>

Lembrança Pensante 5.13

Perguntas:

5.13.1

Má higiene oral + Faringite
ulcero-necrótica?

5.13.2

Quais frequências mais
acometidas na PAIR?

5.13.3

Agente bacteriano mais
comum na faringite?

5.13.4

Triade da Doença de Menière?

Respostas:

5.13.1

Angina de Plaut-Vincent

5.13.2

São as de 3 KHz,
4KHz e 6KHz

5.13.3

Streptococcus beta-hemolítico
do grupo A (GAS) ou
Streptococcus pyogenes

5.13.4

Vertigem de minutos até horas
+ Plenitude na orelha/Zumbido
+ Perda auditiva neurosensorial

SOBRE OS AUTORES



HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE. Médico formado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Residente de otorrinolaringologia pelo Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da UFRN. Organizador e Autor do livro *Descomplicando MBE: Uma abordagem prática de Medicina Baseada em Evidências*.



LIDIANE MARIA DE BRITO MACEDO FERREIRA. Médica formada pela UFRN. Otorrinolaringologista pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Especialista em Geriatria pela ESP-CE. Especialista em Medicina do Trabalho pela Faculdade Estácio de Sá. Mestre em Saúde Coletiva pela UFRN. Doutora em Saúde Coletiva para UFRN. Professora adjunta do departamento de cirurgia da UFRN, da disciplina de otorrinolaringologia e da residência médica de otorrinolaringologia do HUOL-UFRN.



Composto na

CAULE DE PAPIRO GRÁFICA E EDITORA
Rua Serra do Mel, 7989, Cidade Satélite
Pitumbu | Natal/RN | (84) 3218 4626

cauledepapiro.com.br

A intenção deste livro é trazer a oportunidade de estudar utilizando as técnicas com maior evidência científica disponíveis e, porque não, servir de exemplo para praticá-las em outros conteúdos e temas.

ISBN 978-65-86643-24-4



editora
CAULE DE PAPIRO®

AUDIBEL
APARELHOS AUDITIVOS™