



MIRINGOTOMIA COM COLOCAÇÃO DE TUBOS TRANSTIMPÂNICOS DE VENTILAÇÃO

Tashneem Harris & Thomas Linder

Os tubos de ventilação são geralmente colocados em casos de evidência de efusão do ouvido médio refractária, associada a hipoacusia de condução persistente com duração mínima de 3 meses e perda auditiva superior a 25 dB. Podem também ser colocados como procedimento adjuvante na mastoidite aguda secundária a otite média aguda supurativa.

Avaliação pré-operatória

- Otoscopia pneumática para confirmar o diagnóstico de efusão do ouvido médio
- Audiograma tonal e timpanograma realizados nos 3 meses anteriores, ou teste auditivo adequado à idade
- A efusão do ouvido médio pode ser causada por patologia benigna ou maligna da nasofaringe, conduzindo a disfunção tubária. Assim, particularmente em doentes adultos, a nasofaringe deve ser examinada e o pescoço palpado para despiste de metástases de uma neoplasia nasofaríngea
- Uma fistula de líquido cefalorraquidiano (LCR) pode manifestar-se como efusão do ouvido médio. É, portanto, necessário manter um elevado índice de suspeição na presença de uma efusão serosa clara ou aquosa, ou quando a história clínica é sugestiva de fistula de LCR

Técnica cirúrgica

Inserção de tubo de ventilação temporário

- Anestesia geral é utilizada em crianças
- Anestesia local pode ser utilizada em adultos. Pode aplicar-se spray anestésico tópico (por exemplo, xilocaína) na membrana timpânica cerca de 10 minutos antes do procedimento. Alternativamente, pode ser aplicado creme

EMLA® (lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5%) na membrana timpânica cerca de 30 minutos antes do procedimento, ou pode ser realizada infiltração de anestésico local no canal auditivo externo profundo, utilizando uma agulha dentária

- Introduzir um espéculo auricular no canal auditivo externo e mantê-lo em posição com a mão esquerda (cirurgião destro) (*Figura 1*)

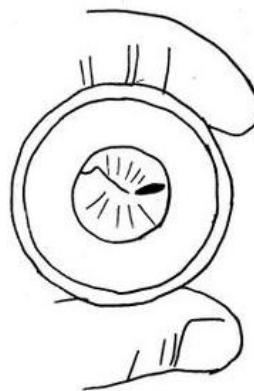


Figura 1: Espéculo auricular colocado no ouvido direito, com incisão radial realizada no quadrante anteroinferior

- Utilizando um microscópio operatório ou endoscópio, efectuar uma incisão radial no quadrante anteroinferior da membrana timpânica, com uma faca de miringotomia, na região do reflexo luminoso (*Figuras 1 e 2*)

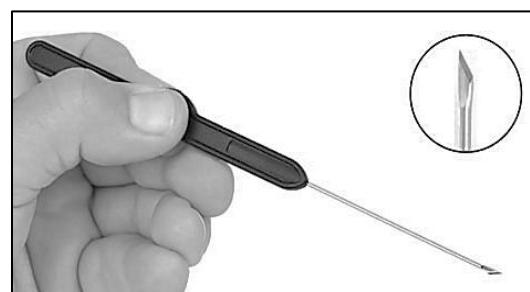


Figura 2: Faca de miringotomia

- A efusão do ouvido médio pode ser A incisão deve ser suficientemente ampla para permitir a colocação do tubo de ventilação
- Devem ser evitadas incisões no quadrante posterosuperior, dado o risco de lesão da cadeia ossicular ou da corda do tímpano
- Aspirada com microaspiração antes da colocação do tubo de ventilação
- Segurar o tubo de ventilação com uma micropinça e introduzi-lo no canal auditivo externo com a mão direita (*Figura 3*)



Figura 3: Exemplos de tubos de ventilação de curta duração

- Colocar o tubo sobre a membrana timpânica, adjacente à abertura da miringotomia (*Figura 4*)
- Utilizando um gancho de 45° com 1,5 mm, rodar a extremidade interna através da incisão de miringotomia, de modo a que o tubo fique transfixante à membrana timpânica (*Figura 4*)

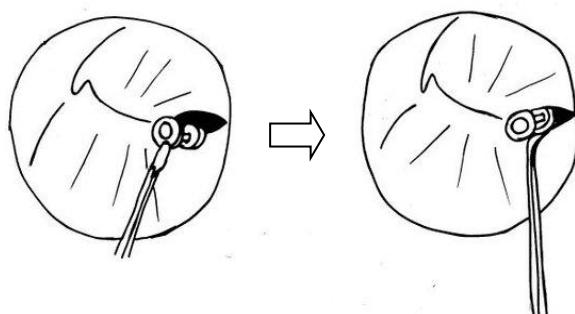


Figura 4: Colocação do tubo na membrana timpânica direita, seguida da introdução do tubo com o gancho

Inserção de tubos de ventilação de longa duração

Para ventilação prolongada do ouvido médio, é utilizado um tubo de ventilação em T (*Figura 5*), que pode permanecer in situ até 3 anos. Após a extrusão espontânea ou remoção, resulta numa perfuração crônica da membrana timpânica em 16–19% dos casos.^{2,3}



Figura 5: Exemplo de um tubo em T

- Segurar as extremidades do tubo em T com uma micropinça
- Cortar as extremidades de forma a que fiquem pontiagudas, facilitando a introdução do tubo através da abertura da miringotomia (*Figura 6*)

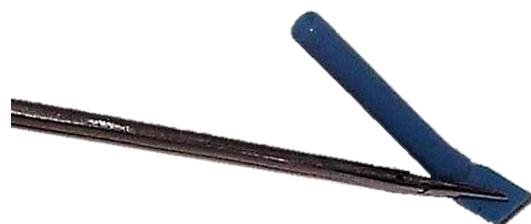


Figura 6: Ambas as extremidades cortadas

- Realizar uma miringotomia no quadrante anteroinferior da membrana timpânica (*Figura 1*)
- Segurar o tubo em T com uma micropinça fina
- Introduzir o lado mais pontiagudo da extremidade através da incisão de miringotomia

Situação Particular: queda do tubo de ventilação para o ouvido médio

- Embora os tubos sejam inertes e seja pouco provável causarem dano quando deixados no ouvido médio, a remoção deve ser tentada, devido ao potencial risco de reacção de corpo estranho⁴
- Se o dreno se encontrar próximo da miringotomia e for visível através da incisão, pode ser possível a sua remoção com uma micropinça de pequenas dimensões, seguida da recolocação correcta
- Se, no entanto, o tubo se localizar para além dos limites do mesotímpano, não for visível e a remoção se revelar difícil, uma opção é deixá-lo in situ, com reavaliações regulares para vigilância e otomicroscopia⁴
- A remoção cirúrgica na presença de uma membrana timpânica cicatrizada e íntegra implica a realização de uma miringotomia alargada e extracção do tubo de ventilação
- Muito raramente, pode ser necessária uma timpanotomia exploradora

Referências

1. Fisch U, May J. Tympanoplasty, Mastoidectomy and Stapes Surgery. New York: Thieme; 1994
2. Van Heerbeek N, De Saar GM, Mulder JJ. Long term ventilation tubes: results of 726 insertions. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2002;27(5): 378-83
3. Kay DJ, Nelson M, Rosenfeld RM. Meta-analysis of tympanostomy tube sequelae. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;124(4):374-80
4. Rosenfeld RM, Bluestone CD. Evidence Based Otitis Media. 2nd Ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2003

Como citar este capítulo

Harris T, Linder T. (2012). Myringotomy and ventilation tube insertion. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Myringotomy%20and%20ventilation%20tube%20insertion.pdf>

Tradução para o Português

André Sá Pereira
Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Egas Moniz
Lisboa, Portugal
asdrpereira@gmail.com

Autores

Tashneem Harris MBChB, FCORL,
MMED (Otol), *Fisch Instrument Microsurgical Fellow*
Associate Professor and ENT Specialist
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
harristasneem@yahoo.com

Thomas Linder, M.D.
Professor, Chairman and Head of Department of Otorhinolaryngology, Head, Neck and Facial Plastic Surgery Lucerne Canton Hospital, Switzerland
thomas.linder@ksl.ch

Editor

Johan Fagan MBChB, FCS(ORL), MMed Emeritus Professor and Past Chair Division of Otolaryngology University of Cape Town Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF
OTOLARYNGOLOGY, HEAD &
NECK OPERATIVE SURGERY**

www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\)](#) johannes.fagan@uct.ac.za is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](#)

