

BMJ Best Practice

Impactação de cerume

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Rastreamento	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	10
Tratamento	12
Abordagem passo a passo do tratamento	12
Visão geral do tratamento	14
Opções de tratamento	15
Acompanhamento	19
Recomendações	19
Complicações	19
Prognóstico	20
Diretrizes	21
Diretrizes de diagnóstico	21
Diretrizes de tratamento	21
Nível de evidência	22
Referências	24
Imagens	26
Aviso legal	32

Resumo

- ◇ O cerume é uma substância natural que limpa, protege e lubrifica o meato acústico externo.
- ◇ O acúmulo é diagnosticado quando resulta em sintomas, como perda auditiva, ou quando impede a avaliação adequada do meato acústico externo ou da membrana timpânica.
- ◇ A intervenção pode incluir remoção manual, irrigação ou uso de agentes ceruminolíticos, ou ainda uma combinação dessas modalidades.
- ◇ Após o tratamento, o médico deverá reexaminar a orelha do paciente e documentar a resolução da impactação de cerume, além de inspecionar a membrana timpânica previamente ocluída.
- ◇ Crianças pequenas, pacientes idosos, indivíduos que apresentam comprometimento cognitivo e os que se encontram em instituição asilar correm alto risco de impactação de cerume. Usuários de próteses auditivas também correm risco elevado. Esses grupos devem ser examinados cuidadosamente em consultas de rotina, com intuito de verificar a ocorrência de impactação de cerume.

Definição

O cerume é uma mistura de secreções e células epiteliais descamadas. A impactação de cerume é um acúmulo de cerume que causa sintomas, como perda auditiva, plenitude, otorreia, zumbido, tontura, entre outros, e/ou que evita a avaliação do meato acústico externo, da membrana timpânica ou do sistema audiovestibular.[1]

[Fig-1]

Epidemiologia

A prevalência de cerume impactado varia de 3% a 6%, em adultos saudáveis, a 10%, em crianças.[2] Em adultos com retardo mental e em idosos, a prevalência de cerume impactado varia de 22% a 36%. O processo de envelhecimento diminui o número e a atividade das glândulas ceruminosas, resultando em um tipo de cerume mais seco. Em idosos, o aumento de pelos no meato acústico externo também é um fator na elevada incidência de impactações de cerume na população geriátrica, especialmente entre homens.

Etiologia

A etiologia envolve diversos fatores. Alguns indivíduos produzem mais cerume que outros, presumivelmente como resultado de fatores genéticos. Indivíduos com meatos acústicos externos pequenos são mais suscetíveis a impactações de cerume, porque eles podem ser ocluídos com menor quantidade de cerume. Homens idosos que exibem cerume mais seco e aumento na quantidade de pelos no meato acústico externo, também são mais suscetíveis. Outros fatores de risco da impactação de cerume incluem a instrumentação dos meatos acústicos externos com cotonetes e a inserção repetida de uma prótese auditiva.

Fisiopatologia

O cerume consiste em camadas de queratina que se descama das células epiteliais e se mistura com secreções de glândulas sebáceas e ceruminosas localizadas na parte lateral do meato acústico externo. A função do cerume é limpar e lubrificar o meato acústico externo.[2] À medida que o cerume migra lateralmente em direção ao meato, sujeira, pó e pelos são carregados com ele. O cerume também pode proteger o meato acústico externo de bactérias, fungos e insetos.[2] O processo de envelhecimento diminui o número e a atividade das glândulas ceruminosas, resultando em um tipo de cerume mais seco.[2] Em idosos, o aumento de pelos no meato acústico externo também é um fator na elevada incidência de impactações de cerume na população geriátrica, especialmente entre homens.

O efeito oclusivo da impactação de cerume geralmente resulta em sintomas de plenitude e diminuição de audição. Ocasionalmente, a impactação de cerume também causará zumbido, tosse e vertigem, embora a vertigem seja rara. A presença de água no meato, decorrente de lavagem ou por tentativa de irrigação do cerume, pode causar o inchar do cerume, com exacerbação subsequente dos sintomas de plenitude e perda auditiva. O cerume impactado pode prender bactérias no meato acústico externo medial; isso pode causar uma infecção do meato na forma de otite externa, com sintomas de dor e drenagem, achados objetivos de detritos com odor desagradável e vermelhidão e/ou edema da pele do meato acústico externo.

Estudos genéticos mostram fenótipos de cerume "úmido" e "seco" que parecem estar localizados no cromossomo 16.[3] O cerume úmido é marrom claro ou escuro e pegajoso, com uma concentração relativamente alta de grânulos de lipídios e de pigmento.

[Fig-2]

O tipo seco é acinzentado / marrom claro e quebradiço e apresenta uma concentração menor de grânulos lipídicos e de pigmentos.

[Fig-3]

Classificação

Definição clínica de "cerume impactado" da American Academy of Otolaryngology/Head & Neck Surgery[1]

Os médicos devem diagnosticar a impactação de cerume se o acúmulo de cerume estiver associado com sintomas, impedir a avaliação da orelha ou ambos.[1] Embora, para muitos médicos, a impactação implique a oclusão total do meato acústico externo, a diretriz de 2017 produzida por um painel de especialistas multidisciplinares, patrocinada pela American Academy of Otolaryngology/Head & Neck Surgery, define impactação como cerume "problemático". Por exemplo, um acúmulo de cerume será considerado impactado se causar sintomas de preenchimento ou perda auditiva ou se impedir a visualização adequada da membrana timpânica em um paciente com sintomas de vertigem. Um diagnóstico de impactação de cerume também seria feito se o cerume fosse vasto o suficiente para impossibilitar a realização de um exame, como a videonistagmografia, para diagnosticar tontura. Para realizar este exame, o meato acústico externo deverá estar livre e desobstruído de cerume. No entanto, o cerume não será considerado impactado se estiver presente no meato acústico externo, mas o paciente não expressar sintomas relacionados à orelha e uma visão desobstruída da membrana timpânica não for essencial para um tratamento adequado.

Prevenção primária

A estratégia primária de prevenção é encorajar os pacientes a evitarem o uso de cotonetes nas orelhas. Sejam os cotonetes usados para secar o meato, para alívio de prurido ou para remover o cerume, a consequência não intencional será, geralmente, empurrar o cerume e assim causar ou exacerbar a impactação deste.

Rastreamento

Crianças pequenas, pacientes idosos e indivíduos com comprometimento cognitivo apresentam alto risco de impactação de cerume, e usuários de próteses auditivas têm risco elevado. Esses grupos devem ser examinados cuidadosamente em consultas de rotina, com intuito de verificar a ocorrência de impactação de cerume.

Prevenção secundária

O uso de emolientes, como óleo mineral, pode diminuir um pouco a probabilidade de impactação de cerume. Não há dados confiáveis sobre a frequência em que eles devam ser usados.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 76 anos de idade se queixa de audição diminuída na orelha direita nas últimas 2 semanas, associada a uma sensação de plenitude nessa orelha. Ele notou um início súbito desses sintomas ao acordar. Ele apresenta uma história de trabalho como minerador de carvão por 30 anos e usa próteses auditivas há 10 anos. Ele trocou a bateria da prótese auditiva, mas os sintomas persistiram. O exame físico da orelha direita mostra uma impactação de cerume preenchendo todo o meato acústico externo. Apenas uma quantidade mínima de cerume está presente no meato acústico externo esquerdo.

Caso clínico #2

Uma menina de 2 anos de idade é trazida ao consultório por sua mãe por causa de uma história, de 1 dia, de dor na orelha esquerda. A criança vai à creche e já teve 2 infecções otológicas prévias nos últimos 3 meses, ambas tratadas com antibióticos. Ao longo da última semana, ela desenvolveu uma infecção no trato respiratório superior com sintomas de rinorreia transparente e tosse, mas sem febre. Sua mãe notou uma drenagem amarela e pegajosa saindo de ambas as orelhas nas últimas semanas e tentou limpar a orelha da criança com um cotonete. O exame físico demonstra uma criança razoavelmente colaborativa sentada no colo de sua mãe. Ambos os meatos acústicos externos estão preenchidos com uma cera amarela pegajosa, impedindo a visualização das membranas timpânicas.

Outras apresentações

Os pacientes com impactação de cerume podem apresentar fatores locais ou sistêmicos, que podem dificultar o diagnóstico e tratamento. Fatores anatômicos, como um meato acústico externo pequeno, exostoses ósseas ou osteomas, podem causar dificuldade no exame do meato e da membrana timpânica. A presença de uma membrana timpânica perfurada limitará as opções de tratamento. A presença de fatores sistêmicos, como diabetes mellitus, terapia anticoagulante e condições como síndrome de Down, pode complicar a remoção de cerume. Otite externa concomitante também pode ser um fator complicador.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico é feito examinando-se o meato acústico externo. O exame pode ser realizado usando-se um otoscópio, um espelho de mão ou um microscópio binocular.

História e exame físico

A visualização de cerume é um processo simples e pode ser realizado na clínica, em qualquer paciente que se queixe de perda auditiva ou da sensação de plenitude na orelha. A otorreia, em forma de drenagem amarela e cerosa, pode ser observada em crianças, embora seja menos provável que ocorra em adultos. Sintomas mais raros são otalgia, zumbido, tosse e vertigem.

A impactação de cerume é mais prevalente em pacientes com idade >50 anos e, também, em homens (associada a mais pelos no meato acústico externo). Deve-se prestar atenção especial a indivíduos

com comprometimento cognitivo (por exemplo, que morem em uma instituição asilar ou com síndrome de Down), porque eles podem não conseguir se queixar dos sintomas causados pela impactação. Os usuários de próteses auditivas também têm maior probabilidade de apresentar cerume impactado. O uso de cotonetes pode empurrar medialmente o cerume em direção à membrana timpânica, muitas vezes causando a impactação de cerume.

[Fig-4]

As pessoas com meatos acústicos externos estenóticos têm tendência a um risco elevado de impactação de cerume; a estenose pode ser diagnosticada mediante visualização do meato acústico externo.

Investigações

Nenhum exame específico é necessário, pois o diagnóstico é clínico. Um audiograma poderá ser obtido após a remoção da impactação de cerume, caso o paciente ainda se queixe de audição comprometida.

Fatores de risco

Fortes

idade >50 anos ou <5 anos

- A prevalência da impactação de cerume é mais elevada em indivíduos idosos, especialmente com >50 anos de idade.[2] A idade avançada afeta a caracterização do cerume, resultando em cerume mais seco e endurecido na população idosa.
- A prevalência do cerume impactado é de 10% em crianças.[2]

sexo masculino

- Homens idosos têm mais pelos no meato acústico externo. Os pelos esfoliados se incorporam ao cerume, endurecendo-o e dificultando a sua expulsão natural do meato acústico externo.

meato acústico externo estenótico

- Anatomicamente, a quantidade de cerume necessária para a oclusão de um meato acústico externo pequeno é menor que a quantidade para a oclusão de um meato maior. Indivíduos com meatos acústicos externos estenóticos tendem a ter uma proclividade para a impactação de cerume.

Síndrome de Down

- Pessoas com síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21) muitas vezes exibem meatos acústicos externos pequenos e cera escamosa e seca, tendendo a desenvolver impactações de cerume facilmente.[4] [5] [6] Indivíduos que apresentam comprometimento cognitivo poderão não perceber a presença da impactação de cerume e não conseguir queixar-se dos sintomas causados pela impactação.

uso de cotonetes

- Pessoas que usam cotonetes em suas próprias orelhas tendem a empurrar medialmente o cerume em direção à membrana timpânica, muitas vezes causando a impactação. Sejam os cotonetes usados para secar o meato acústico externo, para alívio de prurido ou tentar remover o cerume, o resultado final será, muitas vezes, a impactação do cerume no fundo do meato acústico externo. Embora as declarações acima sejam intuitivamente evidentes aos médicos, poucos dados científicos a respeito de cotonetes foram publicados.

[Fig-4]

Fracos

uso de prótese auditiva

- O ato de inserir uma prótese auditiva pode resultar na impactação de cerume previamente não impactado.

morar em uma instituição asilar

- Em um estudo, a prevalência de cerume impactado em residentes de instituições asilares foi de 40%.^[7] O indivíduo que apresenta comprometimento cognitivo poderá não perceber a presença da impactação de cerume e não conseguir queixar-se dos sintomas causados pela impactação.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem: idade >50 anos, sexo masculino, meato acústico externoestenótico, síndrome de Down e uso de cotonetes.

visualização do cerume (comum)

- Aspecto variado, de consistência macia a endurecida e coloração amarela a marrom ou preta. Também pode ter aparência mais seca, amarela e escamosa em pessoas de origem asiática comparada com pessoas de origem não asiática. Pode estar presente apenas na parte lateral do meato acústico externo ou preencher todo o meato. Poderá estar impactado na membrana timpânica, particularmente se tiver sido manipulado por um cotonete. Um "véu" de cerume pode, por vezes, ser observado. A visualização pode ser realizada usando-se um otoscópio, um espéculo de mão ou um microscópio binocular.

[Fig-5]

[Fig-6]

[Fig-7]

perda auditiva (comum)

- Início da perda auditiva na orelha comprometida nos últimos dias, semanas ou meses.
- Achados característicos são: perda auditiva condutiva ou uma perda auditiva mista na qual o componente conducente é, por causa da impactação, sobreposto à perda auditiva neurossensorial subjacente.

plenitude aural (comum)

- Sensação de oclusão na orelha comprometida, geralmente em conjunto com perda auditiva.

Outros fatores de diagnóstico

otorreia (comum)

- Pode-se observar drenagem cerosa e amarela, especialmente em crianças. Menos comum em adultos.

otalgia (incomum)

- Não ocorre geralmente na impactação de cerume sem complicações. Pode ser um sintoma de otite externa.

zumbido (incomum)

- Também ocorre em conjunto com outras causas de perda auditiva, mas é um sintoma mais raro de impactação de cerume.

tosse (incomum)

- Pode ocorrer pela estimulação da pele do meato acústico externo.

vertigem (incomum)

- Pode ser um sintoma, mas raramente por causa de impactação de cerume.

Exames diagnóstico

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
audiograma <ul style="list-style-type: none"> • Geralmente, um audiograma será obtido após a remoção da impactação de cerume, se o paciente ainda se queixar de audição comprometida. • Achados característicos são: perda auditiva condutiva ou uma perda auditiva mista na qual o componente conducente é, por causa da impactação, sobreposto à perda auditiva neurosensorial subjacente. 	perda auditiva

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Otite externa	<ul style="list-style-type: none"> • Otorreia de odor desagradável está, muitas vezes, presente. 	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é clínico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Ceratose obliterante	<ul style="list-style-type: none"> Camadas de detritos de queratina revestem a circunferência do meato acústico externo ósseo, muitas vezes se estendendo à membrana timpânica. Pode causar obstrução parcial ou total do meato acústico externo. Após remover os detritos de queratina, a pele subjacente do meato ósseo poderá, muitas vezes, adquirir uma coloração vermelha e aparência friável. A ceratose obliterante pode resultar na redução do ângulo entre o meato acústico externo e a membrana timpânica. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico.
Pólipo do meato acústico externo	<ul style="list-style-type: none"> Sinais de infecção e otorreia purulenta. Visualização do pólipo coberto por pele ou tecido de granulação, ocluindo o meato acústico externo parcial ou totalmente. 	<ul style="list-style-type: none"> O audiograma geralmente evidencia uma perda auditiva condutiva. A tomografia computadorizada (TC) de alta resolução evidencia doença da orelha média ou da mastoide.
Corpo estranho no meato acústico externo	<ul style="list-style-type: none"> É possível que não haja diferenças nos sinais e sintomas, embora possa haver uma história de inserção de corpos estranhos no meato acústico externo. Diagnosticado pela visualização de um objeto estranho no meato acústico externo (por exemplo, brinquedo de plástico, pedrinha, inseto). 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico.
Osteoma do meato acústico externo	<ul style="list-style-type: none"> Visualização de massa(s) rígida(s), com consistência óssea e coberta(s) de pele, que se projeta(m) no lúmen do meato acústico externo, causando obstrução parcial ou total do meato. 	<ul style="list-style-type: none"> A TC de alta resolução demonstrará uma massa, mas o diagnóstico geralmente será feito com base no exame físico.

Abordagem passo a passo do tratamento

A impactação de cerume pode ser tratada por diversas técnicas, inclusive remoção manual, irrigação do meato acústico externo ou injeção de soluções ceruminolíticas no meato acústico, ou mesmo com uma combinação dessas técnicas. O exame após o tratamento deverá ser realizado de modo a garantir que a impactação foi removida do meato. A escolha do tratamento depende da habilidade, da experiência e do nível de conforto do médico, assim como da história do paciente. Para pacientes que não tiverem sucesso com outras modalidades de tratamento ou que estiverem em circunstâncias especiais (por exemplo, membrana timpânica perfurada), a remoção manual, preferencialmente com um microscópio binocular, é a técnica recomendada.

Remoção manual

A remoção manual pode ser realizada em crianças ou adultos, usando-se diversos instrumentos. É importante ter um paciente colaborativo e que não se mova durante o procedimento. A imobilização, com um enfermeiro ou pai segurando a criança ou com uso de uma maca de contenção passiva, pode ser aplicada em crianças pequenas, mas é imperativo que não se cause dor durante o tratamento, estando o paciente imobilizado ou não.

A remoção manual pode ser realizada com diversos instrumentos, mas a exposição do cerume impactado, com uma iluminação adequada, é essencial. O médico pode visualizar a impactação com um otoscópio de mão, um espéculo auricular com uma fonte de luz externa ou um microscópio binocular. Não se sabe se a visão endoscópica é tão efetiva quanto a microscópica para assistir na remoção mecânica do cerume impactado.¹[\[C\]Evidence](#) Curetas auriculares, sondas curvas, fórceps, dispositivos de microaspiração ou uma combinação de instrumentos podem ser usados, dependendo do local e consistência do cerume impactado. O microscópio binocular fornece iluminação, visão binocular com percepção de profundidade e ampliação excelentes. Ao usar o microscópio binocular, o médico geralmente será capaz de remover o cerume impactado sem dor e por completo. A maior desvantagem do microscópio binocular é seu custo; ele não está disponível na maioria das unidades básicas de saúde.

A remoção manual tem sido associada à seguinte complicação: laceração da pele com sangramento e dor.

Irrigação do meato acústico externo

A irrigação auricular, usando uma seringa ou um irrigador mecânico, é um método amplamente empregado para a remoção de cerume. Esse método parece ser seguro se forem usadas pressões baixas e o jato de água for direcionado ao meato acústico externo, em vez de à membrana timpânica. A irrigação auricular deverá ser evitada em pacientes que apresentarem perfuração conhecida da membrana timpânica ou uma história de cirurgia auricular. Alguns desses pacientes podem ter partes atroficas das membranas timpânicas, que são suscetíveis à perfuração mediante a pressão da irrigação.

Embora a irrigação do meato acústico externo, para remoção do cerume impactado, seja relativamente segura, as seguintes complicações foram relatadas: perfuração da membrana timpânica, laceração e sangramento do meato acústico externo, otite externa, dor, vertigem, perda auditiva e de equilíbrio e remoção incompleta do cerume. Os médicos devem explicar essas possíveis complicações antes da irrigação.

Nos EUA e em diversas outras regiões, seringas plásticas simples são de venda livre e amplamente disponíveis, podendo ser usadas pelos pacientes para autoirrigação. Um ensaio clínico randomizado

e controlado (ECRC) que comparou a efetividade de seringas plásticas para o autotratamento, com cuidados de rotina, observou uma redução significativa nos sintomas autorrelatados por pacientes que se autotrataram com seringas plásticas.[8] Um acompanhamento de 2 anos observou que o autotratamento reduziu significativamente a subsequente demanda de irrigação auricular realizada por profissionais de saúde.[9]

Agentes ceruminolíticos

Diversos agentes químicos são aplicados ao cerume para amolecê-lo e facilitar sua remoção em conjunto com a remoção manual ou irrigação aural.[10] [11] [12] 2[C]Evidence Esses agentes podem ser aplicados no consultório do médico ou ser usados pelo paciente em sua residência. A aplicação de um agente ceruminolítico 15 a 20 minutos antes do procedimento de irrigação com seringa aumentará o índice de sucesso na remoção de cerume para 97% e poderá fazer com que um volume menor de água seja necessário para eliminar o cerume.[12] 3[C]Evidence Esses agentes podem ser categorizados em 3 grupos: à base de água, à base de óleo ou sem base de água nem base de óleo.

Agentes à base de água induzem a hidratação e fragmentação dos corneócitos no cerume.

- Esses agentes incluem ácido acético, docusato de sódio, peróxido de hidrogênio e soro fisiológico.
- Não há evidências suficientes para saber se os amolecedores à base de água são, coletivamente, melhores que soro fisiológico.4[C]Evidence
- Não há evidências suficientes para saber quais são os amolecedores à base de água que funcionam melhor.5[C]Evidence No entanto, eles são melhores que a ausência de tratamento.6[C]Evidence

Agentes à base de óleo lubrificam e amolecem o cerume impactado.

- Entre eles estão o óleo de oliva e o óleo mineral.
- Agentes à base de óleo são tão efetivos quando os amolecedores de cerume à base de água.7[B]Evidence
- Não há evidências suficientes para saber quais são os amolecedores à base de óleo que funcionam melhor.8[C]Evidence

Agentes sem base de óleo e sem base de água funcionam por meio de um mecanismo desconhecido.

- Eles incluem peróxido de hidrogênio e ureia (peróxido de carbamida).
- Eles podem ser mais efetivos que agentes à base de óleo, mas menos efetivos que agentes à base de água.9[C]Evidence

O médico ou enfermeiro pode aplicar uma medida cheia de conta-gotas de qualquer dos agentes no meato acústico externo e, então, tentar a remoção mecânica ou a irrigação daí a alguns minutos. Com cera muito rígida, é útil instruir o paciente a instilar na orelha uma medida cheia de conta-gotas de óleo mineral, óleo de oliva ou ácido acético uma vez ao dia e pedir-lhe para retornar em alguns dias para outra tentativa de remoção.

O uso de agentes ceruminolíticos foi associado às seguintes complicações: reações alérgicas, otite externa, dor ou vertigem na presença de membrana timpânica não intacta e perda auditiva temporária. Esses agentes não devem ser usados na presença de uma membrana timpânica não intacta.

Tratamento de grupos especiais de pacientes e casos refratários

A remoção manual, preferencialmente com o auxílio de um microscópio binocular, deve ser considerada em circunstâncias especiais, como em pacientes com perfuração da membrana timpânica, estenose do meato acústico externo, história de cirurgia auricular prévia (inclusive mastoidectomia radical); crianças não colaborativas; otite externa; ou um indivíduo que não tenha tido sucesso com outras modalidades de remoção. A irrigação aural, especialmente com água de torneira, deve ser realizada com cuidado em pacientes com diabetes, por causa do risco de induzir uma otite externa maligna nesse grupo de pacientes vulneráveis.[13] [14] Ocasionalmente, uma criança não colaborativa ou um adulto mentalmente comprometido pode necessitar de anestesia geral para facilitar a remoção de uma impactação de cerume.

Pacientes com impactação de cerume persistente após manejo mal sucedido pelo médico inicial devem ser encaminhados a um médico com equipamento especializado e treinamento para limpeza e avaliação do meato acústico externo e da membrana timpânica.[1]

Cones de cera

Esta é uma forma de medicina complementar. Cones para o ouvido são tubos ocos de tecido mergulhados em cera de abelha. A ponta estreita do tubo é colocada no meato acústico externo e a ponta larga é acesa, como uma chama. Supostamente, o "efeito chaminé" do cone puxará a cera para fora. Provas da eficácia científica dessa modalidade não existem. No entanto, complicações desse tratamento, inclusive queimaduras e oclusão do meato acústico externo decorrente de cera quente, foram relatadas e a Food and Drug Administration (FDA) dos EUA e a American Academy of Otolaryngology adverte contra o uso de cones de cera.[1] [15] [16]

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo		(resumo)
todos os pacientes		
.....	1a	irrigação aural
	adjunto	agentes ceruminolíticos
	1a	remoção manual
	adjunto	agentes ceruminolíticos

Opções de tratamento

Agudo

todos os pacientes

1a irrigação aural

» Realizada principalmente na atenção primária. A escolha do tratamento depende da habilidade, da experiência e do nível de conforto do médico, assim como da história do paciente.

» Deve ser evitada em pacientes com perfuração da membrana timpânica, estenose do meato acústico externo, história de cirurgia auricular prévia (inclusive mastoidectomia radical); crianças não colaborativas; otite externa; ou indivíduos que não tenham tido sucesso com outras modalidades de remoção.

» Esse método parece ser seguro se forem usadas pressões baixas e o jato de água for direcionado ao meato acústico externo, em vez de à membrana timpânica.

adjunto agentes ceruminolíticos

Opções primárias

» **ácido acético otológico:** (2%) 1 medida cheia de conta-gotas na(s) orelha(s) afetada(s)

Aplicar no consultório médico para amolecer a cera antes da remoção manual ou irrigação. Pode-se instruir o paciente a administrar uma vez por dia, por alguns dias, antes de outra tentativa de remoção manual ou irrigação.

OU

» **gotas otológicas de docusato de sódio:** 1 medida cheia de conta-gotas na(s) orelha(s) afetada(s)

Aplicar no consultório médico para amolecer a cera antes da remoção manual ou irrigação.

OU

» **gotas otológicas de peróxido de hidrogênio:** 1 medida cheia de conta-gotas na(s) orelha(s) afetada(s)

Aplicar no consultório médico para amolecer a cera antes da remoção manual ou irrigação. As crianças podem se assustar com o som efervescente.

Agudo

OU

» **soro fisiológico**: 1 medida cheia de conta-gotas na(s) orelha(s) afetada(s)
Aplicar no consultório médico para amolecer a cera antes da remoção manual ou irrigação. Pode-se instruir o paciente a administrar uma vez por dia, por alguns dias, antes de outra tentativa de remoção manual ou irrigação.

OU

» **gotas otológicas de óleo de oliva**: 1 medida cheia de conta-gotas na(s) orelha(s) afetada(s)
Aplicar no consultório médico para amolecer a cera antes da remoção manual ou irrigação. Pode-se instruir o paciente a administrar uma vez por dia, por alguns dias, antes de outra tentativa de remoção manual ou irrigação.

OU

» **gotas otológicas de óleo mineral**: 1 medida cheia de conta-gotas na(s) orelha(s) afetada(s)
Aplicar no consultório médico para amolecer a cera antes da remoção manual ou irrigação. Pode-se instruir o paciente a administrar uma vez por dia, por alguns dias, antes de outra tentativa de remoção manual ou irrigação.

OU

» **gotas otológicas de peróxido de hidrogênio e ureia**: (6.5%) 5-10 gotas na(s) orelha(s) afetada(s) duas vezes ao dia
Mais efetiva se usada pelo paciente em conjunto com irrigação com água morna, usando uma seringa plástica simples (borrifador plástico).

» A aplicação de um agente ceruminolítico 15 a 20 minutos antes do procedimento de irrigação com seringa aumentará o índice de sucesso na remoção de cerume para 97%.^[12]

1a

remoção manual

» Realizada principalmente por otorrinolaringologistas. A escolha do tratamento depende da habilidade, da experiência e do

Agudo

nível de conforto do médico, assim como da história do paciente.

» Mais adequada que a irrigação para pacientes com perfuração da membrana timpânica, estenose do meato acústico externo ou história de cirurgia auricular prévia (inclusive mastoidectomia radical); crianças não colaborativas; otite externa; ou indivíduos que não tenham tido sucesso com outras modalidades de remoção.

» Curetas auriculares, sondas curvas, fórceps, dispositivos de microaspiração ou uma combinação de instrumentos podem ser usados dependendo do local e consistência do cerume impactado. O microscópio binocular fornece iluminação, visão binocular com percepção de profundidade e ampliação excelentes.

adjunto agentes ceruminolíticos

Opções primárias

» **ácido acético otológico:** (2%) 1 medida cheia de conta-gotas na(s) orelha(s) afetada(s)

Aplicar no consultório médico para amolecer a cera antes da remoção manual ou irrigação. Pode-se instruir o paciente a administrar uma vez por dia, por alguns dias, antes de outra tentativa de remoção manual ou irrigação.

OU

» **gotas otológicas de docusato de sódio:** 1 medida cheia de conta-gotas na(s) orelha(s) afetada(s)

Aplicar no consultório médico para amolecer a cera antes da remoção manual ou irrigação.

OU

» **gotas otológicas de peróxido de hidrogênio:** 1 medida cheia de conta-gotas na(s) orelha(s) afetada(s)

Aplicar no consultório médico para amolecer a cera antes da remoção manual ou irrigação. As crianças podem se assustar com o som efervescente.

OU

» **soro fisiológico:** 1 medida cheia de conta-gotas na(s) orelha(s) afetada(s)

Agudo

Aplicar no consultório médico para amolecer a cera antes da remoção manual ou irrigação. Pode-se instruir o paciente a administrar uma vez por dia, por alguns dias, antes de outra tentativa de remoção manual ou irrigação.

OU

» **gotas otológicas de óleo de oliva:** 1 medida cheia de conta-gotas na(s) orelha(s) afetada(s)
Aplicar no consultório médico para amolecer a cera antes da remoção manual ou irrigação. Pode-se instruir o paciente a administrar uma vez por dia, por alguns dias, antes de outra tentativa de remoção manual ou irrigação.

OU

» **gotas otológicas de óleo mineral:** 1 medida cheia de conta-gotas na(s) orelha(s) afetada(s)
Aplicar no consultório médico para amolecer a cera antes da remoção manual ou irrigação. Pode-se instruir o paciente a administrar uma vez por dia, por alguns dias, antes de outra tentativa de remoção manual ou irrigação.

OU

» **gotas otológicas de peróxido de hidrogênio e ureia:** (6.5%) 5-10 gotas na(s) orelha(s) afetada(s) duas vezes ao dia
Mais efetiva se usada pelo paciente em conjunto com irrigação com água morna, usando uma seringa plástica simples (borrifador plástico).

» Evidências anedóticas indicam que o uso de diversos agentes ceruminolíticos será útil na remoção manual de cerume em pacientes que exibirem cera endurecida e seca.

Recomendações

Monitoramento

Após o tratamento, o médico deverá reexaminar a orelha do paciente e documentar a remissão da impactação de cerume, além de inspecionar a membrana timpânica que antes não era possível de ser visualizada.

Os pacientes que tiverem predisposição a impactações de cerume deverão considerar visitas de acompanhamento regulares ao médico, para diagnóstico e tratamento da impactação. O intervalo de tempo típico é de 6 meses, mas alguns pacientes preferem esperar até que apresentem sintomas de perda auditiva. Os pacientes que usarem próteses auditivas deverão considerar consultas mais frequentes, porque a ação de inserir a prótese auditiva pode resultar na impactação de cerume previamente não impactado. Além disso, a presença de cerume na prótese auditiva pode causar mau funcionamento ou dano.

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser aconselhados a não usar cotonetes para limpar suas orelhas ("evite colocar na orelha qualquer coisa menor que seu cotovelo – com exceção de próteses auditivas").

Os pacientes podem aplicar algumas gotas de óleo mineral, óleo de oliva ou soro fisiológico na orelha todas as noites antes da próxima consulta com o médico, para amolecer o cerume.

Podem ser usados kits de remoção de cera de venda livre, que geralmente consistem em um agente ceruminolítico e uma pequena seringa para irrigar o meato acústico externo.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
otite externa	curto prazo	baixa
Ocasionalmente, pacientes com impactação de cerume também apresentam otalgia e drenagem de odor desagradável por causa de uma infecção secundária, geralmente associada à entrada de água no ouvido, que causa maceração da pele do meato e, conseqüentemente, infecção. Os achados físicos incluem drenagem de odor desagradável e vermelhidão e, por vezes, edema da pele do meato acústico externo, em conjunto com impactação de cerume. O tratamento consiste em remover a impactação, assim como o pus e os detritos, e prescrever gotas otológicas antibióticas ou antissépticas. Antibióticos sistêmicos serão usados apenas em pacientes refratários ao tratamento inicial, ou que forem diabéticos ou com outro tipo de imunocomprometimento, ou em pacientes com otite externa necrotizante ou maligna.		
otite externa maligna (osteíte) secundária à irrigação do meato acústico externo em pacientes com diabetes	variável	baixa

Complicações	Período de execução	Probabilidade
Indivíduos com imunocomprometimento, como aqueles com diabetes, podem desenvolver osteíte do meato acústico externo e do osso temporal associada à irrigação com água do meato acústico externo.[13] [14] Os médicos que utilizarem a irrigação com água em pacientes com diabetes e impactação de cerume deverão minimizar o trauma, considerar o uso de um agente acidificante para baixar o pH do meato acústico externo e providenciar acompanhamento estrito.[17]		
trauma do meato acústico externo e/ou da membrana timpânica secundário à irrigação ou remoção manual	variável	baixa
O trauma do meato acústico externo e da membrana timpânica decorre, mais frequentemente, do uso de sistemas de irrigação de alta pressão. A lesão pode consistir em laceração e sangramento do meato acústico externo, perfuração da membrana timpânica e, em raras ocasiões, perda auditiva e desequilíbrio permanentes.		

Prognóstico

Certos indivíduos parecem ser mais propensos à produção excessiva de cerume e tendem a desenvolver impactações, que podem recorrer. A base genética é desconhecida.

Diretrizes de diagnóstico

América do Norte

Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction)

Publicado por: American Academy of Otolaryngology-Head And Neck Surgery Foundation

Última publicação em: 2017

Diretrizes de tratamento

América do Norte

Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction)

Publicado por: American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation

Última publicação em: 2017

Nível de evidência

1. Sucesso do tratamento: não se sabe se a visão endoscópica pode ser tão eficaz quanto a visão microscópica no aumento dos índices de sucesso no tratamento de pessoas com um acúmulo de cera que impede a inspeção da membrana timpânica.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
2. Sucesso do tratamento: há evidências de baixa qualidade de que amolecedores de cerume à base de água e óleo, e água estéril, possam ser mais eficazes na eliminação por completo do cerume, em comparação com a ausência de tratamento.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
3. Sucesso do tratamento: há evidências de baixa qualidade de que a inserção de água 15 minutos antes da seringação, em comparação com seringação sem uso prévio de água, possa fazer com que volumes menores de água sejam necessários para eliminar inteiramente o cerume do ouvido.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
4. Sucesso do tratamento: não se sabe se amolecedores de cerume à base de água são mais eficazes que o soro fisiológico a facilitar a remoção de cerume por seringação.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
5. Sucesso do tratamento: não se sabe se um amolecedor de cerume à base de água (docusato de sódio, polipeptídio trietanolamina, bicarbonato de sódio aquoso e ácido acético) é mais eficaz que outros na eliminação de cerume.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
6. Sucesso do tratamento: há evidências de baixa qualidade de que amolecedores de cerume comercializados à base de água possam ser mais eficazes que a ausência de tratamento no facilitar da remoção de cerume por seringação.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
7. Sucesso do tratamento: há evidências de qualidade moderada de que amolecedores de cerume à base de água e amolecedores de cerume à base de óleo sejam igualmente eficazes em facilitar da remoção de cerume por seringação.

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

8. Sucesso do tratamento: não se sabe se um amolecedor de cerume à base de óleo é mais eficaz que outros a facilitar a remoção de cerume por seringaço.

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

9. Sucesso do tratamento: há evidências de baixa qualidade de que amolecedores de cerume sem base de água nem base de óleo possam ser mais eficazes que preparações comercializadas à base de óleo a facilitar a remoção de cerume por seringaço, mas possam ser menos efetivos que preparações à base de água.

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Schwartz SR, Magit AE, Rosenfeld RM, et al. Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017 Jan;156(1_suppl):S1-S29. [Texto completo](#)
- Roeser RJ, Ballachanda BB. Physiology, pathophysiology, and anthropology/epidemiology of human ear canal secretions. *J Am Acad Audiol.* 1997;8:391-400.
- Guest JF, Greener MJ, Robinson AC, et al. Impacted cerumen: composition, production, epidemiology and management. *QJM.* 2004;97:477-488. [Texto completo](#)
- Hand C, Harvey I. The effectiveness of topical preparations for the treatment of earwax: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2004;54:862-867. [Texto completo](#)
- Burton MJ, Doree CJ. Ear drops for the removal of ear wax. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (1):CD004326.
- Roland PS, Eaton DA, Gross RD, et al. Randomized, placebo-controlled evaluation of Cerumenex and murine earwax removal products. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130:1175-1177. [Texto completo](#)

Referências

1. Schwartz SR, Magit AE, Rosenfeld RM, et al. Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017 Jan;156(1_suppl):S1-S29. [Texto completo](#)
2. Roeser RJ, Ballachanda BB. Physiology, pathophysiology, and anthropology/epidemiology of human ear canal secretions. *J Am Acad Audiol.* 1997;8:391-400.
3. Guest JF, Greener MJ, Robinson AC, et al. Impacted cerumen: composition, production, epidemiology and management. *QJM.* 2004;97:477-488. [Texto completo](#)
4. Strome M. Down's syndrome: a modern otorhinolaryngological perspective. *Laryngoscope.* 1981;91:1581-1594.
5. Dahle AJ, McCollister FP. Hearing and otologic disorders in children with Down syndrome. *Am J Ment Defic.* 1986;90:636-642.
6. Maroudias N, Economides J, Christodoulou P, et al. A study on the otoscopic and audiological findings in patients with Down's syndrome in Greece. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1994;29:43-49.
7. Freeman RB. Impacted cerumen: how to safely remove earwax in an office visit. *Geriatrics.* 1995;50:52-53.
8. Coppin R, Wicke D, Little P. Managing earwax in primary care: efficacy of self-treatment using a bulb syringe. *Br J Gen Pract.* 2008;58:44-49. [Texto completo](#)

9. Coppin R, Wicke D, Little P. Randomized trial of bulb syringes for earwax: impact on health service utilization. *Ann Fam Med*. 2011;9:110-114. [Texto completo](#)
10. Hand C, Harvey I. The effectiveness of topical preparations for the treatment of earwax: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2004;54:862-867. [Texto completo](#)
11. Burton MJ, Doree CJ. Ear drops for the removal of ear wax. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (1):CD004326.
12. Roland PS, Eaton DA, Gross RD, et al. Randomized, placebo-controlled evaluation of Cerumenex and murine earwax removal products. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;130:1175-1177. [Texto completo](#)
13. Rubin J, Yu VL, Kamerer DB, et al. Aural irrigation with water: a potential pathogenic mechanism for inducing malignant external otitis? *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1990;99:117-119.
14. Zikk D, Rapoport Y, Himelfarb MZ. Invasive external otitis after removal of impacted cerumen by irrigation. *N Engl J Med*. 1991;325:969-970.
15. Seely DR, Quigley SM, Langman AW. Ear candles - efficacy and safety. *Laryngoscope*. 1996;106:1226-1229.
16. Food and Drug Administration. Detention without physical examination of ear candles. Center for Devices and Radiological Health. June 2013. <http://www.fda.gov/default.htm> (last accessed 9 March 2016). [Texto completo](#)
17. Driscoll PV, Ramachandrula A, Drezner DA, et al. Characteristics of cerumen in diabetic patients: a key to understanding malignant external otitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1993;109:676-679.

Imagens

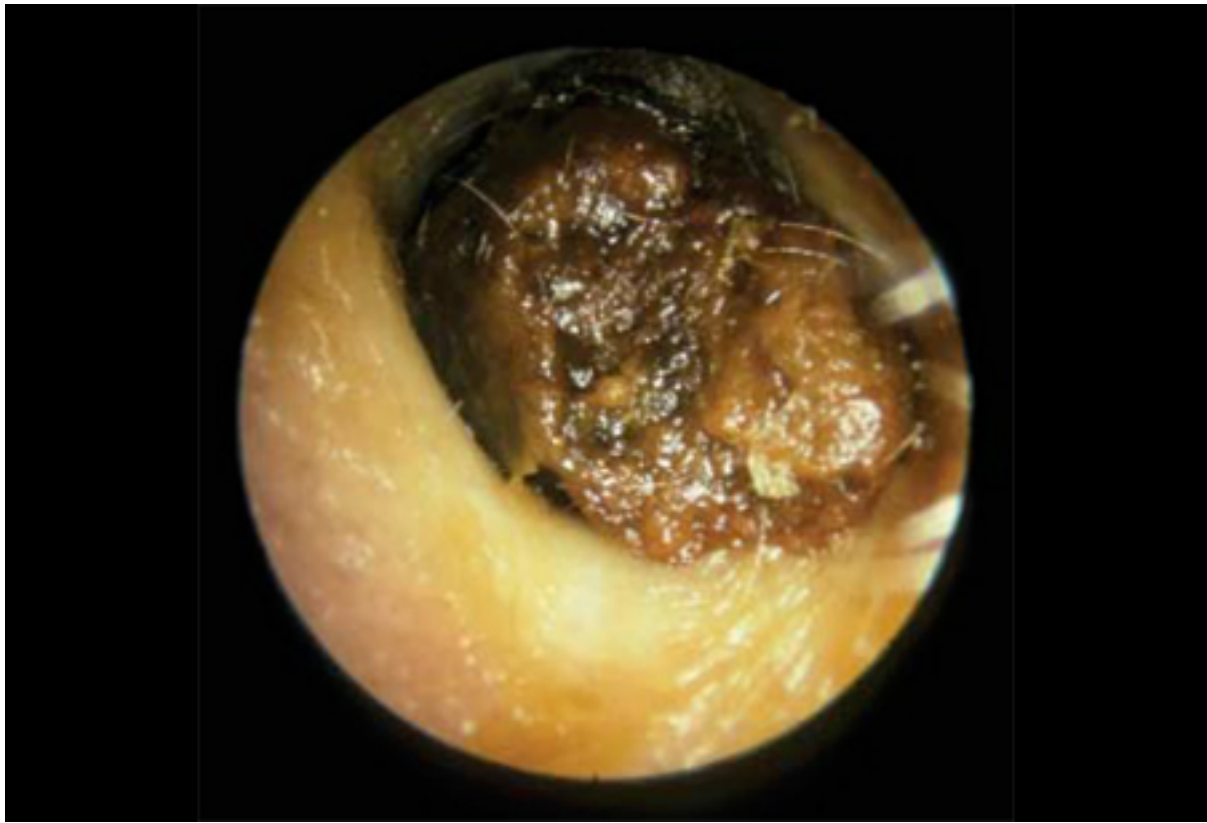


Figura 1: Acúmulo de cerume

Reimpresso com permissão de: Hawke M. Ear disease: a clinical guide. Hamilton, London: Decker DTC; 2003



Figura 2: Cerume úmido

Reimpresso com permissão de: Hawke M. Ear disease: a clinical guide. Hamilton, London: Decker DTC; 2003



Figura 3: Cerume seco

Reimpresso com permissão de: Hawke M. Ear disease: a clinical guide. Hamilton, London: Decker DTC; 2003

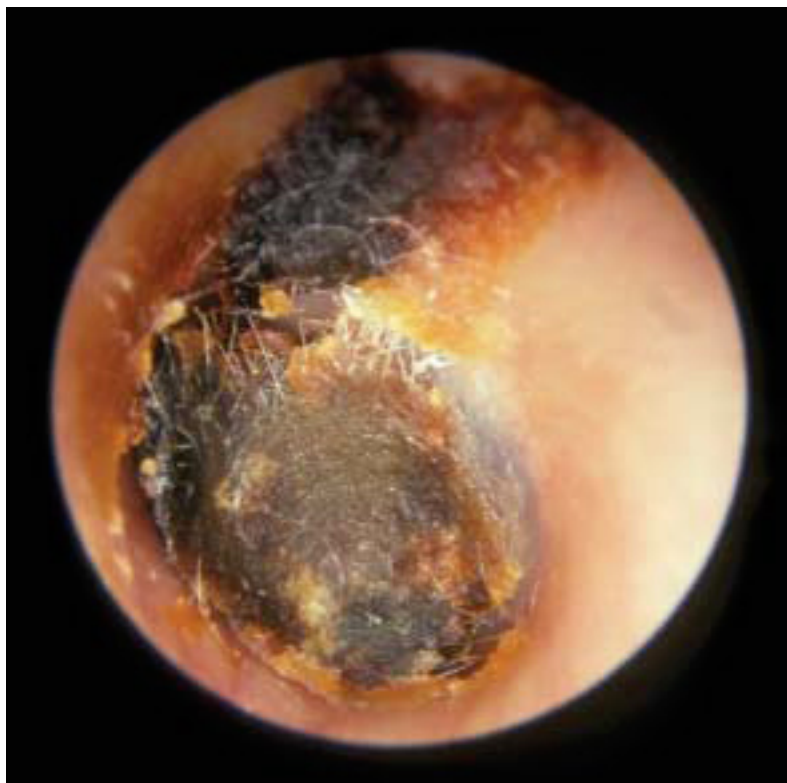


Figura 4: Abuso de cotonetes

Reimpresso com permissão de: Hawke M. Ear disease: a clinical guide. Hamilton, London: Decker DTC; 2003



Figura 5: As cores de cerume

Reimpresso com permissão de: Hawke M. *Ear disease: a clinical guide*. Hamilton, London: Decker DTC; 2003



Figura 6: Cerume seco e escamoso observado em pessoas asiáticas

Reimpresso com permissão de: Hawke M. *Ear disease: a clinical guide*. Hamilton, London: Decker DTC; 2003

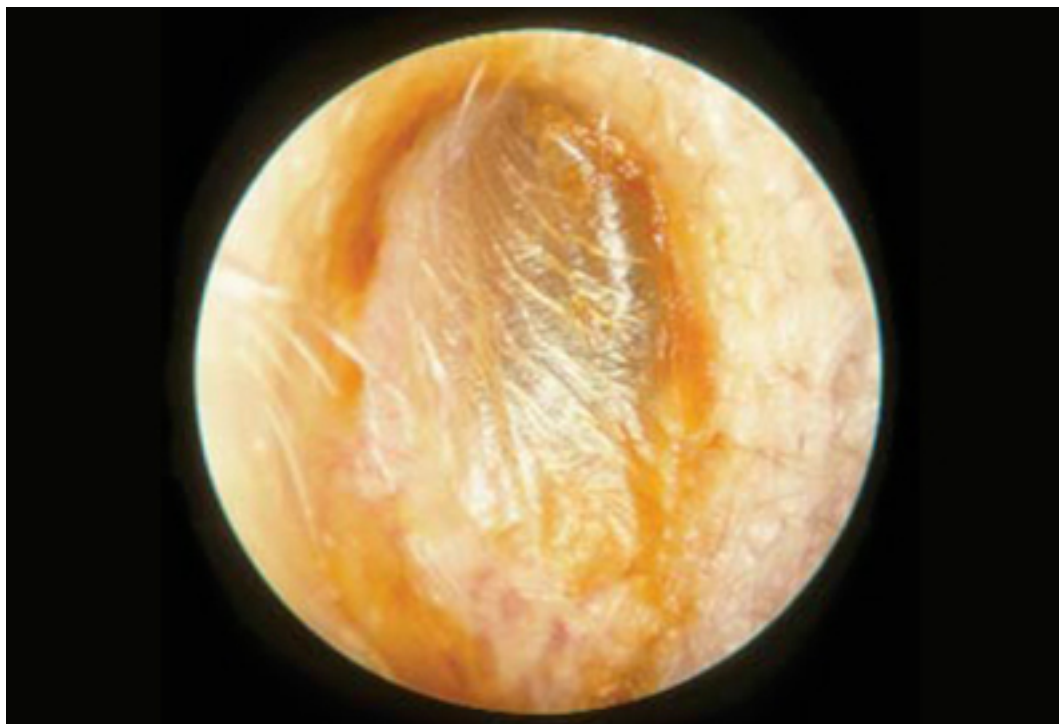


Figura 7: Véu de cerume

Reimpresso com permissão de: Hawke M. Ear disease: a clinical guide. Hamilton, London: Decker DTC; 2003

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Stephen Wetmore, MD, MBA, FACS

Professor

Department of Otolaryngology, West Virginia University School of Medicine, Morgantown, WV

DIVULGAÇÕES: SW declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Rahul K. Shah, MD, FAAP

Associate Professor of Otolaryngology and Pediatrics

Division of Otolaryngology, Children's National Medical Center, Assistant Professor, Otolaryngology and Pediatrics, George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC

DIVULGAÇÕES: RKS declares that he has no competing interests.

Seth R. Schwartz, MD, MPH

Director of Research

The Listen For Life Center At Virginia Mason, Otology/Otolaryngology, Department of Otolaryngology, Virginia Mason Medical Center, Seattle, WA

DIVULGAÇÕES: SRS is an author of a reference cited in this monograph.

Robin Youngs, MD, FRCS

Consultant Otologist

Gloucestershire Royal Hospital, Gloucester, UK

DIVULGAÇÕES: RY declares that he has no competing interests.