OTALGIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO

Gabriela Agostini Bergmann
Rebeca Regert
Sérgio K. Moussalle

UNITERMOS

DOR DE ORELHA/diagnóstico; DOR DE ORELHA/terapia; ANAMNESE.

KEYWORDS

EARACHE/diagnosis; EARACHE/therapy; MEDICAL HISTORY TAKING.

SUMÁRIO

O presente artigo de revisão tem por objetivo orientar o leitor quanto ao diagnóstico diferencial de otalgia e seus respectivos tratamentos. O trabalho se mostra importante devido a frequente queixa do sintoma nas consultas de emergências.

SUMMARY

This review article aims to guide the reader to the differential diagnosis of earache and its treatment. The work is relevant due to the frequent complaint of the symptom in clinical emergencies.

INTRODUÇÃO

Otalgia é um sintoma comum de consultas em emergência. Ela pode ser causada por doenças que afetem a orelha externa, média, interna ou estruturas circundantes. O diagnóstico diferencial pode ser dividido conforme a localização anatômica. Na otalgia primária a dor é proveniente da orelha. Otalgia secundária é a dor referida na orelha, porém originária de outro local, causando a sensação de ser proveniente desta.

No decorrer da consulta é necessário uma anamnese detalhada (sintomas comuns a se investigar: otorréia, prurido, perda auditiva, vertigem e zumbido) e uma otoscopia adequada para avaliação do conduto auditivo e da membrana timpânica.

Orelha externa

Contusões: o paciente irá relatar trauma na orelha externa. No exame físico podemos observar edema, equimoses, lacerações e aumento da sensibilidade no local. O hematoma auricular tipicamente ocorre após um trauma brusco ou pelo atrito. Ele resulta da lesão do pericôndrio, o qual reveste a cartilagem, com consequente sangramento subpericondral. Nas contusões simples (edema e equimose) o manejo é feito apenas com medidas de suporte (ex. aplicação local de gelo e antiinflamatórios não esteroides). Quando houver hematoma flutuante deve-se incisar, drenar a secreção e fazer um curativo compressivo para evitar recorrência.

Celulites: se desenvolve pós trauma, picada de insetos ou colocação de um piercing. O paciente apresenta dor importante, eritema, queimação e edema no local da lesão.

Pericondrite: pode resultar em deformidades permanentes na orelha. A porção cartilaginosa da orelha fica edemaciada, eritematosa e muito sensível, mas o lóbulo da orelha costuma ser poupado. Na presença de um foco de flutuação, indicando abcesso subpericondral, há necessidade de drenagem e antibiótico endovenoso.

Herpes Zoster: é a reativação do vírus varicela, o qual envolve a orelha externa e a pele subjacente. Sensação de queimação, hiperestesia, prurido e lesões vesiculares costumam estar presentes. Disfunção da orelha interna (perda de audição e vertigem) pode estar associada.

Angioedema alérgico: edema alérgico da orelha externa pode resultar da picada de insetos ou a partir de dermatite de contato. Há intenso prurido, tonalidade roxa pálida da pele e pouca ou nenhuma dor.

Danos ambientais à orelha: ulcerações produzidas pelo frio ou queimaduras solares também podem causar eritema difuso com bolhas focais, edema e dor na orelha externa. Porém, haverá história de exposição ambiental e a lesão é tipicamente bilateral.

Canal auricular

Dermatite de contato: pode ser causada pelo uso de antimicrobianos tópicos ou gotas analgésicas. O conduto costuma estar hiperemiado, com erupções pruriginosas e irregulares na concha da orelha ou pele circunjacente.

Cerume impactado: é uma causa comum de desconforto, sensação de plenitude ou prejuízo da audição, embora dor intensa seja incomum. A remoção do cerume oferece alívio terapêutico ao paciente.

Corpo estranho: normalmente há relato na anamnese de uma história sugestiva, mas eventualmente otalgia e perda auditiva podem ser as queixas principais. A presença de cerume, granulação dos tecidos ou pus, pode dificultar a visualização deste, dificultando o diagnóstico. O corpo estranho deve ser removido, em consultório ou sob anestesia.

Otite externa: o paciente pode apresentar dor à movimentação da mandíbula, sensação de plenitude, prurido e secreção auricular (escassa e de consistência espessa) no canal auricular. Relato de febre é raro. No exame físico o paciente pode relatar aumento da sensibilidade do trago na palpação e dor na otoscopia. O canal auditivo pode estar edemaciado, avermelhado, macerado e com presença de secreção. A membrana timpânica (MT) pode apresentar-se eritematosa, mas é infrequente a presença de secreção atrás da membrana.

Otite externa fungica (Aspergillus ou Candida): principalmente quando uso excessivo de antimicrobianos tópicos. Caracteriza-se mais pelo prurido, do que pela dor. Secreção e/ou odor fétido podem estar presentes no canal.

Otite externa maligna: ocorre quando a infecção se estende a partir do conduto auditivo para os ossos que circundam a base do crânio. Frequentemente causada pela Pseudomonas aeruginosa. A dor costuma ser importante, além de sinais de toxicidade ou febre, aumento da sensibilidade do osso temporal e paralisia do nervo facial. O diagnóstico é sugerido pelo aumento dos marcadores inflamatórios (VSG e PCR) e confirmado pela TC ou RNM de crânio, o qual indica osteomielite de base de crânio.

Furunculose: tipicamente causada pelo Staphylococcus aureus. Os pacientes referem dor e hiperemia focal, edema e tumefação de consistência macia no conduto externo da orelha.

Tumores (Rabdomiosarcoma, linfoma, granulomatose eosinofílica, carcinomas): além de raros, é incomum a queixa de otalgia pelo paciente. Pode evidenciar uma massa granulomatosa e presença de secreção serosanguinolenta ou sanguinolenta no canal auditório externo. Casos recorrentes ou persistentes de otite externa ou OMA perfurada podem evoluir para um tumor do canal auricular.

Orelha Média e Interna

Otite média aguda ou supurativa: nesse caso a otalgia, por vezes, é severa e sentida profundamente na orelha. Ela pode piorar quando o paciente deita. Há relato na anamnese de congestão nasal precedente ou febre. Em crianças, sintomas não específicos como irritabilidade, agitação, distúrbios do sono e inapetência podem estar presentes. Hiperemia ou mesmo focos hemorrágicos na MT podem indicar inflamação aguda. Na otoscopia visualiza-se hiperemia, abaulamento e bolhas na MT, com ou sem presença de fluído na orelha média. Esta pode estar turva ou opaca, de coloração branca, esverdeada ou até amarelada, refletindo a secreção purulenta por trás da membrana. O tratamento da OMA é feito através de antibioticoterapia, podendo necessitar timpanocentese.

Complicações da OMA

- Perfuração espontânea da membrana timpânica: resulta do acúmulo de secreção sob pressão na orelha média, levando a isquemia e necrose da MT. O paciente vai relatar dor importante seguida de otorréia purulenta e alívio da dor. A drenagem costuma ser copiosa, de consistência aquosa e com aspecto sanguinolento, serosanguinolento ou purulento.
- Mastoidite: ocorre quando as células aeradas da mastóide se tornam infectadas devido à conexão destas com a OMA da orelha média. Dor, edema, sensibilidade, hiperemia na região mastoidéia, febre, toxicidade e protrusão da orelha podem ser observados. O diagnóstico é confirmado pela TC de crânio e requer tratamento cirúrgico.
- Paralisia facial: é rara e pode se apresentar como dificuldade no fechamento ocular e elevação da sobrancelha ipsilateral, apagamento do sulco nasolabial ou sorriso assimétrico, com ou sem otalgia.
- Envolvimento de estruturas contíguas: pode acarretar labirintite, abcesso ou meningite. Cefaleia, febre, meningismo, alterações do estado mental ou achados neurológicos focais podem estar presentes.

Otite média com efusão (OME): presença de secreção na orelha média, porém sem infecção aguda. Não costuma causar otalgia. O acúmulo de secreção pode desenvolver-se a partir de uma disfunção da tuba de Eustáquio, o qual pode resultar de uma infecção ou alergia nasal. O paciente pode ser assintomático ou apresentar otalgia leve, febre, sensação de plenitude ou diminuição da audição. Na otoscopia pode-se observar comprometimento da mobilidade da membrana timpânica, o qual pode estar retraída. Sua coloração pode ser translúcida, opaca, âmbar ou levemente azulada.

Hemotímpano: coleção de sangue na orelha média devido a trauma brusco (fratura de base de crânio) ou barotrauma (ex. mergulho submarino). Na otoscopia a membrana pode ter coloração arroxeada ou avermelhada e estar abaulada.

Perfuração traumática da membrana timpânica: pode ocorrer pela penetração de objetos (ex. cotonete) ou por uma onda de pressão (ex. um tapa na orelha). A perfuração pode ser visualizada na otoscopia ou então obscurecida pela presença de sangramento.

Colesteatoma: é uma complicação da OM crônica, no qual se desenvolve uma massa de tecido epitelial, benigna e de coloração amarelada, na face posterior ou atrás da membrana timpânica. Esta pode erodir através do canal auditivo em direção ao osso, resultando em perda auditiva. O paciente pode relatar dor ou sensação de plenitude da orelha, além de otorréia fétida.

Traumatismo crânio encefálico: contusão ou fratura do osso temporal pode ocasionar dor e perda auditiva, vertigem ou zumbido súbitos. Em alguns casos, a deficiência pode ser revertida com uma cirurgia urgente de descompressão. É importante questionar o paciente sobre alterações do estado mental, cefaleia, náuseas, vômitos, queixas neurológicas focais, convulsões, os quais podem indicar dano intracraniano.

Fratura de base de crânio: os achados clínicos podem incluir edema, equimose em região temporal ou pré-auricular (sinal de Battle) e paralisia do nervo facial. Hemotímpano ou ruptura da MT, com otorréia sanguinolenta ou liquórica, pode ocorrer. Equimose periorbital e rinorréia liquórica podem estar presentes.

Otalgia secundária

Alguns casos de otalgia podem resultar da inflamação de estruturas vizinhas, o qual deve ser investigado após exclusão de causas otológicas para dor. A dor referida pode ser proveniente dos nervos que inervam parcialmente o pavilhão auricular e o canal auditório externo, incluindo nervos espinhais C2 e C3 e nervos cranianos V, VII, IX, e X.

Disfunção da articulação temporomandibular (ATM): o exame físico irá evidenciar dor proveniente da ATM, o qual pode ser exacerbada pela grande abertura da boca ou pelo cerrar dos dentes. Avaliar presença de sensibilidade, mobilidade, clicks ou crepitação quando movimentação da articulação.

Infecções orofaríngeas: infecções de palato mole (ex.mvírus coxsackie ou estomatite aftosa), inflamação de dentes e gengivas (ex. abcesso dentário) ou infecções tonsilares podem se apresentar com otalgia reflexa.

Sinusite: a otalgia é relatada especialmente quando infecção de seio maxilar, devido à via sensorial do nervo trigêmeo. Achados clínicos incluem sintomas nasais (rinorréia, gotejo pós-nasal, obstrução ou congestão) e/ou tosse por mais de 10 dias sem melhora.

Linfadenomegalias pré ou pós-auriculares: podem ser causa primária de otalgia ou consequência da infecção da orelha externa.

Parotidite: dor localizada logo abaixo da orelha. No exame físico pode-se observar hiperemia, edema, perda do ângulo normal da mandíbula e aumento da sensibilidade local. Na criança é comum ocorrer devido a infecções virais (ex. Parainfluenza, Influenza A, Caxumba) e o edema costuma ser bilateral. Quando causada pelo Staphylococcus aureus é acompanhada de febre alta, edema unilateral da parótida, eritema e saída de secreção purulenta pelo ducto protídeo intraoral.

Patologias da coluna cervical: a osteroartrite pode causar otalgia pela irradiação das raízes nervosas de C1 e C2 .

Patologias esofágicas: refluxo gastresofágico e hérnia de hiato podem acarretar otalgia.

REFERÊNCIAS

1. Greenes D. Evaluation of earache in children. UpToDate. Online 20.8; 2012 jul [updated 2011 nov 02].[11 p.][acesso 2012 mar 30].
2. Wald ER. Acute otitis media in children: diagnosis. UpToDate. Online 20.8; 2012 jan [updated 2011 jul 01].[07 p.][acesso 2012 mar 30].
3. Visvanathan V, Kelly G. 12 minute consultation: an evidence-based management of referred otalgia. Clin Otolaryngol [Internet]. 2010 [citado 2012 jul 04];35:409-14. [6 p.] Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-4486.2010.02197.x/pdf. DOI: 10.1111/j.1749-4486.2010.02197.x.
4. Gibson WS Jr, Cochran W. Otalgia in infants and children: a manifestation of gastroesophageal reflux. [abstract]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol {internet]. 1994 [cited 2007 mar 09];28:213-8. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8157421.