

Relato de 3 Casos de Complicações de Otite Média Aguda

Report of 3 Cases of Complications of Acute Otitis Media

Sulene Pirana¹, Daniela Leme Araújo², Fabiana Caldini Pissini³, Natalie Cristina Oliveira Mendes³, Gabriela Marie Fukumoto³

RESUMO

Antes da introdução dos antibióticos na prática clínica, a disseminação do processo infeccioso da orelha média para as estruturas adjacentes frequentemente resultava em complicações graves, que atualmente são mais comuns nos países em desenvolvimento, como o Brasil, do que nos países desenvolvidos, e mais prevalentes nas primeiras duas décadas de vida. Este trabalho relata três casos clínicos de complicações de otite média aguda atendidos no Hospital Universitário São Francisco de Assis no ano de 2015, através das revisões dos prontuários, que foram analisados e discutidos com base na literatura atual. As complicações de otites médias agudas podem ser graves e potencialmente fatais.

Palavras-chave: Otite média aguda; complicações de otites; mastoidite aguda; mastoidite de Bezold.

ABSTRACT

Prior to the introduction of antibiotics into clinical practice, dissemination of the infectious process from the middle ear to adjacent structures often resulted in severe complications, which are currently more common in developing countries, such as Brazil, than in developed countries, and more prevalent in the first two decades of life. This paper reports three clinical cases of acute otitis media complications treated at the São Francisco de Assis University Hospital in 2015, through medical records reviews, which were analyzed and discussed based on current literature. The complications of acute otitis media can be serious and potentially fatal.

Keywords: Otitis Media. Mastoiditis. Abscess.

¹ Professora Doutora e Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial do Hospital Universitário São Francisco de Assis (HUSF), Bragança Paulista, SP, Brasil.

² Preceptora do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial do Hospital Universitário São Francisco de Assis (HUSF), Bragança Paulista, SP, Brasil.

³ Residentes do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial do Hospital Universitário São Francisco de Assis (HUSF), Bragança Paulista, SP, Brasil.

Instituição:

Hospital Universitário São Francisco de Assis (HUSF), Bragança Paulista, SP, Brasil.

* Autor Correspondente:

Gabriela Marie Fukumoto
E-mail: gabi.fukumoto@hotmail.com; fabi_pissini@hotmail.com

Recebido em: 26/12/2017.

Aprovado em: 21/05/2018.

INTRODUÇÃO

Estima-se que 85% de todas as crianças experimentam pelo menos um episódio de otite média aguda (OMA), sendo a infecção bacteriana mais comum da infância. Os fatores predisponentes incluem idade baixa, sexo masculino, uso de mamadeira, exposição a ambiente de creche, moradias superlotadas, exposição ao fumo dentro do domicílio, além de condições médicas como, fenda palatina e síndrome de Down, e anormalidades das membranas mucosas (fibrose cística, discinesia ciliar e imunodeficiência).^{1,2}

As complicações do processo infeccioso na orelha média se devem basicamente a extensão desta infecção para outras regiões do osso temporal (mastóide, região petrosa) e crânio (meninges, espaços meníngeos, parênquima) por contiguidade e, menos frequentemente, por via hematogênica.

Tanto as OMA quanto as otites médias crônicas (OMC) podem levar a complicações, que podem ser intratemporais como: tromboflebite, mastoidite aguda, abscesso subperiosteal, mastoidite de Bezold, mastoidite crônica, labirintite, paralisia do nervo facial; ou intracranianas como: abscessos extra e subdurais, cerebrais e cerebelares, hidrocefalia otogênica, meningite e trombose do seio sigmoide.³

A complicação intratemporal mais comum é a mastoidite aguda. Os dois mecanismos causadores são a periosteíte (tromboflebite do periosteio) e a mastoidite coalescente, que é a destruição dos septos da mastóide.^{1,4,5} A incidência dessa complicação, por ser a mais comum, teve uma redução significativa depois dos anos 80 após a introdução da antibioticoterapia, porém tem-se observado recentemente aumento da incidência devido à antibioticoterapia inadequada.

As complicações intracranianas são as mais graves. A meningite é considerada a complicação intracraniana mais comum, e nesses casos observa-se disseminação através de erosão óssea, ou pelas janelas ou por flebite retrógrada.⁵

O objetivo deste trabalho é relatar três casos clínicos de complicações de OMA ocorridas no Hospital Universitário São Francisco de Assis, de Bragança Paulista – SP no ano de 2015, através da revisão dos prontuários, após assinatura dos termos de consentimento, com posterior discussão de suas evoluções e resultados terapêuticos, baseados na literatura atual.

DESCRIÇÃO DOS CASOS

Caso 1

I.M.R, feminina, 5 anos, com história de OMA recorrente, procurou o serviço com queixa de otalgia e otorrêa purulenta a esquerda há 15 dias, associada a dor retroorbitária e febre alta, sem melhora após uso de Celestamine, azitromicina, cefalexina e claritromicina. Apresentava abaulamento retroauricular e cervical à esquerda, edema periorbitário à esquerda, estrabismo para direita (paralisia do VI par), sem paralisia facial, franca otorrêa purulenta à esquerda e linfonodomegalia cervical com sinais flogísticos a esquerda. Iniciado antibioticoterapia de amplo espectro (ceftriaxone e metronidazol). Tomografias computadorizadas (TC) mostrou falhas de enchimento em seios venosos transversos esquerdo e sagital superior, sugerindo trombose de seios durais; sinais de otomastoidite aguda a esquerda com erosão óssea em células da mastóide com comunicação entre mastóide e seio sigmoide; trombose de veia jugular

interna esquerda, e abscesso cervical esquerdo. Realizados bioquímica e bacterioscopia de líquido sem alterações. Feitos diagnósticos de OMA complicada com mastoidite aguda, mastoidite de Bezold à esquerda, trombose de veia jugular esquerda e de seios durais.

Mantida antibioticoterapia e iniciada enoxaparina, por três meses. Realizada mastoidectomia à esquerda e drenagem de abscesso cervical. No 5º dia pós-operatório (PO) paciente apresentou discreto nistagmo horizontal, sem vertigem, com melhora espontânea. TC evidenciou persistência da falha de enchimento em topografia de bulbo jugular a esquerda e em seio transversos inferindo em trombose de seio venoso esquerdo; linfonodomegalia cervical anterior esquerda. No 14º dia evoluiu com abaulamento e hiperemia retroauricular esquerda com drenagem espontânea de secreção purulenta e membrana timpânica (MT) hipervascularizada e opacificada. Realizada miringotomia com colocação de tubo de ventilação (TV) à esquerda e drenagem de abscesso retroauricular.

Após segunda abordagem paciente evoluiu bem, com seguimento ambulatorial. Após 4 meses apresentou melhora do estrabismo e do nistagmo. Audiometria evidenciou perda auditiva condutiva à esquerda de grau leve a moderada.

Caso 2

C.R.S., feminino, 15 anos, procurou o serviço devido a queixa de otalgia direita há 30 dias, sem febre, com história de antibioticoterapia com amoxicilina, evolução com otorrêa purulenta, abaulamento retroauricular com sinais flogísticos e ponto de flutuação e submandibular à direita, teste de Weber lateralizado para direita, e teste de Rinne negativo bilateralmente. Aos exames laboratoriais apresentava leucocitose acentuada (23500/mm³), com predomínio de neutrófilos, e hemocultura negativa. TC apresentava sinais de otomastoidite aguda com deiscência de trabéculas ósseas e formação de abscessos periauriculares e em fossa posterior com acometimento dos seios sigmoide e transversos à direita. Feitos diagnósticos de OMA complicada com mastoidite aguda, abscesso subperiosteal, abscesso cerebral.

Realizado drenagem de abscesso retroauricular e cultura com resultado negativo. Iniciou-se metronidazol, ceftriaxona e hidrocortisona. Realizada mastoidectomia conservadora de urgência com miringotomia com colocação TV e drenagem de empiema cerebral, à direita, sendo visualizado erosão óssea extensa da mastóide, com exposição da meninge da fossa média e posterior.

Realizado pós-operatório sem intercorrências, acompanhamento audiológico com audiometria evidenciando perda auditiva condutiva bilateral de grau leve a moderadamente severo e acompanhamento ambulatorial por três meses, com boa evolução.

Caso 3

J.V.B.F.Q, masculino, 6 meses, trazido ao serviço com queixa de abaulamento retroauricular esquerdo acompanhado de irritabilidade, febre de 39,5°C e inapetência há 20 dias. Apresentava ao exame físico otorrêa purulenta em orelha esquerda e abaulamento retroauricular esquerdo com sinais flogísticos. Iniciado tratamento com ceftriaxona e prednisolona, e realizado TC de osso temporal evidenciando otomastoidite bilateral, mais exuberante a esquerda e pequeno abscesso periauricular esquerdo, sendo feito diagnóstico

de OMA complicada com mastoidite aguda e abscesso subperiosteal.

Realizada a drenagem de abscesso retroauricular esquerdo e miringotomia com colocação de TV à esquerda, sem intercorrências. Mantidos ceftriaxona e prednisona por sete dias, com melhora importante dos sintomas.

Não houve crescimento bacteriano à cultura.

Paciente foi acompanhado ambulatorialmente, com melhora do quadro e sem recidivas.

DISCUSSÃO

A maioria das complicações de OMA ocorrem em pacientes nas duas primeiras décadas de vida.^{2,4} Baixo-nível socioeconômico e aglomerados conferem tanto um maior risco de infecção, quanto uma maior incidência de complicações. Uma educação em saúde inadequada e acesso limitado a cuidados médicos contribuem para o risco elevado de complicações. A maioria dos relatórios atuais de abscessos cerebrais otogênicos vêm de países subdesenvolvidos.⁶

As complicações da OMA podem ser intratemporais, e intracraniana.⁵ De acordo com a literatura a mastoidite aguda é a complicação intratemporal mais comum e a meningite é a complicação intracraniana mais comum. Como mostrado nos casos descritos, os 3 casos apresentaram, assim como evidenciado na literatura, mastoidite aguda, o que mostra que essa ainda continua sendo uma complicação muito comum; porém nenhum dos casos apresentou meningite como complicação intracraniana, a complicação intracraniana evidenciada foi abscesso cerebral.

Na mastoidite aguda observa-se a tríade de otalgia (dor retroauricular), febre e protrusão da orelha, sendo o diagnóstico confirmado através da tomografia computadorizada de osso temporal. O tratamento objetiva a eliminação da infecção, preservação da função do ouvido e prevenção de complicações, e baseia-se na miringotomia, na inserção de tubo de ventilação (TV), antibiótico endovenoso e mastoidectomia em alguns casos, principalmente se houver resposta inadequada ao antibiótico ou complicações. O antibiótico deve ser dirigido contra o *Streptococcus pyogenes* do grupo A. Deve ocorrer melhora clínica nas primeiras 24 a 48 horas.^{5,7} Em relação aos casos relatados, todos apresentaram mastoidite aguda como complicação da OMA, sendo realizado a miringotomia com inserção de TV, os dois primeiros casos foram submetidos a mastoidectomia conservadora devido às outras complicações que apresentaram.

Além dessa complicação, os casos descritos apresentaram outras complicações intratemporais menos frequentes, porém de importância significativa, que foram a trombose de Bezold, trombose venosa e abscesso subperiosteal.

O abscesso subperiosteal é a progressão da mastoidite. Pode ocorrer em três locais, sendo a região retroauricular a mais comum. O diagnóstico é realizado através da TC. O tratamento compreende além da miringotomia com inserção de TV e antibioticoterapia, a incisão e drenagem do abscesso e mastoidectomia.⁵ Assim como evidenciado nos casos descritos, apresentando boa evolução.

A mastoidite de Bezold é rara, ocorre devido a penetração da infecção na crista digástrica, com formação de coleção purulenta cervical no músculo esternocleidomastóideo. Pode ser observado em cerca de 50% das crianças com

mastoidite, principalmente em casos de diagnóstico tardio ou tratamento inadequado.¹⁰ O melhor exame para diagnóstico é a TC. E o melhor tratamento indicado é, além da miringotomia com inserção de T e da antibioticoterapia que deve ser de amplo espectro e ter uma boa penetração através da barreira hematoencefálica, incisão e drenagem do abscesso e mastoidectomia. Se após a mastoidectomia não houver melhora, pode-se pensar em infecção do ápice petroso da mastoide, que é uma complicação muito grave pois pode levar a síndrome de Gradenigo (dor retroorbitária e paralisia do VI par craniano, com otalgia e otorréia profusa. Nesse caso a exploração cirúrgica deve envolver a remoção de todas as células infectadas ao redor do labirinto e no ápice petroso.^{1,6,8,9} Como relatado no caso 1, a paciente apresentou OMA com mastoidite de Bezold e também como complicação a síndrome de Gradenigo, e após antibioticoterapia com mastoidectomia, miringotomia com inserção de TV e drenagem de abscessos, apresentou boa evolução.

A trombose de seios durais principalmente de seio sigmoide, é uma complicação que tem se tornado mais frequente apesar da antibioticoterapia. A mortalidade é de 17 a 24%. A placa óssea do sigmoide é erodida e causa o abscesso perisinusal. O abscesso exerce pressão sobre o osso, causando necrose sobre a parede anterior do seio e da sua íntima, com aderência de fibrina, hemácias e plaquetas, formando um trombo mural, que pode propagar-se para outros seios durais. Observa-se picos de febre e o sinal de Griesinger (edema retroauricular secundária a trombose de veia emissária). À TC observa-se o sinal delta (espessamento perisinusal da dura mater) e a RNM mostra sigmoide bloqueado. O tratamento compreende antibioticoterapia e mastoidectomia com exposição do seio, e remoção do trombo através da abertura do seio. A ligadura da veia jugular interna e o uso de anticoagulantes são condutas controversas. Como descrito nesse trabalho, ocorreu um caso de trombose de seio dural, sendo manejado com antibioticoterapia, anticoagulação e mastoidectomia aberta, sem abertura do seio, apresentando boa evolução clínica.^{4,5,6}

Os abscessos cerebrais nos estágios iniciais apresentam encefalite e nos estágios latentes tem poucos sintomas específicos mesmo na presença de abscesso bem definido. A mortalidade é de 20 a 40%. A localização mais frequente é a região temporal e cerebelo e frequentemente se associam a alteração em pares cranianos. O tratamento é realizado com mastoidectomia associada a antibioticoterapia e em alguns casos aspiração ou drenagem aberta do abscesso. Como descrito no segundo caso, paciente apresentou abscesso cerebral como complicação da OMA, com boa evolução clínica após antibioticoterapia, mastoidectomia e drenagem do abscesso.⁵

CONCLUSÃO

Alguns casos de OMA podem se mostrar arrastados ou sem gravidade ou até mesmo assintomáticos, sendo tratados com antibioticoterapia inadequada, que além de mascarar o quadro clínico, atrasam o diagnóstico, aumentando a chance de complicações, piorando o prognóstico e aumentando a taxa de mortalidade. Sendo assim, a OMA é uma doença que não deve ser banalizadas devido ao risco de complicações que podem ser graves e potencialmente fatais.

REFERÊNCIAS

1. Penido NO, Chandrasekhar SS, Borin A, Maranhao AS, Gurgel Testa JR. Complications of otitis media - a potentially lethal problem still present. *Braz J Otorhinolaryngol* 2016; 82:253-62.
2. Flint PW, Robbins KT, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK et al. *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Philadelphia, PA: ELSEVIER, 2015.
3. Garcia LB, Moussalem GF, Andrade JSC, Gomes JM, Cruz OLM et al. Transcanal endoscopic myringoplasty: a case series in a university center. *Braz J Otorhinolaryngol* 2016; 82:321-25.
4. Maranhão A, Andrade J, Godofredo V, Matos R, Penido N. Epidemiology of intratemporal complications of otitis media. *International archives of otorhinolaryngology* 2014; 18:178-83.
5. Zalzal G. Complicações da Otite Média Aguda. V *Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO* 2006; 56: 270-2.
6. Miura MS, Krumennauer RC, Lubianca NJF. Intracranial complications of chronic suppurative otitis media in children. *Braz J Otorhinolaryngol* 2005; 71:639-43.
7. Mattos JL, Colman KL, Casselbrant ML, Chi DH. Intratemporal and intracranial complications of acute otitis media in a pediatric population. *International journal of pediatric otorhinolaryngology* 2014; 78: 2161-4.
8. Mushi MF, Mwalutende AE, Gilyoma JM, Chalya PL, Seni J et al. Predictors of disease complications and treatment outcome among patients with chronic suppurative otitis media attending a tertiary hospital, Mwanza Tanzania. *BMC Ear Nose Throat Disord* 2016; 16:1.
9. Secko M, Aherne A. Diagnosis of Bezold abscess using bedside ultrasound. *The Journal of emergency medicine* 2013; 44:670-72.