

Otite Média Crônica com evolução para mastoidite, meningite e abscesso encefálico: Relato de caso.

Chronic otitis media with evolution progressing to mastoiditis, meningitis and encephalic abscess: Case report.

Autores: Moreira, PAA¹, Nascimento, IP²

1. Estudante da graduação em medicina (UFPB);
2. Médico otorrinolaringologista do Hospital Universitário Lauro Wanderley (UFPB).

RESUMO

Introdução: A Otite Média Crônica (OMC) é motivo frequente de consulta médica. Apesar da evolução dos antibióticos e das técnicas cirúrgicas, as Otites Médias, quando não adequadamente diagnosticadas e tratadas, podem levar a complicações (intra e extracranianas) e mesmo risco de vida. A Meningite é a complicação intracraniana (CIC) mais comum, seguida pelo abscesso cerebral, sendo a segunda a mais letal. A mastoidite consiste na complicação intratemporal mais frequente no curso das OMCs. **Relato de caso:** Paciente, 16 anos, internada com quadro de otorreia purulenta associada à febre há 15 dias. Apresentava história de otorreia purulenta intermitente desde a infância. Evoluiu com sinais e sintomas sugestivos de extensão do processo infeccioso para estruturas ósseas e neurológicas. Feito diagnóstico de meningite, abscessos em sistema nervoso central e mastoidite. Realizados múltiplos esquemas antimicrobianos, drenagem dos abscessos e, posteriormente, mastoidectomia direita. Evoluiu bem no pós-operatório e após a alta hospitalar. **Comentários:** A OMC possui alta prevalência, principalmente na parcela da população com precárias condições de vida e acesso restrito aos serviços de saúde. Apesar da menor incidência das complicações da OMC após a evolução da antibioticoterapia, quando ocorrem, elas ainda estão associadas a um prognóstico ruim. O médico deve estar atento ao diagnóstico e tratamento precoce e adequado das afecções infecciosas da orelha média, evitando, assim, a cronificação da infecção e o desenvolvimento de suas complicações.

Descritores: otite média crônica; mastoidite; meningite; abscesso cerebral.

ABSTRACT

Introduction: *Chronic otitis media (COM) is a frequent reason for medical consultation. Although the development of antibiotics and surgical techniques, otitis media, if not properly diagnosed and treated, can lead to complications (intra and extracranials) and even life threatening. Meningitis is the most common intracranial complication (CIC), followed by brain abscess, the second being the most lethal. Mastoiditis is the most common intratemporal complication in the course of the COMs.* **Case report:** *Patient, 16 years old, hospitalized with signs of ear purulent discharge associated with fever for 15 days. Had a history of intermittent ear purulent discharge from childhood. Developed signs and symptoms suggestive of extension of the*

*infection to neurological and bone structures. Diagnosed with meningitis, abscesses in the central nervous system and mastoiditis. Submitted to multiple antimicrobial regimens, drainage of abscesses, and subsequently right mastoidectomy. The patient recovered well postoperatively and after hospital discharge. **Discussion:** The COM has a high prevalence, especially in the segment of the population with poor living conditions and limited access to health services. Despite the lower incidence of complications COM after the evolution of antibiotic therapy, when they occur, they are still associated with a poor prognosis. **Conclusion:** The physician should be alert to the early and appropriate diagnosis and treatment of infectious diseases of the middle ear, thus preventing chronicity of infection and the development of complications.*

Keywords: *chronic otitis media, mastoiditis, meningitis, brain abscess.*

INTRODUÇÃO

A Otite Média Crônica (OMC) é motivo frequente de consulta nos serviços de Otorrinolaringologia e Clínica Geral. Sua prevalência pode variar de 1% a 46%, dependendo da classe social ou do grupo estudado. Afeta, principalmente, a população pobre e grupos minoritários de países em desenvolvimento, como o Brasil.¹

As complicações locais, regionais e à distância devem ser identificadas em estágios precoces para evitar sequelas graves e diminuir sua mortalidade. Apesar da evolução dos antibióticos e das técnicas cirúrgicas, as Otites Médias Agudas e Crônicas, quando não adequadamente diagnosticadas e tratadas, podem levar a complicações e mesmo risco de vida.¹

A otite média crônica (OMC) supurativa caracteriza-se pela persistência de uma perfuração da membrana timpânica e pela presença de um exsudato, oriundo do ouvido médio, mucocatarral, mucopurulento ou purulento, e drenado através do meato acústico externo. Sob o ponto de vista clínico, dividimos a OMC em dois grupos individualizados e distintos.²

A OMC simples é de prognóstico benigno, sem tendência a complicação grave. É quase sempre secundária a uma otite aguda necrosante, evoluindo com restauração dos tecidos, mas deixando como sequela uma perfuração da parte tensa da membrana timpânica.²

Já a OMC colesteatomatosa (OMCC) possui prognóstico reservado, uma vez que pode precipitar complicações graves. Esse subtipo de OMC se instala após um episódio de otite média aguda necrosante de intensidade acentuada, na qual se verificam fenômenos de necrose e destruição de intensidade variável do mucoperiósteo e estruturas ósseas do ouvido médio, além de lesões osteísticas do elo ossicular e perfurações da porção tensa da membrana timpânica. Embora menos

comum que a otite média crônica simples, a OMCC está relativamente mais associada a complicações devido ao seu potencial invasivo.^{2,3,4}

As complicações das otites médias podem ser divididas em intratemporais (perfuração da membrana timpânica, hipoacusia condutiva e sensorineural, lesões ossiculares, paralisia facial, mastoidite, labirintite e petrosite) e extratemporais, podendo estas ser intracranianas (CIC) ou extracranianas (abscesso retroauricular, zigomático e de Bezold).^{3,5}

Em ordem decrescente, as principais CICs das OMC são: meningite, abscesso cerebral, abscesso extradural e tromboflebite do seio lateral.⁵

A incidência das complicações diminuiu após a expansão do uso dos antimicrobianos na prática médica: as CIC tiveram uma redução de 2,3% para 0,04%; e as mastoidites de 20% para menos de 0,5%. Entretanto, as CIC continuam representando uma situação de risco, devido a sua elevada taxa de mortalidade, chegando até 36%.⁵

Quanto a epidemiologia, a literatura demonstra que as complicações da OMC ocorrem mais frequentemente em pacientes do sexo masculino, jovens ou de meia-idade.⁶

Suspeitamos de CIC quando o paciente apresentar manifestações clínicas como cefaléia persistente, mal estar, febre, otalgia, letargia, náuseas, vômitos, rigidez de nuca, diplopia, hemianopsia, edema de papila, visão borrada, ataxia, convulsões, afasia, tremor de intenção, dismetria e/ou disdiadococinesia. O uso de antibióticos pode mascarar alguns sintomas, dificultando o diagnóstico. Estes pacientes apresentam, geralmente, sintomas leves, mas por um período prolongado, além de febre alta e de um grau variável de sinais otológicos e neurológicos.³

A Meningite, CIC mais comum das OMC, pode ocorrer por invasão direta da doença; inflamação em áreas próximas à meninge (abscesso, tromboflebite); ou mesmo por disseminação hematogênica a partir da orelha infectada, sendo essa última mais frequente nos casos de otite média aguda. Nas meningites decorrentes de OMC, as bactérias envolvidas são geralmente gram-negativas, enquanto na forma secundária a otite média aguda, são o *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* e *H. influenzae*.⁵

O quadro clínico clássico inclui cefaleia, febre, náuseas e vômitos, associados à rigidez nuchal, além dos sinais de Kernig e Brudzinski no exame físico. Na meningite de causa otogênica, é recomendada a realização de tomografia computadorizada (TC) para excluir a associação com outra CIC. O tratamento consiste em antibioticoterapia e exploração cirúrgica da orelha média e mastóide, procurando comunicação com o sistema nervoso central.^{3,4,7}

Os abscessos podem ser divididos em extradurais (epidurais), subdurais, intracerebrais ou intracerebelares. O extradural é o mais comum, podendo ocorrer por destruição óssea pelo colesteatoma ao chegar na duramáter, ou por infecção direta.³

O abscesso cerebral é a segunda CIC mais freqüente, sendo a mais letal. Diferentemente da meningite que pode ocorrer por OMC, porém é mais freqüente durante episódios de otite média aguda, essa complicação é conseqüência, quase que exclusiva, da OMC. Os locais mais acometidos são o lobo temporal e o cerebelo, sendo, geralmente, unilateral.⁸

As vias de extensão para a formação do abscesso, a partir do ouvido médio, são: erosão direta por meio de coalescência, erosão colesteatomatosa ou por extensão perivascular direta e tromboflebite retrógrada. Além disso, pode ocorrer por extensão através de vias pré-formadas, como labirinto, canal auditivo interno e fraturas do osso temporal.⁴

O curso clínico de um abscesso cerebral pode variar de acordo com o tipo e a virulência do patógeno envolvido, da localização da infecção, da efetividade do tratamento antimicrobiano e do sucesso da terapêutica cirúrgica. O diagnóstico é realizado através de exames de imagem. O tratamento envolve antibioticoterapia, drenagem do abscesso, além de eliminação do foco infeccioso do ouvido médio. Apesar da melhoria dos métodos diagnósticos e terapêuticos, a mortalidade continua elevada.⁵

A mastoidite, complicação intratemporal mais comum das OMCs, ocorre devido a um processo congestivo da mucosa que forra o antro mastoideo (principal célula mastoidea, que se comunica anteriormente com a caixa do tímpano) e as demais células mastóideas. O edema inflamatório da mucosa associada a disposição anatômica dessa estrutura favorece a obstrução parcial ou total dos orifícios celulares, com retenção purulenta, aumento da tensão intracelular do exsudato e subsequente instalação de processo de osteíte.²

Otalgia, febre e dor retroauricular são os sintomas mais comuns dessa condição. Como sinais, pode-se ter hiperemia e edema local, além de deslocamento anterior do pavilhão auricular e perda do sulco retroauricular. O diagnóstico é eminentemente clínico e pode ser complementado com TC, na qual é visualizado velamento de mastóide e sinais de destruição óssea com osteomielite. O tratamento é individualizado de acordo com a evolução do paciente, variando desde antibioticoterapia associada à miringotomia ampla até procedimentos cirúrgicos mais radicais como a mastoidectomia nos casos associados a colesteatoma.⁹

As técnicas de mastoidectomia podem ser divididas em fechadas ou abertas, dependendo da permanência ou retirada da parede posterior do conduto auditivo

externo, respectivamente. As vantagens das técnicas fechadas incluem um melhor resultado audiométrico e recuperação mais rápida, porém estão associadas com maior incidência de colesteatoma recorrente ou residual oculto. Já as técnicas abertas possuem recorrência rara e permitem visualização de colesteatoma residual. Entretanto, estão associadas com maior quantidade de complicações pós-operatórias devido à presença de uma cavidade ampla, além de exigir limpeza a cada seis ou doze meses. As mastoidectomias abertas são as de escolha nos casos em que se objetiva erradicação do colesteatoma da orelha média; nos colesteatomas extensos, infiltrativos ou muito destrutivos; ou quando existe a presença de complicações intracranianas importantes, entre outras indicações.¹⁰

Dessa forma, o presente estudo visa relatar o caso clínico de uma paciente jovem, portadora de OMC, que evoluiu com múltiplas complicações decorrentes da extensão do processo infeccioso para estruturas ósseas e neurais.

RELATO DO CASO

S.D.S., feminino, 16 anos, solteira, católica, ensino fundamental incompleto. Natural e procedente de Alagoinha – PB.

. Paciente admitida no Hospital Universitário Lauro Wanderley (H.U.L.W.) no dia 21/09/2012 com quadro de otorreia purulenta em orelha direita associada à febre há cerca de 15 dias. Apresentava história de otorreia mucopurulenta intermitente desde os três meses de idade. Nunca submetida a acompanhamento médico adequado devido à falta de acesso à saúde onde mora. Ao exame, apresentava persistência da otorreia, confusão mental leve, dislalia, desidratação e sinal de Brudski positivo, porém sem rigidez de nuca associada. Exame de fundo de olho sem alterações. Paciente esteve internada no Hospital Regional de Guarabira (H.R.G.) por quatro dias, tendo feito uso de ceftriaxone.

Mesmo com o uso da terapia antibiótica (ceftriaxone e metronidazol), paciente apresentou persistência do quadro de otorreia e dislalia, evoluindo com otalgia, cefaleia, dificuldade de deambulação, estrabismo convergente, diminuição da acuidade visual para longe e marcha atáxica. Levantadas as hipóteses de otite média crônica complicada com meningite bacteriana aguda e abscesso em sistema nervoso central.

TC realizada no dia 28/09/2012 demonstrou presença de otomastoidopatia inflamatória crônica à direita com erosão do esporão de Chaussé e da cadeia

ossicular, sendo considerada a possibilidade de colesteatoma; sinusopatia maxilar e esfenoidal bilaterais; aparente comunicação do processo inflamatório otomastoideo com a fossa craniana média, observando-se coleções hipodensas e alterações da densidade do parênquima encefálico do lobo temporal e pedúnculo cerebelar médio direito, além de aparente coleção extra-axial na fossa posterior direita. Realizada hipótese diagnóstica de abscessos com cerebrite nas fossas média e posterior.

Encaminhada ao Hospital Estadual de Emergência e Trauma no dia 10/10/2012 para realização de drenagem de abscesso cerebral e cerebelar, tendo feito uso, até então, de 20 dias de ceftriaxone, 19 dias de metronidazol e seis dias de oxacilina.

Admitida novamente no nosso serviço no dia 11/10/2012 após procedimento neurocirúrgico, evoluindo bem no pós-operatório, queixando-se apenas de leve cefaleia. Entretanto, desenvolveu quadro característico de varicela, sendo iniciado uso de aciclovir.

Paciente persistiu com quadro de otorreia purulenta à direita, otalgia e febre. Suspenso metronidazol e oxacilina e iniciado meropenem. Evoluiu com edema em região pré e pós-auricular direita, dolorosa à palpação, apagamento do sulco retroauricular e presença de sinais flogísticos. Introduzido ciprofloxacino.

TC de mastoide do dia 23/10/2012 verificou sinais de pansinusopatia e mastoidite à direita, com aeração normal da caixa timpânica e antro mastoideo (Figura 1). Após melhora do quadro inflamatório local, no dia 31/10/2012, foi submetida à mastoidectomia aberta direita. Procedimento realizado sem intercorrências. Tendo como achados cirúrgicos a destruição dos ossículos, bem como da membrana timpânica. Foi rebaixada a parede posterior do conduto auditivo externo, criando-se uma cavidade única, que foi comunicada amplamente com o meio externo através de uma meatoplastia ampla. Não havia exposição do nervo facial, tendo sido preservada a sua cobertura óssea.

Foi realizada TC de controle no dia 09/11/2012, mostrando sinais de manipulação cirúrgica da região mastoidea direita, com perda de sua anatomia e ocupação por material hiperatenuante. (Figura 2)

Apresentou boa evolução no pós-operatório, com alta hospitalar no dia 13/11/2012 e retorno agendado ao ambulatório de otorrinolaringologia. Durante essa nova internação após procedimento neurocirúrgico no Hospital Estadual de Emergência e Trauma, fez uso de 17 dias de meropenem, 21 dias de teicoplanina e 18 dias de ciprofloxacino.

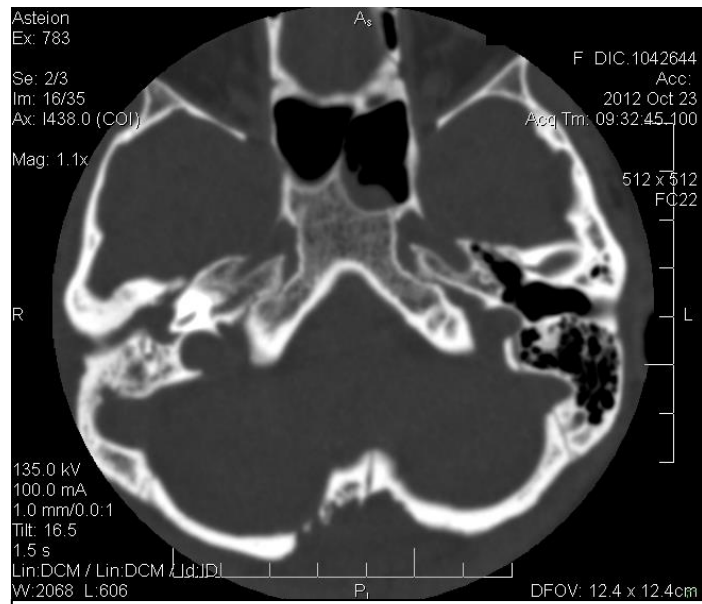


Figura 1: Tomografia Computadorizada de região mastoidea realizada no dia 23/10/2012 com verificação de sinais de pansinusopatia e mastoidite à direita; com aeração normal da caixa timpânica e do antro mastoideo.



Figura 2: Tomografia Computadorizada de região mastoidea realizada no dia 09/11/2012, mostrando sinais de manipulação cirúrgica da mastóide direita, com perda de sua anatomia e ocupação por material

Nas consultas ambulatoriais subsequentes, paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sem sintomatologia importante. A caixa mastoidea apresentou epitelação adequada, sem formação de granulação. Em audiometria realizada quatro

meses após mastoidectomia aberta direita, apresentou perda auditiva em ambos os ouvidos, de grau moderado em ouvido direito e leve em ouvido esquerdo.

Em sua última consulta de controle pós-cirúrgico, o ouvido encontrava-se sem secreções ou descamação, com epitelização da caixa mastoidea. O meato acústico mantinha-se amplamente aberto.

COMENTÁRIOS

A otite média crônica possui alta prevalência, principalmente na parcela economicamente menos favorecida da população. Os precários hábitos de higiene e condições de vida associados à dificuldade no acesso aos serviços de saúde são fatores que favorecem a cronificação do processo infeccioso nesses pacientes. A paciente do caso em questão, oriunda da zona rural do Estado, apresentava história de surtos de otorreia mucopurulenta desde a infância. O longo período de evolução, associada à falta de tratamento médico adequado, levou às complicações decorrentes da disseminação do processo infeccioso para estruturas intra e extracranianas.

À admissão, a paciente já apresentava sintomas e sinais clínicos sugestivos de otite média em atividade e das complicações do processo infeccioso. Os dados na história que falam a favor do desenvolvimento de meningite são a febre, a queda do estado geral, a desidratação e o sinal de Brudski positivo. Segundo a literatura, o diagnóstico de meningite associado à otite média crônica impõe a realização de um exame de neuroimagem para avaliação de possível associação com outra complicação intracraniana (CIC). Ainda na admissão e nos primeiros dias de internação, a paciente apresentou outros importantes sinais e sintomas relatados na literatura em relação às CIC, como confusão mental, dislalia, cefaleia, estrabismo, diminuição da acuidade visual, marcha atáxica, além da persistência do quadro geral comprometido apesar do início de antibioticoterapia empírica.

A realização da tomografia computadorizada (TC) confirmou as suspeitas de otite média crônica colesteatomatosa, associada a processo infeccioso em estruturas ósseas e neurais. Segundo NUNEZ, as localizações mais frequentes dos abscessos intracranianos na OMC são o lobo temporal e o cerebelo, mesmos locais em que a TC da paciente identificou alterações na densidade do parênquima encefálico sugestivas desse diagnóstico.

A conduta adotada quanto aos abscessos encefálicos na paciente vai de acordo com o que é embasado na literatura, consistindo em uso de antibióticos, drenagem do abscesso e eliminação do foco infeccioso do ouvido médio.

De acordo com dados da literatura, a mortalidade das CIC na OMC pode chegar a 36%, entretanto, o prognóstico depende de inúmeras variáveis. Nossa paciente apresentou boa resposta ao procedimento neurocirúrgico e aos antibióticos, evoluindo favoravelmente durante a internação e após a alta hospitalar.

A persistência da febre e da otalgia e encontro posterior de edema e eritema pré e pós-auricular, dolorosos à palpação, associados a apagamento do sulco retroauricular direcionaram o diagnóstico para a complicação intratemporal mais comum da OMC relatada em vários estudos: a mastoidite. A suspeita da presença dessa condição inflamatória foi confirmada após a realização de TC da região.

Apesar de mais comum na vigência da otite média aguda (OMA), a mastoidite também pode ocorrer na OMC, como no caso da paciente apresentada. A realização da drenagem cirúrgica da mastoide, associada a antibioticoterapia adequada, levou a melhora importante do quadro clínico da paciente, com regressão gradual da dor, da otalgia e da otorreia.

A escolha da técnica de mastoidectomia aberta deveu-se ao quadro infeccioso grave; à destruição dos ossículos do ouvido médio; à presença de complicações intracranianas na evolução da doença; e à maior facilidade de controle pós-cirúrgico da orelha.

A audiometria realizada não nos possibilita uma avaliação correta acerca da terapêutica adotada para a paciente, já que não dispomos de um exame anterior para a comparação dos resultados. Porém, podemos verificar prejuízo à audição decorrente da mastoidectomia realizada e do longo tempo de evolução do processo infeccioso.

A infecção aguda do ouvido médio é uma condição frequente na prática médica. A cronificação desse processo infeccioso pode trazer várias complicações ao paciente, além de uma diminuição de sua qualidade de vida, justificando-se, assim, a importância do tratamento dessa condição, de maneira precoce e adequada.

Frente ao diagnóstico de otite média crônica, o médico deve estar atento à ocorrência das complicações decorrentes da extensão do processo infectoinflamatório para estruturas contíguas. Apesar da frequência de tais condições ter se reduzido com o uso dos antibióticos, elas ainda trazem importante morbimortalidade aos pacientes,

principalmente àqueles com baixas condições socioeconômicas e acesso restrito aos serviços de saúde, como a paciente do caso em questão.

Uma boa anamnese e exame físico, associados a exames complementares adequados são de grande importância no diagnóstico das complicações intra e extracranianas da otite média crônica, possibilitando, dessa maneira, uma intervenção precoce com melhora do prognóstico do paciente.

REFERÊNCIAS

1 - Días AM, Chiossone JA, Mattei R, Caibe G. Chronic otitis media complications: experience at Hospital Universitário de Caracas. 2006. Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.; 24(3):167-73.

2 - Chaves VFC. Otite média: diagnóstico diferencial entre os tipos de Otite Média. Monografia de conclusão de curso de especialização em audiologia.1999. CEFAC: Centro de Especialização em Fonoaudiologia clínica.

3 – Miura MS; Krumennauer RC; Neto JFL. Complicações intracranianas das otites médias crônicas supurativas em crianças. Rev Bras Otorrinolaringol. Set./out. 2005. V.71, n.5, 639-43,

4 – Martins GSQ et al. Descrição de 34 pacientes com Otite Média Crônica Colesteatomatosa Complicada. Arq. Int. Otorrinolaringol. 2008. São Paulo, v 12, n3, p 370-376.

5 – Neto JFL; Sant`Anna GD; Saffer M. Complicações intracranianas das otites médias crônicas supurativas: uma realidade. J Bras Neurocirurgia. 1995. 6: 08-14.

6 – Yorgancilar E. et al. Complications of chronic suppurativa otitis media: a retrospective review. Eur Arch Otorhinolaryngol. Nov, 2011.

7 - Miura MS, Krumennauer RC, Lubianca Neto JF. Complicações intracranianas das otites médias crônicas supurativas em crianças. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005; 71(5):639-43.

8 - Nunez DA, Browning GG. Risks of developing na otogenic intracranial abscess. J Laryngol Otol. 1990, 104:468-472.

9 - Costa SS, Laécio O, Oliveira JAA. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2ª ed. Artmed; 2006. p. 334- 41.

10 – Bailey, BJ; Johnson JT. Otorrinolaringologia – Cirurgia de Cabeça e Pescoço. 3^a ed. Editora Revinter. 2009. Cap: 141