

COMPLICAÇÕES DAS OTITES MÉDIAS CRÔNICAS
COMPLICATIONS OF CHRONIC OTITIS MEDIA

César Rodrigues Lima Neto¹, Felipe Almeida Mendes¹, Ivana Dias da Silva¹, Naiara Fernandes Silvestre¹, Vinicius Faria Gignon², Pedro Robson Boldorini³, José Jarjura Jorge Junior⁴

RESUMO

A Otite Média Crônica (OMC) é motivo freqüente de consulta nos serviços de Otorrinolaringologia e Clínica Geral. As complicações das OMC podem ser divididas em intratemporais (mastoidite, petrosite, labirintite, fistula labiríntica e paralisia facial) e intracranianas (meningite, tromboflebite de seio leteral, abscesso extradural, empiema subdural, abscessos parenquimatosos e hidrocefalia otítica). A proposta deste trabalho é relatar um caso ocorrido no Conjunto Hospitalar de Sorocaba e, através de breve revisão da literatura atual, alertar colegas médicos da importância do diagnóstico precoce, evitando complicações potencialmente fatais.

Descritores: otite média, doença crônica.

ABSTRACT

Chronic Otitis Media (COM) is a pathology frequently seen by Otolaryngologists and General Physicians. The complications of the COM can be divided in intratemporal (mastoiditis, petrositis, labyrinthitis, labyrinthine fistulae and facial paralysis) and intracranial (meningitis, lateral sinus thrombophlebitis, extradural abscess, subdural empyema and otitic hydrocephalus). The proposal of this paper is to show a case presented at Conjunto Hospitalar de Sorocaba and through a brief revision of the current literature, alert medical colleagues of the importance of the precocious diagnosis preventing potentially fatal complications.

Key-words: otitis media, chronic disease.

INTRODUÇÃO

A Otite Média Crônica (OMC) é motivo freqüente de consulta nos serviços de Otorrinolaringologia e Clínica Geral.¹ Sua prevalência varia de 1% a 46%, dependendo da

classe social ou do grupo estudado, afetando especialmente a população pobre e grupos minoritários de países em desenvolvimento.² A identificação das complicações locais, regionais e à distância deve ser feita em estágios precoces para evitar seqüelas importantes assim como para diminuir sua mortalidade.¹ Apesar da grande 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.³

O objetivo deste artigo é alertar colegas médicos sobre as potenciais complicações intratemporais e intracranianas das OMC através de um relato de caso ocorrido no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) e breve revisão da literatura.

RELATO DE CASO

L.G.L., 31 anos, masculino, branco, natural e procedente de Iperó /SP, foi admitido no Setor de Emergência do CHS com quadro de cefaléia, febre, vômitos em jato e rigidez nuchal. Análise de líquor confirmou o diagnóstico de meningite bacteriana, tendo sido tratado por 14 dias com ceftriaxona e boa evolução do quadro. Na anamnese verificou-se que o mesmo apresentava otorrêia crônica à direita desde a infância associada à diminuição da audição e vertigem sem tinido. Otoscopia apresentava secreção espessa e lamelas de tecido esbranquiçado e peroláceo. Solicitada tomografia computadorizada de mastóides, que demonstrou erosão óssea na região do *tegmen tympanii* (figura), comunicando orelha média e meninge além de outros achados que sugeriam OMC Colesteatomatosa.

Após o término da antibioticoterapia, optou-se por tratamento cirúrgico através de mastoidectomia radical direita. No intra-operatório foi observada meningocele através da deiscência óssea. Realizada sua redução com ancoragem através do uso de cartilagem de tragus e da concha da orelha.

Paciente apresenta-se em acompanhamento ambulatorial sem novas complicações após quatro anos de seguimento.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 10, n. 3, p. 21 - 24, 2008

1 - Acadêmico (a) do curso de Medicina - CCMB/PUC-SP

2 - Residente em Otorrinolaringologia - CCMB/PUC-SP

3 - Professor voluntário do Depto. de Cirurgia - CCMB/PUC-SP

4 - Professor do Depto. de Cirurgia - CCMB/PUC-SP

Recebido em 6/3/2008. Aceito para publicação em 14/8/2008.

Contato: jarjura@ globo.com



Figura. Erosão óssea na região do *tegen tympanii*

DISCUSSÃO

O colesteatoma é um epitélio escamoso estratificado de crescimento independente e progressivo, com destruição dos tecidos adjacentes, em especial o tecido ósseo, com tendência a recorrer. A OMC Colesteatomatosa apresenta-se com otorrêia fétida que dificilmente cessa com o tratamento clínico. Esta apresentação deve merecer atenção do médico assistente, que deve encaminhar o paciente ao especialista para tomar as providências necessárias, que incluem a erradicação do colesteatoma através de cirurgia (a mastoidectomia), uma vez que pode culminar em complicações que deixam seqüelas importantes e que eventualmente podem ser fatais.

As complicações das OMC podem ser divididas em intratemporais (mastoidite, petrosite, labirintite, fístula labiríntica e paralisia facial) e intracranianas (meningite, tromboflebite de seio leteral, abscesso extradural, empiema subdural, abscessos parenquimatosos e hidrocefalia óptica). Faremos uma breve revisão dos principais aspectos descritos de cada uma delas a seguir.

Mastoidite

Os sintomas mais comuns são otalgia, febre e dor retroauricular. Como sinais, pode-se ter hiperemia e edema local, deslocamento anterior do pavilhão auricular e perda do sulco retroauricular (abscesso subperiosteal).^{4,5} O diagnóstico é clínico e pode ser complementado com TC mastóides, na qual é visualizado velamento de mastóide e sinais de destruição óssea com osteomielite caracteristicamente lateral ao seio sigmóide.⁵ O tratamento depende muito da evolução, variando desde antibioticoterapia associada à miringotomia ampla até mastoidectomia radical nos casos de OMC colesteatomatosa; no entanto, cada caso deve ser individualizado.^{6,7}

Petrosite

Disseminação da infecção para o ápice da parte petrosa do temporal cursando com dor ocular ou retroorbitária, otorrêia profusa persistente e paralisia do VI par craniano, caracterizando a Síndrome de Gradenigo.⁴ Tratamento controverso com muitos autores justificando a intervenção cirúrgica precoce, enquanto outros poucos acreditam que o tratamento conservador é o mais adequado.⁸

Fístula labiríntica

O canal semicircular lateral é o local mais freqüente, podendo estar acompanhada ou não de outras estruturas, como o canal semicircular superior, posterior e mais raramente a cóclea.⁹ Sintomas associados a distúrbios do sistema auditivo e vestibular. Tratamento cirúrgico com obliteração da fístula.⁴

Labirintite

Resultante da invasão de tecido de granulação, fibrose ou colesteatoma no labirinto anterior ou posterior.⁴ O exame otoneurológico mostra nistagmo espontâneo, batendo para o lado oposto à lesão e geralmente de forte intensidade com arreflexia à prova calórica.¹⁰ A TC e RNM são capazes de mostrar com detalhes a alteração estrutural que afeta a cóclea e, em algumas circunstâncias, a região pericoclear adjacente (cápsula ótica). Pode-se determinar qual é a porção afetada.¹¹ O tratamento é realizado com antibioticoterapia e corticoterapia, podendo necessitar de drenagem cirúrgica. Quanto mais cedo o tratamento melhor é o prognóstico. A perda da função labiríntica é irreversível.¹⁰

Paralisia facial

Colesteatoma é uma causa de paralisia facial periférica devido às características destrutivas regionais. A etiopatogenia

pode estar ligada à compressão do nervo seguida de diminuição de seu suprimento vascular como também pela possível ação de substâncias neurotóxicas produzidas pela matriz do tumor ou pelas bactérias nele contidas.¹² Deve ser enfatizada a importância de um diagnóstico correto, que inclui TC pré-operatória que precise a extensão do colesteatoma e possíveis deiscências ósseas do canal de Falópio.¹³ A cirurgia deve ser feita precocemente, preferencialmente até 20 dias de paralisia, sob pena do resultado funcional deixar a desejar.

Meningite

Complicação intracraniana mais comum, podendo ocorrer por invasão direta através do ouvido médio ou da mastóide para a dura-máter e, então, para pia-máter e aracnóide; inflamação em áreas próximas à meninge (abscesso, tromboflebite); ou disseminação hematogênica a partir da orelha infectada (forma mais frequente nos casos agudos). As bactérias mais comuns são *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* e o *H. influenzae*. O tratamento consiste em antibioticoterapia e exploração cirúrgica da orelha média e mastóide, procurando comunicação com o sistema nervoso central.¹⁵

Trombose do Seio Lateral (TSL)

Erosão óssea da mastóide sobre o seio pela presença de colesteatoma, processos granulomatosos ou coalescência, que formam abscesso perissinusal e posteriormente trombo. O trombo pode infectar e liberar êmbolos infectados com mortalidade entre 10% e 36%. Pode ocorrer febre alta, dor retroauricular, dor no músculo esternocleidomastóideo e edema de papila. TC mostra o clássico “sinal delta” pelo espessamento da dura-máter. O tratamento é realizado com antibiótico endovenoso e mastoidectomia com exposição do seio lateral e parede da fossa posterior. Pode-se introduzir uma agulha no seio para confirmar a presença do trombo.^{15,16}

Abscesso extradural

Mais frequente, pode ocorrer por destruição óssea ou por infecção direta. Os sintomas incluem cefaléia temporal, otalgia intensa, febre baixa e mal-estar. Ao exame pode-se observar otorrêia pulsátil. A TC confirma o diagnóstico e a localização do abscesso. O tratamento consiste em drenagem cirúrgica e antibioticoterapia endovenosa.^{15,17}

Abscesso subdural

Formado geralmente à partir de flebite retrógrada, podendo ser evolução de abscesso extradural. Raramente associado a otites médias, sendo muito mais comum em sinusites. Tratamento é antibioticoterapia endovenosa por três a seis semanas e, frequentemente, a realização de craniotomia para drenar a coleção, além de mastoidectomia para erradicar o foco.^{15,17}

Abscesso cerebelar

Pode ocorrer via labiríntica, através do meato acústico interno ou via seio sigmóide (tromboflebite retrógrada). Sinais de hipertensão intracraniana intensos.^{15,17}

Hidrocefalo oticus (pseudotumor cerebral)

Aumento da pressão intracraniana associada à OMA ou OMC sem meningite, abscesso subdural ou abscesso cerebral. A etiologia é incerta, mas parece estar associada à obstrução do fluxo do seio sigmóide (tromboflebite). Tratamento consiste em controlar a infecção otológica e a pressão intracraniana com uso

de acetazolamina, corticóide e punções lombares repetidas. A mastoidectomia deve ser realizada com a exposição da dura-máter acometida e remoção do tecido de granulação.^{15,16,17}

O paciente em questão apresentou um quadro típico de meningite causada por extensão direta de uma OMC colesteatomatosa através da erosão óssea do teto da caixa timpânica. Ferlito e cols. (1997) caracterizam o colesteatoma como um cisto epidermóide, de crescimento independente e progressivo, com destruição de tecidos adjacentes, em especial o tecido ósseo, com tendência a recorrer.⁴ Diante do quadro de otorrêia fétida contínua, o diagnóstico de OMC colesteatomatosa e o encaminhamento para tratamento cirúrgico é imperativo e deve ser realizado prontamente para evitar as complicações citadas.

CONCLUSÕES

Através deste relato de caso e revisão da literatura atual, procuramos alertar médicos generalistas, pediatras e clínicos quanto às graves complicações das Otites Médias Crônicas e aumentar a vigilância e diagnóstico precoce desta patologia muito frequente em nosso meio.

REFERÊNCIAS

1. Días AM, Chiossone JA, Mattei R, Caibe G. Chronic otitis media complications: experience at Hospital Universitario de Caracas. *Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2006; 24(3):167-73.
2. Castaño R. Chronic middle otitis as a problem of public health in developing countries. *Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2001; 29(3):101-8.
3. Kotizias AS, Perfeito DJP. Complicações das otites médias, agudas e crônicas. *ACM Arq Catarin Med*. 2001; 30(3/4):44-9.
4. Costa SS, Laécio O, Oliveira JAA. *Otorrinolaringologia: princípios e prática*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 334-41.
5. Bento RF. *Tratado de otologia*. São Paulo; 1998. p. 235-9.
6. Figueiredo A, Henao L, Hernández C, Palácios A, Garrido E. Enoxacin in infecciones de oído médio y mastóides. *PCM*. 2001; 5(4):37-41.
7. Velarde MT, Palestina MH. Experiência en el tratamiento de la otomastoiditis crônica colesteatomatosa. *An Otorrinolaringol Mex*. 2000; 45(2):57-61.
8. Felix F, Oliveira MCD, Gismondi RAOC, Belmont H, Felix JAP. Tratamento conservador da Síndrome de Gradenigo. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003; 69(2):256-9.
9. Penido NO, Barros FA, Iha LCN, Abreu CEC, Silva RN, Park SW. Fistula labiríntica na otite média crônica colesteatomatosa. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003; 69(4):521-5.
10. Flaiban LT. Complicações de otites médias [monografia na Internet]. In: Seminários ORL. São Paulo: HCFMUSP; 2005 [acesso 24 set 2007]. Disponível em: http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario_36.pdf
11. Martinez M, Bruno C, Martín E, Canale N, De Luca L, Spina JC. Imágenes en patología coclear TC y RM. *Rev Argent Radiol*. 2002; 66(3):149-53.
12. Testa JRG, Vicente AO, Abreu CEC, Benbassat SF, Antunes ML. Colesteatoma causando paralisia facial. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003; 69(5):657-62.
13. Quintero Noa J, Paz Cordobés A, Hernández Cordero MC, Yepe Oliveros M, Cordero López G, Meléndez Pérez P. Descompresión del nervio facial en la otitis media crônica colesteatomatosa complicada: presentación de um caso. *Rev Habanera Cien Med*. 2005; 4(12).
14. Cruz Filho NA, Cruz NA, Aquino JEP. Paralisia facial por

- otites médias. Rev Bras Otorrinolaringol. 1991; 57(3):119-27.
15. Miura MS, Krumennauer RC, Lubianca Neto JF. Complicações intracranianas das otites médias crônicas supurativas em crianças. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005; 71(5):639-43.
16. Kurien MSM, Job MAS, Mathew MSJ, Chandy MSM. Orogenic intracranial abscess. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1998; 124:1353-6.
17. Kuczkowski J, Narozny W, Mikaszewski B. Intracranial complications of chronic otitis media. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Head Neck. 2006; 263(4):394.

Unimed 35 anos.
Isso tudo, foi você quem fez.

ANS - nº 34829-5
Médico Responsável:
Dr. Willy Harold G. Ferypi - CRM 41.418

Integra

Em 4 de junho de 1971, um sonho uniu a medicina e começou a sair do papel. Hoje, 35 anos depois, a realidade construída por mais de 700 médicos foi muito além do que se imaginou. Uma realização que se tornou referência em tecnologia, qualidade, carinho e responsabilidade. 35 anos Unimed Sorocaba. Isso tudo, foi você quem fez.

35 ANOS
Unimed 
SOROCABA

www.unimedsorocaba.com.br