

Disfagia orofaríngea pode ser uma consequência da otite externa necrotizante: relato de caso

Oropharyngeal dysphagia may be a consequence of necrotizing otitis externa: case report

Disfagia orofaríngea puede ser una consecuencia del externa del otitis necrotizante: Presentación de un caso

Karen de Oliveira dos Passos*

Aline Gasparin Rabaioli**

Bárbara Luisa Simonetti**

Sheila Almeida**

Resumo

Indivíduos com episódios de otite externa necrotizante não tratada adequadamente podem vir a apresentar alterações não só no conduto auditivo externo, mas também em outras estruturas, como nos pares cranianos. Levando em consideração essas características e o fato de que o indivíduo pode manifestar alterações na biomecânica da deglutição, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de uma paciente do sexo feminino de 55 anos, hipertensa e diabética, com hipertireoidismo e diagnóstico atual de otite externa necrotizante. Esta foi acompanhada pela equipe de Otorrinolaringologia e encaminhada para a equipe de Fonoaudiologia durante sua internação hospitalar com queixa de dificuldade de deglutição, em uso de sonda nasoenteral para alimentação, alteração vocal e paralisia facial. Realizou Videolaringoscopia e Videofluoroscopia da Deglutição com resultados compatíveis com

*Hospital Universitário ULBRA Mãe de Deus – HU – Canoas – RS - Brasil

**Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA – Porto Alegre – RS – Brasil

Contribuição dos autores: KOP coleta de dados, interpretação e a análise dos dados, construção do artigo científico. AGR coleta de dados, construção do artigo científico. BLS construção do artigo científico e revisão/atualização teórica do tema. STA Administração do projeto, redação e revisão crítica do trabalho, aprovação final do conteúdo a ser publicado.

Trabalho apresentado em forma de pôster no Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia Hospitalar, 21 a 23 de maio de 2015, Rio de Janeiro.

E-mail para correspondência: Sheila Almeida - sheilat@ufcspa.edu.br

Recebido: 12/09/2016

Aprovado: 28/11/2016

as queixas. A paciente apresentou boa adesão à fonoterapia e ao tratamento clínico da otite externa necrotizante, recebia atendimentos sistemáticos de fonoterapia com exercícios orofaciais de mobilidade e tônus para mimica facial, exercícios vocais de vibração de pregas vocais e coaptação glótica, bem como manobras posturais de cabeça no momento da deglutição. Esse atendimento foi realizado três vezes por semana totalizando doze atendimentos em sua primeira internação e onze na segunda, em um período de quatro meses. Após esse período, recebeu alta hospitalar com alimentação prescrita por via oral total sem restrição de consistência. Nesse caso, em especial, foi notável o impacto na deglutição e a importância da atuação fonoaudiológica e multidisciplinar precoce como auxílio a um prognóstico favorável da paciente.

Palavras-chave: Transtornos de Deglutição; Otite Externa; Paralisia Facial

Abstract

Individuals with episodes of necrotizing otitis externa not treated properly can come to present changes not only in the external auditory canal, but also in other structures such as the cranial nerves. Taking into account these characteristics and the fact that the individual can manifest changes in swallowing biomechanics this study aims to report a case of a female patient of 55 years, accompanied by the ORL team and forwarded to the speech therapy team during her hospitalization complaining of difficulty in swallowing, in use of a nasogastric feeding tube, vocal and facial paralysis. She performed Videolarinoscopy and Videofluoroscopy of Deglutition with results compatible with the complaints. The patient had good adherence to speech therapy and clinical treatment of necrotizing external otitis, received systematic speech therapy care with orofacial exercises for mobility and tone to facial expressions, vocal exercises for vocal fold vibration and glottal closure, as well as head postural maneuvers during the time of swallowing. This treatment was carried out 3 times a week totaling twelve attendances in her first hospitalization and eleven in the second, in a period of 4 months. After this period she was discharged with a prescribed diet for overall consistency orally without restriction. In this case, in particular, it was notable the impact on swallowing and the importance of early speech therapy and multidisciplinary approach to help a favorable prognosis of the patient.

Keywords: Deglutition Disorders; Otitis Externa; Facial Paralysis

Resumen

Los individuos con episodios de otitis externa necrotizante no se trata adecuadamente puede llegar a presentar cambios no sólo en el conducto auditivo externo, sino también en otras estructuras como los nervios craneales. Teniendo en cuenta estas características y el hecho de que el individuo puede manifestar cambios en la biomecánica tragar este estudio tiene como objetivo presentar un caso de una paciente femenina de 55 años, acompañados por el equipo de ORL y remitidos al equipo terapia del habla durante su hospital quejándose de dificultad en la deglución, en el uso de una sonda de alimentación nasogástrica, parálisis vocal y facial. Celebrada videolarin- goscopia y fluoroscopia de deglución con resultados consistentes con las quejas. El paciente tuvo una buena adherencia a la terapia del habla y el tratamiento clínico de la otitis externa necrotizante, recibió terapia del habla sistemática cuidado con los ejercicios orofaciales para la movilidad y el tono de las expresiones faciales, ejercicios vocales de vibración vocal pliegue y cierre de la glotis, así como la cabeza de maniobras posturales en deglución tiempo. Este tratamiento se llevó a cabo 3 veces por semana por un total de doce asistencias en su primera hospitalización y once en el segundo, en un período de 4 meses. Después de este período fue dado de alta con una dieta prescrita para la coherencia global por vía oral sin restricción. En este caso, en particular, fue notable impacto en la deglución y la importancia de la terapia del habla temprana y enfoque multidisciplinario para ayudar a un pronóstico favorable del paciente.

Palabras clave: Trastornos de Deglución; Otitis Externa; Parálisis Facial

Introdução

A otite externa necrotizante (OEN) é uma infecção causada na maioria das vezes por *Pseudomonas aeruginosa* e quando não tratada corretamente pode comprometer o epitélio escamoso do conduto auditivo e áreas adjacentes de tecidos moles, vasos sanguíneos, cartilagem e ossos. Essa infecção ocorre mais facilmente em pacientes idosos, diabéticos, imunodeficientes e debilitados¹.

Inicialmente o processo infeccioso se limita ao conduto auditivo externo e depois se estende à junção osteocartilaginosa do mesmo em direção ao osso temporal. O nervo facial normalmente é atingido. A infecção pode progredir em direção à base do crânio e afetar os nervos glossofaríngeo, vago e acessório causando a “síndrome do forame jugular” e eventualmente afetar o nervo hipoglosso².

Como já foi dito anteriormente, processos inflamatórios de orelha média estão entre as causas da paralisia facial periférica, resultante de afecção do sétimo nervo e é a mais comum das patologias dos pares cranianos³.

A paralisia facial periférica (PFP) se caracteriza pela diminuição, temporária ou não, da função do nervo facial em seu segmento periférico, resultando clinicamente em alterações da mobilidade facial, secreção salivar e lacrimal, sensibilidade facial, entre outras. O tratamento da PFP é específico para cada etiologia, porém outras medidas podem ser necessárias, independente da causa. A fonoterapia visa restabelecer e prevenir alterações da mastigação, deglutição, fala e mímica facial.⁴

Método

Apresentação do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 55 anos, com história clínica de diabetes, hipertensão arterial sistêmica, hipertireoidismo e OEN, complicada para síndrome do forame jugular, devido à evolução do quadro com necessidade de duas internações hospitalares, acompanhada pela equipe de Otorrinolaringologia.

A paciente foi submetida à realização de exames diagnósticos como biópsia de ouvido, em que foi visualizada mucosa escamosa com inflamação crônico-supurativa. A Cintilografia Óssea identificou (Figura 1) aumento da captação nas projeções

dos ossos parietal, temporal e esfenóide do lado direito. As imagens tardias mostram intenso aumento da atividade nestes locais. Pelo exame (Figura 1) os achados no crânio eram sugestivos de processo inflamatório em atividade. Após a Cintilografia com Gálio, encontrou-se aumento da captação do radiofármaco na projeção do osso temporal, nas porções petrosa e na mastóide e aumento da atividade em tecidos moles da região cervical junto à base do crânio à direita. Correlacionando-se com a cintilografia óssea, observou-se processo inflamatório, eventualmente infeccioso, no temporal direito, com extensão para tecidos moles adjacentes.

A paciente foi encaminhada à Fonoaudiologia durante internação hospitalar, com queixa de dificuldade de deglutição em uso de sonda nasoenteral para alimentação, alteração vocal e paralisia facial em tratamento com antibioticoterapia. Foi avaliada por esta equipe, com solicitação de autorização de uso dos dados coletados a partir de projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital sob número de registro CAAE: 01453912.4.0000.5335.

Na avaliação Sensório Motora-Orofacial, observou-se postura e mobilidade de lábios alterados, mobilidade e força de língua alterados com sensibilidade preservada, sensibilidade de face preservada, lateralização de mandíbula alterada e restrita, deglutição de saliva presente, paralisia facial à direita, tempos máximos de fonação reduzidos e qualidade vocal rouca e soprosa.

Na avaliação clínica da deglutição em que foi testada consistência pastosa, observou-se dificuldade de ejeção do bolo alimentar, estase de alimento em cavidade oral, alteração da elevação e anteriorização hiolaríngea, e como sinais clínicos de penetração/ aspiração laringotraqueal voz molhada, tosse e pigarro. Concluiu-se diagnóstico clínico de Disfagia Orofaríngea Grave, utilizando-se a escala *Gugging Swallowing Screening* (GUSS)⁵, sendo contraindicada dieta por via oral e solicitada avaliação otorrinolaringológica e exames de imagem. Na Videolaringoscopia identificou-se achados compatíveis de paralisia de prega vocal (PV) em adução, com estase importante de saliva em seio piriforme à direita, além de fenda à fonação. No exame de Videofluoroscopia da Deglutição foram testadas as consistências pastosa e líquida com meio de contraste de sulfato de bário. Observou-se alteração de fase oral por inadequação na preparação, organização e ejeção do bolo alimentar,

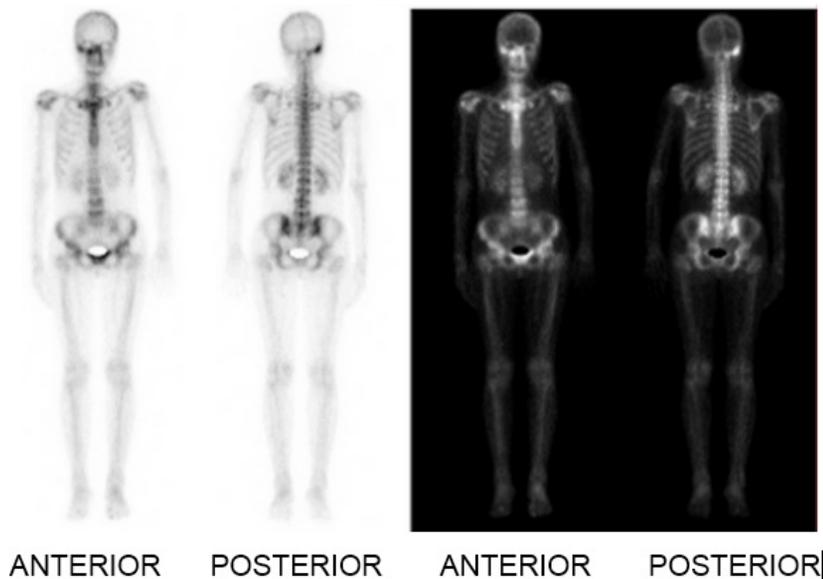


Figura 1. Cintilografia óssea do caso apresentado. Observa-se no exame: aumento da captação nas projeções do parietal, temporal, esfenoide, todos do lado direito. As imagens tardias (à direita) mostram intenso aumento da atividade nos locais descritos anteriormente.

com escape posterior prematuro de alimento para orofaringe em todas as consistências; na fase faríngea apresentou estase alimentar em valéculas e recessos piriformes, em maior volume do lado direito, diminuição da elevação, anteriorização e estabilização hiolaringea, presença de aspiração traqueal com as consistências testadas, devido à estase alimentar faríngea; paciente apresentou tosse e escarrou alimento, pois não conseguiu deglutir, concluindo o exame com diagnóstico de Disfagia Orofaríngea Severa.

A paciente iniciou fonoterapia com adequada adesão ao tratamento. Foram planejados exercícios orofaciais de mobilidade e tônus para mímica facial e exercícios vocais de vibração de PV e coaptação glótica; manobras posturais de cabeça – manobra de proteção: cabeça virada para o lado comprometido no momento da deglutição - e voluntárias – manobra de eficiência: deglutição com esforço. Houve evolução nos aspectos de mobilidade orofacial, vedamento labial, elevação laríngea, progressão na consistência da alimentação por via oral e no padrão vocal. Foram realizados atendimentos sistemáticos de fonoterapia, 3 vezes por semana totalizando doze atendimentos em sua primeira internação e onze na segunda, em um período de 4 meses. Após este período recebeu alta hospitalar

com alimentação prescrita por via oral total sem restrição de consistência e diagnóstico fonoaudiológico clínico de Deglutição Funcional, além de novo exame objetivo por Videofluoroscopia, em que foram testadas as consistências pastosa, semisólida e líquida. Apresentou alteração de fase oral com escape posterior prematuro da consistência líquida e ausência de alterações de fase faríngea (estase/aspiração).

Discussão

A patogênese precisa da otite externa necrotizante (OEN) é desconhecida. Provavelmente depende da combinação de dois fatores como as alterações subjacentes do sistema imune e as características peculiares da bactéria que poderia encontrar nesse ambiente as condições propícias para exercer sua atividade patogênica. Alguns poucos casos de OEN são relacionados com outros estados de imunossupressão como doenças hematológicas (leucemia e anemia severa), durante tratamento com drogas citotóxicas ou imunossupressoras, AIDS ou pacientes HIV positivos².

Na revisão de literatura, encontramos outros relatos de caso em que os pacientes desenvolveram

otite externa (OE) provavelmente como resultado da diabetes mellitus tipo II mal controlada⁶.

Pseudomonas aeruginosa é uma causa comum de OE em pacientes diabéticos e, apesar da antibioticoterapia local e sistêmica para a OE, a infecção se espalha a partir das células aéreas da mastóide à base do crânio de onde causa a paralisia dos nervos cranianos⁷.

No estudo de Climans et al (2013) há o relato do caso de um homem com otite externa maligna e queixa de disfagia progressiva para sólidos e líquidos há 3 semanas, acompanhado por regurgitação episódica e vômitos de alimentos parcialmente digeridos⁸. Apresentava comorbidades em comum ao caso do presente estudo como diabetes mellitus tipo II e hipertensão. Como complicação clínica em comum é descrita a disfagia com risco de aspiração em todas as consistências, necessitando do uso de via alternativa de alimentação. Apesar da similaridade do caso relatado com o do presente estudo, não houve intervenção fonoaudiológica no estudo citado. No caso de Climans et al (2013) foi necessária a regressão dos sintomas a partir do tratamento medicamentoso para, somente após, retorno à via oral de alimentação⁸.

É descrito na literatura que na OEN há a possibilidade de a infecção acometer o nervo facial com progressão à base do crânio afetando outros pares cranianos responsáveis pela mímica facial, fonação e deglutição, sendo alterações esperadas e condizentes com as encontradas no caso².

O sintoma mais frequente (90% dos casos) é uma otalgia usualmente lancinante e resistente ao uso de analgésicos que se irradia para as regiões fronto-temporais e parietais piorando à noite. Em 45% a 100% dos casos é acompanhada de uma otorreia fétida e purulenta. Sensibilidade e edema peri-auricular são achados comuns².

Há relação entre broncoaspiração e paralisias laríngeas e/ou de pregas vocais, sendo observadas pelo comprometimento da biomecânica da deglutição e da proteção de via aérea^{9,10}.

Observamos neste caso um quadro complexo, em que o prognóstico favorável foi dependente da boa adesão à fonoterapia e ao tratamento clínico da OEN^{2,8}.

Conclusão

As complicações clínicas referentes à otite externa necrotizante estão bem descritas na literatura.

Contudo a relação entre estas complicações e as alterações na biomecânica da deglutição ainda são pouco relatadas. Neste caso, foi notável a gravidade da repercussão na deglutição e a importância da atuação fonoaudiológica e multidisciplinar precoce como auxílio a um prognóstico favorável da paciente em questão.

Referências bibliográficas

1. Vieira ABC, Mancini P, Gonçalves DU. Doenças Infecciosas e perda auditiva. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(1): 102-6.
2. Antunes A, Macedo GRM, Leão RS, Caldas NCR. Otite externa necrotizante com paralisia facial periférica bilateral: relato de caso e revisão da literatura. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2004; 70(1): 137- 42.
3. Atolini Jr N, Jorge Jr JJ, Gignon VF, Kitice AT, Prado LSA, Santos VGW. Paralisia Facial Periférica: Incidência das Várias Etiologias num Ambulatório de Atendimento Terciário. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 2009; 13(2): 167-71.
4. Dib GC, Kosugi EM. Como Diagnosticar e Tratar Paralisia facial periférica. *Moreira Jr Editora*. 2003; 61(3): 110-7.
5. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*. 2007; 38(11): 2948-52.
6. Fonseca AS, Andrade NA, Neto MLA, Santos VMM. Paralisia bilateral do hipoglossos na evolução de otite externa necrotizante. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2007; 73(4): 576-76.
7. Sibai TA, Ben-Galim PJ, Eicher SA, Reitman CA. Infectious Collet-Sicard syndrome in the differential diagnosis of cerebrovascular accident: a case of head-to-neck dissociation with skull-based osteomyelitis. *Spine J*. 2009; 9(4): 6-10.
8. Handley TPB, Miah MS, Majumdar S, Hussain SSM. Collet-Sicard syndrome from thrombosis of the sigmoid-jugular complex: A case report and review of the literature. *Int J Otolaryngol*. 2010; 2010:1-5.
9. Leder SB, SUIter DM, Duffey D, et al. Vocal Fold Immobility and Aspiration Status: A Direct Replication Study. *Dysphagia*. 2012; 27(2): 265-70.
10. Onofri SMM, Cola PC, Berti LC, et al. Correlation Between Laryngeal Sensitivity and Penetration/Aspiration After Stroke. *Dysphagia*. 2014; 29(2): 256-61.