

DELMER JONAS POLIMENI PERFEITO

**COMPLICAÇÕES DAS OTITES MÉDIAS AGUDAS E
CRÔNICAS.**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão no Curso de
Graduação em Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1998

DELMER JONAS POLIMENI PERFEITO

COMPLICAÇÕES DAS OTITES MÉDIAS AGUDAS E
CRÔNICAS.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão no Curso de
Graduação em Medicina.

Coordenador do Curso: Dr Edson José Cardoso
Orientador: Dr Syriaco Atherino Kotzias

FLORIANÓPOLIS

1998

AGRADECIMENTOS

Gostaria de registrar a minha gratidão a todos que contribuíram para a realização do presente trabalho.

Ao dr Syriaco Atherino Kotzias, pela orientação, dedicação e fundamental colaboração, não somente com o rico conhecimento do assunto, mas também pelo interesse .

A todos os colegas que participaram, de alguma forma, nas etapas de realização deste trabalho.

À minha família pelo amparo, carinho e tolerância fundamentais para a culminação de todos os esforços.

À Fabíola, por toda dedicação, paciência, incentivo e amor.

A Deus.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO-----	01
2. OBJETIVO-----	03
3. MÉTODO-----	04
4. RESULTADOS-----	16
5. DISCUSSÃO-----	17
6. CONCLUSÃO-----	20
7. REFERÊNCIAS-----	21
RESUMO-----	23
SUMMARY-----	24

1. INTRODUÇÃO

A otite média sempre foi uma doença potencialmente séria por causa de suas complicações que colocavam em risco a vida e a saúde do indivíduo. Isto foi reconhecido desde a antigüidade quando Hipócrates em 460 a.C. percebeu que “dor aguda do ouvido com contínua febre alta precedia o aparecimento de delírios e morte em alguns pacientes”; o médico romano Celsius mencionou em 25 d.C. que “inflamação e dor de ouvido levava algumas vezes a insanidade e morte”; o árabe Avicenna, que viveu entre 980 e 1037 d.C., relatou supuração do ouvido e do cérebro, acreditando que a descarga de secreção purulenta no ouvido era da doença cerebral; mas foi Morgagni, que viveu entre 1682 e 1771, quem primeiro reconheceu que a infecção do ouvido era primária e o abscesso cerebral era secundário ¹.

Clinicamente a otite média mudou muito pouco nos últimos 25 anos, sendo incluídos dentre os sinais e sintomas de uma otite média aguda purulenta a otalgia, febre, hipoacusia, aumento da vascularização na membrana timpânica, hiperemia, abaulamento e opacificação da membrana timpânica, com eventual perfuração, no entanto a otite média crônica mostrou cursar com menos dor, sem febre e frequente otorréia, e perfuração da membrana timpânica ², sendo que alguns casos de otites médias crônicas cursavam com ausência de perfuração ou otorréia, e eram denominadas otites médias crônicas silenciosa ³.

A otite média disseminaria-se por via hematogênica ou por contiguidade a outros locais, levando assim a complicações extracranianas como a paralisia facial, o abscesso subperiosteal e mais comumente a labirintite, e a complicações intracranianas como a meningite, os abscessos cerebrais extra-durais e subdurais, e a trombose dos seios venosos ^{4,5}.

A incidência de infecções intracranianas decorrentes das otites médias variavam de 0,5% a 4% com uma alta mortalidade, variando entre 10% e 25%⁶. O diagnóstico precoce das complicações da otite média está menor, pois há pequena experiência e baixa familiaridade com a sintomatologia das complicações pelos médicos, piorando a situação com o mascaramento da sintomatologia pelo uso indiscriminado e inadequado dos antibióticos, com isso ocorreu um recente aumento das complicações das otites médias¹.

Pesquisas também mostraram uma relação entre um remanescente mesenquimal na cavidade do ouvido médio com o desenvolvimento de otite média e possíveis complicações em crianças⁷.

As duas mais importantes complicações das otites médias, a meningite bacteriana e o abscesso cerebral extra-dural, seguidos da labirintite bacteriana apresentaram alto índice de morbidade e mortalidade^{1,4,5,8}.

2.OBJETIVO

Tendo em vista a gravidade das complicações das otites médias agudas e crônicas, potencialmente fatais, os autores pretendem alertar sobre essas complicações, apesar do grande uso dos antibióticos nos quadros de otite média.

3.MÉTODO

Os autores revisaram e relataram cinco casos clínicos de pacientes com complicações intracranianas e extracranianas das otites médias agudas e crônicas, os quais foram avaliados por um dos autores no período de 26/09/90 a 22/07/98.

Caso 1:(G.M.P.)

Paciente do sexo masculino, 36 anos, que apresentou otite média aguda (O.M.A.) bilateral com perfuração da membrana timpânica esquerda, sendo inicialmente medicado com cefaclor 1,5g/dia e dexametasona 0,5mg em esquema regressivo.

Cinco dias após, apresentou tonturas, náuseas e vômitos, voltando ao hospital foi avaliado por outro especialista que diagnosticou intolerância à medicação e instituiu framomicina 600mg intramuscular (IM) apenas uma vez ao dia.

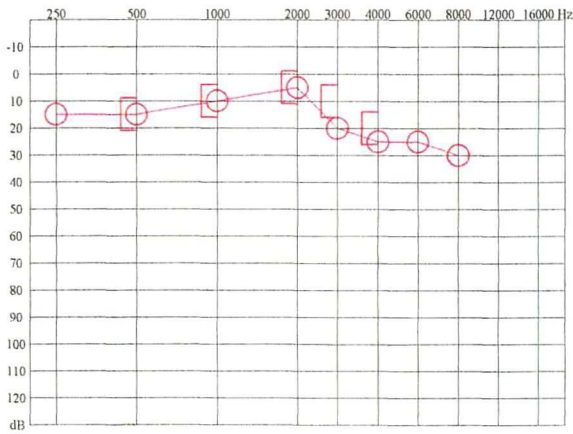
Procurou novamente a emergência, pois evoluiu com um quadro de febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca e apresentava-se confuso no tempo, foi então realizada punção lombar e diagnosticado meningite bacteriana.

Tomografia computadorizada (T.C.) de crânio mostrou otomastoidite bilateral subaguda e sinais sugestivos de leptomeningite e labirintite. Iniciou-se associação de penicilina cristalina e cloranfenicol, não sendo necessário intervenção cirúrgica. Durante sua internação evoluiu com hipoacusia e zumbido discreto à esquerda, após 14 dias de internação recebeu alta com completa cura do quadro infeccioso, mas com uma anacusia em ouvido esquerdo como seqüela, comprovada um mês depois por exame audiométrico.(Figura 1)

Audiômetro: AMPLAID 207

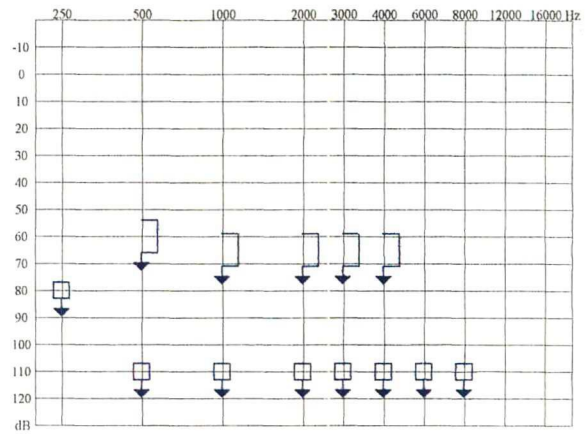
AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



SRT: 10 dB
SDT:

ORELHA ESQUERDA



SRT:
SDT:

Índice de Reconhecimento de Fala

Pal. Faladas	Intensid	Monossil	Dissil
	—	25	25
OD	40 dB	100 %	
OE	100 dB	0 %	

Figura 1: Anacusia de Orelha Esquerda.

Caso 2:(V.C.)

Paciente do sexo masculino de 38 anos com O.M.A. à direita, tratado inicialmente com cefaclor 1,5g/dia e betametasona em doses regressivas, após 3 dias evoluiu com desequilíbrio ao deambular, náuseas, vômitos e zumbido intenso bilateral.

Ao exame persistia com opacificação da membrana timpânica direita, Rinne negativo e Weber lateralizado para o lado esquerdo, além de redução da discriminação. Foi então diagnosticado labirintite bacteriana decorrente da otite média aguda direita.

Introduziu-se ceftriaxone 1g IM por dia, 5 dias, complementada por cefuroxima 500mg dia via oral por mais 5 dias, e dexametasona 0,75mg em dose regressiva, por 10 dias.

Houve resolução completa do quadro, sem necessidade de intervenção cirúrgica. Como seqüela, observou-se queda auditiva nas frequências agudas do ouvido direito (Figuras 2, 3 e 4).

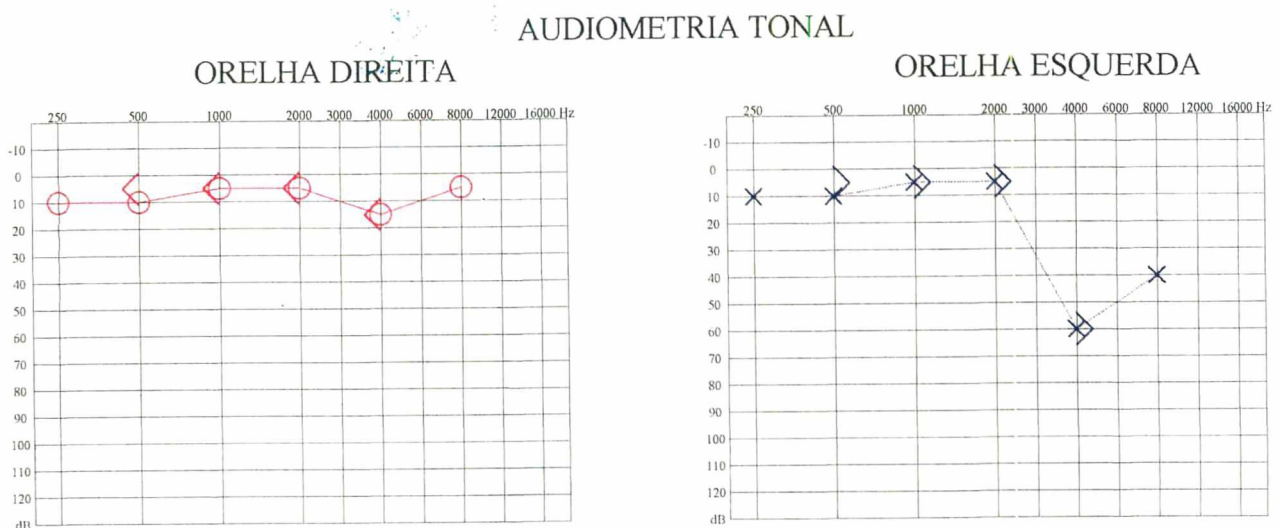
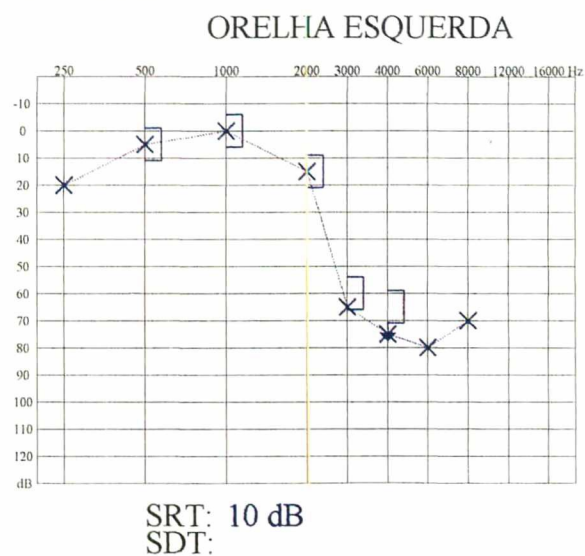
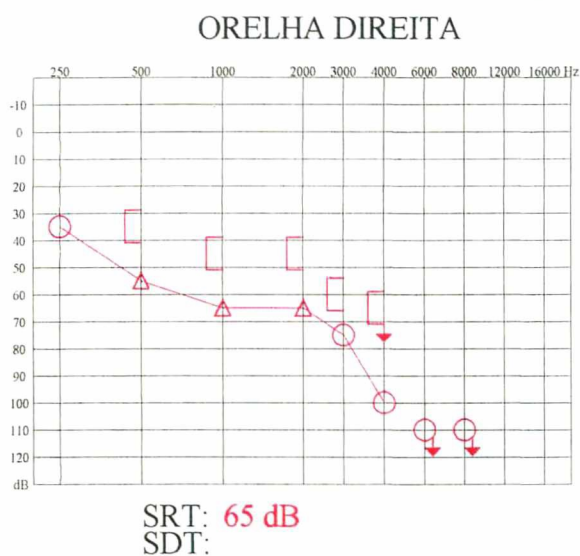


Figura 2: Audiometria anterior, realizada em outro serviço, dentro dos limites da normalidade, exceto por queda em 4 e 8 KHz.

Audiômetro: AMPLAID 207

AUDIOMETRIA TONAL



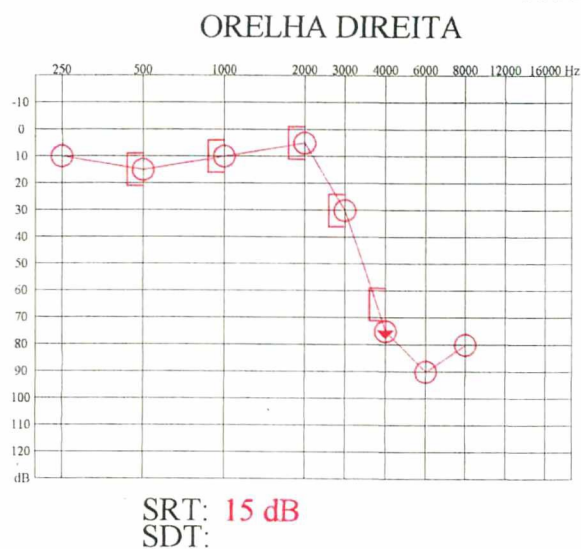
Índice de Reconhecimento de Fala

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas	—	25	25
OD	95 dB	44 %	
OE	40 dB	96 %	

Figura 3: Hipoacusia neurosensorial bilateral, sendo moderada à esquerda envolvendo 3, 4, 6 e 8 KHz e severa à direita.

Audiômetro: AMPLAID 207

AUDIOMETRIA TONAL



Índice de Reconhecimento de Fala

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas	—	25	25
OD	45 dB	96 %	
OE	45 dB	96 %	

Figura 4: Hipoacusia neurosensorial bilateral, moderada, envolvendo 3, 4, 6 e 8 KHz

Caso 3:(M.L.T.)

Paciente do sexo masculino, 18 anos, foi visto inicialmente pela neurocirurgia com um abscesso extra-dural à direita tendo evoluído rapidamente para estado torporoso.

O estudo tomográfico revelava mastoidite direita, o que motivou o acionamento de otorrinolaringologista que realizou mastoidectomia radical direita concomitante com drenagem do abscesso, confirmando a origem do mesmo.

O paciente apresentou boa evolução do quadro e um mês após a cirurgia apresentava como única seqüela hipoacusia condutiva direita.

Caso 4:(J.J.S.)

Adolescente do sexo masculino, 15 anos, com o diagnóstico de otite média crônica colesteatomatosa do ouvido esquerdo. Na ocasião foi aconselhado por um dos autores a submeter-se a mastoidectomia radical modificada do ouvido em questão. Não realizou a referida cirurgia voltando após 1 ano para reavaliação com queixas de cefaléia intensa, febre e vômitos, associado de agudização da otite do ouvido esquerdo.

Abscesso cerebral extra-dural foi confirmado por T.C. de crânio, tendo sido submetido a uma drenagem cirúrgica de urgência e a uma mastoidectomia radical esquerda .

Após 17 dias de internação recebeu alta com resolução completa do quadro, apresentando apenas uma hipoacusia mista com predomínio do componente condutivo do ouvido esquerdo como seqüela, comprovada com audiometria. (Figuras 5 e 6)

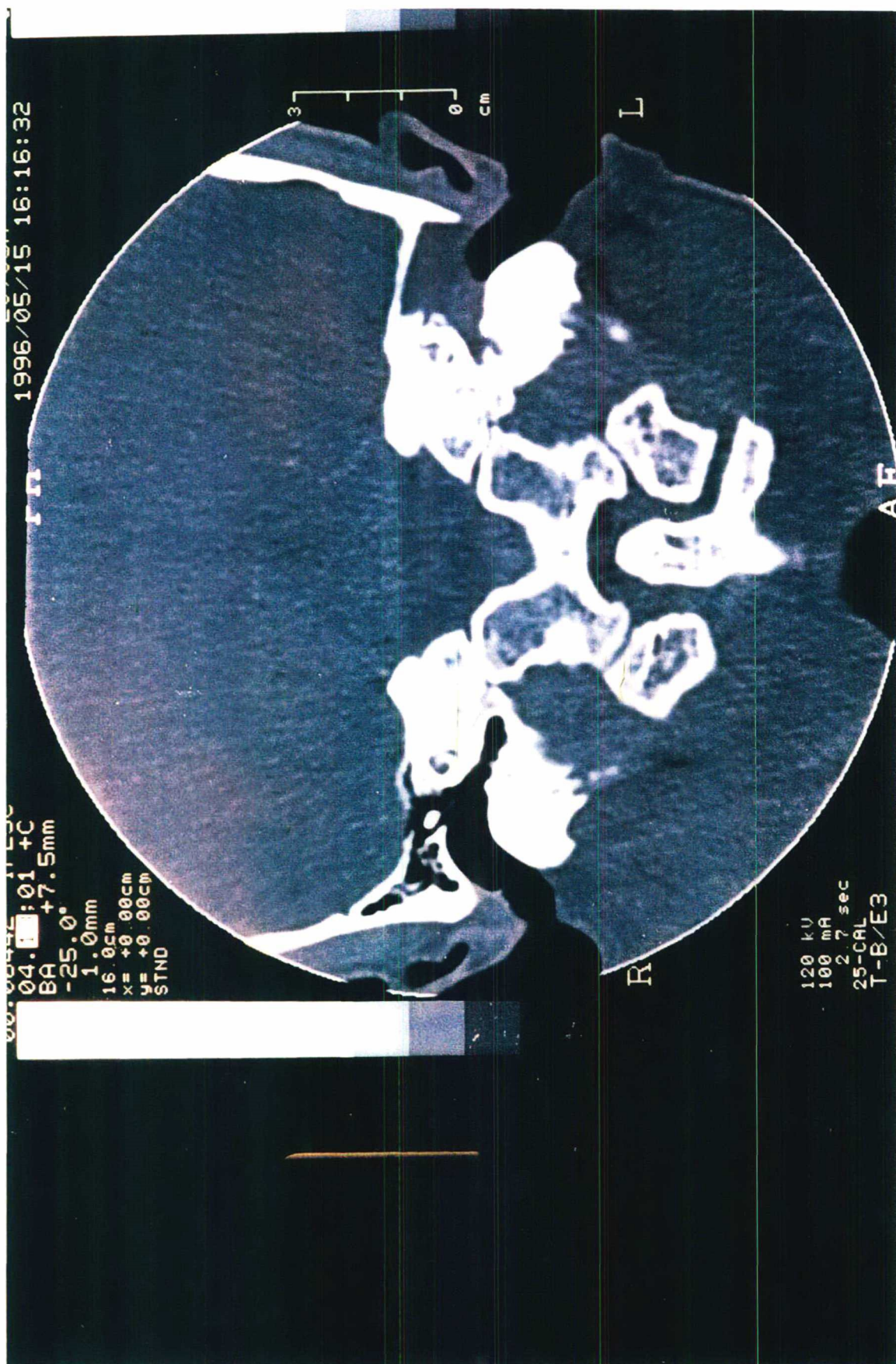


Figura 5: Tomografia computadorizada de crânio em corte axial: velamento de mastoide e do ouvido médio esquerdo, com perda do trabeculado e não identificação dos ossículos.

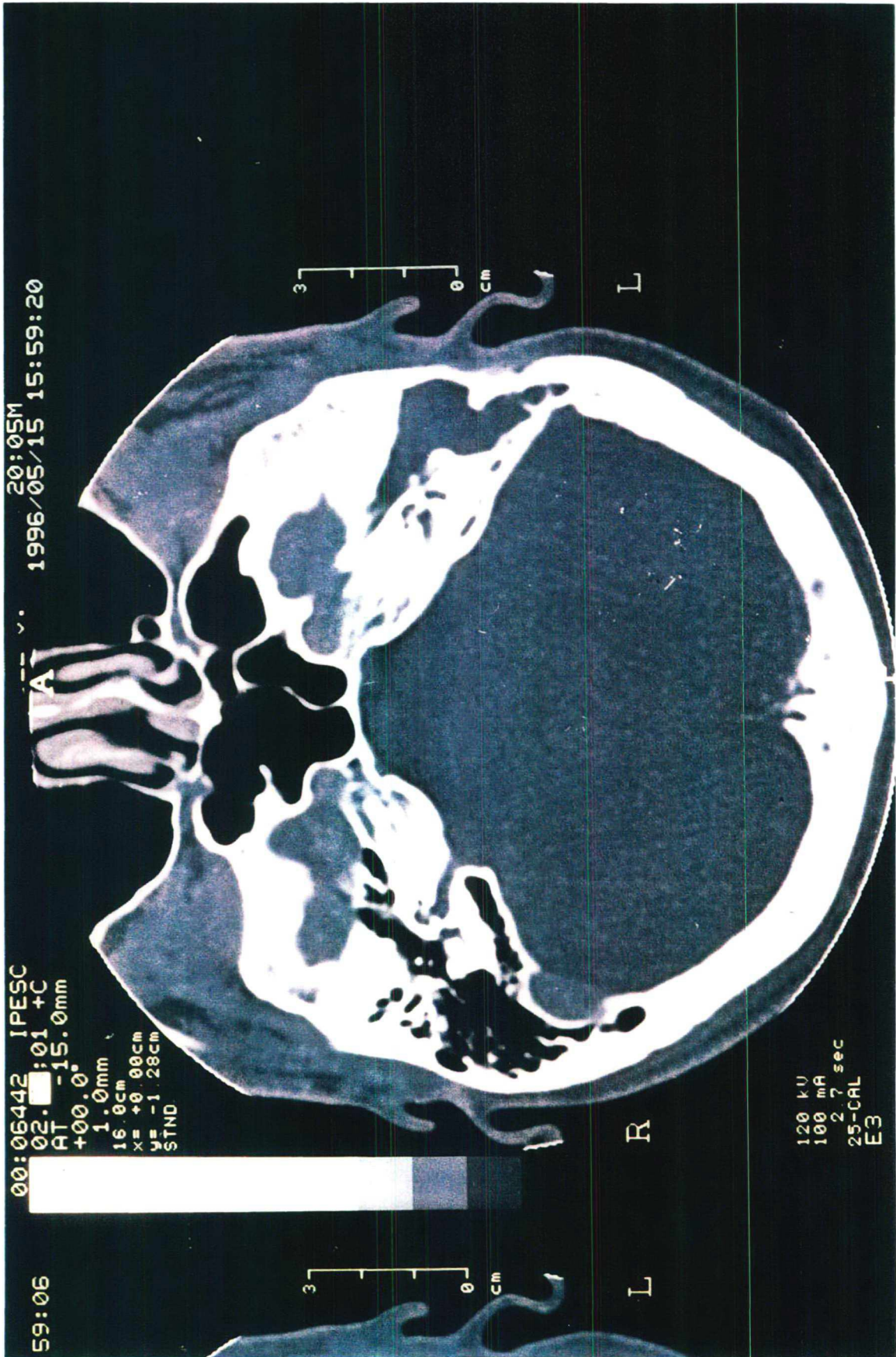


Figura 6: Tomografia computadorizada de crânio em corte axial: ouvido médio e mastoide preenchidos por material de densidade de partes moles, erosão do canal semi-circular lateral, ausência de ossículos.

Caso 5:(P.J.S.)

Paciente do sexo masculino, 33 anos, foi internado para o serviço de neurocirurgia com quadro de dor intensa em região temporal esquerda, febre alta, desorientação temporo-espacial, otorrêia fétida à esquerda e dificuldade para deambular.

Ao exame apresentava membrana timpânica perfurada e opacificada bilateralmente, edema de região temporal esquerda, afasia de expressão e paralisia facial à esquerda.

Realizou T.C. crânio que mostrou otomastoidite esquerda com empiema em região parietal esquerda e empiema subdural. Foi realizada drenagem cirúrgica do abscesso, aliviando a sintomatologia. Durante os primeiros 30 dias de internação sob os cuidados da neurocirurgia utilizou diversos antibióticos, como: cefalotina, ciprofloxacina.

No 55^o dia de internação foi solicitada avaliação da otorrinolaringologia, que prontamente marcou uma mastoidectomia radical esquerda devido presença de colesteatoma, que foi realizada no 63^o dia de internação, após melhora do quadro infeccioso.

No 75^o dia de internação recebeu alta com uma perda auditiva mista severa em ouvido esquerdo e uma perda auditiva neurosensorial leve em ouvido direito, que já apresentava mesmo antes da cirurgia e que manteve-se, sem alteração após a mastoidectomia radical.

No presente caso, os abscessos cerebrais decorreram da presença de otite média crônica colesteatomatosa esquerda. Com o tratamento cirúrgico o paciente evoluiu sem maiores complicações. (Figuras 7 e 8)



Figura 7: Tomografia computadorizada de crânio com contraste endovenoso, corte axial: degeneração do cerebelo à direita, sugerindo processo inflamatório.

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos mostraram como complicações das otites médias um caso de labirintite bacteriana, um caso de meningite bacteriana associada a labirintite bacteriana e três casos de abscesso cerebral extra-dural.

Em relação aos tipos de otite média foram dois casos de O.M.A., uma em ouvido direito e uma em ouvido esquerdo, e três casos de otite média crônica colesteatomatosa, uma em ouvido direito e duas em ouvido esquerdo.

Em três casos encontrou-se relatado o uso de antibiótico antes do aparecimento das complicações e em dois as complicações foram tratadas apenas clinicamente. A intervenção cirúrgica, drenagem cirúrgica e mastoidectomia radical, foi utilizada em três casos. Todos os pacientes eram do sexo masculino.

Em todos os casos foram encontradas seqüelas auditivas, um caso de anacusia, um caso de hipoacusia mista severa com hipoacusia neurosensorial leve, um caso de hipoacusia mista, um caso de queda da audição nos agudos e um caso de hipoacusia condutiva no ouvido afetado.

5. DISCUSSÃO

A descoberta dos antibióticos mudou radicalmente o curso da otite média e reduziu suas complicações nos últimos 40 anos^{5, 9}. Mesmo com este fato a O.M.A. com suas complicações cursava com uma mortalidade relativamente alta¹⁰, sendo que a grande maioria das complicações fatais eram resultantes da otite média crônica colesteatomatosa, cuja diminuição da incidência deveu-se mais pelo diagnóstico precoce e melhor tratamento cirúrgico do que pelo uso de antibióticos^{1,8}. Ao comparar com nossos resultados observamos a comprovação do sucesso cirúrgico nos 3 casos em que as complicações foram consequentes de uma otite média crônica colesteatomatosa.

A identificação do colesteatoma sempre foi considerada pela maioria dos otologistas como indicação de intervenção cirúrgica, pois essas massas colesteatomatosas podiam ser infectadas e acompanhadas de erosão do osso temporal e mastóide, levando a complicações intracranianas^{8,11,12}.

Segundo a bibliografia pesquisada, as duas complicações intracranianas mais frequentes das otites médias, agudas ou crônicas, eram a meningite e o abscesso extra-dural, seguidas de perto pela labirintite, a qual estava frequentemente associada a uma fistula labiríntica, considerada complicação comum^{1,4,9,11,12,13,14,15}.

Em países desenvolvidos o abscesso cerebral apresentou uma imensa redução de sua incidência em casos de otite média crônica nas últimas décadas pelo uso de antibióticos. A meningite passou de uma complicação fatal em aproximadamente 100% dos casos, para uma entidade curável na maioria das vezes, desde que diagnosticada e tratada precocemente^{1,4,8,9,14,15}.

A incidência do abscesso cerebral em nosso meio não demonstrou tendência de queda nos últimos dez anos ⁴. Nossos resultados foram compatíveis com a frequência dessas complicações, sendo que mesmo com o uso prévio de antibióticos três casos evoluíram com complicações.

Ouvidos com doença supurativa crônica exibiram uma alta incidência de perda auditiva neurossensorial ^{3,8,9}. A meningite, o abscesso extra-dural e a labirintite como complicações das otites médias, na grande maioria das vezes, deixavam uma perda auditiva e da função vestibular como seqüela, que poderiam surgir súbita ou gradativamente ^{1,8,11,12}. Nos cinco casos relatados, todos os pacientes apresentaram exclusivamente seqüelas auditivas, sem o relato de qualquer deficiência no sistema vestibular.

Seqüelas de maior gravidade não foram observadas nos pacientes submetidos a intervenção cirúrgica, e mesmo o déficit auditivo existente pré-operatoriamente não se modificou significativamente no pós-operatório.

De acordo com a bibliografia estudada, nos casos de meningite a otite média estaria presente em cerca de 30% dos casos ^{1,8,15}. Quase todos os pacientes com abscesso extra-dural tinham uma história de otorréia crônica supurativa e mais da metade tinha colesteatoma ^{4,8,9,14}. Meningites que ocorreram poucos dias após uma otite média, na maioria dos casos, foram causadas por contaminação hematogênica ^{5,8}.

Qualquer paciente com otite média crônica com otorréia exacerbada, otalgia ou dor na região temporal, ou cefaléia com febre alta e vômitos, teria uma complicação intracraniana até prova em contrário ⁸.

Algumas manifestações clínicas específicas das complicações foram relacionadas, por exemplo, vertigem e perda auditiva neurossensorial após O.M.A., associada ou não a mastoidite, indicaria labirintite. Sintomas como cefaléia e febre persistentes, apesar do manejo clínico adequado da otite média

aguda ou crônica supurativa e mastoidite, aventaria-se a hipótese de abscesso extra-dural ^{8,9,14}.

Cefaléia, febre alta, rigidez de nuca, vômitos e fotofobia, após um quadro de otite média aguda ou crônica poderia caracterizar um quadro de meningite ^{8,9,14,15}. Observou-se todos esses sintomas precedendo as complicações dos pacientes relatados.

Desde o advento da T.C. e da ressonância nuclear magnética, a mortalidade por essas complicações diminuiu, pois isso facilitou a detecção precoce e melhor localização das complicações, além de determinar o apropriado tempo cirúrgico ^{8,9}.

Pela bibliografia pesquisada, o tratamento clínico deveria preceder ou estar associado ao cirúrgico, quando não se obtiver resultados satisfatórios ^{1,4,8,9,15}. Em dois pacientes relatados foi utilizado apenas o tratamento clínico com antibiótico para o controle das complicações decorrentes de uma otite média aguda. Nos outros três pacientes, foi feita a associação de drenagem cirúrgica do abscesso e mastoidectomia radical com antibioticoterapia, mostrando a clara necessidade de intervenção cirúrgica nos casos de otite média crônica colesteatomatosa.

Por uma desconhecida razão o predomínio das complicações consequentes das otites médias, agudas ou crônicas, ocorrem no sexo masculino ^{1,4,8,9,15}. Esse dado também foi verificado nos casos relatados.

Visto que estes pacientes na maioria das vezes foram avaliados por médicos emergencistas, estes deveriam estar atentos para as complicações das otites médias, que em grande parte ocorrem pela demora no diagnóstico e tratamento.

No entanto, a indiferença dos pais e pacientes para os riscos da otorrêia crônica, otalgia e cefaléia persistentes, por ignorância ou medo, também seria uma fator contribuinte para o aparecimento de tais complicações.

6. CONCLUSÃO

Diante dos dados expostos anteriormente, é possível concluir que o tratamento precoce e adequado dos casos de otites médias agudas ou crônicas colesteatomatosas, tanto pela antibioticoterapia quanto pela intervenção cirúrgica é extremamente importante para prevenir as complicações intra e extracranianas.

O diagnóstico precoce das complicações, seja ele clínico ou por imagens, com a correta instituição terapêutica, é de suma importância para o prognóstico desses pacientes.

Nessa era de grandes avanços tecnológicos e medicamentosos na medicina, os autores concluem ser inconcebível observar que as complicações das otites médias ainda são uma grande causa de morbidade e mortalidade em nosso meio. E ressaltam ainda a grande importância da valorização do verdadeiro perigo dessa doença no meio médico, em especial, entre os não especialistas

7. REFERÊNCIAS

1. Shambaugh GE, Glasscock ME. Meningeal complications of otitis media, Non-meningeal complications of otitis media. In: Shambaugh GE and Glasscock ME, editors. Surgery of the ear. 3th ed. Philadelphia: Saunder Publishing Company; 1980. p.289-347.
2. Meyerhoff WL, Giebink GS. Pathology and microbiology of otitis media. *Laryngoscope* 1982; 92:273-7.
3. Paparella MM, Goycoolea M, Koutroupas S, Bassiouni M. Silent otitis media: Clinical applications. *Laryngoscope* 1986; 96:978-85.
4. Balbani APS, Júnior RCS, Miziara ID. Abscesso cerebral como complicação de otite média crônica. *Rev Bras Otorrinolarigologia* 1996; 62(2):146-52.
5. Holt GR, Gates GA. Masked mastoiditis. *Laryngoscope* 1983; 93:1034-7.
6. Djeric DR, Schachern PA, Paparella MM, Jaramillo M, Bassioni M, Haruna S. Otitis media(Silent): A potential cause of childhood meningitis. *Laryngoscope* 1994; 104:1453-60.
7. Takahara T, Sando I, Hashida Y, Shibahara Y. Mesenchyme remaining in human temporal bones. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1986; 95:349-57.
8. Schuknecht HF. Infections. In: Schuknecht HF, editors. Pathology of ear. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1993. p.191-235.
9. Samuel J, Fernandes CMC, Steinberg JL. Intracranial otogenic complications: A persisting problem. *Laryngoscope* 1986;96:272-8.
10. Samuel J, Fernandes CMC. Otogenic complications with an intact tympanic membrane. *Laryngoscope* 1985; 95:1387-90.

11. Parisier SC, Edelstein DR, Han JC, Weiss MH. Management of labyrinthine fistulas caused by cholesteatoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 104(1):110-5.
12. Smyth GDL, Gormley PK. Preservation of cochlear function in the surgery of cholesteatomatous labyrinthine fistulas and oval window tympanosclerosis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1987; 96(2):111-8.
13. Jang CH, Merchant SN. Histopathology of labyrinthine fistulae in chronic otitis media with clinical implications. *Am J Otol* 1997; 18(1):15-25.
14. Gower D, McGuirt WF. Intracranial complications of acute and chronic infections ear disease: A problem with us. *Laryngoscope* 1983; 93:1028-33.
15. Friedman EM, McGill TJI, Healy GB. Central nervous system complications associated with acute otitis media in children. *Laryngoscope* 1990; 100:149-51.

RESUMO

Os autores apresentam o relato de 5 casos de complicações intracranianas e extracranianas consequentes a otites médias agudas e crônicas, com o objetivo de alertar sobre a gravidade de tais complicações.

Observou-se um caso de meningite bacteriana associada a labirintite em um paciente de 36 anos, um de labirintite bacteriana em um paciente de 38 anos, ambos casos precedidos por otite média aguda.

Três casos de abscessos extra-durais, em pacientes de 15, 18 e 33 anos, resultantes de otite média crônica colesteatomatosa.

Três pacientes necessitaram intervenção cirúrgica e 2 apenas tratamento clínico. Foram encontradas sequelas auditivas em todos os pacientes, que variaram desde hipoacusia discreta até um caso de anacusia.

Os autores discutem as complicações e mostram a importância do diagnóstico precoce associado ao correto tratamento, para evitar as mesmas.

SUMMARY

Authors present the report of five cases of intracranial and extracranial complications resultant from chronic and acute otitis media, aiming to alert about the seriousness of such complications.

A case of bacterial meningitis was noticed associated to labyrinthitis in a 36 years old patient and one of bacterial labyrinthitis in a 38 years old patient, both cases were preceded by acute otitis media.

Three cases of extradural abscess were noticed in patients of 15, 18 and 33 years old, resultant from chronic otitis media with cholesteatoma.

Three patients needed surgical intervention and two just clinical treatment. Otological consequences in all patients were found varying since a mild hearing loss to a case of unilateral deafness.

The authors argue the complications of chronic and acute otitis media and show the importance of a premature diagnostic associated to the correct treatment to avoid it.

**TCC
UFSC
CM
0402**

N.Cham. TCC UFSC CM 0402

Autor: Perfeito, Delmer J

Título: Complicações das Otites Médias A



972806738

Ac. 253551

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM