

Complicações da Otite Média Aguda

George Zalzal

Este capítulo se limitará à otite média aguda (OMA), apesar do fato de que a otite média crônica (OMC) ser um problema importante e a sobreposição de OMA em casos de OMC configura uma situação grave.

Uma doença geralmente inócua, muito prevalente, que tem sido ultimamente tratada apenas com observação, tem um lado preocupante e pode ser devastadora para a criança e seus pais.

As complicações de OMA podem ser divididas em dois grupos: **intratemporal e intracraniana**. O objetivo do capítulo é entender as complicações, reconhecê-las e expor as linhas de tratamento, mais do que detalhar cada um destes pontos.

Tromboflebite- Geralmente ocorre dentro de dez dias depois de uma infecção aguda, e sem período prodrômico. A região temporal é rica em anastomoses vasculares. A **erosão óssea** é comum, geralmente associada a algum tipo de deiscência. É mais comum em OMC e a extensão direta ocorre através de áreas pré-existentes tais como janela oval ou redonda ou através de fraturas relacionadas com trauma prévio.

A mastoidite aguda é uma das complicações mais comuns. Praticamente todos os pacientes com OMA terão fluido na mastóide. Os dois mecanismos causadores são a periosteíte, que é a tromboflebite do periósteo, ou a mastoidite coalescente, que é a destruição dos septos da mastóide. O índice de complicações tem declinado significativamente, na era pré-antibiótico, 25% a 50% das crianças desenvolviam essa complicação. Depois dos anos 80, quando todos são tratados com antibióticos, observa-se 0,02% a 0,04% de complicação. Tem-se observado mais recentemente, que tratamentos inadequados com antibióticos têm aumentado essa incidência.

Observa-se uma tríade de otalgia (dor pós-auricular), febre e protusão da orelha; a tomografia computadorizada (TC) das mastóides certamente demonstrará esse problema.

O tratamento baseia-se na miringotomia e inserção de tubo de ventilação (TV), antibiótico endovenoso e mastoidectomia caso a resposta ao antibiótico for inadequada. O antibiótico deve ser dirigido contra o *Streptococcus pyogenes* do grupo A (GAS). O **abscesso sub periostal** é a progressão da mastoidite. Pode ocorrer em três locais. A mais comum é a região pós-auricular. O abscesso de Bezold ainda pode ser visto, mas é raro, e ocorre porque a infecção penetra na crista digástrica, mas, raramente envolve a raiz do zigomático. Pode ser observado

em até 50% de crianças com mastoidite, especialmente se o diagnóstico for tardio e o tratamento não for adequado.

A TC é o melhor exame para o diagnóstico. O abscesso diagnosticado é tratado com miringotomia e inserção do tubo de ventilação, além de incisão, drenagem e mastoidectomia. Em pequenos abscessos, usa-se apenas antibióticos. Alguns profissionais indicam incisões e drenagem sem mastoidectomia em crianças menores que quatro anos. A experiência pessoal do autor não foi boa com esta última conduta, sendo observado complicações maiores.

Se após a mastoidectomia a criança não melhorou, pode-se pensar em infecções do ápice da porção petrosa da mastóide, que geralmente ocorrem em crianças um pouco mais velhas, com pneumatização nesta área (apenas 1:3 das crianças apresentam essa pneumatização). Essa é uma complicação muito grave, que pode causar a Síndrome de Gradenigo: dor retroorbitária e paralisia do VI par craniano. Ocorre otorréia e otalgia profusa. A TC e a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) são essenciais para o tratamento e acompanhamento. A exploração cirúrgica deve envolver a remoção de todas as células infectadas ao redor do labirinto e no ápice petroso.

Labirintite. A labirintite serosa é mais leve que a labirintite supurativa. A labirintite serosa é secundária a produtos inflamatórios na orelha interna. A labirintite supurativa é devida à infecção direta da orelha interna.

Na forma serosa, a vertigem é temporária e a perda auditiva (PA) é leve. Na bacteriana, a vertigem é grave e geralmente se compensa, mas a PA é permanente e grave. O tratamento, na infecção aguda, é a miringotomia e a inserção de TV e os antibióticos. Em caso de otite crônica deve-se pensar em fistula.

Paralisia do nervo facial (PNF). O início é precoce na OMA. Cerca de 50% da população tem uma deiscência na porção horizontal do nervo facial. A infecção é causa da PNF. O diagnóstico diferencial envolve a Síndrome de Ramsay Hunt ou Síndrome do Herpes Zoster, que envolvem lesões na região do VII par e na orelha. Nesses últimos casos a paralisia é mais grave, assim como a dor, e o tratamento é muito diferente.

O tratamento envolve a miringotomia e o TV, e antibiótico endovenoso com expectativa de recuperação completa. Se a criança estiver prostrada e observar-se mastoidite, pode ser necessária a mastoidectomia. A estratégia cirúrgica não envolve a descompressão do nervo facial. Em casos tratados pelo autor, em crianças pequenas com paralisia grave, o uso de antibiótico e miringotomia é seguido de melhora progressiva e completa. Em crianças maiores, mesmo na presença de paralisia grave, trata-se da mesma forma. Dos 12 casos, nos últimos quatro anos, apenas quatro necessitaram mastoidectomia. Nunca foi necessário descompressão do nervo facial.

As **complicações intracranianas** são as mais graves. A meningite é diagnosticada como qualquer outro caso de meningite, exceto que observa-se disseminação através de erosão óssea, ou pelas janelas ou por flebite retrógrada. A OMA causa mais meningite, mas o OMC gera maior mortalidade. Portanto, deve-se preocupar muito com a meningite causada pela OMC.

A apresentação da meningite, como em qualquer outra etiologia, é cefaléia, febre,

fotofobia, etc. a TC avalia as anomalias da orelha interna (fístula, aqueduto patente). A RNM avalia melhor os tecidos moles do SNC e a punção lombar é indicada após os exames de imagem para se evitar herniação.

O tratamento: antibiótico de amplo espectro para *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae*. Na OMC as bactérias são diferentes: *Proteus sp*, *Klebsiella sp* e anaeróbios. Quando o paciente se encontrar estável, faz-se a cirurgia, se necessário.

A trombose do seio sigmóide tem se tornado mais freqüente, apesar do uso de antibiótico. O autor tratou quatro casos nos últimos seis meses. A mortalidade atinge 17% a 24%. A placa óssea do sigmóide é erodida e causa o abscesso perisinusal. Observa-se febre em picos, sinal de Greisinger. A criança não fica muito toxemiada. Inicialmente pede-se a TC e depois a RNM. Na TC, observa-se o sinal delta e a RNM demonstra o sigmóide bloqueado.

Em um dos primeiros casos do autor, uma criança apresenta PNF e febre e era portadora de microtia. Observou-se, à TC, o sinal delta. Após a cirurgia, a criança ficou bem.

O tratamento envolve antibiótico e mastoidectomia com exposição da dura mater. Se o seio sigmóide não for atingido, a criança progride para uma condição mais grave. Ao se atingir o seio sigmóide, drena-se o abscesso e coloca-se uma agulha no seio sigmóide. Se for observado sangue e depois este coagular, então o tratamento está correto, significando que o seio foi re-canalizado. Se houver pús, drena-se e fecha-se com curativo. Se não houver sangue, e observar-se um coágulo, existem dúvidas se o melhor é deixar o coágulo ou removê-lo. Torna-se necessário observar o abscesso para tentar evitar a sua propagação. Pode ser preciso ligar a veia jugular se for necessário isolar a infecção e prevenir formação de êmbolos. A ligadura pode gerar trombose retrógrada ou pode existir um sistema colateral.

A hidrocefalia otogênica geralmente está associada com a trombose de seio sigmóide. A criança apresentará cefaléia, alterações visuais, formação do sinal delta bilateralmente na RNM. O tratamento visa controlar a doença do ouvido (mastoidectomia), diminuir a pressão do líquido com corticóide, manitol e drenagem seriada de líquido.

Abscesso cerebral- Os estágios iniciais apresentam encefalite. Os estágios latentes têm poucos sintomas específicos, mesmo na presença de abscesso bem definido. A mortalidade está entre 20% a 40%. Os locais mais freqüentes são o temporal e o cerebelo e geralmente se associam com paralisia de nervos cranianos. Juntamente com o tratamento neurocirúrgico (drenagem do abscesso), faz-se a mastoidectomia, com recuperação completa do paciente. Problemas neurológicos devem ser abordados antes da cirurgia otológica. O tratamento neurocirúrgico pode ser feito apenas com antibiótico, enquanto que alguns cirurgiões optam pela aspiração e outros pela drenagem aberta.

O abscesso epidural e subdural são extensão direta da infecção da orelha média. Em resumo, a antibioticoterapia diminuiu mas não eliminou as complicações relacionadas com a OMA e, algumas vezes, as taxas de mortalidade permanecem sem modificações. A vigilância médica é necessária desde o diagnóstico feito pelo pediatra até o atendimento em nível terciário.