

Otite média aguda complicada com matoidite, um relato de caso

Acute otitis media complicated with matoiditis, a case report

Johanna Olivieri Barcellos Stockinger^{1,2}, Giulia Marcolino da Matta^{1,2}, Isadora Faver de Souza^{1,2}

¹Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto, Medicina, Petrópolis, RJ.

²Hospital de Ensino Alcides Carneiro, Medicina, Petrópolis, RJ, Brasil.

Palavras-chave:

Otite Média. Antibacteriano. Mastoidite. Epidemiologia descritiva. Pediatria. Periostite.

Resumo

A otite média aguda (OMA) é definida como um processo inflamatório da orelha média, com características, evolução e tratamentos clínicos diversos. Na maioria dos casos, está associada à infecção viral ou bacteriana de vias aéreas superiores, sendo muito associada à população infantil. O objetivo foi relatar o caso de um escolar, de 5 anos, com histórico de OMA de repetição, que evoluiu com mastoidite e abscesso auricular. As informações foram obtidas por meio da revisão do prontuário, entrevista com os pais do paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos a que o paciente foi submetido e sua evolução clínica, a partir de um consentimento informado aos familiares, a partir da assinatura de um termo (TCLE) que garante privacidade, confidencialidade, inclusão e representatividade ao paciente e seus responsáveis. Além disso, os participantes têm direito de desvinculação e saída de sua participação, sem penalização. O caso relatado e publicações levantadas trazem à luz a discussão da terapêutica e manejo de pacientes com essa condição clínica atreladas aos principais fatores de risco, a fim de possibilitar melhora da qualidade de vida e abordagem correta do paciente.

Keywords:

Otitis media. Anti-bacteria. Mastoiditis. Descriptive epidemiology. Pediatrics. Periostitis.

Abstract

Acute otitis media (AOM) is an inflammatory process of the middle ear with different characteristics, evolution, and clinical treatments. In most cases, it is associated with viral or bacterial infection of the upper airways and is directly linked with the child population. It aimed to report the case of a 5-year-old schoolboy with a history of recurrent AOM, who developed mastoiditis and ear abscess. Information was obtained through the review of the medical records, interviews with the patient's parents, photographic record of the diagnostic methods that the patient was submitted to and his clinical evolution based on informed consent to family members through the signing of a term (TCLE) that ensures privacy, confidentiality, inclusion and representativeness to the patient and their guardians. In addition, participants may disengage and exit their participation without penalty. The case reported and the publications raised bring to light the discussion of the treatment and management of patients with this clinical condition linked to the main risk factors to improve the quality of life and correct approach to the patient.

INTRODUÇÃO

A otite média aguda (OMA) é definida como um processo inflamatório da orelha média, com características, evolução e tratamentos diversos. Na maioria dos casos, está associada a uma infecção viral ou bacteriana de vias aéreas superiores. Os sintomas incluem, principalmente, otalgia, febre, hipoacusia e otorreia. O exame físico, feito através de uma otoscopia, pode revelar uma membrana timpânica abaulada ou perfurada, associada ou não a uma otorreia purulenta, opacificação, imobilidade e eritema.

Esse processo inflamatório está relacionado a uma variedade de fatores de risco, como idade baixa, sexo masculino, uso de mamadeiras, exposição ao ambiente de creche, moradias superlotadas, falta de aleitamento materno, exposição ao fumo e, sobretudo, a infecção de vias aéreas superiores. As complicações desse processo infeccioso se devem basicamente à extensão dessa infecção para outras regiões, sendo divididas em intratemporais (mastoide, região petrosa, labirinto) e em intracranianas (meninges, seio sigmoide) por contiguidade na maioria das vezes. A complicação mais comum é a mastoidite.

A mastoidite ocorre por penetração da secreção da orelha média no antro da mastoide, que se dissemina para as demais células, sendo um processo de periostite e coalescência, com destruição dos septos e associação clínica com edema, calor, hiperemia, protusão do pavilhão, febre, apagamento do sulco retroauricular e otalgia. Sua incidência teve redução depois dos anos 80, após introdução da antibioticoterapia. Tem-se observado, entretanto, aumento desta complicação, tanto pelo uso inadequado de antibióticos, quanto pelo diagnóstico errôneo feito por tomografia computadorizada de mastoide, uma vez que em toda otite média ocorre certo velamento da mastoide, não significando a presença de mastoidite.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de complicação de OMA ocorrida no Hospital de Ensino Alcides Carneiro- Petrópolis-RJ, no ano de 2024, através da revisão de prontuário, após assinatura de termo de consentimento pelos responsáveis do paciente, com posterior discussão de suas evoluções e resultados terapêuticos, baseados na literatura atual. Ademais, foi realizada uma pesquisa ativa nos livros de altas do Hospital citado de 2018 até meados de 2024, com a relação de casos que foram internados com OMA e evoluíram com mastoidite na população infantil.

DESCRIÇÃO DO CASO

Escolar, 5 anos, masculino, procurou o serviço devido a queixa de edema retroauricular esquerdo há 10 dias, associado a otalgia moderada, hipoacusia e febre aferida de 38°, com histórico de OMA de repetição e antibioticoterapia com Amoxicilina + Clavulanato. Evoluiu com progressão do edema para região superior do pavilhão auditivo, com sinais de flogose. Ao exame físico na admissão, apresentava linfonodomegalias reacionais à esquerda em região cervical, presença de edema em região de pavilhão esquerdo, sinais flogísticos e dor à manipulação. Otoscopia sem alterações. Sem sinais de irritação meníngea. Aos exames laboratoriais apresentava leve leucocitose (12.600 mm³), com predomínio de neutrófilos e hemocultura negativa. Foram iniciados Oxacilina (150mg/kg/dia) de 6 em 6 horas e Ceftriaxone (100 mg/kg/dia) de 24 em 24 horas e programado drenagem do abscesso pela cirurgia pediátrica.

Ocorreu drenagem espontânea do abscesso auricular no segundo dia de internação, sendo coletada secreção para cultura, com resultado positivo para *Staphylococcus aureus*, mantendo-se a conduta antibiótica e programado tomografia computadorizada de mastoide, que demonstrou velamento quase completo da mastoide esquerda, hipotímpano, recesso epitimpânico, indicando mastoidite.

Paciente manteve-se internado por 14 dias para realização de antibioticoterapia preconizada, com evolução positiva e regressão quase completa do edema (Figura 1).

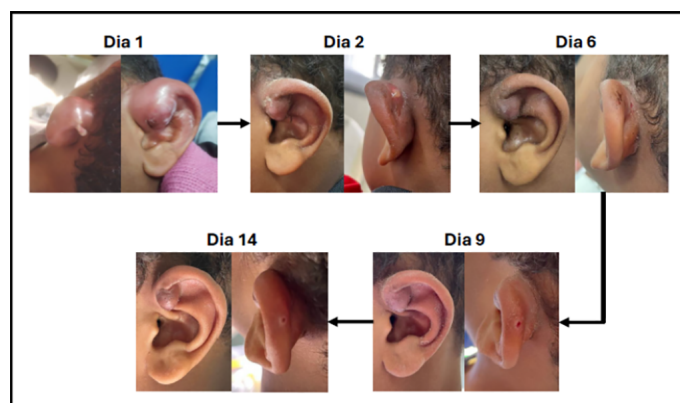


Figura 1. Evolução do edema com uso de antibioticoterapia.

Este artigo está fundamentado nos princípios éticos, com base na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Esta incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. As informações da internação foram obtidas pelo prontuário do paciente, com autorização de seu uso pela direção clínica do Hospital de Ensino Alcides Carneiro e da coordenação da Pediatria, em 9 de julho de 2024. Os responsáveis do paciente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no dia 19 de julho de 2024.

DISCUSSÃO

A maioria das complicações de OMA ocorrem em pacientes nas primeiras décadas de vida, apresentando um pico bimodal: 6-12 meses e 4-5 anos. Baixo nível socioeconômico e aglomerados, como creches, conferem maior risco de infecção e maior incidência de complicações. Uma educação em saúde para prevenção inadequada e acesso limitado aos cuidados médicos contribuem para o risco elevado de evolução negativa dos casos.

De acordo com os livros de altas do Hospital Alcides Carneiro nos anos de julho de 2018 até julho de 2024, com análise de 8.058 pacientes internados, apenas 71 obtiveram internações por OMA na enfermaria de pediatria, ou seja, menos de 1% do total. E destes 71 pacientes, 22 evoluíram com mastoidite, representando cerca de 30 % dos casos. Além disso, foi visto que a maioria das internações ocorreram no inverno (34%), com predomínio no sexo masculino (58%) e prevalência nas faixas etárias abaixo de 1 ano e de 5 anos. Ou seja, é perceptível o pico bimodal etário mais acometido, que condiz exatamente com a faixa de idade mais associada a infecções das vias aéreas superiores.

Em estudo feito pelo *Brazilian Journal of Development*, a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DataSUS) do Ministério da Saúde no período de 2004 a 2010, foi constatado que de 6.493.344 óbitos (excluindo causas externas), 869 (0,013%) apresentavam como causa, doenças do ouvido. Desses casos, 126 foram por mastoidite (14,5%). Neste estudo, verificou-se que o

sexo masculino representou 73 dos óbitos (57,9%) e o feminino 53 (42,1%), corroborando a literatura e os dados implicados no Hospital Alcides Carneiro, uma vez que a doença é mais frequente na população masculina.

A mastoidite aguda apresenta os sintomas clássicos de dor retroauricular, febre e protusão auricular, sendo o diagnóstico clínico e complementado com tomografia computadorizada de osso temporal. O tratamento objetiva a eliminação da infecção e prevenção de complicações, devendo ser iniciado antibiótico intravenoso empírico de amplo espectro para *Streptococcus pneumoniae* e ajustado quando resultado da cultura. A escolha inicial é cefalosporina de terceira geração (Ceftriaxone) associada uma penicilina, como a Oxacilina. Se houver necessidade de cobertura de anaeróbios ou *Staphylococcus aureus* com algum grau de resistência, a clindamicina e a vancomicina são boas opções terapêuticas.

O tempo de tratamento depende muito da literatura e da unidade de saúde, sendo preconizado na maioria das vezes de 2-3 semanas e prolongamento se maiores complicações. Deve-se considerar miringotomia em casos sem otorreia e abaulamento da membrana timpânica. A mastoidectomia pode ser realizada se falha em 48-72 horas de tratamento e maiores complicações, contudo, sua realização é controversa.

O surgimento de uma doença na orelha média pode ser inevitável em alguns casos, porém suas complicações são situações que podem ser evitadas, uma vez que podem ser tratadas. Muitas vezes, a dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, a falta de tratamento adequado e nível socioeconômico precário favorecem um diagnóstico tardio da doença, aumentando, assim, as chances de complicações graves e ao óbito. Muitas complicações, principalmente as intracranianas, podem ser fatais se não forem tratadas corretamente e a tempo, constituindo grande risco ao paciente e tornando-se um problema de saúde pública.

Dessa forma, é importante conscientizar a população com prevenção adequada, como vacinação completa, principalmente com as vacinas antipneumocócica e influenza, aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, evitar a exposição à fumaça do tabaco, uso de chupeta, mamadeiras e incentivar programas de educação em saúde, salientando a importância da procura de assistência médica.

AGRADECIMENTOS

Aos professores, pelas correções e ensinamentos que permitiram um melhor desempenho e aprendizado. Ao Hospital, pela liberação do prontuário e livros de altas que permitiram melhor entendimento sobre o caso e sobre sua epidemiologia dentro da unidade de saúde. Aos responsáveis do paciente, pelo consentimento dado para coleta de dados e fotografias sobre o caso.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Otite Média Aguda de Repetição. Atualize-se, São Paulo. 2016;1(3):4-9.
2. Sakano E, et al. Tratamento da otite média aguda na infância. Revista da Associação Médica Brasileira. 2006;52(2):72-73.
3. Marrcondes E, Vaz FA, Ramos JL, Okay Y. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4ª ed. Barueri: Manole, 2017.
4. Guia do Episódio do Cuidado. Otite Média Aguda em crianças e adolescentes. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2022.
5. Pignatari SSN (Org.); Anselmo-Lima WT (Org.). Tratado de otorrinolaringologia. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018.
6. Caldas SN, Sih T. Otologia e Audiologia em Pediatria. São Paulo: Revinter; 1999.
7. Costa S, et al. Mastoidite. Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology. Disponível em: <https://iapo.org.br/en/home-en/>
8. Marques F, et al. Mastoidite aguda em idade pediátrica- Fatores de risco para complicações. Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto. Nascer e Crescer. 2013;XXII(1).
9. Siiht T, Chinski A, Eavey R; Il Manual of Pediatric Otorhinolaryngology IAPOS/IFOS; 2001.
10. Bento RF, et al. Tratado de Otologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2013.
11. Mierzwinski J, et al. Therapeutic approach to pediatric acute mastoiditis – an update. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2019;85(6):724-732.