



ISSN 1806-9312



Revista Brasileira de Otorrinolaringologia

Sábado, 8 de Janeiro de 2011

Listagem dos arquivos selecionados para impressão:

Imprimir:



2927 - Vol. 40 / Edição 2 / Período: Maio - Dezembro de 1974

Seção: Artigos Originais

Páginas: 200 a 202

Autor(es):

Pedro Luiz Cóser\* e

Vicfório De costa

## Otite Externa Maligna em Lactente - Apresentação de um caso

### Introdução

O termo Otite Externa Maligna foi pela primeira vez empregado na literatura por Chandler para designar as lesões do conduto auditivo externo causadas por *Pseudomonas aeruginosa*, que nesta região anatômica têm caráter agressivo único dentro das otites externas. Caracteristicamente progride rapidamente, iniciando-se com dor contínua e forte, corrimento purulento, com a formação de tecido de granulação que se dissemina com o passar do tempo ao conduto e a seguir propaga-se para a cartilagem destruindo-a e invadindo o tecido celular subcutâneo, dando origem a tumefação das regiões peri-auricular e parotídea que se apresentam hiperêmicas e hiperestésicas. Em seqüência, a infecção produz osteíte que pode formar seqüestros ósseos e comprometer os nervos cranianos da região (mais comumente afetado o sétimo par craniano) podendo ainda atingir outros ~ pares IX, X, XI, XII, 2, 3, 5, 6, 7 e mais raramente o V6, VI e III3 produzindo em grande número de casos, meningite, trombose do seio lateral, abscesso cerebral e morte. Em 38 casos de Chandler<sup>3</sup> 36 dos pacientes eram diabéticos e a faixa etária entre 35 e 91 anos de idade, com mortalidade de 12 pacientes em 38 casos. O prognóstico agrava-se quando há paralisia facial óbito de 6 pacientes entre 16 casos e mais ainda quando ocorre envolvimento múltiplo dos pares cranianos 9 óbitos em 12 casos<sup>1, 3, 5, 6, 7</sup>. Por tratar-se de processo patológico que está sendo recentemente estudado e porque não há qualquer referência na literatura nacional de que tenhamos conhecimento, apresentamos este trabalho que registra um caso em lactente desnutrido, de 1.0 grau e não diabético.

### Apresentação do Caso

J.A.M.L., sexo masculino, branco, 2 meses de idade foi trazido no dia 3.74 ao ambulatório de Puericultura de nossa Universidade. Relatava a mãe que a criança apresentava diarreia há mais ou menos 10 dias e que coincidia com a troca da alimentação com leite artificial para leite puro de vaca. Referia ainda que há 3 dias a criança não dormia, chorando muito, estava bastante irritada e febril desde o dia anterior à consulta.

Exame Físico - a criança apresenta-se desnutrida de 1 0 grau (idade peso - 1 mês, idade estatura - 1 mês). Reage fortemente à compressão do tragus e nota-se corrimento purulento na orelha esquerda.

Antecedentes Pessoais - N N - parto normal com episiotomia; peso ao nascer 3 200 g, estatura 51 cm, PC 35 cm, PT 32 cm e Apgar 10.

Mórbidos - esteve internada em 28/11/73 com Gastroenterite e desidratação de 20 grau. Em 5 dias teve alta curada.

Imunitário - BCG oral aos 4 dias.

Antecedentes Familiares - nada digno de nota, a não ser baixas condições sócioeconômicas. Internado em 411/74 com diagnóstico de Gastroenterite, desnutrição e otite. O exame físico do boletim de internação chama atenção para o ouvido esquerdo que mostra corrimento pio-sanguinolento, edema muito doloroso à palpação ao redor do pavilhão auricular e também da região parotídea. Observa-se também paralisia facial do tipo periférico orno lateralmente.

Exames Complementares - ph - 7,4, PaCO<sub>2</sub> - 31,50 mm Hg, Pa O<sub>2</sub> - 125 mm Hg, deficit de base - 4,2 meq/litro, sat. hb. - 98,45%, HCO<sub>3</sub> - 21 meq/I, CO<sub>2</sub> total 22,10 meq/I.

Hemograma - Eritrócitos 2.800.000 mm cúbico - Hb - 8,28%.

Tratamento - Instituímos a seguir terapêutica, após consulta ao otorrinolaringologista, que fez a hipótese diagnóstica de parotidite a partir de uma otofurunculose. NPVO - hidratação, Dipirona 125 mg, Furasolidona 10 mg de 6/6 hs VO e Ampicilina 125 mg de 12/12 hs VO. Este tratamento foi mantido até o dia 811/74 quando foi trocado o antibiótico por não apresentar melhora do quadro clínico e sim

agravamento, visto que o conduto foi, aos poucos, preenchido por tecido de granulação, continuando com abundante exudação. Passamos a usar Lincomicina 75 mg IM de 12/12 hs, aspiração diária dos exudatos do ouvido, administrando-se por gotas auriculares um produto contendo Sulfato de Polimixina B, Nitrofurazona, Acetato de Fluoridrocortisona 4 vezes ao dia. Dia 10/1/74 foi solicitada cultura e antibiograma do exudato do ouvido, já que a infecção não cedia à terapêutica instituída. No dia 15/1/74 foi eliminado um seqüestro ósseo pelo meato acústico. No dia 18/1/74 a cultura revelou: *Pseudomonas aeruginosa*, sensível à Gentamicina e a Cefaloridina e resistentes aos demais antibióticos testados. Nesta data instituiu-se Gentamicina 5 mg de 8/8 hs IM mais instilações locais de Gentamicina 4 vezes ao dia. No dia 21/1/74, ao exame de controle, observa-se enorme cavidade criada pela erosão das paredes do meato acústico e pela eliminação de seqüestro ósseo. A membrana timpânica está íntegra. Pesquisaram-se TBC e Sífilis: VDRL - Negativo, Migliano Negativo, RX tórax - linfonodos mediastinais aumentados e hiperinsuflação do pulmão esquerdo PPD - Negativo. A paralisia facial ainda persiste. No dia 29/1/74 exame comum de urina revela: cilindrúria (mais de 50 cilindros p/campo), o hemograma discreta anemia e linfocitose (68%). No dia 2/2/74 suspende-se a Gentamicina e substitui-se por Cefalexina 65 mg de 6/6 hs VO durante 3 dias. No dia 5/2/74 o conduto apresenta-se cheio de tecido necrótico e polipóide, secreção sanguinolenta e tumefação retroauricular, intensificam-se então os curativos locais e a terapêutica sistêmica passa a ser de manutenção. Alta no dia 2/2/74 com regular estado geral, sendo o paciente transferido para outro hospital, a fim de receber tratamento ambulatorial e possível cirurgia. Após a alta, o menino passou a ser atendido ambulatorialmente, fazendo curativos com aspiração da secreção e instilação de antibióticos locais, mas não se consegue deter o processo infeccioso e o paciente é novamente internado no dia 6/3/74 no Hospital de Caridade de Santa Maria, quando apresentava tumefação arredondada, bem delimitada, de aproximadamente 1 cm de diâmetro, além do meato semiocluido pelo tecido de granulação pela exudação permanente abundante. Cirurgia - no dia 11/3/74 foi realiza-ia intervenção cirúrgica que se inicia com incisão da região do tragus, para retirada do material necrótico e polipóide do conduto, a seguir incisão retro-auricular abrangendo a tumefação anteriormente citada, deslocando-se o pavilhão auricular; verificamos que os responsáveis pela tumefação era um seqüestro ósseo de forma plana de um centímetro de diâmetro que estava sendo eliminado. Com surpresa verificamos que a membrana timpânica estava íntegra. O próximo ato cirúrgico foi o broqueamento do osso infectado e finalmente atapetamento com retalho de pele pediculado, feito com a pele da própria orelha e da sua face interna. Foi deixado dreno de politileno e tamponando-se o meato com gase furacinada. Exame Histopatológico - o exame do material obtido cirurgicamente revelou osteíte a par de processo inflamatório crônico. A criança ficou internada por mais 18 dias (alta em 29/3/74) submetida a instilações diárias de Gentamicina e Dexamentasona pelo tubo de politileno e Lincomicina IM nos três primeiros dias, passando-se a usar Eritromicina por mais uma semana e por via oral. O tamponamento foi mantido sempre o mesmo. Com um mês de período pós-operatório foi retirado o tamponamento, e não se encontraram sinais de infecção. O conduto mantinha-se aberto e drenava um pouco de secreção serosa, atribuída a falha na "pega" do enxerto. A criança foi acompanhada, com boa evolução até o dia 11/4/74 sendo que a partir desta data não foi mais trazida à consulta. Um mês depois, 16/5/74, foi novamente apresentada ao ambulatório mostrando então recidiva da infecção, agora com fístula retro-auricular, drenando exudato purulento abundante e com o conduto praticamente fechado. Pela expressão do pavilhão, obtinha-se secreção espessa do orifício residual do meato. O paciente apresentava febre 38,40 C, não se alimentava e ainda diarréia. Tentouse terapêutica ambulatorial com antitérmico, antiespasmódico, Ampicilina VO e curativos locais para melhora do estado da criança enquanto se aguardava internação. No dia 23/5/74 foi hospitalizada no Hospital Universitário Centro com um plano terapêutico para 21 dias com Carbenicilina 150 mg/Kg/dia, EV de 2/2 hs associada a Gentamicina 4 mg/Kg/dia IM de 12/12 hs e curativos locais com limpeza da lesão e instilação de algumas gotas de Gentamicina. Recebendo ainda antitérmicos e solução endovenosa composta de Soro glicosado 5% a 250 ml, NaCl 50% 1,5 ml, KCl 10% 2,5 ml, Gluc. Ca 10% 2,5 ml (XII gotas por minuto), trocando-se o frasco para manter a via de administração da Carbenicilina. A criança respondeu muito bem à medicação sendo que no 3º dia de tratamento já estava afebril, começando a ganhar peso a partir do 10º dia. No 10º dia da internação a Uréia, pedida para controle da função renal, se achava em 22 mg/100 ml. No 7º dia de evolução já não drenava mais exudato espontaneamente, mas à expressão do pavilhão se obtinha material semi-sólido, amarelado que o exame revelou ser material necrótico. No 15º dia a medicação foi suspensa por dificuldade de administração da Carbenicilina, uma vez que 5 veias já haviam sido perdidas por trombose. Nesta ocasião a criança já não apresentava sinais clínicos de infecção, e a cultura do material necrótico feita revelara crescimento bacteriano. Seguiu-se então com Ampicilina 200 mg de 6/6 hs para encerrar o plano inicial de 21 dias. Teve alta no dia 11/6/74 com instruções para ficar em observação e ser submetida à nova intervenção plástica em tempo oportuno. No dia 25/6/74 observou-se a presença de formações brancas, algodonosas no interior da cavidade retro auricular, possivelmente infecção fungica saprofitica, que se estabeleceu sobre aquela área de difícil higiene. Com limpeza diária e aplicação de pomada com

Nistatina conseguiu-se curar o processo. Até a presente data (22/8/74) a criança continua assintomática.

### **Discussão**

A Otite Externa Maligna normalmente é descrita em indivíduos adultos idosos e diabéticos<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>. Parece que ainda não foi descrito nenhum caso em criança, daí a importância deste caso por demonstrar que uma criança desnutrida, mesmo em 1.º grau pode apresentar condições favoráveis à instalação desse processo e na ausência de diabete. No tratamento desta enfermidade foram empregados vários antibióticos sempre com resultados insatisfatórios. O prognóstico melhorou consideravelmente quando foi utilizado o esquema preconizado por Chandler<sup>3</sup>.

### **Resumo**

É apresentado um caso de otite externa maligna, causada por *Pseudomonas aeruginosa*, em lactente de 2 meses de idade, com péssimo estado geral. São discutidos alguns aspectos etiológicos e terapêuticos, bem como algumas complicações da enfermidade.

### **Summary**

The authors report a case of pseudomonal malignant external otitis, in a boy 2 months old. Some etiological and therapeutic aspects as well as complications of this pathological process are discussed.

Agradecimentos - agradecemos ao Serviço de Pediatria pela cessão do caso.

### **Referências Bibliográficas**

1. Aldous, E. W. & Shin, J. e. - Far Advanced Malignant External Otitis. Report of a Survival Laryngoscope, 83:1810-1815, 1973.
2. Chandler, J.R. - Malignant External Otitis. Laryngoscope, 78:1257-1294, 1968.
3. Chandler, I.R. - Pathogenesis and Treatment of Facial Paralysis due to Malignant External Otitis. Annals of Otol. Rhinol. and Laryng., 81 :648-658, 1972.
3. Morgenstein, K. M. & Seung H. L. - Pseudomonal Mastoiditis. Laryngoscope, 81: 200-214, 1971.
4. Shanon, E. et al. - Pseudomonal Cranulomatus External Otitis. Acta Otolaryng., 73:374-378, 1972.
5. Swarz, G. A. et al. - Neurologic Complications of Malignant External Otitis. Neurology, 21: 1077-1084, 1971.
6. Wilson, D. L. et al. - Malignant External Otitis. Archives Otolaryngology, 93:419-422, 1971.

\* Aluno do Curso de Medicina e Estagiário do Departamento de Patologia (Secção Patologia Oral) da UFSM.

\*\* Assistente do Departamento de Patologia da UFSM.

**Indexações:** MEDLINE, Excerpta Medica, Lilacs (Index Medicus Latinoamericano), SciELO (Scientific Electronic Library Online)

**Classificação CAPES:** Qualis Nacional A, Qualis Internacional C



Imprimir:



Todos os direitos reservados 1933 / 2011 © Revista Brasileira de Otorrinolaringologia