

Complicações Intracranianas da Otite Média Supurada

Fernando Silva Chacón

O Otorrinolaringólogo, pediatra e o médico generalista têm de ter o conhecimento dos riscos potenciais que podem ocasionar uma otite média supurada, seja decorrente de o paciente não ter recebido nenhum tipo de tratamento, seja porque não recebeu um tratamento adequado. Neste último caso, o antibiótico que estava tomando, não era eficaz contra as bactérias que estavam causando a infecção, ou mesmo por não haver sensibilidade ao antibiograma. Estes são fatores que predisõem às complicações intracranianas, que são as mais graves. Se não forem diagnosticadas e tratadas a tempo, levam à morte do paciente, fato que ocorria com relativa frequência na era pré-antibiótica, sendo na atualidade incomum. Entretanto, não devemos esquecer que estas complicações são observadas tanto em países desenvolvidos quanto nos países em vias de desenvolvimento de acordo com a revisão bibliográfica feita nos últimos 10 anos.

Em países em vias de desenvolvimento como o nosso (Equador), isto ocorre devido a problemas econômicos, os quais fazem com que o paciente não tome a medicação pelo tempo indicado e por falta de cobertura de atenção primária da saúde para diagnosticar otite média supurada. Esta patologia pode ocasionar complicações intratemporais e intracraniana, que são as seguintes: abscesso extradural, tromboflebite do seio lateral, abscesso subdural, meningite, meningoencefalite, abscesso encefálico, hipertensão intracraniana de origem otogênica e a síndrome de Gradenigo. Esta última, está incluída pelo comprometimento do I e VI pares cranianos, com relação com o vértice do penhasco.

Tromboflebite do seio lateral

Pode ocorrer quando a infecção da orelha média, ou seja, a secreção purulenta do tímpano e da mastóide progredir, destruindo as células da mastóide, ocasionando tecido de granulação. Igualmente o colesteatoma infectado destrói estas células, acarretando também a destruição do tegmen timpani e/ou da lâmina óssea do seio lateral. Pode-se observar acúmulo de secreção purulenta entre a dura-máter e o tegmen timpani, ocorrendo, então, o abscesso extradural. A secreção purulenta acumulada entre o seio lateral e a lâmina óssea denomina-se abscesso perisinusal. Estes abscessos causam geralmente tecido de granulação na dura-máter e no seio lateral. A secreção purulenta acumulada é causa da tromboflebite do seio lateral e precursora de outras complicações endocranianas. O abscesso extradural ou perisinusal na atualidade é um achado cirúrgico da otite média crônica supurada, já que sua sintomatologia está atenuada pelo antibiótico que o paciente está tomando. Deve-se suspeitar do mesmo, quando o paciente se queixar de cefaléia, otalgia, mal-estar geral e febre baixa, que podem acompanhar todo um quadro de otite média supurada, colesteatomatosa ou granulomatosa.

Na era pré-antibiótica a tromboflebite do seio lateral apresentava-se como a tríade clássica de calafrios, hemocultura positiva e prova de Toby Ayer positiva (consiste em comprimir a veia jugular interna e medir a pressão do LCR, sendo que nos

casos de trombose do seio lateral não ocorre nenhuma elevação).

Na atualidade a trombose do seio lateral tem diminuído sua incidência como complicação da otite média aguda supurada. Essa complicação é observada na mastoidite mascarada por antibiótico ou na otite média crônica colesteatomatosa ou granulomatosa.

A cefaléia, febre, calafrios, diminuem ou desaparecem quando o paciente recebe antibióticos, sintomas que reaparecem alguns dias depois que o paciente deixa de tomar antibiótico, ou em períodos curtos de antibioticoterapia.

Na nossa experiência, achamos casos de tromboflebite do seio lateral, em pacientes sem sintomatologia clínica evidente, sendo este um achado cirúrgico da otite média crônica, granulomatosa ou colesteatomatosa na criança, acompanhado de abscesso epidural ou tecido de granulação que envolve o seio lateral.

Meningite: Temos observado em poucos casos de otite média crônica colesteatomatosa, acompanhado às vezes de meningoencefalite. Achamos também na otite média aguda sendo estes casos muito raros. Os pacientes apresentam cefaléia, rigidez de nuca, febre, que pode estar ou não presente, dependendo do uso ou não de antibióticos, e mudanças do caráter ou humor.

Fases do abscesso encefálico

1. Fase de Encefalite. Manifesta-se clinicamente apresentando cefaléia e mudanças de caráter ou humor, anorexia, letargia, irritabilidade, vômitos, etc. em pacientes com otorréia crônica. Às vezes, mesmo se o paciente tiver recebido antibióticos, os sintomas somem ou diminuem, podendo, no entanto, reaparecerem dias após ter deixado de tomar o antimicrobiano. O diagnóstico é feito pela tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) observando-se espessamento da substância cinzenta. A encefalite é a primeira fase do abscesso cerebral, sendo sua sintomatologia muito rica, caso o paciente não estiver recebendo antibiótico. Em geral responde bem ao tratamento antibiótico, complementado com cirurgia otológica da sua patologia crônica.

2. Fase de Liquefação. Esta segunda fase do abscesso encefálico consiste na liquefação da substância cinzenta. Nesta fase, os sintomas cerebrais são pequenos, ou seja é quase assintomática. Corresponde à fase silenciosa, podendo durar muitas semanas, dependendo se recebeu ou não antibiótico. Nesta fase começa a formar-se uma cápsula fibrosa para englobar o abscesso e evitar sua disseminação.

3. Fase de Encapsulação. O abscesso continua se desenvolvendo no cérebro, e encapsula-se. Pode localizar-se na fossa média ou posterior, dependendo se ocorreu deiscência no tegmen timpani ou seio lateral. Esta fase é sintomática, com cefaléia, vômitos sem náusea, convulsões focalizadas ou tônicas crônicas, anorexia, mal-estar geral, palidez, sonolência, junto com irritabilidade e transtornos da marcha. Esta última observamos quando sua localização é na fossa posterior. Deve-se realizar o exame do fundo de olho para avaliar se existe papiledema, que ocorre em 50% dos casos. Às vezes podem apresentar afasia, quando o abscesso se localizar na fossa média ao nível do lobo temporal. O abscesso pode ocasionar a morte. Confirma-se o diagnóstico mediante RNM ou TC com contraste. O tratamento é médico (antibioticoterapia EV), neurocirúrgico, (drenagem do abscesso) e otorrinolaringológico (em geral, mastoidectomia radical).

Lembrar que os antibióticos podem diminuir a sintomatologia clínica do abscesso

4. Fase de Ruptura e Morte. Quando o abscesso se rompe, geralmente ao interior do ventrículo, ocasionando a morte por septicemia.

Tratamento

Nas complicações intracranianas se dá prioridade à antibioticoterapia. Quando ocorrer meningite e meningoencefalite geralmente são ocasionadas pelo *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e *Streptococcus pyogenes* (beta-hemolítico) do Grupo A (GAS), motivo pelo qual deve-se usar cefalosporinas de terceira geração. Caso não estiver disponível, deve-se usar ampicilina e cloranfenicol ou cefalosporinas de primeira ou segunda geração, porém sem tão boas chances de sucesso.

Nos abscesso cerebrais, na fase 1 e 2 do tratamento, está indicada a antibioticoterapia EV. recordando que além das outras bactérias já mencionadas encontramos o *Staphylococcus aureus* e o *Bacteróides fragilidis*. Nesta situação, além dos antibióticos previamente mencionados devemos adicionar o metronidazol ou a clindamicina, para anaeróbios, até estabilizar ao paciente. Depois, realizar a mastoidectomia radical nas otites medias crônicas ou mastoidectomia simples nas mastoidites. Na terceira fase é importante drenar o mais rápido possível o abscesso cerebral, procedimento que é realizado pelo neurocirurgião, acompanhado de antibioticoterapia EV prévia e, sendo possível, no ato neurocirúrgico, realizar uma mastoidectomia radical. Nas complicações intracranianas deve-se administrar antibioticoterapia depois do procedimento cirúrgico otorrinolaringológico e ou neurocirúrgico de 4 a 6 semanas.

Hidrocefalia de origem ótica. Observa-se na infecção aguda ou crônica da orelha ou alguns dias depois de ter sido operado o paciente ou tratado clinicamente. Associa-se geralmente à trombose do seio lateral e é caracterizada por aumento da pressão intracraniana, sem sinais neurológicos focais nem convulsões. O líquido é normal, ou seja, não está infectado. Há o aumento da pressão intracraniana que origina cefaléia e vômitos. No exame do fundo de olho, ocorre o edema da papila. Nos poucos casos que vimos, colocamos a válvula de derivação ventriculoperitoneal, já que os pacientes estavam em estado crítico. Alguns autores referem que os pacientes se recuperam completamente em três meses ou mais. Para evitar a atrofia óptica sugerem realizar punções raquidianas repetidas para extrair o líquido cefalorraquidiano.

Referências bibliográficas

1. Bento Ricardo, Miniti A. Complicaciones intracranianas de la Otitis Media. Tratado de Otolología . Sau Paulo. ED.USP. Pag.233-241 – 1998.
2. Andrade Cessa Helio, Bastos Freitas Edson. Complicaciones de la Otitis Media en la infancia .Otolología e Audiología em Pediatria,Caldas Nelson, Caldas S., Sih Tania. ED.Revinter .Ltda. Pag.106 – 110 Brasil 1999.
3. C.D. Bluestone, JO.Klein, Stool S. Intratemporal Complications and sequelae of otitis media. Pediatric Otolaryngology .Vol.1. 3 ed.,W.B. Saunders, Philadelphia . 1996. pp 583- 635.
4. Kangsanarak J, Navacharoen N, Fooanant S, Ruckphaopunt K., Intracranial Complications of suppurative Otitis Media: 13 years experience. Am.J.Otol.

- 1995 Jan;16 (1): 104-109.
5. Poignonec S, Lamas G, Fourgeront B, Sichez JP, Guenon P, Szalay M, Begana C, Endocranial Complications of chronic otitis in adults. *Ann.Otolaryngol.Chir Cervicof.* 1990;107 (5): 333- 340.
 6. Deric D, Arsovic N, Dordevic V, Pathogenesis and metods of treatment of otogenic brain abscess. *Med.Pregl.* 1998 Jan.-Feb;51 (1-2):51-5.
 7. Kaplan DM, Kraus M, Puterman M, Niv A, Leiberman A, Fliss DM, Otogenic lateral sinus thrombosis in children. *Int.J.Pediatr. .Otorhinolaryngol.* 1999 Aug 20;49(3):177-83.
 8. Osma U, Cureoglu S, Hosoglu S, The complications of chronic otitis media: report of 93 cases. *J.Laryngol.Otol*, 2000 Feb;114(2):97- 100.
 9. Schwager K, Carducci F, Endocranial complications of acute and chronic otitis media in children and adolescents. *Laringorhinologie* 1997 Jun;76(6):335-40.
 10. Yen PT, Chan ST, Huang TS, Brain abscess : with special reference to otolaryngologic sources of infection. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1995 Jul;113(1):15-22.
 11. Friedman Ellen M, Mcgill T, Healy G B, Central Nervous system complications associated with acute otitis media in children. *Laryngoscope* 100 Feb.1990 149-151.