

# *Otite Externa*

---

*Tania Sih*

## **Definição, frequência e fatores predisponentes**

A Otite externa (OE) é uma afecção inflamatória e/ou infecciosa do canal ou conduto auditivo externo (CAE) e da região auricular. É extremamente freqüente, acometendo 3-10% dos pacientes com queixas otológicas, sendo que 80% dos casos ocorrem no verão. Os principais fatores predisponentes são: calor, ambiente úmido, obstruções anatômicas do CAE (estenose, exostose, cerúmen), uso de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) ou próteses auditivas, trauma auto-induzido (por exemplo, uso de bastonetes revestidos de algodão, utilizado para “limpeza” da orelha) e natação.

## **Patogênese**

Os principais fatores implicados na patogênese da OE são:

1. remoção da proteção hidrofóbica de cerúmen do CAE (água ou trauma);
2. exposição do epitélio subjacente do CAE à água e outros contaminantes;
3. edema e escoriação da camada epitelial do CAE;
4. infecções fúngicas (oportunistas);
5. infecções bacterianas;
6. reação alérgica a um agente tóxico (por exemplo, neomicina), ou dermatite de contato (por exemplo, xampu), ou como extensão de psoríase ou outra dermatite sistêmica (por exemplo, seborréia).

## **Conduto Auditivo Externo**

São importantes alguns dados anatômicos. O CAE é formado por 1/3 lateral de origem cartilaginosa e os 2/3 mediais são ósseos. Como há uma diferença de angulação entre a parte fibrocartilaginosa e a óssea, a cartilagem do pavilhão auricular, durante a otoscopia, deverá ser tracionada para cima e para trás, para obtenção de um alinhamento correto que permita uma boa observação. O CAE é geralmente uma estrutura com autoproteção e autolimpeza. O cerúmen “caminha” gradualmente em direção ao exterior; portanto, o uso de instrumentos e limpeza excessiva do CAE pode promover um distúrbio da barreira protetora, levando à infecção. O cerúmen é uma combinação de secreções produzidas pelas glândulas sebáceas e apócrinas, junto com descamação do epitélio, formando uma “capa” acida, com capacidade de prevenir infecções do CAE. O pH normal do CAE é levemente ácido (4-5).

Os dois microorganismos mais comumente encontrados em culturas de CAE em

indivíduos normais são o *Staphylococcus epidermidis* e *Corynebacterium* spp.

### **Classificação**

A OE pode ser dividida em 6 subgrupos:

1. difusa (aguda) bacteriana;
2. aguda localizada (circunscrita);
3. crônica;
4. eczematosa;
5. fúngica (otomicose);
6. necrosante (maligna) , que aqui não será abordada.

### **Sintomas**

Os principais sintomas característicos das diversas formas de otite externa podem incluir a otalgia, a coceira, a sensação de plenitude auricular (“ouvido cheio”), a diminuição da audição e a otorrêia.

### **Sintomas clínicos**

As diferentes manifestações da OE podem apresentar edema e hiperemia do CAE com saída de líquido não purulento, edema do CAE com secreção purulenta, acúmulo de micélios brancos (candidíase) ou com pontos pretos (*Aspergillus niger*), erupção maculopapular (consistente de reação alérgica), espessamento e eritema do canal (alergia ou dermatite de contato), bem como tecido de granulação no canal, causado por infecção crônica.

A seguir abordaremos os cinco primeiros subgrupos da classificação da OE:

**a)** difusa (aguda) bacteriana; **b)** aguda localizada (circunscrita); **c)** crônica; **d)** eczematosa; **e)** fúngica ou otomicose.

#### **a) Otite externa difusa aguda**

A otite externa difusa aguda (OEDA), também conhecida como a otite dos nadadores ou das “piscinas” é um processo inflamatório e infeccioso do CAE, onde a *Pseudomonas aeruginosa* e o *Staphylococcus aureus* são os principais patógenos microbianos. Uma alteração do pH do CAE para mais alcalino, permitiria o crescimento de bactérias patogênicas. A alcalinização do CAE envolve os fatores descritos na patogênese como umidade, retenção de água ao nadar, remoção excessiva de cerúmen, excesso de zelo na limpeza do CAE, trauma local, etc. Os sinais e sintomas variam desde leve e moderados até graves, sempre precedidos pelo prurido (coceira), edema, dor no CAE, com sensação de plenitude (“ouvido cheio”), até evoluírem para o exacerbamento da dor (onde inclusive movimentos de mastigação são desconfortáveis), com edema do CAE tão significativo que a introdução do espéculo do otoscópio fica prejudicada, e presença de otorrêia verde-amarelada. O eritema e o edema podem incluir o tragus e a concha do pavilhão auricular. O primeiro passo no tratamento é a limpeza cuidadosa e atraumática do CAE, feita pelo especialista, de preferência com a ajuda de um microscópio. A manipulação local da otite externa aguda não complicada (importante frisar, feita pelo especialista, com prática, habilidade e instrumentais adequados), pode ser feita com debridamento e aplicações tópicas de agentes ácidos e secativos como ácido acético a 0,25%, ácido acético e soluções alcoólicas, mertiolate e violeta de genciana. Se a dor e o edema forem intensos, a criança não permitirá facilmente a limpeza, sendo algumas vezes interessante

a colocação de um curativo tipo esponja expansiva (*Merocel* ou *Pope otowick*) que facilita a aplicação de gotas no conduto. As gotas auriculares ou óticas (não confundir com as de uso oftalmológico) utilizadas no tratamento da otite externa devem possuir um pH mais ácido, (entre 3-6), para inibir a proliferação de fungos e bactérias. As gotas óticas são mais ácidas que as oftalmológicas, por outro lado as gotas oftalmológicas são menos viscosas, o que permite sua entrada em lúmen mais estreito, com ou sem o auxílio de um *otowick* para transportar a medicação. Às vezes encontramos pacientes sensíveis, que não toleram bem as gotas óticas mais ácidas e toleram melhor as gotas de uso oftalmológico, mais neutras. Existem à disposição, no mercado, gotas óticas que podem ser utilizadas no tratamento da OEDA, que contém como ingredientes ativos/antibióticos diferentes grupos de antibióticos. A associação de sulfato de neomicina, polimixina e hidrocortisona (a polimixina cobre razoavelmente a *P. aeruginosa*, enquanto que, tanto a polimixina quanto a neomicina atuam no *S. aureus*). A hidrocortisona pode, às vezes, deixar no canal uma película que se adere à membrana timpânica, podendo prejudicar a otoscopia. Outros antibióticos aminoglicosídeos como gentamicina e tobramicina encontrados em soluções oftalmológicas, com ou sem corticosteróide tópico, podem ser usados. As quinolonas (ciprofloxacina, ofloxacina, com ou sem esteróide) são uma opção terapêutica extremamente eficaz (tanto em soluções óticas, quanto oftálmicas) no tratamento da otite externa, pois cobrem bem o *S. aureus* e a *P. aeruginosa*. Como itens importantes no tratamento da OE temos o controle da dor, com analgésicos e a orientação para impedir que a água do banho tenha contato com o CAE.

#### **b) Otite externa aguda localizada**

A otite externa aguda localizada (OEAL) ou circunscrita é também conhecida como furunculose. É oriunda do 1/3 externo do CAE. É uma doença infecciosa resultante da obstrução ou disfunção ou mesmo trauma da unidade pilosebácea. Geralmente o microorganismo patogênico é o *S. aureus*. Os sinais e sintomas podem variar desde dor, coceira, eritema, diminuição da audição, pústulas e até a formação do abscesso. O diagnóstico é o exame físico que evidencia o furúnculo. O tratamento depende do estágio da infecção: infecção difusa profunda é tratada com calor local, analgésico e antibiótico oral, enquanto que o furúnculo superficial pode ser tratado com incisão e drenagem, antibióticos tópicos e orais e com analgésicos.

#### **c) Otite externa crônica**

A otite externa crônica (OEC) consiste no espessamento da pele do CAE causada por uma infecção/inflamação de baixa intensidade e persistente. Com frequência, entre os sinais e sintomas, encontram-se o prurido, a ausência de cerúmen, pele seca e hipertrófica, com descamação. Na história, muitas vezes, há referência de um tempo prolongado de tratamento com antibióticos óticos tópicos e antibióticos orais, antes dos pacientes serem encaminhados ao otorrino. O tratamento da OEC consiste em restaurar a hididez da pele do CAE, feito pelo especialista, com curativos semanais sob microscopia, promovendo a limpeza e a acidificação do conduto, permitindo gradativamente o retorno do cerúmen. Se o especialista utilizar gotas de antibióticos com corticosteróides, após os curativos, deverão ser diferentes das até então utilizadas pelos outros médicos.

**d) Otite externa eczematosa**

A otite externa eczematosa (OEE) é um termo amplo que compreende diferentes condições dermatológicas que predis põe o CAE à otite externa. A lista inclui a dermatite atópica, seborréica, de contato, lúpus, psoríase, neurodermatite e eczema infantil. Entre os sinais e sintomas mais exuberantes estão o prurido intenso, a descamação, a formação de fissuras na pele do CAE, crostas, eritema e feridas. A anamnese deverá incluir a história dermatológica. É muito freqüente em pacientes que usam AASI (prótese auditiva). O tratamento da OEE deverá estar dirigido para a doença dermatológica de base, evitar o contato com substâncias particularmente antigênicas ao paciente, corticosteróides tópicos, anti-histamínico por via oral, restabelecer o pH do CAE e agentes locais secativos (quando houver fissuras úmidas na pele do conduto).

**e) Otomicose**

A otomicose também conhecida como otite externa fúngica, é responsável por 10% dos casos de otite externa, nos Estados Unidos, sendo que em países com clima mais quente esta percentagem pode ser maior. A infecção fúngica tem aqui três situações básicas para proliferar: umidade, calor e escuridão. A otomicose pode ocorrer isolada, como única infecção (primária), ou superposta (secundária) à doença bacteriana da orelha externa. É muito comum em pacientes que usaram por semanas ou meses antibióticos tópicos no CAE. Nos dois casos a sintomatologia é diferente. Na primária, a coceira é intensa e na secundária, além do prurido, há dor. Os fungos mais comumente encontrados na otite externa fúngica são da família dos *Aspergillus* — *A. niger* (preto), *A. flavus* (amarelo) e *A. fumigatus* (cinza) — seguidos das espécies de *Cândida* (*Candida albicans* – branca). O diagnóstico é feito pela história, exame físico e cultura. O tratamento deverá incluir curativos meticulosos com acidificação do CAE e gotas tópicas antifúngicas. Uma boa solução (e também econômica) é “pintar” o CAE com mertiolate ou violeta de genciana para promover acidificação e secamento do canal. A violeta de genciana não só tem propriedade secativas e de acidificação, mas tem propriedades antifúngicas e antibacterianas específicas. A aspergilose persistente, associada com edema persistente do canal, pode necessitar de administração de itraconazol oral.

**Complicações das otites externas**

Variam desde as com menor desconforto até as mais graves (otite externa necrosante). Podemos encontrar celulite, condrite, pericondrite, lateralização da orelha, perfuração da membrana timpânica. Se houver celulite, não devemos deixar de usar antibióticos contra a infecção causada pelo estafilococo e, caso a *Pseudomonas* for detectada na cultura da orelha, deverá ser utilizado um antibiótico parenteral específico contra este microorganismo.

**Prevenção**

A educação do paciente é o dado mais importante na prevenção da otite externa. É importante educar o paciente para a prevenção dos fatores de risco para a otite externa. Para pacientes que vivem em local de clima quente e úmido, com banhos freqüentes, com tendência à retenção de água no conduto, após a exposição à água, instilar algumas gotas de uma mistura que contenha álcool isopropílico a 95% com glicerina anídrica 5% (preparada em farmácias de manipulação) e, em seguida,

secar a orelha com secador de cabelo manual, na temperatura morna (tracionando o pavilhão auricular para trás). Recentemente, no mercado americano, foi lançado um secador específico para secar o conduto auditivo externo (*ear dryer* \*).

Muitas vezes em atividades aquáticas, pacientes com tendência à otite externa devem ser orientados ao uso de “plugs” de silicone (não dentro do conduto, mas amoldado ao tragus), protegidos por uma faixa que de borracha/poliuretano com velcro na extremidade que se prende à nuca, que segura o tampão para o mesmo não cair durante as manobras da natação. Mesmo com o uso do “plug” e da faixa, o paciente deverá ter o excesso de água removido. O paciente deverá ser prevenido contra o excesso de zelo na limpeza do CAE, seja com hastes protegidas por algodão, ponta do dedo/unha, grampos, tampa de caneta, etc. O paciente deverá ser orientado para não introduzir nada dentro do CAE pois o excesso de limpeza remove a cera que dá a barreira protetora com o pH adequado.

### **Leituras recomendadas**

1. Dohar JE. Evolution of management approaches for otitis externa.[Review] [49 refs]. *Pediatric Infectious Diseases Journal*. 22(4):299-305. 2003.
2. Roland PS, Stroman DW. Microbiology of acute otitis externa. *Laryngoscope*. 112(6Pt 1):1166-1177. 2002.
3. Ruckenstein MJ. *Comprehensive Review of Otolaryngology*. Saunders, Philadelphia. 2004.
4. Schrader N, Isaacson G. Fungal otitis externa – its association with fluoroquinolone eardrops. [Review]. [6 refs]. *Pediatrics*. 111( 5 Pt 1):1123. 2003.
5. Sih T. Otite externa. In: *Infectologia em Otorrinopediatria*. Revinter, Rio de Janeiro. 2003.
6. Johnson JT, Yu VL. *Infectious Diseases and Antimicrobial Therapy*. Saunders, Philadelphia. 1997.
7. Tsikoudas A, Jasser P, England RJ. Are topical antibiotics necessary in the management of otitis externa? *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*. 27(4):260-262. 2002.

---

\* [www.macksearplugs.com/index.htm](http://www.macksearplugs.com/index.htm)