

# *Complicações mais Frequentes na Otorrinopediatria*

*Fernando Silva*

Como norma, uma criança que apresentar uma complicação de patologia de Ouvido, Nariz e Garganta deverá ser hospitalizada para seu diagnóstico e tratamento adequados. Iremos apresentar, de forma sucinta, quais pacientes deveriam ser admitidos no hospital quando as complicações estiverem presentes. No caso de uma tonsilite folicular aguda, podem ocorrer complicações infecciosas locais e à distância. As infecciosas locais incluem a peritonsilite flegmonosa, na qual as crianças apresentam disfagia intensa, febre e muita dor. O abscesso peritonsilar é raro em crianças abaixo de dois anos de idade, sendo mais comuns em crianças entre 4-5 anos de idade. As complicações à distância incluem a glomerulonefrite e a febre reumática, facilmente diagnosticadas pelos pediatras.

Em nossa experiência, o abscesso retrofaríngeo como complicação de tonsilite é muito mais freqüente que o abscesso peritonsilar em crianças entre 2-3 anos. Em crianças que apresentem disfagia, febre e dor de garganta deverá ser considerada a possibilidade de um abscesso retrofaríngeo devido a um corpo estranho, por exemplo; mas o diagnóstico diferencial deverá ser feito com uma tonsilite aguda não tratada. Outra complicação pode ser o abscesso do espaço faringomaxilar que deverá ser incisado e drenado. Uma tomografia computadorizada (TC) e uma ressonância magnética (RM) podem ser úteis para o diagnóstico.

Uma criança que se apresenta com uma celulite do espaço vascular da carótida (*carotid bundle space*) requer tratamento de emergência, pois há o risco de ruptura da artéria carótida. O exame físico pode revelar endurecimento do músculo esternocleidomastoideo, torcicolite direcionada ao lado oposto, febre e dor. Se uma septicemia estiver presente, deve-se suspeitar de trombose da veia jugular interna. O tratamento inicial consiste de antibióticos parenterais, hidratação e corticóide. Se não ocorrer melhora em 72 horas, deverá ser feita uma incisão e a drenagem. É prudente a ligadura da veia jugular se for encontrado um trombo.

A complicação mais freqüente de uma sinusite em crianças é a celulite periorbitária, que se manifesta com edema palpebral, exoftalmo, febre e dor.

O abscesso do septo acompanhado ou não de dacriocistite pode decorrer de uma etmoidite.

Um abscesso subperiosteal do etmóide pode causar inflamação ao redor do tecido adiposo. Estes pacientes podem cursar com exoftalmo e uma limitada motilidade ocular. O tratamento é feito com antibióticos parenterais e cirurgia endoscópica

funcional minimamente invasiva. Se não diagnosticada a tempo, esta patologia pode levar a uma trombose do seio cavernoso, com um índice de mortalidade ao redor de 30%.

É importante observar o reflexo pupilar e a motilidade ocular. A sinusite frontal em crianças poderá dar mais complicações intracranianas que as sinusites etmoidal ou a maxilar.

Podem ocorrer outras complicações intratemporais e intracranianas. As complicações intratemporais podem ser causadas pela otite externa necrosante ou por infecções oportunistas, apresentando geralmente diarreia crônica e broncopneumonia recorrente. A etiologia da otite externa necrosante é a *Pseudomonas aeruginosa*, porém o *Aspergillus fumigatum* deverá ser considerado em pacientes HIV positivos com AIDS. Este tipo de otite é mais freqüente em adultos diabéticos que em crianças, mas pode ocorrer em subnutridos.

Se uma criança desnutrida apresentar otorrêia, lesão no conduto auditivo externo, (tecido de granulação ou mesmo exposição da cartilagem) e paralisia facial, o diagnóstico de otite externa necrosante maligna deverá ser levantado.

Uma complicação intratemporal é a mastoidite, que cursa com edema da região mastoídea e desaparecimento do sulco retroauricular, provocando deslocamento do pavilhão auricular para frente. Em geral estas crianças estão toxemiadas. O tratamento consiste de antibioticoterapia parenteral, drenagem e cirurgia. Se a paralisia facial estiver presente em uma criança com otite média aguda, deverá ser considerado o diagnóstico de nervo facial deiscente. O nervo facial é afetado pela reação inflamatória produzida pela atividade bacteriana na área.

É importante estar atento às crianças que apresentem alterações de comportamento e cefaléia intermitente, pois as mesmas poderão estar desenvolvendo um abscesso cerebral. São crianças que não necessariamente estão em coma, podem ter um quadro enxaquecoso de cefaléia, febre e alterações da marcha, bem como vômitos em jato. Em um caso da nossa estatística, o paciente foi para a colocação neurocirúrgica de um *shunt* peritoneal para o tratamento da hipertensão intracraniana causada pelo abscesso.

### Leituras recomendadas

1. Seven H, Ozbal AE, Turgut S: Management of otogenic lateral sinus thrombosis. Am J Otolaryngol 2004; 25: 329-33.
2. Penido NOT, Borin TO, Iha LC: Intracranial complications of half otitis: 15 years of experience in 33 patients. Or otolaryngol Head Neck Surg 2005; 132: 37-42.
3. Stamberger H: endoscopic endonasal surgery, concepts in treatment of recurring rhinosinusitis: Otolaryngol head neck surg. 1986;94(2):147 156.
4. Parsons David S. Clinical Pediatric sinusitis Otorrinolaryngology f North America. McGraw - Hill. 1996.
5. Davis JP; Stearns MP. Orbital complications of sinusitis: avoid delays in diagnosis. Post grad Med.J. 1994 Feb;70(820):108-10.

6. Ellis M. Arjmand. M.D.. and others. Pediatric sinusitis and Subperiosteal orbital abscess formation: Diagnosis and treatment. *Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 2004, vol. 109 : 886.
7. Rabuzzi D. and Johnson J. : Diagnosis and management of deep neck infections, *American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology*. 1976.
8. Hora J. F. : Deep neck infections. *Arch. Otolaryngology* 1973, 77:129 – 136.