

Otite Externa

Moacyr Saffer e Maurício S. Miura

Introdução

A otite externa (OE) caracteriza-se por um processo inflamatório da pele do canal auditivo externo (CAE). A OE é considerada uma afecção dermatológica com localização otológica. É importante seu reconhecimento em crianças, devido aos sintomas que podem confundir-se com a otite média aguda, esta última muito incidente na população pediátrica. A OE provoca dor intensa de início agudo, associada ao choro e irritabilidade, sendo motivo de consulta freqüente em emergências pediátricas. Entre as formas de OE, a otite externa difusa aguda (OEDA) é a mais freqüente.

Epidemiologia

Estima-se a ocorrência de OE em 3 a 10% da população. Sua incidência aumenta em períodos de clima quente e úmido e, desta forma, é responsável por até 20% das consultas otorrinolaringológicas nos meses do verão. Pessoas que passam muito tempo em contato com água, especialmente nadadores, apresentam risco cinco vezes maior para desenvolver OE. Outro fator de risco importante é a presença de doenças dermatológicas no conduto auditivo externo, como eczema e psoríase¹.

Patogênese

Uma vez que o CAE é completamente revestido por pele, é essencial a manutenção de seus mecanismos de proteção para evitar a OE. Entre as principais formas de proteção, podemos citar a integridade da pele, a produção de cera, a manutenção da flora local, do pH ácido e da imunidade da criança.

A pele do 1/3 externo do CAE, caracteriza-se por ser mais espessa e possuir as glândulas sebáceas e apócrinas. Ela reveste sua porção cartilaginosa. Nos 2/3 internos, que revestem a porção óssea, a pele possui pouco tecido sub-cutâneo, sendo muito delgada, encontrando-se intimamente em contato com o periósteo, que é ricamente enervado e muito sensível. Esta característica torna a manipulação desta região do CAE muito responsiva ao estímulo doloroso, principalmente a lesões com solução de continuidade da pele².

A cera é uma associação entre as secreções de glândulas apócrinas e sebáceas da pele do CAE, que se mesclam à descamação epitelial. Atua como um impermeabilizante da pele, além de possuir ação bactericida pela presença de lisozima. A orelha externa possui um mecanismo de auto-limpeza, onde o epitélio

migra da membrana timpânica (MT) em direção ao pavilhão auditivo, como se fosse um “tapete rolante” que carrega o cerúmen excessivo para o exterior, processo que leva entre seis a 12 semanas². Frequentemente, os pais tendem a utilizar cotonetes na orelha de seus filhos como um hábito de higiene. O cotonete possui um diâmetro maior do que o CAE das crianças e, ao invés de remover o cerúmen, acaba empurrando o mesmo de volta para o interior do conduto, formando verdadeiras rolhas de cera compactadas contra a membrana timpânica (MT). É prejudicial esta conduta do ponto de vista médico, pois a MT fica oculta atrás desta cera e dificulta ou impede o diagnóstico diferencial com as doenças da orelha média, principalmente a otite média aguda (OMA). O uso de cotonete ou de outros objetos para limpeza da orelha também é uma causa comum de trauma com lesão da pele e da membrana timpânica.

O CAE tem um pH ácido, entre 6,5 e 6,8. O equilíbrio entre estes fatores locais, cria um ambiente que permite a presença de uma flora local saprófita (*S. epidermidis*, *Corynebacterium*, *Micrococcus* sp, entre outros), que protege o CAE contra a invasão de microorganismos patogênicos. Na otite externa, há uma quebra desta homeostasia, observando-se alcalinização da pele e mudança da flora local. A água remove os fatores de impermeabilização do CAE conferida pela cera, além de produzir maceração e alcalinização da pele². A quebra da proteção permite a invasão de bactérias patogênicas ocorrendo a OE. Isso ocorre porque a pele do CAE fica mais exposta à água, principalmente no verão, onde as crianças passam muito tempo na piscina, no mar, no rio. Da mesma forma, ocorre em crianças pequenas, onde as orelhas ficam imersas na água durante o banho.

Pacientes imunodeprimidos ou imunossuprimidos podem apresentar otites externas de repetição. É importante alertar que a OE nestes pacientes costuma evoluir de forma mais grave e de pior prognóstico¹.

Microbiologia

A *Pseudomonas aeruginosa* é a bactéria mais frequente na OE (51,2%)³. É um microrganismo que habita locais úmidos e cresce preferentemente em temperaturas acima de 30 graus. Desenvolve-se na superfície da água, principalmente em piscinas, e o cloro utilizado na água nem sempre é suficiente para impedir sua proliferação. Raramente provoca infecção na pele de pessoas saudáveis, sendo a pele do CAE uma exceção. Acredita-se que haja um fenótipo com maior afinidade pelo epitélio do CAE¹.

Na OE, a *P. aeruginosa* poderá organizar-se na forma de biofilme. As bactérias unem-se formando comunidades celulares com canais de fluxo para fornecimento de nutrientes e excreção de metabólitos. Além disso, o biofilme confere proteção às bactérias dificultando a remoção mecânica das mesmas. A resistência aos antibióticos aumenta, justificando o uso tópico como tratamento preferencial. A *P. aeruginosa* caracteriza-se por produzir pigmentos como a piocianina, piourubina, piomelanina, entre outros, que teriam função de proteção na sua adaptação aos ambientes. No paciente com OE a coloração esverdeada é sugestiva de piocianina produzida pela bactéria¹.

Outras bactérias presentes na OE, mas em menor frequência, são o *Staphylococcus aureus* (11,2%), além de *Proteus* sp (6,6%) e Enterobacterias (4,4%)³.

Diagnóstico

As crianças mais velhas referem dor no ouvido, que pode estar associado à hipoacusia e à otorréia. A otalgia é intensa, se exacerba ao toque do pavilhão auricular e à área próxima ao meato externo, ocorrendo também dor à mastigação. A passagem da camisa que a mãe remove gera, com frequência, reclamações nos pequenos pacientes. As crianças menores de dois anos ainda não localizam a dor, apresentando choro e irritabilidade na OE. Elas levam a mão na orelha, sugerindo uma localização do problema, mas o diagnóstico só é realizado por otoscopia. No estágio inicial, a pele pode apresentar-se hiperemiada, com um aspecto arrepiado, assemelhando-se a uma casca de laranja. Durante a evolução do processo, aumenta a hiperemia e se observa o aparecimento de secreção. Neste momento é importante constatar que esta secreção não vem da orelha média através de perfuração timpânica. A diferença entre as secreções consiste na presença de substância surfactante das secreções mucosas conferindo aspecto de bolhas. Em consequência da reação inflamatória e edema, o CAE vai diminuir seu diâmetro, chegando às vezes à obstrução. Este fator dificulta a introdução do otoscópio para um diagnóstico diferencial com a OMA. Nesta circunstância, a clínica é importante, relacionando o clima quente à história de banhos de piscina, mar, lagoas ou rios associado com dor à compressão do tragus, e a hiperemia e edema da pele do CAE. Na OMA não são visualizadas alterações no CAE e a compressão do tragus não produz dor, sendo precedida por uma virose ¹.

Tratamento

A razão principal da consulta é a dor. O uso de medicamentos sistêmicos com finalidade analgésica está indicado, pois aqueles de uso local não são eficazes na superfície queratinizada da pele. Costuma ter bom resultado o uso de paracetamol, ibuprofeno, ou medicações a base de codeína ¹.

A principal medida terapêutica específica é a remoção dos detritos acumulados no CAE (macerado epitelial, secreções, água). Deve-se orientar o paciente a não molhar a orelha durante o banho, prescrevendo-se o uso de protetores auriculares de silicone ou tampões de algodão embebidos em substância oleosa (vaselina, azeite, óleo de amêndoas, etc.) ⁴.

O uso de gotas otológicas com antibióticos está indicado nos casos onde a infecção localiza-se no CAE, sem extensão para áreas vizinhas. Não há necessidade de antibiótico sistêmico nestas situações. O componente antimicrobiano da gota otológica pressupõe a infecção pelas bactérias mais freqüentes. A cultura da secreção da otite externa está restrita aos casos de resistência ao tratamento e em pacientes com deficiência imunológica. Há diversos preparados comerciais que podem ser usados, associados ou não aos corticóides. Os mais utilizados contêm polimixina B, neomicina, gentamicina, cloranfenicol, ciprofloxacina, ofloxacina e tobramicina. Na maioria dos casos, utilizam-se três gotas 3 - 4 x/dia, por 3 - 5 dias, sendo importante frisar que a medicação deve atingir a área afetada do CAE. Estudos sobre o uso de corticóide tópico nas soluções para OE indicam diminuição do tempo para alívio da dor, justificando sua utilização ⁵.

O emprego do ácido acético para prevenir e tratar casos de otite externa vem do período anterior à descoberta dos antibióticos. Para acidificar a pele, utilizam-se

gotas tópicas de solução de ácido acético a 2% em acetato de alumínio ou a 5% em álcool isopropílico, que também tem efeito bactericida sobre a *Pseudomonas aeruginosa*. Uma fórmula caseira útil consiste numa solução de vinagre mais álcool 2:8. A desvantagem é que provoca ardência e dor sobre a pele irritada e inflamada, o que tem uma influencia negativa sobre a adesão do paciente que muitas vezes tem que utilizar múltiplas vezes ao dia ¹.

Entre as causas de insucesso no uso da medicação tópica podemos citar:

1. dificuldade do medicamento em atingir a área afetada (fechamento do canal pelo edema). Conduta: usar fragmento de Merocel ou de algodão sob a forma de um fuso ou pavio de vela que penetra no canal e deve ser impregnado com o medicamento molhando-o constantemente. Precisa ser substituído a cada 24 horas;

2 - presença de secreção e descamação epitelial no CAE, impedindo o contato com o agente bacteriano. Conduta: fazer remoção cuidadosa de toda secreção e epitélio, com aspirador ou pequenas mechas de algodão montadas sobre estilete metálico;

3 - alergia a algum dos medicamentos prescritos para uso local. Em geral é provocado por aminoglicosídeos ou derivados furacínicos. Conduta: substituir pelas quinolonas tópicas;

4 - falta de aderência do paciente ao uso da medicação: 38% dos pacientes vão utilizar o medicamento 3 vezes/dia; 69% dos pacientes vão utilizar o medicamento 2 vezes/dia; 80% dos pacientes vão utilizar o medicamento 1 vez/dia.

Referências bibliográficas

1. Saffer M, Lubianca Neto JF. Otite Externa. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani EG. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências - 3ª Edição. Artmed. Porto Alegre, 2004.
2. Senturia BH. Diseases due to infection. In: Senturia BH, Marcus MD, Lucente FE, eds. Disease of the External Ear. An Otologic-Dermatologic Manual. Orlando: Grune & Stratton. 1980:31-78.
3. Saffer M. et al. Otite externa difusa aguda. Revista AMRIGS. 1983; 27: 194-6.
4. Saffer M, Miura MS. Otomicose. In: LAVINSKY, Luiz. (Org.). Temas de Tratamento em Otologia. Revinter. São Paulo, 2004.
5. van Balen FA, Smit WM, Zuithoff NP, Verheij TJ. Clinical efficacy of three common treatments in acute otitis externa in primary care: randomised controlled trial. BMJ. 2003 Nov 22;327(7425):1201-5.