



Otite Externa

Peggy E. Kelley e Alessandro Danesi

Introdução

Alessandro Danesi

A otite externa constitui uma afecção das mais freqüentes nos consultórios pediátricos e otorrinolaringológicos, assim como em serviços de urgência; incide em todas as faixas etárias e, embora tenham o diagnóstico e a abordagem terapêutica relativamente simples, caracteriza-se por promover dor intensa e sofrimento. Vários fatores podem causar dermatite no conduto auditivo externo (CAE) com conseqüente perda da função protetora da pele e posterior infecção secundária: ambientes úmidos, banhos, atividades aquáticas sejam em piscina ou mar, bem como traumatismos locais por uso inadequado de “cotonetes” durante a higiene. A anamnese e o exame local definirão a opção terapêutica mais adequada. O capítulo a seguir descreve com muita propriedade e de maneira abrangente todos os aspectos relacionados à Otite Externa.

Peggy E. Kelley

A otite externa (OE) é um problema muito comum. Este capítulo apresentará a definição da OE, sua fisiopatologia, sua apresentação clínica e finalmente abordará suas diversas opções de tratamento.

Definição

A OE é uma infecção com inflamação do conduto auditivo externo (CAE). O diagnóstico e o tratamento desta enfermidade dolorosa são relativamente simples e objetivos. Na América do Norte considera-se que 98% das OE sejam bacterianas. A incidência da OE é de 1:100-1:250 pessoas/ano, podendo-se esperar que 10% da população em geral desenvolva um episódio de OE, pelo menos uma vez durante suas vidas. Existe uma variação regional e sazonal, com os locais de climas úmidos apresentando uma incidência mais elevada, bem como durante o verão quando se freqüenta muito piscinas ou praias.

A OE pode ser ou uma infecção do CAE (otite externa primária) ou uma infecção secundária que se origina na orelha média, através de uma perfuração da membrana timpânica (MT), ou através do tubo de ventilação (TV), estendendo-se até a orelha externa. Este capítulo abordará apenas a otite externa primária.

Fisiopatologia

A orelha externa é a área entre a MT e o pavilhão auricular, sendo formada basicamente pelo CAE. Uma das funções do CAE é de conduzir o som do ambiente a

nossa volta para a orelha média, que finalmente transmite o som amplificado até o cérebro. A orelha externa deve receber o som próximo ao cérebro para uma boa transmissão, sem deixar que ele seja contaminado pelo ambiente, sendo isto feito de um modo muito preciso. O CAE é coberto por uma camada de pele que é o envoltório do CAE evitando a invasão das bactérias saprófitas e da flora normal da pele. Contudo, esta pele do CAE tem uma tendência à maceração, se for exposta à umidade elevada. As glândulas ceruminosas produzem cera a qual é repelente à água e, que estando no CAE, protege e auxilia no controle da umidade deste local. Além disso, o cerúmen possui um pH ácido que é antibacteriano para a maioria das bactérias transmitidas pela água, em especial a *Pseudomonas aeruginosa*. Uma infecção do CAE ocorre quando a homeostasia específica deste local encontra-se em desequilíbrio. Isto pode ocorrer após uma exposição à água, alterações na umidade ou eliminação do cerúmen. Também pode ocorrer a partir de uma lesão direta na pele que funciona como uma “camada” ou envoltório protetor do CAE, como por exemplo, uma auto-instrumentação traumática no CAE, com a introdução de hastes de plástico ou madeira revestidas de algodão nas suas extremidades. Há também condições clínicas específicas que fazem com que a pessoa tenha uma tendência maior a desenvolver uma OE tais como psoríase, diabetes ou estados ou condições de imunossupressão.

Apresentação clínica

Quando o paciente se apresentar com uma possível infecção da orelha externa, a anamnese deverá ser orientada para saber se anteriormente o paciente já teve o mesmo quadro, se já houve colocação de tubos de ventilação, ou perfuração de MT. Nesta ocasião da consulta, os sintomas do episódio atual são revistos incluindo o tempo desde seu início, a duração dos sintomas, a gravidade dos mesmos e se as queixas do paciente são apenas específicas da orelha ou se são generalizadas. Também é importante saber se o paciente teve algum episódio de febre ou se percebe uma perda auditiva.

Durante o exame físico, o paciente é primeiramente avaliado com relação à dor quando movimenta o pavilhão auricular. Nesta ocasião, determina-se a permeabilidade do CAE, a MT será visualizada quando for possível. No CAE, o médico deverá procurar o edema, detritos, pus ou eritema. O eritema pode-se estender para fora, por sobre o pavilhão auricular, como um sinal inicial de celulite. A MT, se possível, deve ser examinada. Todos os quatro quadrantes da MT devem ser observados para que uma perfuração ou um corpo estranho retido sejam excluídos. As características da MT são observadas bem como o aspecto dos detritos presentes no CAE. A OE primária caracteriza-se por uma descamação no CAE, o qual se apresenta muito edemaciado, enquanto que, na OE secundária, que ocorre por uma perfuração da MT ou de eliminação de secreção da orelha média através de um TV, sendo este um pus mais viscoso, mais espesso, sem que ocorra edema do CAE. Pode ser observada secreção mucopurulenta ou mesmo serosanguinolenta.

Existe uma predisposição relacionada a fatores de risco conhecidos para desenvolver uma OE, tais como ficar com água “retida” dentro do CAE após nadar, clima úmido, trauma conhecido, como a auto-limpeza da orelha externa, ou mesmo na

tentativa de aliviar um prurido na orelha, o uso de um instrumento pontiagudo (às vezes grampo ou tampa de caneta) para coçar o local. A presença de dermatite no CAE é outro tipo de diagnóstico que permite o paciente ter tendência para desenvolver uma OE. Qualquer pessoa que use aparelhos de amplificação sonora individual (prótese auditiva ou aparelho de surdez) poderá manter seu CAE úmido, existindo, nestas situações, risco de maceração. Certamente, qualquer pessoa imunodeprimida apresenta um risco elevado para a OE. Se uma criança com OE não responder ao tratamento habitual, devemos suspeitar de *diabetes mellitus*, visto que é bastante possível que talvez estes sejam sintomas desta doença. O diabetes poderá ser diagnosticado a partir de um episódio de OE.

Diagnóstico

A OE desenvolve-se muito rapidamente dentro de até 48 horas, embora a pessoa possa não procurar o médico imediatamente. Por definição, a OE tem um início repentino de seus sintomas. Na fase inicial do desenvolvimento da OE, o paciente queixa-se de dor, prurido ou coceira. Durante o exame físico, há edema do CAE e hiperemia da MT, aparecendo depois, dor com intensidade pronunciada. Um eritema e edema muito mais significativos são então observados durante o exame. Devido ao edema do CAE, o paciente também se queixará de plenitude auricular com perda auditiva. Durante o exame com a introdução do espéculo do otoscópio, há uma maior liberação de células de descamação, podendo mesmo até ocorrer uma oclusão do CAE, impedindo a visualização da MT. Finalmente, o paciente pode progredir para uma infecção que se dissemina através das fissuras de Santorini no CAE e desenvolver celulite na pele adjacente e, finalmente, linfadenopatia regional.

Quando o edema do CAE progredir até a sua oclusão, a cultura e o debridamento (limpeza) tornam-se difíceis de serem realizados, pois a dor fica insuportável.

Tratamento

O tratamento da OE pode ser dividido em **três tipos de pacientes**. O **primeiro grupo** consiste em pacientes com uma **OE leve**. O paciente apresenta uma dor de ouvido leve e o CAE coça e dói ao se manipular a orelha. A MT é visualizada sem que nenhuma perfuração seja observada. Sem nenhuma perfuração presente, algumas gotas de peróxido de hidrogênio podem ser benéficas para a remoção dos detritos do CAE no consultório do médico. O **tratamento** de escolha consiste em **analgésicos** (oral ou tópico para o alívio da dor), bem como o uso de **ácido acético ou de gotas de vinagre e/ou álcool ou antibiótico em gotas para uso auricular**. No **segundo grupo** de pacientes, com uma OE moderada, os sintomas talvez sejam mais importantes e, durante o exame físico, a MT é apenas parcialmente observada, porém o CAE pode ainda ser examinado por ainda ser patente, no sentido de se avaliar se **gotas de antibiótico para uso auricular** ainda podem atravessar o CAE em toda sua extensão. Entretanto, na infecção moderada, as gotas usadas para o alívio da dor são muito viscosas para alcançar toda a extensão do CAE e, portanto, os **analgésicos orais** precisarão ser prescritos. Também, devido ao edema, as **gotas de antibióticos auriculares deverão ser menos viscosas**, mais fluidas. Os **antibióticos sistêmicos** podem ser úteis **apenas se a infecção se estender** até a pele adjacente, **com celulite ou em um paciente que esteja**

imunocomprometido. Isto se deve ao fato do CAE ter um suprimento sanguíneo muito pequeno para poder “liberar” a nível local, uma concentração de antibiótico sistêmico suficiente durante seu estágio de inflamação mais agudo, quando apenas os antibióticos tópicos serão eficazes.

O **terceiro grupo de OE** é o tipo grave onde o CAE encontra-se fechado, ocluído, devido ao edema, impedindo a visualização da MT. Para fazer a limpeza adequada do CAE é necessária a consulta com o especialista em otorrinolaringologia. Nesta situação, pode ser necessário colocar um **cilindro de esponja expansível (Otowick® ou Merocel®) dentro do CAE.** Esta esponja permite que as gotas do antibiótico auricular penetre o CAE em toda sua extensão, para o tratamento da infecção. A OE grave é tão dolorosa que um analgésico mais forte poderá ser necessário. Deve ser enfatizado que o antibiótico de escolha precisa ser aquoso, bem como não ototóxico. Os **antibióticos sistêmicos serão reservados quando houver extensão da infecção para o pavilhão auricular ou para a face (celulite).** Lembre-se que as infecções graves ou difíceis de tratar podem ser a manifestação inicial de uma criança imunocomprometida ou portadora de *diabetes mellitus*.

Como discussão adicional sobre o tratamento da OE, a microbiologia da infecção deverá ser considerada. Quando a cultura for obtida, o microorganismo que prevalece é a *Pseudomonas aeruginosa*, com o *Staphylococcus aureus* sendo o segundo microorganismo mais comum. Não existe nenhum antibiótico administrado por via oral aprovado, para uso em crianças com infecções pela *Pseudomonas aeruginosa*. E, como observado anteriormente, **há muito pouca penetração de um antibiótico sistêmico para dentro da pele do CAE, em virtude da vascularização pequena da área.** O tratamento com **gotas auriculares** para tratar a infecção bacteriana é considerado uma **escolha muito melhor**, tanto para a cobertura antimicrobiana quanto para o fato que uma **gota para uso auricular ter uma concentração de antibióticos muito mais elevada.** A **concentração elevada da gota de antibiótico tópico reduz bastante o desenvolvimento de qualquer resistência bacteriana ao medicamento.**

Se a microbiologia for conhecida, outra consideração **ao escolher uma gota de antibiótico** para uso auricular é sua **potencial ototoxicidade.** A MT não poderá ser vista em toda sua extensão, dependendo do grau de edema do CAE, para verificar uma perfuração, por exemplo. **Nenhuma gota contendo uma substância ototóxica tal como aminoglicosídeos ou contendo um preservante com etileno glicol deveriam ser consideradas seguras.**

A consideração final para o tratamento de OE deverá incluir a cooperação do paciente e a eficiência da penetração da gota para administração auricular. Quando o CAE estiver edemaciado, precisamos de uma **solução aquosa pouco viscosa**, mais fluida, visto que qualquer suspensão pode ser muito “espessa” ou viscosa em demasia, para penetrar no CAE. Também é importante nos certificarmos que as gotas serão bem toleradas. Se a solução for muito ácida, ela causará ardência e sensação de queimação e o pequeno paciente não permitirá o uso adicional de gotas. Portanto as gotas de escolha precisam ter um pH equilibrado.

A qualquer momento em que considerarmos um tratamento devemos observar

seu custo/ benefício. Foi demonstrado que a **dexametasona incluída dentro das gotas de administração auricular pode reduzir a dor em poucas horas quando comparada com as gotas que não contêm esteróides**. Algumas gotas contêm esteróides menos potentes que não mostram alguma diferença no alívio da dor, quando comparadas com gotas sem esteróide. Atualmente, o custo para o tratamento com gotas de administração auricular de quinolona com dexametasona é muito maior que as gotas sem o esteróide, nos Estados Unidos. Recentemente, nos Estados Unidos, a ofloxacina em gotas para administração auricular tornou-se um medicamento genérico e, portanto, mais competitivo, podendo ser a melhor opção para uma primeira linha de tratamento.

Conclusões

A OE, como aquela que teve sua origem na natação ou em um ambiente úmido, deverá ser tratada tendo como base sua **gravidade**. Se a **infecção for leve**, um debridamento (**limpeza**) do CAE e o uso de **gotas de ácido acético** para finalizar a limpeza podem ser tudo o que é necessário para a resolução da infecção. Se a infecção for **moderadamente grave** com o CAE edemaciado, estarão indicadas **gotas antibióticas** aquosas com um controle adequado da dor (**analgésico por via oral**). Finalmente, se a **OE for grave**, a medicação adequada para abranger a infecção por *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus* em **gotas auriculares de antibióticos** (aquosas e não ototóxicas) deverão ser escolhidas. A colocação de uma **esponja expansível** (Otowick® ou Merocel®) poderá ser necessária, bem como um controle mais significativo da dor (analgésico).

Leituras recomendadas

1. Manolidis S et al: Comparative efficacy of aminoglycoside versus fluoroquinolone topical antibiotic drops. Otolaryngol Head Neck Surg 2004;130:S83 [PMID: 15054366].
2. Roland PS et al: Consensus panel on role of potentially ototoxic antibiotics for topical middle ear use: introduction, methodology and recommendations. Otolaryngol Head Neck Surg 2004;130:S51 [PMID: 15543836].