

Mastoidite Aguda – Revisão 1993-1994

PAULO TEIXEIRA, CONCEIÇÃO SILVA, TELMO FONSECA, MARGARIDA GUEDES

Hospital Geral de Santo António – Porto

Resumo

Tendo-se notado um aumento na frequência de internamentos por Mastoidite Aguda, procedeu-se à revisão dos casos internados com este diagnóstico no Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António (HGSA), nos anos de 93 e 94, analisando-os quanto ao sexo, idade, proveniência, critérios de diagnóstico clínico e laboratorial, complicações, patologia associada, tratamento e evolução.

Dos resultados obtidos na revisão de 24 casos internados, confirmou-se a importância do diagnóstico clínico, servindo a Tomografia Axial Computorizada (TAC) para a sua confirmação. Chama-se à atenção para a importância do estudo microbiológico através da obtenção de pús a miringotomia.

Não chegamos a qualquer explicação para este aumento na frequência de internamentos por Mastoidite Aguda, e não nos parece justificativa no nosso trabalho a hipótese por outros levantada da emergência de Pneumococos resistentes à penicilina.

Palavras-Chave: Mastoidite Aguda; Sequelas de Otite Média; Miringotomia.

Summary

The authors decided to review the hospitalised children's files with the diagnosis of Acute Mastoiditis, as they noted an increased number of hospitalisations with such a diagnosis.

From the study of 24 cases, they confirm that, although the diagnosis can usually be made from the history and physical examination, the Computerised Axial Tomography is a valuable tool. The authors alert for the importance of the bacteriological studies. On the establishing the diagnosis, a wide myringotomy should be performed to obtain material for culture and sensitivity tests.

Finally, they have not an answer for the increased number of children hospitalised with Acute Mastoiditis, but this does not appear to be justifiable by the emerging antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae*, as all children were successfully treated with a penicillin.

Key-Words: Acute Mastoiditis; Sequelae of Otitis Media; Myringotomy.

Introdução

A Mastoidite Aguda antes da era antibiótica era a complicação intratemporal mais frequente da otite média aguda, ocorrendo em 20% dos casos ⁽¹⁾.

Em quase toda a criança com otite média aguda, as células mastoideas também se encontram inflamadas, devido à comunicação entre estas e o ouvido médio pelo aditus.

Contudo, a Mastoidite Aguda só se desenvolve quando este canal estreito é obstruído, tornando-se assim a cavidade mastoidea um espaço fechado e predispondo ao desenvolvimento do abscesso subperiósseo. Num primeiro estadio há propagação do processo inflamatório ao peri-

ósseo – Mastoidite Aguda com Periostite – num segundo estadio há destruição das trabéculas ósseas e coalescência das células mastoideas – Osteíte Mastoidea Aguda – com formação de abscesso subperiósseo.

A apresentação clínica clássica foi já descrita na era pré-antibiótica e inclui a febre, a tumefacção retroauricular com sinais inflamatórios e o desaparecimento do sulco retrauricular com o pavilhão auricular deslocado para fora e para baixo. Pode também haver supuração pelo canal auditivo externo ou mesmo através de fístula.

Apesar do diagnóstico ser clínico a Tomografia Axial Computorizada (TAC) da mastoide é útil na deteção de complicações ⁽²⁾.

Os agentes etiológicos responsáveis, são geralmente os implicados na otite média aguda ^(1, 3, 4, 5):

- a) *Haemophilus influenzae*
- b) *Streptococcus pneumoniae*

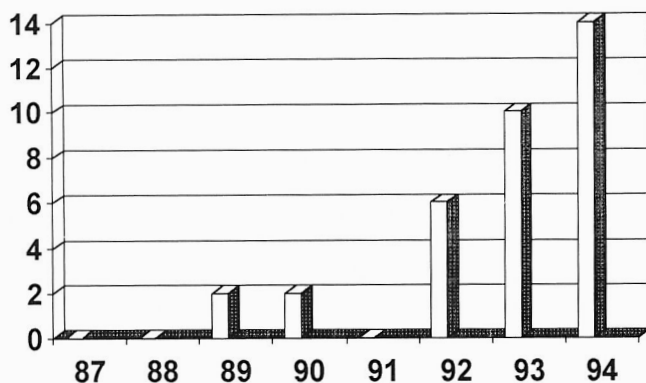
- c) *Moraxella catarrhalis*
d) *Streptococcus* β -hemolítico

A miringotomia é um procedimento importante após o diagnóstico, pois permite obter material para estudo microbiológico antes de se iniciar o tratamento antibiótico parentérico.

A cirurgia (mastoidectomia) está reservada para os casos que não respondem ao tratamento médico ⁽¹⁾ ou para eventuais complicações como a meningite, a trombose do seio venoso e o abscesso epidural ou cerebral ⁽²⁾.

Apesar da mastoidite aguda ser actualmente uma complicação pouco frequente da otite média aguda ⁽²⁾, tem-se assistido no nosso serviço a um recrudescimento desta entidade clínica, como se pode observar no quadro I.

QUADRO I
Frequência Anual



Na análise dos casos internados no serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António (HGSA) que os autores apresentam, tentou-se encontrar uma explicação para este aumento de incidência.

Material e Métodos

Fez-se uma análise retrospectiva dos processos clínicos referentes a crianças internadas no serviço de Pediatria do HGSA, de Janeiro de 1993 a Dezembro de 1994, com o diagnóstico de Mastoidite Aguda, analisando-se os seguintes dados:

- idade
- sexo
- proveniência
- critérios de diagnóstico clínico e laboratorial
- tratamento efectuado
- complicações

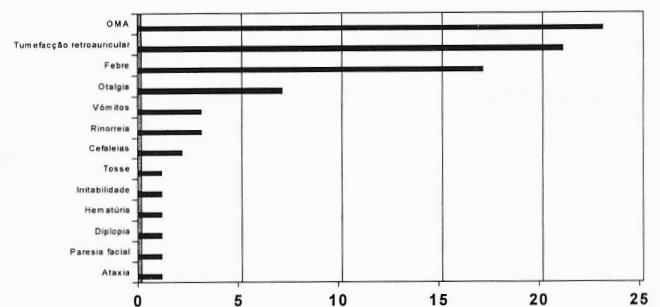
Resultados

Entre Janeiro de 93 e Dezembro de 94 foram internadas no serviço de Pediatria do HGSA 24 crianças com o diagnóstico de Mastoidite Aguda, sendo 13 do sexo feminino e 11 do sexo masculino.

A sua distribuição etária oscilou entre os 5 meses e os 10 anos de idade com uma mediana de 3 anos e 6 meses.

Clinicamente, como se pode observar no quadro II, quase todas as crianças apresentaram-se com edema retroauricular e vários graus de sinais inflamatórios a nível da mastoide (87,5%).

QUADRO II



A febre esteve presente em 17 casos (70,8%). Vinte e três das 24 crianças apresentavam otite média aguda, sendo em 9 casos supurada. Em 5 casos havia uma clínica com evolução superior a uma semana.

Fora deste contexto clínico clássico, 3 das crianças tiveram apresentações atípicas:

- febre com otalgia, vômitos e paresia do VI par craneano.
- otite média com efusão e paresia facial.
- sonolência, marcha atáxica e otite média aguda.

Nove das crianças (37,5%) tinham antecedentes de otites de repetição.

O número de leucócitos variou entre 6500 e 55400 com uma mediana de 13700. A leucocitose superior a 10000 foi observada em 20 casos (83,3%).

A hemocultura foi realizada em 19 crianças, sendo estéril em 17 casos, nos dois casos restantes foram identificados agentes provavelmente contaminantes.

Em 6 crianças das 9 que tiveram exudado pelo canal auditivo externo foi feito o estudo microbiológico, identificando-se:

– *Pseudomonas aeruginosa* em 3 casos, *Morganella morganii* em 2 casos, *Stafilococcus aureus* num caso, sendo um dos casos estéril.

Foi isolado um Enterococo na drenagem de um abcesso retroauricular.

A TAC confirmou o diagnóstico inicial em 16 crianças e fez o diagnóstico nos 3 casos de apresentação atípica. Em 5 casos o diagnóstico foi apenas clínico.

Em relação ao tratamento, todas as crianças foram tratadas com antibióticos – amoxicilina + ácido clavulânico ou cefalosporina de 3.^a geração; 5 necessitaram de intervenção cirúrgica – mastoidectomia com colocação de tubos de ventilação em 3, drenagem de abcesso retroauricular em 2 crianças e drenagem de abcesso cerebral numa criança.

Em 2 crianças ocorreram complicações (8,3%), um abcesso cerebral e uma trombose do seio sigmoide esquerdo.

A duração do internamento variou entre 6 e 44 dias com uma média de 13,7 dias.

O estudo imunológico foi realizado em 11 crianças mostrando apenas elevação dos reagentes de fase aguda.

Comentários

O aumento na frequência do número de casos internados por mastoidite aguda no nosso serviço, pode considerar-se preocupante. Os 24 casos diagnosticados entre 1993 e 1994 contrastam com os 10 casos registados entre 1987 e 1992.

Como seria de esperar a distribuição por sexos foi sensivelmente idêntica. A mediana de idade situou-se nos 3 anos e 6 meses sendo a curva de distribuição etária bifásica, com 9 crianças com menos de 2 anos e 9 crianças com mais de 5 anos. Hawkins em 1984 encontrou uma distribuição predominante por volta dos 2 anos ⁽³⁾, enquanto que MA Richier em 1994 encontrou uma distribuição preferencial por volta dos 8 anos e 6 meses ⁽⁴⁾.

Embora a mastoidite aguda seja rara antes do ano de idade ⁽⁵⁾, devido à fraca pneumatização da mastoide, encontramos 3 crianças neste grupo etário (12,5%).

A média de internamento de 13,87 dias foi mais alta que a duração média de tratamento antibiótico endovenoso que foi de 10 dias, devendo-se fundamentalmente aos doentes com complicações, ou tratados cirurgicamente, cuja média de internamento foi substancialmente maior (23 dias).

A apresentação clínica foi típica na maioria dos pacientes (87,5%) o que reforça a ideia de que o diagnóstico é clínico.

Num dos casos não foi diagnosticada a presença de otite média aguda, mas esta também não foi negada. No

entanto, a mastoidite aguda pode ocorrer sem otite média aguda.

A TAC revelou-se importante na confirmação do diagnóstico clínico e é fundamental no diagnóstico das complicações.

A maioria dos doentes tinha leucocitose (83,3%) e numa das crianças ocorreu uma reacção leucemoide.

A hemocultura foi sistematicamente estéril, o que está de acordo com o esperado, pois raramente se acompanha de bacteriemia. A miringotomia é um procedimento chave para a obtenção de material para estudo microbiológico, mas não foi realizada em nenhum dos nossos doentes.

Apenas foi possível identificar o agente bacteriano nas crianças com otorreia e nestas os agentes encontrados não corresponderam ao esperado. O exame bacteriológico do material obtido em situações de otorreia não é adequado pois frequentemente está contaminado com flora bacteriana existente no canal auditivo externo ⁽³⁾.

A maioria dos doentes não apresentavam história de otites de repetição, conforme o descrito na literatura ⁽³⁾.

Conclusões

O aumento na frequência de internamentos por mastoidite aguda nos últimos dois anos é motivo de preocupação. Seria importante saber o que se tem verificado noutros Serviços de Pediatria.

Da nossa revisão salienta-se que o diagnóstico desta entidade nosológica é essencialmente clínico, recomendando-se a TAC, não só para a sua confirmação, mas essencialmente para o diagnóstico de possíveis complicações.

O estudo microbiológico é muito importante, pelo que se chama a atenção para a importância da miringotomia, que deveria ser sempre realizada na altura do diagnóstico de mastoidite aguda.

Não se encontrou qualquer explicação para este aumento na frequência de mastoidite aguda. Alguns autores levantam a hipótese de que poderá haver uma emergência de estirpes de Pneumococos resistentes à penicilina ^(4,6), o que no entanto não nos parece justificativo no nosso trabalho, dada a boa resposta aos antibióticos instituídos.

BIBLIOGRAFIA

1. Dan M. Fliss, Alberto Leiberman, Ron Dagan. Medical sequelae and complications of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*, 1994; 13: S34-40.
2. Dean J. Shanley, Thomas F. Murphy. Intracranial and extracranial complications of acute mastoiditis: Evaluation with computed tomography. *J Am Osteopath Assoc*, Jan, 92 (1): p131-134.

3. Donald B. Hawkins, Denise Drue, John W. House, Richard W. Clark. Acute Mastoiditis in children: A review of 54 cases. *Laryngoscope* 93: May 1983, p.568-572.
4. MA Richier, JJ Choulot, B Pétriat, JP Pradoura, A Barthelmé, J Saint-Martin. A Mensire. Mastoidite aigue de enfant: existe-t-il une recrudescence actuelle? *Arch Pédiatr* (1994) 1, 959-961.
5. Charles M. Myer. The diagnosis and management of mastoiditis in children. *Pediatr Ann*, Nov 1991; 20 (11): p.622-6.
6. George H. Mccracken Jr. Emergence of resistant *Streptococcus pneumoniae*: a problem in pediatrics. *Pediatr Infect Dis J*, 1995; 14: 424-8.

Correspondência: Paulo Teixeira
Avenida da França, 358 H 16
4050 Porto