

Otite externa difusa aguda: um estudo prospectivo no verão do Rio de Janeiro

Acute diffuse external otitis: a prospective study in Rio de Janeiro's summer

Ricardo R. Figueiredo¹, Magdala L. Fabr²,
Walter S. Machado³

Palavras-chave: otite externa aguda, fatores predisponentes, doenças do verão.
Key words: acute external otitis, predisposing factors, summer diseases.

Resumo / Summary

A Otite Externa Aguda é uma doença extremamente comum em países tropicais, especialmente no verão. Vários fatores predisponentes são identificáveis e o quadro clínico pode ser bastante variado, principalmente com relação à intensidade da otalgia. **Objetivo:** Avaliar, através de um estudo prospectivo no maior hospital de Emergências do Rio de Janeiro, a incidência e as características da otite externa no período de verão. **Forma de estudo:** Estudo clínico com coorte transversal. **Material e Método:** 391 pacientes com otite externa atendidos no Serviço de ORL do Hospital Souza Aguiar foram avaliados em uma série de parâmetros clínicos e de tratamento, incluindo análise de possíveis fatores predisponentes. **Resultados:** Os principais sintomas referidos foram otalgia, otorr³ea discreta e plenitude auricular. Os principais fatores predisponentes foram banho de mar e piscina e uso de cotonetes. **Conclusão:** A otite externa aguda é uma doença extremamente comum em países tropicais, especialmente no verão. A possível contaminação da água de praias e piscinas, embora descartada por vários autores como fatores predisponentes, pode ter alguma influência na sua patogênese.

The acute external otitis is a very common disease in tropical countries, especially in summer. There are many predisposing factors and clinical features may vary, particularly the pain's severity. **Aim:** Evaluate, with a prospective study in Rio de Janeiro's largest Urgencies Hospital, the incidence and characteristics of the acute external otitis in summer. **Study design:** Clinical study with transversal cohort. **Material and Method:** 391 patients with acute external otitis in Souza Aguiar Hospital were evaluated in several clinical and treatment parameters, including predisposing factors analysis. **Results:** Pain, moderate ear discharge and sensation of "full ear" were the most common complaints. Sea and pool baths and the use of ear sticks were the most common predisposing factors. **Conclusion:** The acute external otitis is a very common disease in tropical countries, especially in summer. Sea and pools water contamination, although rejected by many authors as a predisposing factor, may have a role the patogenesis of the acute diffuse external otitis.

¹ Médico otorrinolaringologista, Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro.

² Médica otorrinolaringologista, Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro.

³ chefe do serviço de Otorrinolaringologia e Endoscopi Per-oral do Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro.

Trabalho realizado no Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro.

Endereço para Correspondência: Ricardo R. Figueiredo – Rua 60 nº 1680 ap 202 bairro Sessenta Volta Redonda RJ 27261-130

Fax (0xx24) 3349-8664 – e-mail otosul@uol.com.br

Artigo recebido em 22 de outubro de 2003. Artigo aceito em 24 de março de 2004.

INTRODUÇÃO

A otite externa difusa aguda é uma afecção extremamente comum em países tropicais, respondendo por um grande número de atendimentos nas emergências de Otorrinolaringologia, especialmente no verão^{1,2}. Consiste na inflamação aguda e difusa do revestimento cutâneo e tecidos subcutâneos da orelha externa, causada predominantemente por bactérias, tendo como sintoma principal a otalgia, que pode ser bastante intensa¹⁻⁵. Otorrêia mucopurulenta, geralmente em pequena quantidade, também pode ocorrer, bem como plenitude auricular, hipoacusia e prurido^{3,4}. Ao exame físico, podemos encontrar edema e hiperemia do conduto auditivo externo, com secreção mucopurulenta em pequena quantidade³⁻⁵. Em certos casos, a membrana timpânica pode não ser visível, devido ao edema intenso do conduto. Em outros casos, a membrana timpânica encontra-se espessada e hiperemiada em seu revestimento cutâneo externo, podendo nos dar a falsa impressão de otite média⁶. Adenomegalia retro e pré-auricular dolorosa pode também ser encontrada, bem como edema dos tecidos circunvizinhos à orelha.

Seu tratamento geralmente é feito com antibióticos tópicos, sob a forma de gotas otológicas, associados a calor local, sintomáticos e antiinflamatórios não-hormonais (AINH). Limpeza adequada dos debris epiteliais e secreções pelo otorrinolaringologista também é fundamental, reservando-se a antibioticoterapia sistêmica para casos com sintomatologia mais exuberante, febre e evidências de complicações, embora seu emprego seja contestado por muitos autores¹⁻⁷.

Este estudo pretende analisar a incidência de otite externa aguda no maior hospital de Emergências do Rio de Janeiro, o Hospital Municipal Souza Aguiar, referência estadual para Emergências ORL. Os dados foram coletados no verão de 2002, sendo anotados parâmetros variados com relação a fatores predisponentes, sintomas, exame físico e tratamento.

MATERIAL E MÉTODO

Durante os meses de Janeiro a Março do ano de 2003, foram anotados dados referentes a 391 pacientes com diagnóstico de otite externa difusa aguda atendidos no Serviço de Otorrinolaringologia e Endoscopia Per-oral do Hospital Municipal Souza Aguiar, no Centro do Rio de Janeiro. O Hospital é referência estadual para Emergências em ORL.

Os pacientes foram atendidos nos períodos diurno e noturno, exclusivamente pelos médicos otorrinolaringologistas autores do estudo.

Os parâmetros analisados foram:

- sexo
- idade
- tempo de duração dos sintomas
- otalgia, graduada em leve, moderada e severa
- presença de otorrêia, prurido, plenitude auricular e febre

- tipo de otite externa, segundo classificação própria, como visto abaixo
- presença de adenomegalia retro-auricular e edema pré ou retro-auricular
- tipo de tratamento
- fator predisponente

Utilizamos classificação própria, segundo os seguintes critérios:

- TIPO 1 – hiperemia de conduto auditivo externo, somente
- TIPO 2 – edema de conduto auditivo externo, sem impedir a visualização da membrana timpânica e pequena quantidade de secreção mucopurulenta
- TIPO 3 – edema intenso de conduto auditivo externo, não sendo possível visualizar a membrana timpânica.

A classificação por nós elaborada e utilizada neste estudo visa avaliar a gravidade da otite externa e orientar seu tratamento. Os dados foram apresentados em percentuais de forma puramente descritiva.

RESULTADOS

Com relação ao sexo, 45,92% dos casos ocorreram em pacientes do sexo masculino e 54,08% em pacientes do sexo feminino. Em relação à faixa etária, 10,20% de 0 a 5 anos; 7,14% de 6 a 10 anos; 23,47% de 11 a 20 anos; 37,24% de 21 a 40 anos; 20,41% de 41 a 60 anos e 1,54% em pacientes acima de 60 anos.

33,16% dos pacientes procuraram o hospital nas primeiras 48 horas de sintomas, 38,77% entre 48 e 96 horas, 19,90% entre 5 e 7 dias e 8,17% após 7 dias de sintomas.

37,24% dos pacientes referiram otalgia leve, 47,45% otalgia moderada e 15,31% otalgia severa. Otorrêia discreta foi referida em 29,08% dos casos, prurido em 20,41%, febre baixa em 12,75% e plenitude em 46,43% dos casos.

Com relação ao tipo de otite, observamos 29,59% de casos do tipo 1, 48,47% dos casos do tipo 2 e 21,94% do tipo 3. A distribuição por sexo dentre os tipos apresentou-se semelhante à distribuição geral, exceto no tipo 3 em que há uma nítida prevalência no sexo feminino (62,79% dos casos). Com relação ao tempo de sintomas, observa-se no tipo 1 predominância de atendimento nas primeiras 48 horas (41,38% dos casos), e nos tipos 2 e 3 entre 48 e 96 horas (35,79% e 46,51% respectivamente).

Adenomegalia dolorosa, pré ou retro-auricular foi encontrada em somente 8,67% dos casos, nenhum caso em otites externas do tipo 1. Da mesma forma, edema peri-auricular também foi encontrado em somente 8,67% dos casos (deste total, 5,88% em tipo 1; 70,59% em tipo 2; 23,53% em tipo 3). 15,61% dos pacientes apresentaram hiperemia da membrana timpânica, 90% deles com otite externa de grau 2.



Figura 1. Otite Externa Difusa Aguda Grau 1



Figura 2. Otite Externa Difusa Aguda Grau 2



Figura 3. Otite Externa Difusa Aguda Grau 3

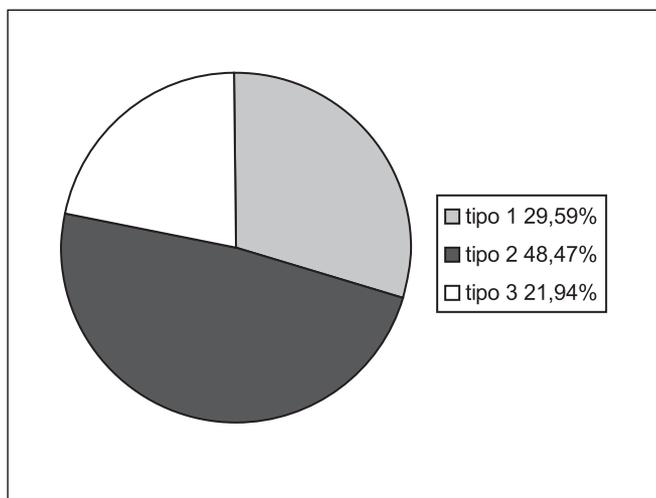


Gráfico 1. Classificação das otites externas

Com relação ao tratamento, 89,29% dos pacientes foram tratados apenas com prescrição de medicamentos; 1,53% com prescrição e curativo; 8,67% com prescrição e medicação parenteral e 0,51% com prescrição, curativo e medicação parenteral. Esta última, quando utilizada, consistiu em analgésicos (dipirona) por via intramuscular.

Analisando os fatores predisponentes, obtivemos os gráficos 2 e 3.

Como outros fatores predisponentes tivemos agressões, banhos de chuveiro ou mangueira, banhos de piscina com cloro, trauma com palito ou grampos, e banhos de rio.

DISCUSSÃO

A Otite Externa Difusa Aguda, consiste na infecção aguda do revestimento cutâneo e tecidos subcutâneos do

conduto auditivo externo, de etiologia bacteriana^{1,2}. As bactérias mais freqüentemente envolvidas são a *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Proteus sp.* e, mais raramente, anaeróbios como *Peptostreptococcus sp.* e *Bacteróides sp.*⁸. Segundo alguns autores, alguns genótipos de *Pseudomonas sp.* podem causar otites externas mais severas do que os outros⁸.

Em nosso hospital, cujo serviço de Otorrinolaringologia é exclusivamente para urgências, a otite externa é a doença otorrinolaringológica mais freqüente no verão, quando pode representar cerca de 70% do atendimento no serviço de Otorrinolaringologia. Vale acrescentar que durante os meses de verão, o atendimento no serviço de Otorrinolaringologia e Endoscopia Per-oral do Hospital Souza Aguiar pode aumentar em até 50%, em número de pacientes, o que reforça ainda mais a importância desta afecção no período de verão.

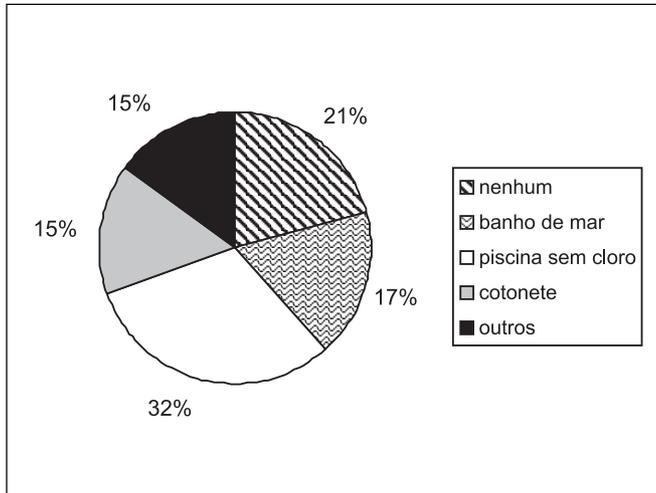


Gráfico 2. Fatores Predisponentes

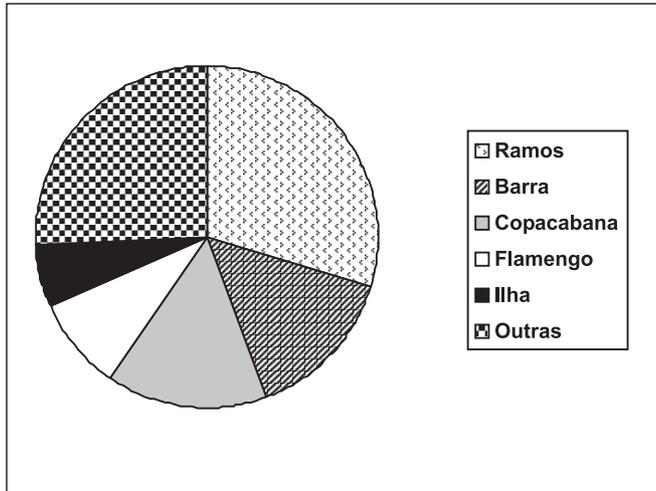


Gráfico 3. Distribuição das praias

Como fatores predisponentes, podemos citar o contato com água (que produz maceração da pele e remoção de secreções protetoras da orelha externa), uso de cotonetes e outros objetos (palitos, grampos, tampas de canetas, etc.), eczema e trauma de conduto auditivo externo^{1-3,5}. Em todos estes fatores, além do traumatismo, ocorrem alterações de pH (alcalinização), causadas por aumento da umidade e remoção do cerúmen (que é ácido)². A maioria dos trabalhos tende a afirmar que o fator contaminação da água do banho (mar, piscina, etc.) é irrelevante^{5,7}. O contato com a água favoreceria a maceração da pele do conduto e levaria à remoção do cerúmen, o que poderia favorecer a otite externa. Entretanto, outros autores afirmam que a *Pseudomonas aeruginosa* causadora da otite externa pode ser parte da flora normal do conduto auditivo externo, ser originada de

outros pacientes ou ainda ser oriunda de diversas fontes ambientais⁸. Em nossos dados observamos alta incidência em crianças que tomam banho em piscinas “caseiras”, sem tratamento, e em algumas praias do Rio em particular, o que poderia, em tese, falar a favor de contaminação da água. Entretanto, tais dados devem ser analisados com cautela, uma vez que o Hospital Souza Aguiar atende predominantemente a uma parcela economicamente menos favorecida da população do Rio, em que os banhos em piscinas “caseiras” e freqüência a determinadas praias se dão com mais freqüência. Creemos ser importante uma conscientização da população sobre o uso de tais piscinas e empenho das autoridades em controlar a qualidade da água das praias. Futuros estudos comparando achados bacteriológicos da água das praias com aqueles encontrados em otites externas poderão elucidar esta questão.

Nossa incidência de fatores predisponentes coincide com a literatura em geral, com predominância dos banhos de mar/ piscina e uso de objetos traumáticos, como os cotonetes¹⁻⁶. A alta incidência de otites externas após banhos em piscina sem cloro (as “caseiras”, de material plástico) pode ser explicada pela sua alta popularidade entre as classes sócio-econômicas menos favorecidas, público mais atendido pelo hospital. Como dito anteriormente, a possível contaminação da água deve ser analisada com cautela, mas não deve ser descartada. Pelos mesmos motivos, os dados sobre as praias também devem ser analisados com bastante cautela. Acreditamos que os casos em que nenhum fator predisponente foi encontrado, ocorram por contato com água de chuveiro, ou então por deficiência de informação do paciente.

Nossos dados correspondem à literatura em relação à distribuição por sexo, sem predominância acentuada (no nosso estudo, 54,08% no sexo feminino)^{2,7}. Em relação à distribuição por idade, a literatura em geral não mostra tendência à predileção por nenhuma faixa etária², mas no nosso estudo, observa-se maior incidência na faixa etária de 21 a 40 anos (37,24%), com menor incidência em idosos e crianças. Nestas últimas, devemos ter cautela na análise dos dados, pois acreditamos que o maior percentual de otites externas seja, efetivamente, atendido pelos pediatras. Com relação aos idosos, é possível que a freqüência à piscina destes seja menor. Não encontramos dados na literatura referentes ao tempo entre início de sintomas e atendimento especializado. Em nosso estudo, 71,93% dos pacientes foram atendidos nas primeiras 96 horas. Esperaríamos, por ser uma patologia bastante dolorosa, um maior percentual de atendimentos nas primeiras 48 horas (que foi de 33,16%), o que podemos explicar pela deficiência de atendimento em ORL na rede pública do Rio de Janeiro, aliado a procura por tratamentos “naturais”, conselhos de vizinhos, medicações otológicas orientadas por balconistas de farmácia, medo de faltar e perder o emprego, e muitos outros possíveis fatores.

A maioria dos pacientes referiu otalgia moderada (47,45%). Os sintomas habitualmente referidos na literatura foram a otalgia (sempre presente em nossos dados), a otorréia discreta, de aspecto muco-purulento (29,08% dos nossos pacientes), prurido otológico (20,41%) e plenitude (46,43%)¹⁻⁷. Febre não é um sintoma comum, no que nossos dados concordam com a literatura (12,75%). A distribuição dos casos com febre em relação a sexo, faixa etária e tipo de otite foram semelhantes à distribuição geral.

Os dados referentes ao tipo de otite externa, em que seguimos classificação própria, sugerem fortemente serem os três tipos estágios diversos de evolução da doença. A otite externa iniciar-se-ia com otalgia discreta e hiperemia do conduto auditivo externo (tipo 1), seguindo-se, em 48 a 96 horas, por piora da otalgia, com otorréia discreta, plenitude auricular e, por vezes, prurido otológico e febre. A otoscopia mostraria conduto auditivo externo edemaciado, ainda permitindo a visualização da membrana timpânica, com secreção mucopurulenta espessa em pequena quantidade (tipo 2). Em alguns casos, principalmente na ausência de tratamento adequado, ou, talvez, maior virulência do agente causal (bactérias), evoluiria com intenso edema de conduto auditivo externo, ocluindo totalmente sua luz e impedindo a visualização da membrana timpânica (tipo 3). Importante ressaltar a maior cautela no manejo de otites externas em diabéticos pela possibilidade de otite externa maligna.

Não encontramos na literatura dados referentes a adenomegalias satélites e edemas de regiões circunvizinhas e hiperemia de membrana timpânica, que se mostraram achados pouco freqüentes (8,67% e 8,67%, respectivamente). A hiperemia de membrana timpânica foi encontrada em 15, 61% dos casos, 90% deles em otites externas do tipo 2. Nos casos de tipo 3, isto provavelmente também ocorre, mas a membrana timpânica não está visível na maioria das vezes, devido ao intenso edema de conduto auditivo externo (Figura 3). A hiperemia de membrana timpânica é um dos principais fatores de dúvida no diagnóstico diferencial entre otite externa e otite média, mas a ausência de perfuração timpânica, na presença de otite externa, fala a favor desta última. A correlação com o quadro clínico, obviamente, também é de suma importância para o diagnóstico diferencial das duas afecções. Entretanto, mesmo com otorrinolaringologistas bastante experientes, dúvidas podem persistir, casos em que preconizamos a antibioticoterapia preventiva, principalmente se considerarmos as condições sócio-econômicas do paciente e a precariedade do sistema público de saúde.

Com relação ao tratamento, a grande maioria (89,29%) foi tratada com prescrição de medicamentos, somente. Nossa rotina, fundamentada na experiência do serviço, é a seguinte:

- tipo 1 – gotas otológicas + orientações gerais
- tipo 2 – AINH + gotas otológicas + orientações gerais

- tipo 3 – Corticóides sistêmicos (na ausência de contra-indicações) + Antibioticoterapia sistêmica (cefalexina, cefadroxil ou quinolonas) + orientações gerais.

Gotas otológicas variadas existem no mercado. A maioria delas consiste em associações de corticóides, anestésicos, neomicina e polimixina B. A neomicina é efetiva contra *S. aureus* e *Proteus sp.*, A polimixina B é efetiva contra os mesmos germes e também contra *Pseudomonas aeruginosa*. Muitos pacientes desenvolvem reações alérgicas à neomicina. As quinolonas, como a ciprofloxacina, são efetivas contra todos os germes citados, mas, segundo alguns autores, há uma tendência de desenvolvimento rápido de resistência contra elas⁹. Temos ainda gotas contendo cloranfenicol, eficientes contra Gram-negativos e anaeróbios^{1,9,10}.

A melhor opção de antibioticoterapia sistêmica seriam as quinolonas, eficientes contra *S. aureus* e *P. aeruginosa*¹⁰. Entretanto, são medicamentos de alto custo, raramente disponíveis em hospitais públicos, restando então as cefalosporinas de primeira geração, efetivos contra *S. aureus*. As quinolonas são contra-indicadas em crianças pelo risco de inibição do crescimento ósseo. A opção por antibiótico e corticoterapia sistêmica nos casos de otite externa de grau 3 reflete a experiência do Serviço, havendo autores que descartam vantagens deste tipo de tratamento em relação ao tratamento tópico.

Como orientações gerais, recomendamos calor local seco, uso de protetores otológicos (incluindo chumaços de algodão embebidos em substâncias oleosas) e abstenção de uso de cotonetes e outros fatores traumáticos. Curativos devem ser realizados em casos de secreção mais abundante, para facilitar o tratamento tópico. Sintomáticos por via parenteral também podem ser empregados. Somos contra o uso de mechagem do conduto auditivo externo, conforme recomendado por muitos autores para o tratamento tópico^{5,7}, por acharmos este procedimento bastante doloroso, com nenhuma ou pouca vantagem em relação ao tratamento convencional. Como não possuímos estudo controlado sobre o método, ressaltamos que esta observação deriva exclusivamente de experiência pessoal dos autores, havendo vários artigos a favor do uso da mechagem do conduto auditivo externo.

Com a nossa rotina de tratamento, a incidência de retorno de pacientes ao Hospital por ausência de melhora sintomatológica é em torno de 6%. Embora possa ser argumentado que muitos pacientes sem melhora podem procurar outros serviços, não cremos ter essa possibilidade muita relevância, uma vez que as condições sócio-econômicas ruins aliadas à precariedade do sistema público de Saúde para Otorrinolaringologia no Rio de Janeiro, não deixam muitas opções aos pacientes. Portanto, acreditamos que este percentual (6%) seja bastante representativo de nosso índice de insucesso terapêutico.

Alguns trabalhos recomendam o uso de medicamentos em forma de pó, associando dexametasona, oxitetraciclina, polimixina B e nistatina, uma vez que o pó ajudaria a reduzir a umidade no conduto¹⁰. Não temos experiência em seu uso.

CONCLUSÃO

A otite externa é, efetivamente, uma doença bastante comum em países tropicais, tendo como principais fatores predisponentes os banhos de mar e piscina, uso de cotonetes e outros objetos contundentes para manipulação da orelha. A contaminação da água, apesar de descartada por muitos como fator predisponente, pode desempenhar um papel na sua patogênese, ficando a confirmação desta hipótese vinculada a futuros estudos bacteriológicos. Os diferentes aspectos clínico-otoscópicos representam, provavelmente, diferentes fases de evolução da doença, que responde bem ao tratamento clínico, principalmente sob a forma de AINHs, sintomáticos e gotas otológicas, na grande maioria dos casos.

AGRADECIMENTOS

A todos os otorrinolaringologistas e auxiliares de enfermagem do Hospital Municipal Souza Aguiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daneshrad BA, Jenny C, Kim MD, Amedee RG. Acute Otitis Externa. *J La state Med Soc* 2002; 154: 226-7.
2. Diniz Júnior J. Otite Externa. *Revista Brasileira de Medicina ORL* 1997; 4 (4):106-11.
3. Saffer M. et al. Otite Externa Difusa Aguda. *Revista AMRIGS* 1983; 27:194-6.
4. Hungria H. *Otorrinolaringologia*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan; 1995. p.307.
5. Bremond G, Wayoff M, Chobaut JC, Magarna J, Aquaviva F. Pathologie de l'oreille externe. *Encyclopedie Médico-Chirurgale*. Paris, France: Oto-rhyno-laryngologie 1980; 200070 A; 9:3-7.
6. Kymse RJ. *Noções de ORL Pediátrica*. 2ª Edição. Fundo Editorial BYK-Prociex 1976; p. 29-36.
7. Balkany TJ, Bradford DR. Infections of the external ear. In: Cummings CW. (ed) *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery*. MO Mosby; 1997. p. 2979-86.
8. Matar GM, Harakeh HS, Ramwali F, Khneisser I, Hadi U. Comparative analysis between *Pseudomonas aeruginosa* genotypes and severity of symptoms in patients with unilateral or bilateral otitis externa. *Current Microbiology* 2001; 42: 190-3.
9. Arnes E, Dibb WL. Otitis externa: clinical comparison of local ciprofloxacin versus local oxytetracycline polymyxin B hydrocortisone combination treatment. *Current Med Res Opin* 1993; 13:182-6.
10. Goldenberg D, Golsz A, Netzer A, Joachins HZ. The use of otic powder in the treatment of acute external otitis. *American Journal of Otolaryngology* 2002; 23(3):142-7.