

**OTITE EXTERNA AGUDA: UM ESTUDO PROSPECTIVO NO VERÃO DO RIO
DE JANEIRO.**

**ACUTE EXTERNAL OTITIS: A PROSPECTIVE STUDY IN RIO DE JANEIRO'S
SUMMER.**

Ricardo R. Figueiredo, médico otorrinolaringologista ,Hospital Municipal Souza Aguiar,
Rio de Janeiro

Magdala L. Fabri, médica otorrinolaringologista ,Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de
Janeiro

Walter S. Machado, 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

Autor responsável: Ricardo R. Figueiredo, Rua 60, n 1680, ap 202, bairro Sessenta, Volta
Redonda-RJ, CEP 27261-130, fax 024 3349-8664, e-mail otosul@uol.com.br.

RESUMO

Introdução: 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. **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, otorrêa 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.

SUMMARY

Introduction: The acute external otitis is a very common disease in tropical countries, specially 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. **Materials 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, specially in summer. Sea and pools water contamination, although rejected by many authors as a predisposing factor, may have a role in acute external otitis' pathogenesis.

PALAVRAS-CHAVE: otite externa aguda, fatores predisponentes, doenças do verão

KEY WORDS: acute external otitis, predisposing factors, summer diseases.

INTRODUÇÃO

A otite externa aguda é uma afecção extremamente comum em países tropicais, respondendo por um grande número de atendimentos nas emergências ORL, especialmente no verão ^{1,2}. Consiste na inflamação aguda da orelha externa, causada predominantemente por bactérias, tendo como sintoma principal a otalgia, que pode ser bastante intensa ^{1,2,3,4,5}. Otorréia 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 muco-purulenta em pequena quantidade ^{3,4,5}. 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 média ⁶. 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 anti-inflamatórios não-hormonais (AINH). Limpeza adequada dos debrís epiteliais e secreções pelo otorrinolaringologista também é fundamental, reservando-se a antibioticoterapia sistêmica para casos com sintomatologia mais exuberante, febre e evidências de complicações ^{1,2,3,4,5,6,7}.

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 aguda simples 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 parâmetros analisados foram:

- sexo
- idade
- tempo de duração dos sintomas
- otalgia, graduada em leve, moderada e severa
- presença de otorréia, 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 muco-purulenta
- TIPO 3- edema intenso de conduto auditivo externo, não sendo possível visualizar a membrana timpânica.

INSERIR FOTOS:

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. Otorréia 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 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). Somente 5,61 % dos pacientes apresentaram hiperemia da membrana timpânica.

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.

Analisando os fatores predisponentes, obtivemos os gráficos abaixo.

INSERIR GRÁFICOS:

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.

As outras praias relatadas forma Angra dos Reis, Araruama, Arraial do Cabo, Botafogo, Grumari, Iguaba, Macaé e Praia Grande.

DISCUSSÃO:

A Otite Externa Aguda Simples (também conhecida por otite externa difusa), consiste na inflamação aguda da pele 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 outros ⁸.

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 ^{1,2,5}. 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 ambientais. 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 frequência a determinadas praias se dão com mais frequência. Cremos ser importante uma conscientização da população sobre o uso de tais piscinas e empenho das autoridades em controlar a qualidade da água das praias.

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 cotonetes.^{1,2,3,4,5,6} 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 etária ², 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 frequência 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 %) ^{1,2,3,4,5,6,7}. Febre não é um sintoma comum, nossos dados concordando 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 muco-purulenta 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, edemas de regiões circunvizinhas e hiperemia de membrana timpânica, que se mostraram achados pouco freqüentes (8,67 %, 8,67 % e 5,61 %, respectivamente).

Com relação ao tratamento, a grande maioria (89,29 %) foi tratada com prescrição de medicamentos, somente. Nossa rotina 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

elas ⁹. 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* ^{9,10}. 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.

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 mecha-gem 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.

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 conduto ¹⁰. 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. 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1-Daneshrad, BA; Jenny C. Kim,MD; Amedee,R.G.: “Acute Otits Externa”, J La state Med Soc, 2002; vol 154: 226-7..
- 2-Diniz Júnior, J.: “Otite Externa”, Revista Brasileira de Medicina, ORL, 1997; vol. 4, nº 4:106-11.
- 3-Walike,J.W.: “Management of acute ear infections”,Otolaryngology Clinics of North America, 1979; 12; 439-54.
- 4-Hungria, H.: “Otorrinolaringologia”, 7ª Edição, Editora Guanabara –Koogan,1995:307
- 5-Bremond, G.;Wayoff,M.;Chobaut,J.C.;Magarna,J.;Aquaviva,F.:”Pathologie de l’oreille externe”, Encyclopedie Médico-Chirurgale, Paris, France, Oto-rhyno-laryngologie, 1980; 200070 A,9:3-7.
- 6-Kyrmse, R.J.: “Noções de ORL Pediátrica”,2ª Edição, Fundo Editorial BYK-Prociex, 1976:29-36.
- 7-Balkany,T.J.;Bradford, D.R.: “Infections of the external ear”,in Cummings CW (ed):Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery.MO,Mosby, 1997, 2979-986.
- 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, Vol. 42, 2001: 190-3.

9-Arnes,E;Dibb,WL:"Otitis externa:clinical comparison of local ciprofloxacin versus local oxytetraciline, polymyxin B, hydrocortisone combination treatment", Current Med Res Opin 13, 1993:182-6.

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, vol 23, n ° 3, 2002:142-7.