

Otorreia

*Jorge Caro Letelier, Carlos Eduardo Stott e
Gabriela Vergara Olmos*

Introdução

A otorreia é definida como a presença de qualquer tipo de secreção do conduto auditivo externo (CAE). Em geral é purulenta, e deve ser sempre considerada anormal. No caso de cerúmen somente se considera anormal se está muito visível e ocupa total ou parcialmente o lúmen do CAE, e neste caso deverá ser extraído. A otorreia pode ser abundante ou escassa, de coloração e consistência variáveis. A otorreia pode ser mucopurulenta, purulenta, aquosa, mucosa e sua cor podem variar de transparente, amarela, verde ou hemática, podendo ser mais ou menos viscosa. Seu início pode ser súbito, intermitente e/ou persistente. Algumas vezes não se consegue, a olho nu, identificar sua presença. Não devemos confundir a otorreia com a otorragia, presença de sangue vivo no CAE, otorraquia, presença de liquor no CAE.



Figura 1. Vista anatômica

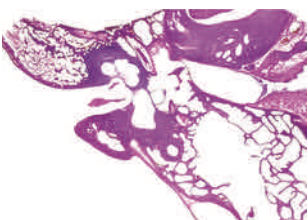


Figura 2. Vista histológica

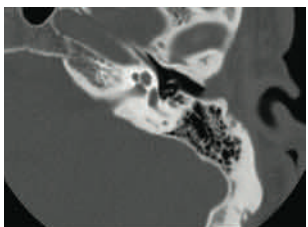


Figura 3. Vista na TC

Como etiologias, as mais comuns são produzidas por 3 causas: a otite externa, a otite média aguda supurada e a otite média crônica secretora.

Anatomia

Uma revisão anatômica pode ser observada nas seguintes figuras, onde o CAE é observado em um corte macroscópico axial do ouvido (**Figura 1**) em um corte histológico (**Figura 2**) e uma imagem de tomografia computadorizada (TC) axial no mesmo plano (**Figura 3**). Da anatomia, o mais relevante é considerar que a pele que reveste o CAE vai se modificando, a medida que se dirige em direção à membrana timpânica (MT), chegando, perto desta, ser muito fina, sensível e vascularizada. Portanto, a manipulação nesta zona mais profunda do CAE deverá ser muito cuidadosa.

História clínica

A história deve considerar o momento que se iniciou, se está associada a uma infecção respiratória alta, se tem ou não queixa de dor, a quantidade da otorreia e suas características e antecedentes clínicos de importância.

Exame físico

Deve considerar alguns elementos, como a presença de traumatismo ou dor ao tracionar o tragus ou o pavilhão auricular, inflamação do CAE, quantidade

e tipo da secreção, achados timpânicos, granulações e pólipos. O exame deve ser iniciado por uma avaliação com microscópio para aspiração. Sem estes elementos fica muito difícil um diagnóstico diferencial acurado.

Otoscopia

É essencial. A porção cartilaginosa do CAE se modifica durante o exame. A zona óssea do CAE não. A direção do CAE é de lateral a medial, de dorsal a medial, de baixo para cima. O exame físico deve começar com uma inspeção macroscópica do pavilhão auricular e das regiões vizinhas com relação ao CAE. A observação é realizada por meio da tração do tragus para frente e do pavilhão para trás, como se observa na **Figura 4**. Deste modo podemos fazer uma observação otoscópica sem amplificação. Se for utilizado o otoscópio deve-se lembrar de que a imagem melhora com a amplificação, mas perde-se a profundidade de foco.

A parte mais externa do CAE tem menor sensibilidade e maior resistência. Um pequeno toque do espéculo na pele pode causar hemorragia, portanto é aconselhável começar o exame otoscópio com espéculo de diâmetro maior. (**Figura 5**)

Se o CAE, à otoscopia, estiver anormal, e a MT estiver normal, devemos pen-



Figura 4. Exame físico



Figura 5. Uso do espéculo auricular mais amplo

sar em otite externa, mas se o CAE estiver normal e a MT alterada, pode ser uma otite média. A otorreia através dos tubos de ventilação é fácil de ser observada.

Classificação



Figura 6. Otite externa difusa

Uma classificação muito pessoal tem como base a forma do início da otorreia. Esta pode ser de início súbito, rápido ou lento. Neste último caso, pode ser persistente ou intermitente. O exemplo mais típico de início rápido é a otite externa difusa (**Figura 6**), a otorreia de início lento e intermitente é da otomicose e a otorreia de início lento e persistente pode ser observada em um tumor do CAE ou em uma otite média crônica reagudizada.

I. Causas da otorreia: **otorreia de início agudo**

- Otite externa difusa
- Otite externa localizada
- Otite média aguda supurada

- Otite média aguda supurada recorrente
- Inflamação irritativa do CAE
- Rolha de cerúmen
- Otorreia secundária aos tubos de ventilação

As características clássicas da otite externa difusa é a dor e, na sequência a otorreia, geralmente purulenta, ocupando todo o CAE, tornando quase impossível realizar a visualização correta ou até mesmo determinar se é uma otite externa ou otite média aguda supurada. É necessário usar o microscópio e fazer a aspiração para diferenciar entre as duas. (**Figura 7**).



Figura 7. Otorreia purulenta secundária à otite média aguda supurada

Uma otite média aguda não supurada (sem perfuração) apresenta otalgia intensa, mas sem otorreia, e abaulamento, como observada na **Figura 8**.

A otorreia de início agudo e recorrente aparece na otite média recorrente e, em alguns casos, já pode ser a primeira manifestação do colesteatoma congênito.

A otoscopia pode mostrar uma massa branca atrás da MT, em um paciente com disacusia condutiva, podendo ser identificada pela tomografia computadorizada (TC).

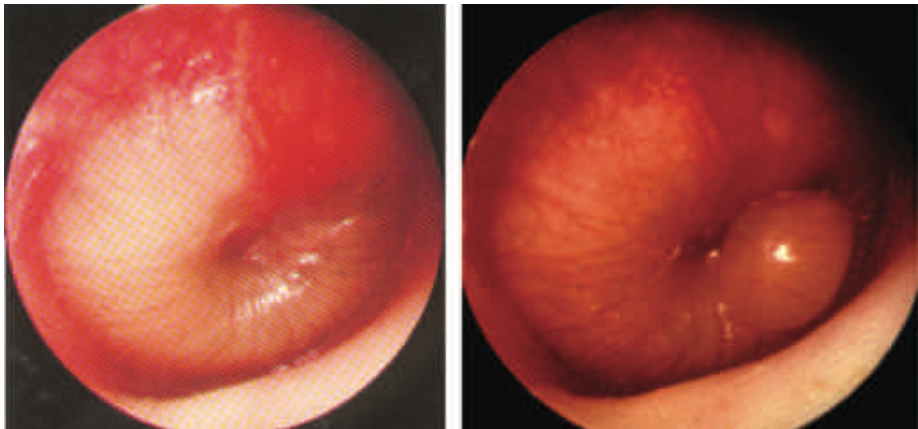


Figura 8. Otite média aguda não supurada.

No estágio inicial da otite externa difusa aguda, o CAE está gravemente inflamado, e a otorreia pode estar inaparente. A pele do CAE fica edematosa após a aspiração (**Figuras 9 e 10**).

Outra causa de início agudo da otorreia pode ser a infecção localizada, geralmente associada com a infecção dos folículos pilosos do terço externo do CAE, associada com dor intensa, e seguida de uma otorreia tipo purulenta. (**Figura 11**).



Figura 9. Estágio inicial da OE



Figura 10. Estágio inicial da OE

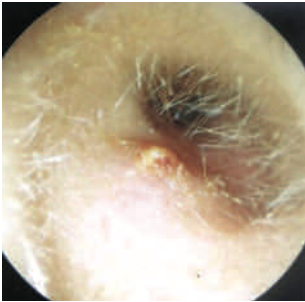


Figura 11. Otite externa localizada



Figura 12. Cerúmen infectado.

Em alguns casos de início abrupto da otorreia a causa é a rolha de cerúmen que pode levar à otalgia e à hipoacusia (**Figura 12**). Nesta figura o aspecto é da cera com otomicose, que após aspiração com o microscópio, veio a ser o diagnóstico correto.

Podemos encontrar a cera no CAE, de diferentes modos: pode ocupar as paredes do CAE sem causar obstrução do mesmo (**Figura 13**) ou ocupar o CAE sem produzir um desconforto significativo, como visto na **Figura 14** ou ocluindo o CAE (**Figura 15**).

Algumas vezes ocorre uma inflamação da pele do CAE e da superfície externa da MT, sem otorreia, como visto na **Figura 16**.

Um fenômeno irritativo que pode acometer a pele do CAE, é um processo não infeccioso, tipo eczema, (**Figura 17**) que consiste em um processo dermoepitelial de natureza reativa em resposta a fatores sistêmicos e locais (alergias, cosméticos, idiopáticos) às vezes secundários à disfunção hepática ou gastrointestinal.

Em outros casos, a causa é a manipulação do CAE. A manifestação é uma coceira intensa, sensação de queimação, e presença de otorreia serosa.

Também, em algumas ocasiões, ocorre um início abrupto da otorreia em pacientes com tubos de ventilação (**Figura 18**). De acordo com a literatura, até 30% dos pacientes podem apresentar otorreia diretamente relacionada com a entrada de água na orelha média, através dos tubos de ventilação.

Em algumas ocasiões, pode-se ver tecido de granulação ao redor do tubo, gerando uma reação do tipo contra um corpo estranho. O tratamento é a limpeza do local e o uso de gotas otológicas. Nos casos mais graves será necessário remover o tubo.

II. Causas da otorreia: início lento, insidioso e intermitente

- Otomicose
- Tumor do CAE ou da orelha média
- Corpo estranho

A otorreia pode ser de início lento, ocasionalmente intermitente. É geralmente prolongada e insidiosa. Neste tipo de otorreia não há dor, mas prurido. Na otomicose o prurido é significativo e a recorrência é frequente, caso o tratamento seja por poucos dias, ou muito curto. A otomicose produz uma otorreia espessa



Figura 13. Cerúmen



Figura 14. Cerúmen



Figura 15. Cerúmen



Figura 16. Inflamação do CAE

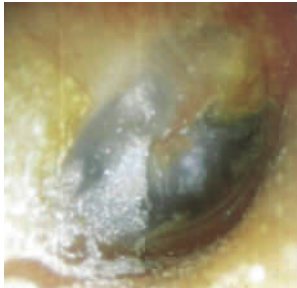


Figura 17. Eczema

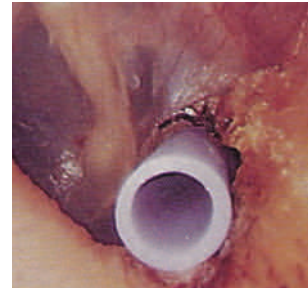


Figura 18. Tubo de ventilação

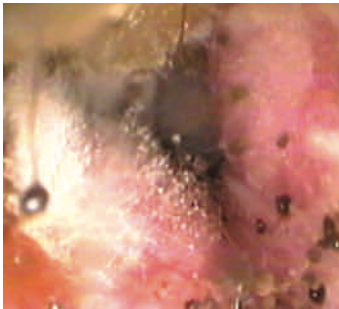


Figura 19. Otomicose

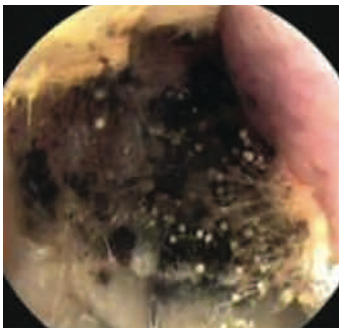


Figura 20. Otomicose

e algumas vezes algumas hifas facilmente vistas na otoscopia, como vistas nas **Figuras 19 e 20**.

Os tumores como os granulomas não são muito frequentes, em especial nas crianças. Algumas vezes os sintomas são escassos, mas podem causar otorreia de início insidioso. Na **Figura 21** podemos ver um granuloma inflamatório do CAE, adjacente à membrana timpânica.

Devemos tomar uma atenção redobrada, caso um ou mais dos seguintes aspectos estejam presentes: paciente com > 60 anos de idade, diabetes mellitus tipo 2, pacientes imunocomprometidos, presença de tecido de granulação ao exame e resposta ruim ao tratamento. Nestes casos, devemos suspeitar de otite externa maligna necrosante ou de neoplasia.

A otite externa maligna necrosante geralmente ocorre em pacientes diabéticos, > 60 anos, com otorreia associada com otorragia e tecido de granulação no CAE. O agente etiológico em geral é a *Pseudomonas aeruginosa*, podendo se estender à base do crânio e atingir vários pares cranianos.



Figura 21. Granuloma inflamato.



Figura 22. Lesão polipoide



Figura 23. Inseto-corpo estranho



Figura 24. Corpo estranho

O diagnóstico para confirmar a suspeita clínica será por meio da tomografia computadorizada. As fluoroquinolonas endovenosas ou cefalosporinas de terceira geração devem ser administradas, e o paciente será hospitalizado por pelo menos uma semana ou mais, completando depois em casa, o tratamento por via oral por mais 1 a 2 meses. A cirurgia está indicada em casos especiais

Na **Figura 22** pode-se observar uma lesão inflamatória em um menino com 10 anos de idade com o diagnóstico prévio de otite média crônica sem tratamento, mas que agora referiu otorreia e otalgia. Podemos ver no CAE uma lesão polipoide que, quando removida, mostrou ser um colesteatoma extenso.

Os corpos estranhos do tipo animados (ex. insetos) na orelha externa, não são tão frequentes, mas podem ser algumas vezes encontrados ao exame. Podem produzir um desconforto inespecífico e haver otorreia (**Figura 23**). Outros tipos de corpos estranhos também podem ser encontrados ao se examinar a orelha externa (**Figura 24**).

III.- Causas de otorreia persistente com início insidioso

- Otite média crônica ativa
- Tumores do CAE ou da orelha média
- Tuberculose
- Doenças granulomatosas da orelha média

Este tipo de otorreia é geralmente insidioso e progressivo, por isto a denominação de otorreia crônica. Pode ocorrer nas reativações da otite média crônica, e pode ser persistente quando não recebe tratamento. A otorreia também pode ocorrer com os tubos de ventilação ou com perfurações da membrana timpânica (MT) quando a água entra para dentro da orelha média. A **Figura 25** mostra mostra uma perfuração da MT inativa. Quando ocorre reativação ocorre há alteração da mucosa e podemos encontrar otorreia purulenta com odor desagradável (**Figura 26**).

A otite média crônica colesteatomatosa pode apresentar, ao início, uma otorreia insidiosa persistente, como primeiro e único sinal (**Figura 27**).

Caso este tipo de otorreia seja refratária aos tratamentos habituais, devemos suspeitar de um processo mais significativo, em especial em lac-

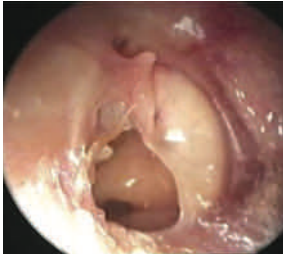


Figura 25. MT inativa



Figura 26. Otorreia

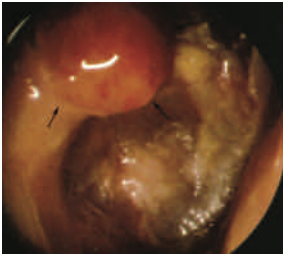


Figura 27. Otorreia



Figura 28 A. Carcinoma



Figura 28 B. Carcinoma

tentes, em imunossuprimidos e nos diabéticos fora de controle. Nestes casos devemos lembrar das lesões malignas, como os carcinomas (**Figuras 28 A e B**).

O câncer da orelha externa é uma lesão absolutamente infrequente, com 1-2 casos por 5 milhões de pacientes entre 50-60 anos. Sua apresentação é como uma otite externa refratária ao tratamento, em um paciente com otorreia e otalgia persistente, mostrando, na otoscopia, um tecido de granulação, ou o comprometimento de alguns pares de nervos cranianos.

Pode ser derivado da pele, como carcinomas e das glândulas, como adenocarcinomas.

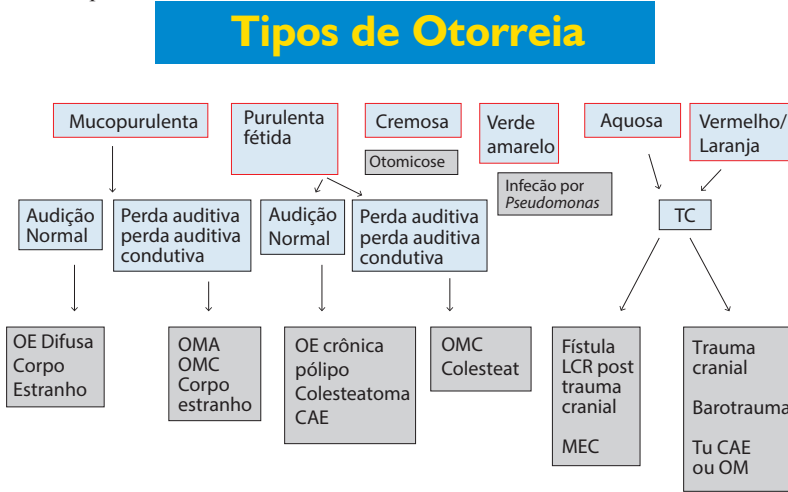
Uma condição médica a não ser esquecida é a tuberculose (TB) da orelha média, que pode ser suspeitada quando houver uma otite média crônica (0,1% das OMC são secundárias a uma tuberculose). Seus índices estão aumentando nos últimos anos e apresenta-se com uma otorreia persistente, e algumas vezes com comprometimento do nervo facial na criança (15 a 30 %). Ao exame otoscópico, pode-se ver perfurações múltiplas da MT, ou até mesmo perfuração total da mesma. A mucosa da orelha média mostra uma mucosa espessada, com tecido granulomatoso e, além de disacusia condutiva, pode mostrar uma perda auditiva do tipo sensorioneural. O diagnóstico é feito pela histologia e pela microbiologia. O tratamento é semelhante ao da TB pulmonar, e a resolução da otorreia, neste caso pode melhorar em 2 meses. Em geral, o tratamento cirúrgico tem uma resposta ruim.

De acordo com uma publicação do *European Manual of Medicine* feita por M. Anniko, M. Bernal -Sprekelsen, V. Bonkowsky, P. Bradley e S. Lurato (ver nas leituras recomendadas a referência de número 2), a otorreia pode ser avaliada pelo tipo de secreção e ser rela-

cionada com a audição ou com a TC, para se chegar ao diagnóstico correto.

A otorreia mucopurulenta pode se apresentar de várias formas: odor desagradável, otorreia cremosa, verde/amarelada, serosa vermelha/alaranjada. Quando associarmos estas características com o tipo de audição e/ou estudos de imagem, poderemos chegar ao diagnóstico de modo mais preciso. É o que podemos observar caso seguirmos o algoritmo da **Figura 29**.

Figura 29. Tipos de otorreia.



TC: tomografia computadorizada; LCR:líquor céfaloraquidiano; CAE:conduto auditivo externo; OE:Otite externa; OMA: Otite média aguda; OMC: otite média crônica; Colesteat:colesteotoma

Em resumo: apresentamos aqui, neste capítulo, os tipos mais frequentes de otorreia, entretanto existem outras causas que merecem atenção especial. Se elas são da orelha externa, eventualmente devemos nos lembrar da possibilidade de uma otite externa necrosante aguda maligna ou de uma neoplasia. Se a otorreia vier da orelha média, pode-se suspeitar de colesteatoma não diagnosticado, tuberculose ou doença granulomatosa, como a doença conhecida como granulomatose de Wegener. Outras causas infrequentes de otorreia são a queratose, a dermatite de contato, a miringite bolhosa, as doenças granulomatosas, e as fistulas do primeiro arco branquial ligadas ao CAE.

Conclusões

- 1.- A história clínica é fundamental para o diagnóstico diferencial.
- 2.- A presença da otorreia é sempre anormal.
- 3.- A otoscopia é fundamental no diagnóstico.
- 4.- A otorreia associada com otalgia sugere um processo infeccioso.
- 5.- Dar atenção a um processo infeccioso persistente que não responde a tratamento convencional.
- 6.- A otorreia sem otalgia poderá ser sugestiva de otomicose ou de otite média crônica supurada.
- 7.- A avaliação clínica do paciente, como um todo, é fundamental no diagnóstico das otites.
- 8.- A otite externa e a otite média aguda supurada são as causas mais comuns de otorreia.
- 9.- Devemos sempre ter atenção e levantar suspeitas nos casos de otorreia persistente nos imunocomprometidos, nos idosos e nos lactentes, naqueles que têm lesões neurais associadas, na otorreia com secreção hemática, na otalgia muito grave e nos sintomas sistêmicos ou nos tecidos de granulação do CAE.

Leituras recomendadas

1. Abenavoli FM. Split earlobe: repair using a half Z-plasty technique [letter]. *Plast Reconstr Surg.* 1996;98:372-3.
2. Anniko M., Bernal –Sprekelsen M., Bonkowsky V., Bradley P., Lurato S. *Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. European Manual of Medicine.* ISBN: 978-3-540-42940-1. Springer Verlag Berlin Heidelberg 2010
3. Braithwaite RL, Stephens T, Sterk C, Braithwaite K. Risks associated with tattooing and body piercing. *J Public Health Policy.* 1999;20:459-70.
4. Brent B. Reconstrucción de la oreja. En: McCarthy, editor. *Cirugía plástica de la cara 11.* Montevideo: Ed. Médica Panamericana; 1992.
5. Crumley RL, Abemayor E. Burn of the auricle. *Head Neck.* 1992; 14:243-6.
6. Cumberworth VL, Hogarth TB. Hazards of ear-piercing procedures which traverse cartilage: a report of *Pseudomonas perichondritis* and review of other complications. *Br J Clin Pract.* 1990;44:512-3.
7. Cunningham M, Yu VL, Turner J, Curtin H. *Aspergillus* in a immunocompetent patient. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg.* 1988; 114:554-6.
8. Chandler R, Grobman L, Quencer R, Serafini A. Osteomyelitis of the base of the skull. *Laryngoscope.* 1986; 96:245-51.
9. Diaz G, Holguín JA, Roa A, Camacho A. Trauma cervicofacial en niños. *Acta otorrinolaringol Cir cabeza cuello.* 1999;27:73-9.
10. Firmin F. La reconstruction secondaire du pavillon auriculaire détruit par brûlure. Indications et techniques. A propos de trente cas cliniques. *Ann Chir Plast Esthet.* 1995;40:252-63.
11. Giffin CS. Wrestlers ear: pathophysiology and treatment. *Ann Plast Surg.* 1992;28:131-9.
12. Gil-Carcedo LM, Vallejo LA. Otophematoma. En: Gil-Carcedo LM, Vallejo LA, editores. *El oído externo.* Madrid: Ed. Ergon; 2001. p. 166-9.
13. Gilmer PA, Trauma of the auricle. En: Bailey Bryron J, editores. *Head and Neck Surgery.* Philadelphia J.B. Lippincot Company; 1993. p. 1557.
14. Grandis IR, Curtin HD, Yu VL. Nectrotizing (malignant) external otitis: prospective comparison of CT and MR imaging in diagnosis and follow-up. *Radiology.* 1995;196:499-504.
15. Hersh SP. Repair of the incomplete earlobe cleft. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97:869-70.
16. Laborda- Margolles IM. Oreja roja. En: Rodríguez- Domínguez F, Rodríguez- Herrero D, edit. *Manual de otorrinolaringología práctica para médicos de atención primaria.* I.aen: Formación Alcalá; 2009.
17. Larrabee Jr WF, Sherris DA. Ear. En: *Principles of facial reconstruction.* Philadelphia: Lippincott-Raven; 1995. p.556-71.
18. Lee D, Sperling N. Initial management of auricular trauma. *Am Fam Physician.* 1996;15:2339-44.
19. Meltzer PE, Kelemen C. Pyocyanus osteomyelitis of the temporal bone, mandible and zygoma. *Laryngoscope.* 1959;69: 1300-16.
20. Merino-Gálvez E. Cuerpos extra fijos en el área ORL. En: Rodríguez-Domínguez FJ, Rodríguez-Herrero D, editores. *Manual de otorrinolaringología práctica para médicos de atención primaria.* Jaén: Formación Alcalá; 2009.
21. Navarro Paule MP, Pérez Aguilera R, Sprekelsen Gassó C. *Manual de Otorrinología Infantil.* Elsevier 2012. Barcelona, ISBN: 978-84-8086-905-8. 49-75
22. Russell ID, Donnelly M, McShane DP, Alun-Iones T, Walsh M. What causes acute otitis externa? *J Laryngol Otol.* 1993; 107:898-901.
23. Schulz M, Salem, C. Reconstrucción auricular. *Cuad CidValdivia.* 2003;17:75-85.
24. Signorini M, Rafanelli G, Pajardi G, Stefani A, Venini G. Les épithèses d'oreille dans les brûlures du pavillon auriculaire. Notes techniques. *Ann Chir Plast Esthet.* 1995;40:265-70.
25. Templer J, Renner GI. Injuries of the external ear. *Otolaryngol Clin North Am.* 1990;23: 1003-18.