



AVALIAÇÃO DA OTORREIA EM CRIANÇAS

Ana Clara Abrahão Melo¹, Maria Luiza Cardoso Ferreira Soares², Maria Eugênia Costa Casagrande³, Maria Vitória Bugallo Toth⁴.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p1156-1167>

Artigo recebido em 30 de Julho e publicado em 07 de Outubro de 2024

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Introdução: A otorreia do líquido cefalorraquidiano (LCR) é um sinal sério no contexto de traumatismo craniano. Se qualquer secreção no ouvido for notada após um traumatismo craniano sério, particularmente secreção clara ou sanguinolenta, o paciente deve ser submetido a uma avaliação para otorreia do LCR causada por uma fratura do crânio temporal basilar. **Objetivos:** discutir a avaliação da otorreia em crianças. **Metodologia:** Revisão de literatura integrativa a partir de bases científicas de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a abril de 2024, com os descritores "Otorrhea", "Assessment" AND "Children". Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 9), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra. **Resultados e Discussão:** Otorreia significa drenagem de líquido do ouvido. Otorreia resulta de patologia do canal auditivo externo ou doença do ouvido médio com perfuração da membrana timpânica. A história e o exame físico diferenciarão entre a maioria das causas de otorreia em crianças. A avaliação de otorreia em crianças é feita por um médico, que pode incluir: verificação dos sinais vitais e febre, inspeção da orelha e regiões adjacentes para verificar edema e hiperemia, palpação do pavilhão auricular e do trago para verificar piora da dor, exame do meato acústico com otoscópio para verificar a secreção, lesões no conduto, tecido de granulação e corpos estranhos, exame da membrana timpânica para verificar inflamação, perfuração, distorção e sinais de colesteatoma. A maioria das crianças com otorreia tem otite externa bacteriana ou otite média aguda (OMA) com perfuração da membrana timpânica. Pacientes que parecem doentes ou têm otorreia após traumatismo craniano requerem esforços agressivos para diagnosticar e tratar potenciais causas de risco de vida de otorreia (fratura da base do crânio, otite externa necrosante, complicações infecciosas de OMA). Uma vez que um diagnóstico de trabalho é estabelecido, uma consulta rápida com um especialista pediátrico em ouvido, nariz e garganta é garantida para condições de risco de vida (por exemplo, otorreia do líquido cefalorraquidiano [LCR], mastoidite ou outras complicações infecciosas de OMA, otite externa necrosante ou neoplasia) e aquelas que requerem biópsia para diagnóstico definitivo. O tratamento da otorreia pode incluir: Conduta expectante, com observação de 48 a 72 horas e uso de sintomáticos, aplicação de remédios diretamente no canal auditivo para dissolver a secreção e administração de antibióticos, caso a otorreia seja causada por uma infecção bacteriana. **Conclusão:** A otorreia é a descarga de secreção pelo ouvido, que pode ser sanguinolenta, sero-mucosa ou purulenta. Segundo as recomendações da Academia Americana de Pediatria, você sempre deve iniciar em crianças menores de 6 meses, na presença de otorreia ao exame, temperatura acima de 39°C, sinais de toxemia ou otalgia persistente por mais de 48 horas.

Palavras-chave: Otorreia; Avaliação; Crianças.

ASSESSMENT OF OTORRHEA IN CHILDREN

ABSTRACT

Introduction: Cerebrospinal fluid (CSF) otorrhea is a serious sign in the context of head trauma. If any ear discharge is noted after serious head trauma, particularly clear or bloody discharge, the patient should undergo evaluation for CSF otorrhea caused by a basilar temporal skull fracture. **Objectives:** discuss the evaluation of otorrhea in children. **Methodology:** Integrative literature review based on scientific databases from Scielo, PubMed and VHL, from January to April 2024, with the descriptors "Otorrhea", "Assessment" AND "Children". Articles from 2019-2024 (total 9) were included, excluding other criteria and choosing 5 full articles. **Results and Discussion:** Otorrhea means drainage of fluid from the ear. Otorrhea results from pathology of the external auditory canal or middle ear disease with perforation of the tympanic membrane. History and physical examination will differentiate between most causes of otorrhea in children. The evaluation of otorrhea in children is carried out by a doctor, which may include: checking vital signs and fever, inspection of the ear and adjacent regions to check for edema and hyperemia, palpation of the pinna and tragus to check for worsening pain, examination of the ear canal with an otoscope to check for secretion, lesions in the canal, granulation tissue and foreign bodies, examination of the tympanic membrane to check for inflammation, perforation, distortion and signs of cholesteatoma. Most children with otorrhea have bacterial otitis externa or acute otitis media (AOM) with perforation of the tympanic membrane. Patients who appear ill or have otorrhea following head trauma require aggressive efforts to diagnose and treat potential life-threatening causes of otorrhea (skull base fracture, necrotizing otitis externa, infectious complications of AOM). Once a working diagnosis is established, rapid consultation with a pediatric ear, nose, and throat specialist is warranted for life-threatening conditions (e.g., cerebrospinal fluid [CSF] otorrhea), mastoiditis, or other infectious complications of AOM, necrotizing otitis externa or neoplasia) and those that require biopsy for definitive diagnosis. Treatment of otorrhea may include: Expectant management, with observation for 48 to 72 hours and use of symptomatic medications, application of medicine directly into the ear canal to dissolve the secretion and administration of antibiotics, if otorrhea is caused by a bacterial infection. **Conclusion:** Otorrhea is the discharge of secretion from the ear, which can be bloody, sero-mucous or purulent. According to the recommendations of the American Academy of Pediatrics, you should always start in children under 6 months, in the presence of otorrhea on examination, temperature above 39°C, signs of toxemia or otalgia persistent for more than 48 hours.

Keywords: Otorrhea; Assessment; Children.

Instituição afiliada -1 -Médica, Centro Universitário IMEPAC - Araguari; 2 -Médica, Centro Universitário Faminas; 3- Médica, Centro Universitário Atenas - Uniatenas Paracatu/MG; 4- Médica, Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis/RJ.

Autor correspondente: Ana Clara Abrahão Melo anaabrahamelo@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

Dor de ouvido (ou otalgia) é classificada como uma das principais queixas entre crianças avaliadas no atendimento primário ou emergencial. A maioria dos pacientes terá um dos três diagnósticos comuns - otite média aguda (OMA), otite média com efusão (OME) ou otite externa - que geralmente não são graves. Os casos raros de doenças mais graves associadas à dor de ouvido geralmente resultam da extensão da infecção do ouvido para estruturas anatômicas adjacentes (por exemplo, mastoidite, meningite, otite externa maligna, trombose do seio venoso). Fratura da base do crânio ou hematoma epidural após traumatismo craniano também podem se apresentar com dor de ouvido.

O diagnóstico diferencial da dor de ouvido pode ser categorizado pelo sítio anatômico de onde a dor se origina. Pacientes com otalgia primária têm dor originada do próprio ouvido. A otalgia secundária é uma dor referida, originada em outro sítio anatômico, mas que causa a sensação de surgir do ouvido.

Otite externa refere-se à infecção difusa do canal auditivo externo, tipicamente causada por *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* ou ocasionalmente outros bacilos gram-negativos. A otite externa geralmente resulta da introdução de água no canal auditivo como resultado da natação.

O sintoma cardinal da otite externa aguda é dor e sensibilidade localizadas no meato auditivo [1]. Também pode haver dor ao movimento da mandíbula, sensação de plenitude no ouvido, coceira no canal auditivo ou secreção do canal. Febre é incomum. No exame físico, a maioria dos pacientes apresenta sensibilidade no tragus e dor à otoscopia. O canal auditivo pode parecer inchado, vermelho ou macerado. Uma secreção espessa e às vezes malcheirosa pode estar presente. A membrana timpânica (MT) pode parecer vermelha, mas em casos de otite externa isolada, não deve haver fluido atrás da MT.

Otite externa fúngica (causada por *Aspergillus* ou *Candida*) pode ocorrer, especialmente se o ambiente bacteriano normal do canal auditivo tiver sido erradicado pelo uso extensivo de agentes antimicrobianos tópicos. A otite externa fúngica é caracterizada por coceira mais do que dor. Detritos brancos e escamosos podem ser vistos no canal auditivo.

A otite externa maligna ocorre quando a infecção se espalha do canal auditivo para os ossos circundantes da base do crânio [2]. Essa condição é bastante rara em pediatria, mas pode ocorrer em pacientes com imunocomprometimento. Pacientes com otite externa maligna geralmente apresentam dor de ouvido mais intensa e profunda, sinais sistêmicos de toxicidade ou febre e possivelmente sensibilidade do osso temporal ou paralisia do nervo facial. O diagnóstico é sugerido por marcadores inflamatórios elevados (velocidade de hemossedimentação [VHS] ou proteína C-reativa [PCR]) e confirmado por imagem craniana (tomografia computadorizada [TC] ou ressonância magnética [RM]) indicando osteomielite da base do crânio. *P. aeruginosa* é o patógeno usual.

A otite média aguda (OMA) continua sendo a doença mais comum diagnosticada por pediatras. Na OMA, a dor de ouvido, que às vezes pode ser bastante grave, é tipicamente sentida profundamente dentro do ouvido. Frequentemente, a dor é pior quando o paciente está em decúbito dorsal. Congestão nasal e tosse geralmente precedem a dor de ouvido por vários dias. Febre ocorre em alguns casos. Em pacientes mais jovens, sintomas inespecíficos como agitação ou irritabilidade, sono perturbado e má alimentação podem predominar [3].

No exame otoscópico, pacientes com OMA apresentam evidências de efusão no ouvido médio com uma MT que está abaulada ou tem mobilidade reduzida. A abaulação da MT é o sinal mais específico de OMA [4]. A MT pode parecer turva ou opaca, com uma cor branca, amarela ou ocasionalmente verde refletindo pus atrás da MT. Um nível de fluido aéreo pode ser visto,



embora isso seja mais comum com otite média com efusão (OME). Em alguns casos, a MT pode ter bolhas focais. A MT geralmente também tem áreas focais ou difusas de vermelhidão, injeção ou hemorragia, que devem ser distinguidas do rubor rosa mais suave frequentemente visto com febre ou choro. O exame do ouvido externo é tipicamente normal, sem vermelhidão ou sensibilidade e sem linfadenopatia adjacente.

Miringite refere-se à inflamação da TM com ou sem fluido do ouvido médio associado. Em casos de miringite isolada, vermelhidão ou bolhas da TM podem ser notadas na ausência de fluido aparente no ouvido médio. A miringite pode ser causada por trauma ou infecção. Patógenos bacterianos são mais comumente implicados, mas vírus podem desempenhar um papel [5].

Otite média com efusão (OME) refere-se ao fluido no espaço do ouvido médio sem inflamação aguda. O fluido do ouvido médio normalmente se acumula como resultado da disfunção da tuba auditiva, que geralmente resulta de infecção nasal ou alergia. Alguns pacientes com OME são assintomáticos, mas outros têm dor leve no ouvido. Sensações de plenitude auricular ou diminuição da audição são comuns [6].

A marca registrada da OME no exame físico é a mobilidade pobre ou ausente da MT. A protuberância da MT é incomum e normalmente indica um diagnóstico alternativo de OMA. A MT pode estar levemente cheia, em posição neutra ou até mesmo retraída, indicando pressão negativa no espaço do ouvido médio. A MT pode parecer âmbar e translúcida (indicando fluido seroso verdadeiro) ou levemente branca ou amarela e turva. Ocasionalmente, a MT pode ter uma cor azul. Em alguns casos de efusões claras e incolores, a presença de bolhas (indicando ar preso dentro da coleção de fluidos) pode ser o único sinal de efusão. Vermelhidão da MT não é esperada. [6].

O colesteatoma é uma complicação rara, mas séria, da OME crônica, na qual uma massa benigna de tecido epitelial se desenvolve dentro ou atrás da TM e pode erodir para o osso do canal auditivo. Podem ocorrer déficits auditivos permanentes. O colesteatoma pode se apresentar com dor de ouvido ou sensação de plenitude auricular. O exame físico revelará a presença de uma massa vermelha ou amarela, geralmente envolvendo o aspecto posterior da TM [6].

Alguns casos de dor de ouvido decorrem de inflamação de estruturas próximas [7-10]. Esses casos serão distinguidos pela ausência de achados no próprio ouvido e pelos achados de inflamação ou lesão em estruturas adjacentes. A dor referida surge de nervos que inervam parcialmente a aurícula ou canal auditivo externo e incluem os nervos espinhais C2 e C3 e os nervos cranianos V, VII, IX e X.

Ressalta-se o objetivo em discutir a avaliação da otorreia em crianças.

METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura integrativa sobre a avaliação da otorreia na pediatria, com os seguintes descritores: "Otorrhea", "Assessment" AND "Children", com foco no levantamento bibliográfico de produções científicas atuais e conceituadas na comunidade acadêmica e com base nas melhores evidências. Há de se construir uma nova perspectiva e linha de pensamento sobre a otorrinologia, com referências teóricas em caminhos conceituais e desmistificação de terminologias.

Foi realizada uma profunda pesquisa de artigos de revisão a partir de bases científicas da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a abril de 2024, com descritores em inglês "Otorrhea", "Assessment" AND "Children" e correspondentes em português. Incluíram-se



artigos de 2019 a 2024, com total de 9 estudos. Após exclusão de artigos que abordavam outros critérios, foram eleitos 05 artigos para leitura na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Otorreia em um paciente com trauma ou imunocomprometimento pode indicar uma condição séria e de risco de vida.

- Condições de risco de vida

A otorreia do líquido cefalorraquidiano (LCR) é um sinal sério no contexto de traumatismo craniano. Se qualquer secreção no ouvido for notada após um traumatismo craniano sério, particularmente secreção clara ou sanguinolenta, o paciente deve ser submetido a uma avaliação para otorreia do LCR causada por uma fratura do crânio temporal basilar [8].

A otorreia hemorrágica também pode surgir de trauma no ouvido médio causado por um golpe direto no ouvido, barotrauma auditivo ou intrusão de um corpo estranho no canal auditivo externo [7].

- Complicações infecciosas da otite média aguda

Como as células aéreas mastoide são conectadas à extremidade distal do ouvido médio por meio de um pequeno canal ou antro, a maioria dos episódios de otite média aguda (OMA) está associada a alguma inflamação da mastoide. Em casos raros, a resolução da infecção da mastoide não ocorre, e a mastoidite aguda se desenvolve com pus preenchendo as células aéreas. A criança com mastoidite terá inchaço doloroso atrás da orelha que normalmente empurra a orelha para frente [7].

Outras complicações intratemporais que ocorrem pela disseminação contígua da infecção incluem petrosite (síndrome de Gradenigo com paralisia do sexto nervo) e labirintite.

Complicações intracranianas da OMA são particularmente preocupantes em crianças que parecem doentes. Essas complicações incluem meningite, abscesso epidural, abscesso cerebral, trombose do seio lateral, trombose do seio cavernoso, empiema subdural e trombose da artéria carótida. Pacientes com essas doenças geralmente desenvolvem febre e, com o tempo, uma aparência tóxica; alguns podem manifestar déficits do nervo craniano, especialmente o nervo craniano VII (nervo facial) e, menos comumente, o nervo craniano VI [9].

- Otite externa necrosante

Também chamada de otite externa maligna, é uma complicação da otite externa bacteriana. A infecção da pele abre caminho para uma disseminação mais profunda da cartilagem, tecido e osso. Conforme a infecção avança, osteomielite da base do crânio, osteomielite da articulação temporomandibular, abscesso cerebral e sepse bacteriana generalizada podem se desenvolver. Embora mais comumente observada em adultos mais velhos e adultos com diabetes mellitus, crianças imunocomprometidas (por exemplo, pacientes com câncer em quimioterapia ou pacientes infectados pelo HIV) estão em risco [11].

Pacientes com otite externa maligna classicamente apresentam otorreia e otalgia requintada, que não respondem a medidas tópicas usadas para tratar otite externa simples. A dor é geralmente mais grave do que a encontrada na otite externa simples, embora as duas possam ser difíceis de distinguir em seus estágios iniciais. A dor na otite externa maligna tende a se estender para a articulação temporomandibular, resultando em dor ao mastigar.



No exame físico, otorreia purulenta é vista em mais da metade dos casos, e paralisia do nervo facial do neurônio motor inferior ipsilateral também pode estar presente. Tecido de granulação pode ser visível na porção inferior do canal auditivo externo na junção osso-cartilagem (no local das fissuras de Santorini). Esse achado pode estar ausente em pacientes atípicos (por exemplo, pacientes infectados pelo HIV e crianças). Terapia antibiótica empírica precoce e consulta otorrinolaringológica são essenciais para bons resultados [12].

- Neoplasia

O câncer é uma causa rara de otorreia, mas deve ser considerado em pacientes com crescimento anormal de tecido no canal auditivo ou falta de resposta ao tratamento prolongado de otite externa. Esses pacientes merecem encaminhamento imediato a um especialista em ouvido, nariz e garganta (ENT) com experiência pediátrica [8].

O câncer do canal auditivo ocorre com muito menos frequência do que o câncer auricular, embora a apresentação e o comportamento sejam mais sinistros. Nos estágios iniciais, muitas vezes é indistinguível da otite externa. Além disso, o rabdomiossarcoma e o neuroblastoma podem se manifestar como tumores do canal auditivo em crianças.

- Condições comuns

A otorreia em crianças é frequentemente causada por uma de várias doenças mais benignas. Os achados clínicos após a limpeza cuidadosa dos detritos diferenciarão entre a maioria dessas etiologias [6].

Otite externa bacteriana - A otite externa bacteriana aguda, frequentemente chamada de "ouvido de nadador", é uma inflamação infecciosa do canal auditivo externo. O histórico geralmente inclui exposição à água ou instrumentação com danos ao canal auditivo externo. Os sintomas comuns incluem dor, prurido e perda auditiva. Traumas leves na barreira protetora da pele do canal e na camada protetora de cerúmen permitem o crescimento excessivo de bactérias. A otite externa é mais comumente causada por *Pseudomonas aeruginosa*, embora possam ocorrer infecções por *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, polimicrobianas e anaeróbicas [8].

No exame físico, dor moderada a grave com manipulação leve do tragus ou puxão na orelha é clássica. Um canal auditivo eritematoso e edematoso com detritos celulares é visto. Como o ouvido médio não está necessariamente envolvido na otite externa, pode não haver efusão do ouvido médio ou otite média purulenta. Quando visível, a própria membrana timpânica (MT) é tipicamente eritematosa ou coberta com detritos. Frequentemente, a membrana é difícil de ver devido ao estreitamento edematoso do canal. A otorreia é purulenta, branca a amarela, e pode secar até formar uma crosta.

Pacientes com formas graves de otite externa também podem ter febre, linfadenopatia regional ou eritema da orelha. Se a orelha estiver infectada, um tratamento muito agressivo pode ser necessário, como internação para antibióticos intravenosos, compressas tópicas e desbridamento cirúrgico. É importante fazer a distinção entre uma celulite generalizada da pele da orelha e uma infecção mais séria da cartilagem, como pericondrite ou condrite. Essa distinção pode ser feita inspecionando o lóbulo, que não tem cartilagem. Se o lóbulo for poupado, mas o resto da orelha estiver eritematoso, isso sugere envolvimento da cartilagem da orelha [11].

Corpo estranho - Corpos estranhos de ouvido (CEs) podem causar otorreia se forem de longa duração ou consistirem em substâncias altamente irritantes. O histórico pode ou não indicar sua presença [12]. Os típicos incluem:

- Brinquedos ou pequenos objetos colocados no ouvido por crianças pequenas ou colocados nos ouvidos de irmãos mais novos



- Os insetos, embora sejam frequentemente tão irritantes que a remoção ocorre antes do desenvolvimento da otorreia
- Material alimentar, especialmente nozes com óleos irritantes que podem causar uma reação significativa
- Pilhas tipo botão (frequentemente usadas em pequenos dispositivos eletrônicos, como aparelhos auditivos)
- Tubo de ventilação expelido com tecido de granulação e otorreia sanguinolenta

Baterias tipo botão exigem remoção emergencial porque necrose por pressão e/ou queimaduras graves causadas por corrente elétrica residual ou vazamento de conteúdo cáustico podem rapidamente causar danos extensos às estruturas adjacentes.

A otoscopia é diagnóstica. No entanto, o acúmulo de cerume ou otorreia pode obscurecer o objeto, e a limpeza pode ser necessária antes que o CE possa ser visto. A maioria dos CEs de ouvido que não causam otorreia pode ser removida usando técnicas simples no ambiente ambulatorial sem encaminhamento a um especialista em otorrinolaringologia. No entanto, complicações resultam de múltiplas manipulações, e um consultor de otorrinolaringologia deve ser chamado em caso de dúvida ou quando o equipamento de visualização e remoção necessário não estiver disponível.

Em pacientes com CEs que causam otorreia, a visualização e a remoção podem ser extremamente difíceis e devem ser feitas com cuidado. A menos que o clínico garanta a visualização do objeto e tenha as ferramentas e o ambiente adequados (incluindo a capacidade de conter e possivelmente sedar a criança), o encaminhamento para um especialista em otorrinolaringologia com audiometria é garantido.

Otite média aguda - Ocasionalmente, a membrana timpânica se rompe no curso da OMA. Isso geralmente está associado a dor de ouvido e febre de duração relativamente curta, seguido por alívio da dor associado ao início da otorreia. A drenagem geralmente tem uma aparência clara ou branca. No momento em que o paciente é examinado, a perfuração pode ter cicatrizado, mas a drenagem pode continuar por algum tempo, especialmente se a otite externa tiver se desenvolvido.

Frequentemente, a perfuração em si pode não ser visível na otoscopia porque a otorreia obscurece a visualização da membrana timpânica (MT) ou a perfuração se selou rapidamente. Quando vista, a MT geralmente tem aparência anormal e falta de mobilidade na otoscopia pneumática. Se a perfuração for de origem recente, ela geralmente cicatriza espontaneamente assim que a infecção se resolve [13].

Otite média crônica supurativa - A otite média crônica supurativa (OMCS), ou otomastoidite crônica, é uma perfuração do tímpano com drenagem crônica da fenda do ouvido médio. Essa condição é vista com mais frequência em crianças que não têm acesso a cuidados de saúde e, portanto, não têm diagnóstico e tratamento oportunos de OMA. Não deve ser confundida com otite média com efusão de longa data (OME, ou otite média "serosa") ou OMA persistente, ambas envolvendo uma membrana timpânica intacta e nenhuma drenagem.

CSOM é frequentemente indolor. No exame, um canal cheio de detritos é notado. A secreção é frequentemente branca a amarela e misturada com cerúmen mole. *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus* são patógenos comuns. O tratamento geralmente consiste em gotas auriculares de antibióticos tópicos, sendo as quinolonas tópicas a melhor escolha de tratamento estudada. A administração parenteral de antibióticos guiada pela cultura da secreção auricular e/ou timpanomastoidectomia pode ser necessária em casos refratários, embora a evidência de superioridade de antibióticos sistêmicos sobre antibióticos quinolonas tópicos seja mista e não convincente [1]. Esses casos refratários devem ser investigados em consulta com um especialista em otorrinolaringologia [14].



Cerume - Irritante para muitos pais/cuidadores primários, mas geralmente inofensivo, algumas crianças têm cerume fino que pode se apresentar como drenagem do ouvido. Em geral, o cerume só é um problema se estiver impactado ou se impedir o exame do tímpano. Nesses casos, a remoção pode ser necessária, mas precauções devem ser tomadas ao instrumentar o canal auditivo [13].

Drenagem do tubo de timpanostomia - 10 a 30% das crianças com tubos de timpanostomia terão pelo menos um episódio de otorreia aguda enquanto seus tubos de timpanostomia estiverem no lugar, imediatamente no pós-operatório ou durante um episódio de OMA. A drenagem geralmente tem cheiro ruim, é mucoide e pode estar misturada com sangue. Geralmente é tratada com colírios antibióticos. A limpeza por sucção do canal auditivo pode ser necessária para que os colírios sejam eficazes. Raramente, antibióticos sistêmicos ou mesmo cirurgia mastoidea são necessários se a drenagem for persistente.

Outras condições - Menos comumente, a otorreia pode surgir das seguintes condições:

- **Dermatite de contato:** Medicamentos tópicos ou cosméticos podem causar irritação e inflamação local com drenagem do ouvido. Um histórico típico revela o agente ofensivo sendo usado, geralmente para uma condição preexistente, como otite externa ou impactação de cerume. Prurido, dor e inflamação no exame acompanham a otorreia. O tratamento consiste em corticosteroides tópicos e evitar o alérgeno [15].

- **Miringite bolhosa:** Frequentemente associada a sintomas respiratórios ou OMA, a miringite bolhosa descreve bolhas serosas cheias de líquido, ou "bolhas", na membrana timpânica. Quando as bolhas se rompem, pode ocorrer otorreia fina e sanguinolenta e a dor geralmente é aliviada. O canal auditivo externo não é tipicamente envolvido.

- **Tecido de granulação:** pode se desenvolver em várias condições e pode estar associado à otorreia. Como mencionado anteriormente, esse tecido pode se acumular ao redor de um corpo estranho (como um tubo de timpanostomia). Ele também pode ser visto em doenças granulomatosas (como histiocitose de células de Langerhans) ou em condições inflamatórias crônicas (como otite média crônica). O rico suprimento vascular também pode levar ao vazamento de fluido linfático [2].

- **Pólipos:** podem ocorrer em resposta a uma reação inflamatória ou infecção, como otite média crônica, colesteatoma ou corpo estranho retido (por exemplo, tubo de timpanostomia expelido) [3,4]. Raramente, eles podem surgir de um tumor (por exemplo, histiocitose de células de Langerhans, teratoma, neoplasia). Os pólipos criam otorreia sanguinolenta ou serosa, geralmente quando manipulados, semelhantes a granulomas. Os pólipos auriculares podem se resolver rapidamente com antibióticos tópicos e/ou terapia anti-inflamatória. No entanto, se a drenagem persistir por mais de duas a três semanas, a criança deve ser encaminhada a um especialista em otorrinolaringologia com experiência pediátrica [5].

- **Otomicose:** é uma infecção fúngica do canal auditivo externo e uma razão comum para falha no tratamento da otite externa. Pacientes com otite externa fúngica relatam mais comumente coceira, uma sensação de que há algo no canal auditivo, desconforto e secreção. A otorreia é geralmente espessa e purulenta. A coceira profunda é o sintoma mais incômodo; a dor é menos intensa do que na otite externa bacteriana. Os organismos fúngicos têm uma aparência muito característica no canal auditivo, especialmente sob visão ampliada.

- **Cisto da primeira fenda branquial:** A primeira bolsa branquial surge na faringe e se estende lateralmente e cefálica para entrar em contato com a primeira fenda branquial, formando a tuba auditiva. Raramente, cistos da primeira fenda branquial congênita anômalos podem drenar para



o canal auditivo externo. Uma massa na região periauricular pode sugerir esse diagnóstico diante de drenagem crônica com membrana timpânica normal.

- **Colesteatoma:** é um crescimento anormal do epitélio escamoso. Eles podem ocorrer no ouvido médio e na mastoide (colesteatoma do ouvido médio), ou mais raramente, no próprio canal auditivo (colesteatoma do canal auditivo externo). Ele pode aumentar progressivamente para envolver e destruir os ossículos, resultando em perda auditiva condutiva. A perda auditiva também pode ocorrer se o colesteatoma obstruir o orifício da tuba auditiva, levando à efusão do ouvido médio. A terapia cirúrgica é necessária para a maioria dos colesteatomas.

- **Ceratose obturante:** é um acúmulo de queratina descamada no meato auditivo externo [6,7]. Ao contrário do colesteatoma, a ceratose obturante está associada a um canal auditivo expandido, pois a queratina é eliminada de toda a circunferência do canal e não causa osteonecrose. Quando comparada ao colesteatoma, a ceratose obturante é geralmente mais aguda e dolorosa, produz menos otorreia e geralmente ocorre em pacientes mais jovens. Muitas vezes, pode ser tratada com a remoção do tampão de queratina, gotas otológicas antibióticas e acompanhamento periódico para remover quaisquer detritos reacumulados. O tratamento cirúrgico geralmente não é necessário.

- **Otorreia espontânea do líquido cefalorraquidiano:** Além das fraturas da base do crânio por traumatismo craniano, a otorreia do líquido cefalorraquidiano (LCR) também pode ocorrer espontaneamente por meio de defeitos do tegmen tympani no assoalho do osso temporal. Esses defeitos devem ser suspeitados em casos de otorreia persistente após as causas mais comuns já terem sido excluídas ou em qualquer criança com mais de um episódio de meningite. A tomografia computadorizada (TC) de alta resolução com cortes finos através do osso temporal fornece um meio não invasivo de diagnóstico [8].

- **Avaliação**

As seguintes características históricas devem ser procuradas em pacientes com otorreia: [16]

- Características da drenagem – Início, duração, cor e consistência ajudam a distinguir entre as etiologias da otorreia.

- Febre – A febre sugere a presença de infecção aguda do ouvido médio ou otite externa necrosante.

- Dor – Um ouvido dolorido torna a perfuração benigna crônica da membrana timpânica menos provável. Dor com manipulação do ouvido externo sinaliza inflamação do canal externo (por exemplo, otite externa, corpo estranho).

- Prurido – A coceira é uma característica proeminente da otite externa (incluindo otomicose), dermatite alérgica e corpo estranho no ouvido.

- Histórico de natação – A exposição excessiva à água é um fator comum no desenvolvimento de otite externa.

- Trauma – Otorreia após traumatismo craniano significativo requer avaliação para vazamento de fluido cerebrospinal. Trauma externo menor, como limpeza com cotonetes ou dedos, pode levar à otite externa bacteriana.

- Perfuração – Uma perfuração da membrana timpânica (TM) pode ser traumática, infecciosa ou cirúrgica em origem (tubos). Qualquer histórico de perfuração prévia da membrana timpânica é importante.

- Uso de medicamentos – Medicamentos tópicos, especialmente aqueles que contêm neomicina, benzocaína ou propilenoglicol podem desencadear uma dermatite de contato do canal auditivo externo. Outros alérgenos potenciais incluem novos cosméticos, pomadas e certas plantas de exterior (por exemplo, hera venenosa).



- Tratamentos anteriores – Um ouvido com secreção que persiste apesar do tratamento com antibióticos pode indicar otite supurativa crônica, otomicose ou causas não infecciosas de otorreia.

Exame físico - O exame do ouvido requer: [17]

-Inspeção da aurícula e área circundante

- Otoscopia do canal externo, membrana timpânica e ouvido médio

- Em pacientes sem perfuração óbvia da membrana timpânica ou abaulamento da membrana timpânica com diagnóstico claro de otite média aguda, avaliação da função da membrana timpânica por otoscopia pneumática

Em crianças com otorreia, o canal auditivo externo geralmente está cheio de detritos e requer limpeza para permitir a visualização adequada [18].

Na maioria dos casos, nenhuma limpeza é necessária para fazer um diagnóstico de otite externa ou otite média com perfuração. Não raramente, no entanto, a remoção cuidadosa de uma pequena quantidade de detritos melhora a visão do examinador, e isso pode ser obtido usando uma compressa de algodão enrolada firmemente em volta de uma cureta ou um pavio para absorver o excesso de fluido.

Menos comumente, uma limpeza cuidadosa através de uma cabeça de otoscópio padrão usando um cateter de sucção ou cureta auricular pode ser necessária para remover exsudato espesso e profuso que obscurece totalmente a visão do canal auditivo e da membrana timpânica. A limpeza completa é mais bem feita sob visualização direta com o uso de um otoscópio com uma cabeça cirúrgica ou um microscópio otológico.

Alguns profissionais usarão irrigação para remover cerume, mas isso só deve ser feito se for sabido que o paciente tem uma membrana timpânica intacta. Caso contrário, a irrigação de um ouvido drenado é potencialmente perigosa e não deve ser realizada.

Achados físicos — O exame do paciente deve se concentrar nos seguintes achados: [19].

- Traumatismo craniano – Qualquer traumatismo craniano óbvio ou sinais de fratura da base do crânio (por exemplo, olhos de guaxinim, sinal de Battle, deve levantar suspeita de otorreia do líquido cefalorraquidiano.

- Sensibilidade ao movimento tragal – Dor com manipulação do tragus ou tração suave na aurícula do ouvido externo é um sinal clássico de otite externa bacteriana. No entanto, alguma dor com manipulação pode estar presente com qualquer condição que gere inflamação do canal externo.

- Corpo estranho – Um corpo estranho (CE) encontrado no canal pode ser a fonte da otorreia de uma criança e requer tempo para causar drenagem. Uma criança raramente pode colocar algo no ouvido em uma tentativa de aliviar os sintomas de uma condição pré-existente do ouvido. Assim, após a remoção do corpo estranho, uma avaliação otoscópica cuidadosa é importante para excluir outras doenças ou complicações coincidentes, como perfuração da membrana timpânica. Deve-se tomar cuidado para não causar mais ferimentos durante a remoção do CE; qualquer CE que seja difícil de remover deve ser encaminhado a um especialista em otorrinolaringologia.

- Massa orgânica ou pólipos – Massas polipoides ou granulomas surgem mais frequentemente em resposta à otite média crônica, corpos estranhos no canal auditivo externo ou colesteatoma. Raramente, podem surgir de um processo neoplásico.

- Qualidade da secreção – Secreção fina e branca cheia de detritos é típica de otite externa bacteriana. A perfuração timpânica geralmente leva a uma secreção mucosa, assim como a dermatite de contato. A otorreia do líquido cefalorraquidiano (LCR) é uma secreção



sanguinolenta clara ou fina que pode ser confundida com um fluido seroso mais benigno. A secreção purulenta pode ser de irritação grave, corpo estranho, infecção do ouvido médio ou infecções graves do canal externo. A secreção tingida de sangue é mais provavelmente causada por trauma, corpo estranho, granuloma ou carcinoma.

- **Inflamação** – A inflamação da membrana timpânica é indicativa de patologia do ouvido médio. A inflamação do canal externo pode ocorrer com muitas condições, mas é menos provável com infecções isoladas do ouvido médio com ou sem perfurações da TM. Um canal externo edematoso e eritematoso com detritos e uma membrana timpânica geralmente clara é típico de otite externa bacteriana.

- **Membrana timpânica** – A membrana timpânica deve ser cuidadosamente inspecionada para sinais de infecção do ouvido médio, como injeção, maciez e abaulamento. Perfuração, bolhas e evidências de trauma são achados adicionais importantes.

Estudos auxiliares - História e exame físico são suficientes para diagnosticar e tratar a maioria das causas de otorreia em crianças.

Cultura de drenagem do ouvido - A cultura do canal auditivo externo na otorreia raramente é útil, pois as espécies de *Pseudomonas* são comumente identificadas com ou sem infecção local. Também é bastante difícil obter amostras do ouvido médio que não estejam contaminadas pela flora do canal externo. Além disso, a cultura raramente altera as decisões de manejo em crianças com otorreia [9].

As indicações para cultura de drenagem auricular incluem:

- Suspeita de otite externa necrosante
- Otite média com drenagem crônica, onde o tratamento anterior falhou

Teste para otorreia do líquido cefalorraquidiano: Quando em dúvida sobre a presença de vazamento de LCR, é melhor obter uma consulta neurocirúrgica urgente.

Exames de imagem: O clínico deve consultar um especialista em otorrinolaringologia pediátrica, neurocirurgia ou radiologista sobre os exames de imagem preferenciais a serem obtidos ao avaliar pacientes para os seguintes diagnósticos:

- Fratura da base do crânio com vazamento de líquido cefalorraquidiano
- Vazamento espontâneo de líquido cefalorraquidiano
- Otite externa necrosante
- Colesteatoma
- Massa do conduto auditivo externo ou pólipos crônicos

Biópsia de tecido: Pacientes com massas auditivas externas crônicas podem precisar de biópsia de tecido por um especialista em otorrinolaringologia com experiência pediátrica para estabelecer um diagnóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Otorreia é a drenagem de líquido através da orelha. Ela pode ser serosa, serossanguinolenta ou purulenta. Os sintomas associados podem incluir otalgia, febre, prurido, vertigem, zumbido e perda auditiva. As causas da otorreia podem ser provenientes do meato acústico externo, da orelha média ou da calota craniana. Certas origens tendem a se manifestar de forma aguda em razão da gravidade de seus sintomas ou condições associadas. Outros costumam ter um curso mais indolente, crônico, mas, às vezes, se manifestam de forma aguda. Em geral, as causas mais comuns são: otite média aguda com perfuração da membrana



timpânica, otite média crônica (com perfuração do tímpano, colesteatoma, ou ambos) e otite externa. Os casos mais graves são otite externa necrosante e tumores malignos da orelha.

REFERÊNCIAS

1. Ghanem T, Rasamny JK, Park SS. Repensando o trauma auricular. *Laryngoscope* 2005; 115:1251.
2. Kansu L, Yilmaz I. Herpes zoster oticus (síndrome de Ramsay Hunt) em crianças: relato de caso e revisão de literatura. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012; 76:772.
3. Rosenfeld RM, Schwartz SR, Cannon CR, et al. Diretriz de prática clínica: otite externa aguda. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2014; 150:S1.
4. Rubin J, Yu VL, Stool SE. Otite externa maligna em crianças. *J Pediatr* 1988; 113:965.
5. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. O diagnóstico e o tratamento da otite média aguda. *Pediatrics* 2013; 131:e964.
6. Mattos JL, Colman KL, Casselbrant ML, Chi DH. Complicações intratemporais e intracranianas de otite média aguda em uma população pediátrica. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014; 78:2161.
7. Wu JF, Jin Z, Yang JM, et al. Complicações extracranianas e intracranianas da otite média: 22 anos de experiência clínica e análise. *Acta Otolaryngol* 2012; 132:261.
8. Zapalac JS, Billings KR, Schwade ND, Roland PS. Complicações supurativas da otite média aguda na era da resistência aos antibióticos. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128:660.
9. Hurtado TR, Zeger WG. Hemotímpanos secundários à epistaxe espontânea em uma criança de 7 anos. *J Emerg Med* 2004; 26:61.
10. Conover K. Dor de ouvido. *Emerg Med Clin North Am* 2013; 31:413.
11. Macfadyen CA, Acuin JM, Gamble C. Antibióticos sistêmicos versus tratamentos tópicos para ouvidos com secreção crônica e perfurações de tímpano subjacentes. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; :CD005608.
12. Sanna M, Russo A, DeDonto G. Atlas colorido de otoscopia, Thieme, Nova York 1999.
13. Gliklich RE, Cunningham MJ, Eavey RD. A causa de pólipos aurais em crianças. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 119:669.
14. Magliocca KR, Vivas EX, Griffith CC. Lesões idiopáticas, infecciosas e reativas do ouvido e osso temporal. *Head Neck Pathol* 2018; 12:328.
15. Harris KC, Conley SF, Kerschner JE. Granuloma de corpo estranho do canal auditivo externo. *Pediatrics* 2004; 113:e371.
16. Persaud RA, Hajioff D, Thevasagayam MS, et al. Ceratose obturante e colesteatoma do canal auditivo externo: como e por que devemos distinguir entre essas condições. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2004; 29:577.
17. Shire JR, Donegan JO. Colesteatoma do canal auditivo externo e ceratose obturante. *Am J Otol* 1986; 7:361.
18. Rao AK, Merenda DM, Wetmore SJ. Diagnóstico e tratamento de otorreia espontânea do líquido cefalorraquidiano. *Otol Neurotol* 2005; 26:1171.
19. Hannley MT, Denny JC 3rd, Holzer SS. Uso de antibióticos ototópicos no tratamento de 3 doenças comuns do ouvido. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 122:934.