

Otomastoidite Aguda em Criança

Acute Otomastoiditis in a Child

João Araújo, Ana Jardim, João Subtil, José Saraiva¹

Autor Correspondente:

João Subtil [Joao.subtil@jmellosaude.pt]

PALAVRAS-CHAVE: Otomastoidite; Aguda; Criança

KEYWORDS: *Otomastoiditis; Acute; Child*

Criança de 2 anos, sexo masculino, diagnóstico de otite média aguda bilateral, medicada inicialmente com amoxicilina + clavulanato 90 mg/kg/dia desde há 7 dias, internada por agravamento do quadro à esquerda, com edema e eritema retroauricular, apagamento do sulco retroauricular, abdução do pavilhão (Fig. 1), e sintomas sistémicos.

A tomografia (Fig. 2) mostrou mastoidite coalescente (com erosão da trabeculação óssea mastóidea) e abscesso subperiosteal.

Foi iniciada terapêutica com ceftriaxona e clindamicina endovenosa (EV). Por não haver resolução às 48h, foi submetida a drenagem cirúrgica, com miringotomia com colocação de tubo, e mastoidectomia cortical, com drenagem imediata abundante de pus, e encerramento com dreno passivo. Manteve a terapêutica EV, com melhoria importante, retirando o dreno ao fim de uma semana e

tendo alta aos 10 dias, medicada com cefuroxima oral três semanas, sem evidente recidiva.

A mastoidite aguda, embora rara (4,8/100.000 crianças por ano¹), é a complicação supurativa mais comum da otite média aguda.² Define-se pela infeção da mastoide com menos de um mês, e subdivide-se em mastoidite aguda com periostite (simplesmente presença de material purulento na mastoide) e mastoidite coalescente (com destruição das septações ósseas da mastoide com extensão para áreas contíguas).

Os agentes mais frequentemente envolvidos são o *Streptococcus pneumoniae* e *Streptococcus pyogenes*. A *Pseudomonas aeruginosa* deve ser considerada em crianças com otites recorrentes e toma de antibiótico recente, sobretudo se houver perfuração da membrana do tímpano.

1. Serviço de Otorrinolaringologia, CUF Descobertas Hospital, Lisboa, Portugal

Recebido: 07/09/2015 · Aceite: 7/01/2016



FIGURA 1. Edema e eritema retroauricular, apagamento do sulco retroauricular, abdução do pavilhão.



FIGURA 2. Mastoidite coalescente (com erosão da trabeculação óssea mastóidea) e abscesso subperiosteal.

O tratamento inicial é antibioterapia empírica EV,^{2,3} cobrindo os agentes mais prováveis (amoxicilina + clavulanato 150-200 mg/kg/dia),⁴ sendo posteriormente ajustada ao teste de sensibilidade a ser efetuado se houver drenagem. Na presença de complicações ou persistência após 48 h de tratamento agressivo, é feita miringocentese e mastoidectomia cortical.

Crianças com mastoidite aguda com tratamento precoce recuperam sem complicações ou sequelas a longo prazo.^{5,6}

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

REFERÊNCIAS

1. Anthonen K, Høstmark K, Hansen S, Andreasen K, Juhlin J, Homøe P, et al. Acute mastoiditis in children: a 10-year retrospective and validated multicenter study. *Pediatr Infect Dis J.* 2013;32:436-40.
2. Bluestone CD, Klein JO. Intratemporal complications and sequelae of otitis media. In: Bluestone CD, Casselbrant ML, Stool SE, editors. *Pediatric otolaryngology.* 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003. p.687.
3. Lin HW, Shargorodsky J, Gopen Q. Clinical strategies for the management of acute mastoiditis in the pediatric population. *Clin Pediatr (Phila)* 2010;49:110-5.
4. Protocolos de urgência em pediatria – Departamento da Criança e da Família Hospital de Santa Maria – CHLN. Lisboa: CHLN; 2009.
5. Goldstein NA, Casselbrant ML, Bluestone CD, Kurs-Lasky M. Intratemporal complications of acute otitis media in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998;119:444-54.
6. Anderson KJ. Mastoiditis. *Pediatr Rev.* 2009;30:233-4.