

OTITE MÉDIA TUBERCULOSA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Raquel Rodrigues¹, Joana Guimarães², Catarina Vieira¹, Marina Alves¹, Sérgio Vilarinho², Luísa Pinto¹

RESUMO

A tuberculose é uma doença endêmica com aumento da incidência nos últimos anos. De entre as formas extra-pulmonares encontra-se a otite média tuberculosa (OMT). Com uma incidência de 0,04-0,09% a OMT é rara como foco primário. Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher com otite média de repetição, hipoacusia bilateral e paralisia facial esquerda. Foi submetida a timpanomastoidectomia radical, demonstrando a histologia um processo granulomatoso. A Tomografia Computorizada Torácica revelou imagens cavitadas pulmonares e PCR (polymerase chain reaction) do exsudado auricular e do lavado brônquico identificou a presença de *Mycobacterium tuberculosis*. Fez medicação tuberculostática, com boa evolução clínica e radiológica. Os autores pretendem alertar para a importância do diagnóstico precoce desta patologia, que, apesar de rara, tem grande morbidade se não tratada precocemente.

PALAVRAS-CHAVE: OTITE MÉDIA, TUBERCULOSE, MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

TUBERCULOUS OTITIS MEDIA – A CASE REPORT

ABSTRACT

Tuberculosis is an endemic disease with increasing incidence in recent years. Among the extrapulmonary forms is otitis media tuberculosis (TOM). With an incidence of 0.04 to 0.09%, TOM is rare as a primary focus. The authors present a case of woman with recurrent otitis media, bilateral hypoacusis and left facial paralysis. She underwent radical tympanomastoidectomy which histology showed a granulomatous process. A Computed Tomography scan of the chest showed pulmonary cavities and PCR (polymerase chain reaction) of the ear exudate and bronchial lavage identified the presence of *Mycobacterium tuberculosis*. The patient was started on tuberculostatic medication, with a good clinical and radiological response. The authors highlight the importance of early diagnosis this disease, which, although rare, has considerable morbidity if not treated early.

KEY-WORDS: OTITIS MEDIA, TUBERCULOSIS, MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

1. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA,
HOSPITAL DE BRAGA

2. SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA,
HOSPITAL DE BRAGA

INTRODUÇÃO

A tuberculose é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mt), um bacilo aeróbio estrito de crescimento lento. Caracteriza-se pela formação de granulomas com necrose caseosa.

Globalmente a tuberculose é das doenças infecciosas mais comuns nos dias atuais, com mais de 7 milhões de casos ativos, apesar da melhoria da terapêutica farmacológica, da pasteurização do leite, da vacinação do BCG. Outros fatores têm contribuído para o aumento da incidência nas últimas décadas nomeadamente o aumento da prevalência do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), das más condições socioeconómicas, o desenvolvimento de bacilos multirresistentes e a má aderência à terapêutica tuberculostática; a dependência de drogas, o alcoolismo e a diabetes.¹

A doença envolve mais frequentemente o pulmão. Na região da cabeça e pescoço a tuberculose manifesta-se predominantemente na laringe. Surge com menor frequência no ouvido (0,04-0,09%),¹ amígdalas, linfáticos, faringe, cavidade oral e glândulas salivares.²

CASO CLÍNICO

Mulher de 32 anos, casada, desempregada, residente em Braga previamente saudável e sem medicação. Em Março de 2005 inicia quadro de hipoacusia bila-

teral e otites médias (OM) de repetição. Foi medicada com antibióticos e anti-inflamatórios, sem sucesso. Em Outubro desse ano apresentou paralisia de Bell que resolveu com corticoterapia (prednisolona). Foi submetida a timpanomastoidectomia, abandonando as consultas. Regressou em Dezembro de 2008 por apresentar novamente paralisia facial e otorreia à esquerda, com hipoacusia bilateral. Objetivamente apresentava otorreia serosa à esquerda com colesteatoma, perfuração da membrana timpânica, Rinne negativo e fístula retro-auricular ipsilateral. O restante exame objetivo era normal. Realizou Ressonância Magnética (RM) do ouvido (Fig. 1) que evidenciou inflamação e/ou infecção bilateral, mais evidente à esquerda. A audiometria confirmava hipoacusia à esquerda grave (Fig. 2) e a eletromiografia era sugestiva de amiotrofia neuropática dos músculos da hemiface esquerda. A doente foi submetida a revisão da timpanomastoidectomia (radical) com meatoplastia. A Anatomia Patológica da peça cirúrgica demonstrou tratar-se de um processo granulomatoso com necrose caseosa, infiltração linfocitária e células gigantes de Langhans (Fig.3). Foi enviada a Consulta Externa de Medicina Interna. Negava outros sintomas nomeadamente constitucionais ou respiratórios. No contexto epidemiológico é de salientar um surto de tuberculose em 2003 no emprego tendo realizado prova tuberculínica (IDR) que foi negativa. O exame objetivo incluindo auscultação pulmonar era normal. Analiticamente o hemograma era normal,

ureia 21mg/dl; creatinina 0,6 mg/dl; Proteína C Reativa 11,6 mg/l; SACE, ANA e ANCA negativos; VIH e VDRL negativos. Exsudado auricular amicrobiano e sem crescimento fúngico. IDR negativo. Realizou Radiografia do tórax que foi normal. A Tomografia Computorizada do tórax evidenciou consolidação do lobo superior e parte superior do lobo inferior esquerdo (Fig. 4). A Broncoscopia não demonstrou lesões. A PCR para Mycobacterium tuberculosis do exsudado auricular e do lavado brônquico foi positiva. Estávamos perante uma OM tuberculosa com envolvimento pulmonar. Foi medicada durante 2 meses com Etambutol 1200mg e Pirazidamida 1500mg e durante 21 meses com Rifampicina 600mg e Isoniazida 300mg. Com a instituição da terapêutica ocorreu melhoria clínica gradual mas substancial, com desaparecimento da otite e da otorreia e encerramento da fístula. Repetiu RM que mostrou melhoria significativa (Fig.5). Manteve porém a hipoacusia pelo que foi colocado

um implante coclear, e paralisia facial, estando referenciada para cirurgia plástica.

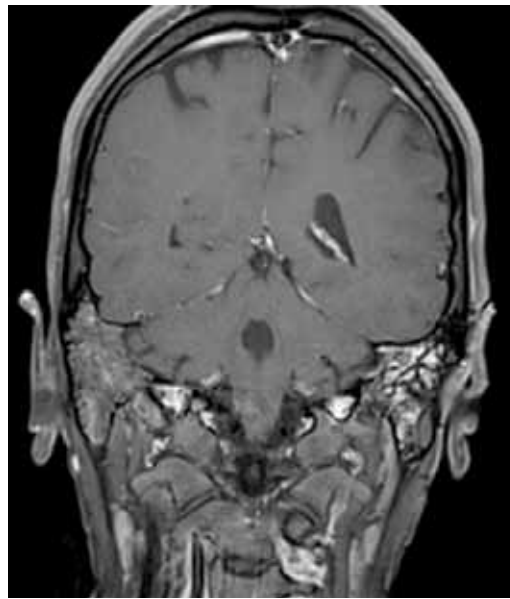


FIGURA 1: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OUVIDO
HIPERSINAL BILATERAL EM T2 MAIS EVIDENTE À ESQUERDA CORRESPONDENDO A INFEÇÃO/INFLAMAÇÃO

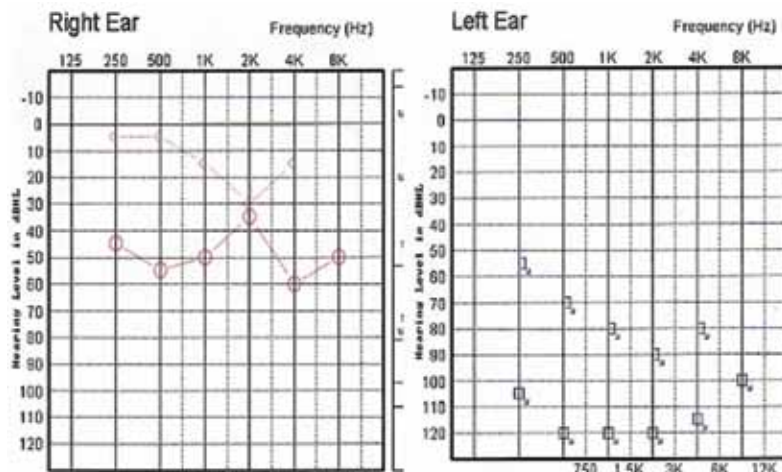


FIGURA 2: AUDIOMETRIA - HIPOACUSIA GRAVE À ESQUERDA

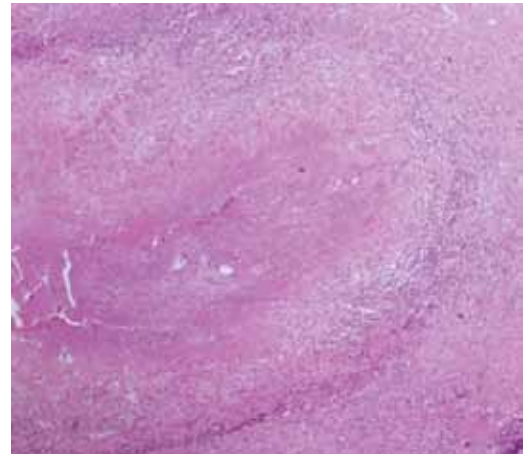


FIGURA 3: HISTOLOGIA DA PEÇA CIRÚRGICA
NECROSE CASEOSA; INFILTRADO LINFOCITÁRIO; CÉLULAS GIGANTES DE LANGHANS



FIGURA 4: TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA DO TÓRAX
CONSOLIDAÇÃO DO LOBO SUPERIOR E PARTE SUPERIOR DO LOBO INFERIOR ESQUERDO

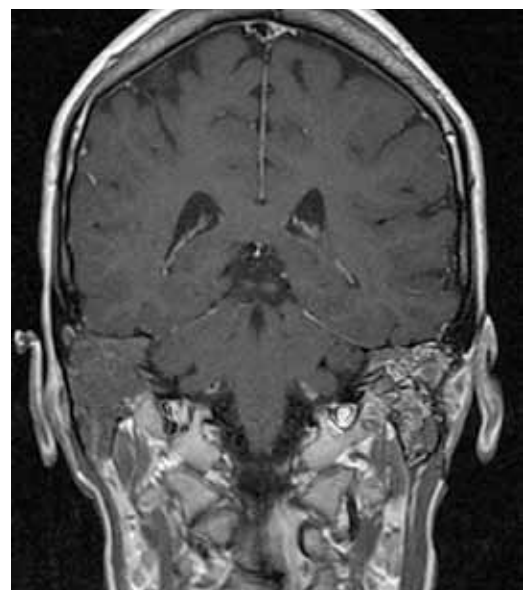


FIGURA 5: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA APÓS 6 MESES DE TRATAMENTO
MELHORIA DA INFEÇÃO/INFLAMAÇÃO

REVISÃO TEÓRICA

A OM tuberculosa (OMT) é rara como manifestação primária. Algumas teorias tentam explicar: (1) extensão direta da nasofaringe através da trompa de Eustáquio (Adams); (2) via hematogênea (Proctor e Lindsay); (3) via externa por perfuração da membrana timpânica (MT) (Spencer); (4) extensão direta das estruturas adjacentes; (5) via linfática; (6) congênita.³

A lesão inicial pode ocorrer a partir de um foco único, ou mais frequentemente, de múltiplos focos, na mucosa das células mastoideas e da caixa timpânica ou em ambos. Um tubérculo subepitelial desenvolve-se através da disseminação do bacilo sob a mucosa, produzindo caseação e necrose. Pode ulcerar e expelir para o espaço aéreo da mastóide e ouvido médio. O exsudado espalha-se e pode reimplantar-se na mucosa. Se se implantarem na face interna da MT podem produzir múltiplas perfurações que coalescem. O tecido de granulação surge e pode provocar osteíte; o sistema das células mastoideas é substituído por tecido de granulação.⁴

O quadro clínico de OMT é muito variável e insidioso. Geralmente é unilateral, apresentando-se com otalgia e/ou otorreia serosa/purulenta, podendo associar-se a hipoacusia sensorial, condutiva ou mista (90%). “Normalmente este quadro é resistente às múltiplas terapêuticas”.^{4,5}

A MT apresenta-se hiperêmica e friável ao toque, podendo apresentar perfuração, única ou múltipla. Pode haver envolvimento do nervo facial com paralisia facial (16% nos adultos e 35% nas crianças) e envolvimento ósseo com erosão e necrose. Pode formar-se tecido de granulação (colesteatoma) e surgirem linfadenopatias auriculares e cervicais.

A regra geral é a presença da tríade: otorreia indolor, perfuração múltipla MT e paralisia facial. “Qualquer doente que tenha otorreia e evidência de tuberculose ativa em qualquer outro local do organismo, tem tuberculose do ouvido até prova em contrário”.⁵

Se há suspeita de OMT, deve fazer-se entre outros: audiometria, IDR, Radiologia torácica e mastoidea, bacterioscopia e cultura da secreção do ouvido, biópsia.

A principal característica é a surdez neurosensorial fora da proporção com o aparente grau de desenvolvimento da doença vista à otoscopia. Esta pode preceder a inflamação da MT e o aparecimento de qualquer outro sintoma. Na TC pode ver-se uma mastóide às vezes preenchida por tecido mole associada a erosão da mastóide ou destruição óssea.

Porém, se for normal não se pode excluir infecção. A IDR pode ser negativa. A sensibilidade da bacterioscopia para *Mt* em produtos biológicos para além da expectoração é baixa (no exame direto é de 20% e no cultural 5-35%).⁴

O diagnóstico pode ser facilitado através da biópsia (granulações com células de Langhans, zonas de necrose caseosa, infiltrado linfocitário, tecido fibrinoso e mais raramente ulcerações e sinais de reabsorção óssea). Porém é indispensável o isolamento de *Mt* para o diagnóstico definitivo. A PCR é uma técnica com sensibilidade de 75%. “O desenvolvimento de complicações (como mastoidites, abscessos, fístulas, linfadenite, osteíte, paralisia facial, meningite, tuberculomas, comprometimento dos pares cranianos) e a ausência de resposta aos tratamentos convencionais é que fazem pensar numa etiologia tuberculosa”. “Se os exames são todos negativos, mas há forte suspeita clínica, então estes devem ser repetidos ou pode mesmo realizar-se a prova terapêutica”.⁴

O diagnóstico diferencial inclui infecções fúngicas, granulomatose de Wegener, sarcoidose, sífilis, histiocitose X e infecções por Micobactérias atípicas.

O tratamento pode ser químico (politerapia com tuberculostáticos) ou cirúrgico (desde exérese do tecido de granulação à mastoidectomia radical). “No OM atingido por tuberculose, mesmo uma lesão bastante avançada sobre o osso temporal, pode ser revertida e cicatrizada apenas com tuberculostáticos”. A evolução é muito favorável, excepto a hipoacusia. A paralisia facial pode regredir parcial ou completamente dependendo do tempo de evolução e grau de comprometimento do nervo. “A velocidade e grau de recuperação foram diretamente relacionados com o intervalo de tempo entre a instalação da paralisia facial e o início do tratamento”.⁴

CONCLUSÃO

A OMT é rara que exige um elevado nível de suspeição diagnóstica e nos adultos é habitualmente secundária a tuberculose pulmonar. O aumento da incidência da tuberculose extra-pulmonar tem sido reportado com peculiar frequência ao ouvido médio. Deve ser considerada no diagnóstico diferencial dos casos de otite média que não respondem ao tratamento médico ou cirúrgico. O atraso no diagnóstico resulta em sequelas importantes. O tratamento precoce é decisivo na prevenção das possíveis complicações. Uma vez instituído ocorre uma rápida resolução do processo infeccioso.

REFERÊNCIAS

1. Pinho, MM, Kós, AOA. Otite Média Tuberculosa. Rev Bras Otorrinolaringol 2003;69(6):829-37.
 2. Callender, T. Tuberculosis Otitis Media. Baylor College of Medicine. 1982.
 3. Granato, L, Lima e Silva, LA. Otite média tuberculosa. Rev Bras Otorrinolaringol 1973;39(3):125-32.
 4. Sens, PM, Almeida, CIR, Valle, LO, Costa, LHC, Angeli, MLS. Tuberculose de orelha, doença profissional? Rev Bras Otorrinolaringol 2008;74(4):621-7.
 5. Demenato, LA, Bento, RF, Miniti, A. Otite média crônica tuberculosa, a propósito de dois casos. Rev Bras Otorrinolaringol 1984;50(1):35-7.
-

CORRESPONDÊNCIA:

ANA RODRIGUES
RUA CASAS- NOVAS, 134, SELHO S. CRISTÓVÃO
4835-259 GUIMARÃES

EMAIL:

ANA.RAQUEL.R.S@GMAIL.COM