CASO CLÍNICO / *CLINICAL CASE*

Otite externa maligna e infecção VIH

A propósito de 2 casos clínicos ou de uma entidade antiga num contexto novo

/ **S Lourenço**[1]
/ **T Martins**[2]
/ **MC Catarino**[2]
/ **P Rodrigues**[2]
/ **F Maltez**[3]

Serviço de Doenças Infecciosas
(Dir.: Dr. Fernando Maltez)
Hospital de Curry Cabral – Lisboa

[1] Interna do Internato Complementar de Medicina Interna
[2] Assistente Hospitalar de Medicina Interna
[3] Director do Serviço de Doenças Infecciosas

Correspondência:
Dr.ª Sofia Lourenço
Hospital Curry Cabral – Serv. Doenças Infecciosas
Rua da Beneficiência, n.º 8
1069-166 Lisboa
Tel.: 966068160
E-mail: sofilourenco@iol.pt

/ Resumo

A otite externa maligna é uma infecção necrotizante do canal auditivo externo, rara mas potencialmente fatal, cujo agente etiológico é, mais frequentemente, a *Pseudomonas aeruginosa*. Por contiguidade com as estruturas vizinhas pode condicionar osteomielite da base do crânio ou neuropatia craniana, frequentemente do Facial (VII). Classicamente descrita em diabéticos idosos tem vindo a ser referida, desde 1990 em doentes com SIDA. Apresentam-se dois casos clínicos, em doentes não diabéticos, portadores de infecção VIH1 e imunossupressão avançada. Em ambos se constatou uma evolução insidiosa, com extensa destruição do ouvido externo e paralisia facial, e isolamento no exsudado auricular de *Pseudomonas aeruginosa*. Não obstante a terapêutica com ceftazidima ambos faleceram.

Palavras chave: Otite externa maligna, Pseudomonas, SIDA.

/ Abstract

Malignant otitis externa is a necrotizing infection of the external ear canal. Although rare this is a potentially fatal disease caused most often by Pseudomonas aeruginosa. By invading contiguous tissues it may lead to skull base osteomyelitis or cranial neuropathies, the most common being the facial (VII) paralysis. Classically described in the older diabetic patients, since 1990 there has been some reports of this disease in association with AIDS.
We present two non diabetic patients with HIV1 infection and severe imunossupression with malignant otitis externa. Both cases had insidious course with extensive destruction of the external ear and facial paralysis and in both Pseudomonas aeruginosa was identified. In spite of the therapy with ceftazidime both patient died.

/ Keywords: *Malignant otitis externa, Pseudomonas, AIDS.*

/ Introdução

A otite externa maligna é uma situação rara mas potencialmente fatal. Trata-se de uma infecção necrotizante do canal auditivo externo, que se pode estender à mastóide e porção petrosa do temporal, conduzindo à osteomielite da base do crânio[1]. A extensão subtemporal do processo infeccioso pode determinar quadros de neuropatia craniana, mais frequentemente do nervo facial[2]. O agente responsável é, na maior parte dos casos, a *Pseudomonas aeruginosa*, que se identifica em 90% dos exsudados auriculares destes doentes[2].

Esta entidade é classicamente descrita em idosos com diabetes mellitus não-insulino dependente e, ocasionalmente, em crianças imunodeprimidas por outras causas, como neoplasia, malnutrição ou ainda anemia grave[1]. Data de 1990 a primeira descrição num doente com infecção VIH comprovada[3] e desde então têm sido referidos alguns casos esporádicos em doentes com SIDA[4]. Neste artigo descrevem-se dois casos clínicos recentes de otite externa maligna em doentes não diabéticos com infecção pelo VIH e em fase avançada de imunossupressão.

/ Caso clínico nº1

Doente de 41 anos, sexo feminino, caucasiana, com história de consumo de drogas endovenosas e infecção VIH1 conhecida há 12 anos, mantendo seguimento irregular na consulta de Infecciologia e má aderência à terapêutica anti-retrovírica. Destacavam-se, nos antecedentes pessoais, dois internamentos prévios, o primeiro em Maio de 1996 por tuberculose pulmonar e um segundo em Julho de 2003 por pneumocistose, não havendo história de diabetes, quer primária quer secundária à terapêutica anti-retroviral.

Em Abril de 2004 foi internada por quadro de febre, otalgia e otorreia direitas com uma evolução insidiosa de cerca de 3 semanas. Na observação destacava-se, para além da febre, a presença de tumefacção periauricular direita e extensa destruição do respectivo pavilhão auricular, com fistulização retro-auricular e otorreia fétida. Estes aspectos acompanhavam-se ainda de uma paralisia facial periférica homolateral (Figuras 1 e 2).

Analiticamente apresentava anemia normocrómica normocítica (Hb 7,7 g/dl), leucopénia 3400/uL, trombocitose 425.000/uL, VS 111, PCR 32,6 mg/dl; glicémia em jejum de 88 g/dL; função renal, hepática e ionograma sem alterações e, na avaliação imunológica, linfócitos CD4 de 18 células/mm3. A carga viral era de 77552 cópias/ml (4.88 log).

A TAC dos ouvidos revelava, no ouvido direito, a existência de otite média e externa, com componente necrotizante do tecido celular subcutâneo, estendendo-se ao longo do bordo anterior do occipital e contactando o canal do facial. Realizou RMN dos ouvidos que mostrava opacificação da mastóide direita e partes moles adjacentes com compromisso da caixa do tímpano, a que correspondia, após a administração de gaudolínio, extensa zona de atenuação do sinal, particularmente ao nível do antro.

As hemoculturas realizadas, bem como as duas primeiras zaragatoas do exsudado auricular foram negativas. Uma terceira permitiu o isolamento de *Pseudomonas aeruginosa*.



Figura 1: Aspecto do pavilhão auricular direito e paralisia facial homolateral (doente do caso n.º 1).



Figura 2: Pavilhão auricular direito da doente do caso n.º 1, com otorreia purulenta e necrose dos tecidos circundantes

A doente foi medicada com ceftazidima na dose de 1g ev 12/12h e, ao 13º dia, sem que se tivesse verificado uma melhoria clínica, abandonou o internamento e a terapêutica. Dois meses depois, foi de novo trazida ao Serviço de Urgência. Havia um agravamento franco da lesão do pavilhão auricular, apresentando-se com febre elevada (39,5ºC), caquética e em coma Glasgow 7. Apesar da reinstituição da terapêutica antibiótica e das outras medidas de suporte viria a falecer, cerca de 4 meses após o início das queixas.



Figura 3: Aspecto do pavilhão auricular direito do doente do caso n.º 2, onde se evidencia extensa destruição do mesmo.



Figura 4: Paralisia facial homolateral no doente do caso n.º 2.

/ Caso clínico nº2

Doente de sexo masculino, de 26 anos, caucasiano, toxicodependente, com infecção VIH1 conhecida há 7 anos e, à semelhança da doente anterior, com má aderência à terapêutica anti-retrovírica. Referia igualmente uma otite crónica desde há 5 anos, negando história de diabetes.

Em Setembro de 2004 recorreu à consulta de infecciologia, onde mantinha seguimento irregular, por dor localizada à região auricular direita e otorreia fétida. Este quadro acompanhava-se de febre, anorexia e de emagrecimento acentuado não quantificado. Na observação havia ulceração do pavilhão auricular direito, com exsudação fétida.

Os exames laboratoriais mostravam anemia normocrómica normocítica grave (Hb 5,6 g/dl), leucopénia 2400/uL, VS 124, e glicémia em jejum de 96g/dL CD4 de 6 células/mm3 e carga viral de 207.000 cópias/ml. A TAC dos ouvidos evidenciava mastoidite direita, com deiscência da parede externa da mastóide e extensão às partes moles da região mastoideia e canal auditivo externo.

No exame bacteriológico do exsudado auricular isolou-se uma estirpe de *Pseudomonas aeruginosa* tendo o doente, e de acordo com o antibiograma, iniciado terapêutica com Ceftazidima.

Após seis semanas de terapêutica verificou-se melhoria clínica significativa, tendo alta referenciado à cirurgia plástica, para eventual cirurgia reconstrutiva.

Cerca de um mês depois, foi reinternado por agravamento do estado geral, com prostração acentuada, caquexia, desidratação e febre elevada. A lesão auricular apresentava igualmente um agravamento franco, com aumento da extensão da ulceração, que substituía por completo o pavilhão auricular, mantendo-se o exsudado purulento e com paralisia facial periférica direita "de novo" (Figuras 3 e 4).

Repetiu TAC dos ouvidos que confirmou o agravamento das lesões destrutivas ao nível da mastóide direita, e um maior envolvimento das partes moles adjacentes.

Apesar de medicado novamente com ceftazidima, assistiu-se a degradação progressiva do estado geral, tendo falecido em Novembro de 2004.

/ Discussão

A otite externa maligna é rara, resultante de infecção por *Pseudomonas aeruginosa* em 90% dos casos e, nos restantes 10% causada por outros agentes, nomeadamente *Staphylococcus aureus*,

Proteus mirabilis, Klebsiella oxytoca e fungos, sobretudo *Aspergillus fumigatus*[2].

Surge em doentes com diabetes mellitus, neoplasia, hábitos de toxicodependência endovenosa, fibrose quística, em diálise peritoneal crónica, em corticoterapia ou neutropénicos[1].

A predisposição dos doentes com infecção pelo VIH para esta entidade está relacionada com os defeitos na imunidade humoral e celular[1] e a otite externa maligna assume neste contexto aspectos particulares já que, ao contrário do quadro clínico descrito em diabéticos idosos, os doentes são mais jovens, encontram-se habitualmente em fase de imunodeficiência avançada, há maior variedade de agentes etiológicos implicados e o prognóstico é mais grave[4].

Caracteriza-se por um quadro de otalgia intensa, de agravamento nocturno, e otorreia, normalmente purulenta[1]. A palpação da região temporo-mandibular é dolorosa, e o canal auditivo externo apresenta-se eritematoso, sendo frequente a identificação, no local, de tecido de granulação[2]. A progressão da doença associa-se a osteomielite da base do crânio e da articulação temporo-mandibular e a paralisia dos nervos cranianos que pode ocorrer em qualquer fase da doença, mas é mais frequente após dois meses de evolução[1]. O par craniano mais frequentemente afectado é o facial (VII), estando descritas paralisias do glossofaríngeo (IX), vago (X), espinhal (XI) e grande hipoglosso (XII)[2]. Outras complicações mais raras são a meningite, o abcesso cerebral, a tromboflebite dos seios cranianos[2] ou o aneurisma micótico[1].

O diagnóstico é essencialmente clínico. A TAC dos ouvidos e a RMN, continuam a ser os exames mais importantes na avaliação da extensão e evolução das lesões e a cultura do exsudado auricular permite habitualmente a identificação do agente etiológico, que deve ser procurado sistematicamente, se necessário recorrendo a biópsia para colheita de material[2].

O tratamento baseia-se na antibioticoterapia com agentes activos contra *Pseudomonas* como cefalosporinas de 3ª geração e quinolonas por um período longo (6 a 8 semanas), adjuvado ou não pelo desbridamento da região[2].

Os casos apresentados caracterizaram-se por um quadro clínico típico, cabendo destacar o importante componente destrutivo desta infecção, bem como a gravidade que assumiu, culminando no falecimento de ambos os doentes.

/ Conclusão

A otite externa maligna é, apesar dos novos avanços na área dos antibióticos, uma situação grave. Mesmo com terapêutica adequada, a taxa de mortalidade que no passado se calculava em 50%, é ainda de 10 a 20%[5]. Embora a maioria dos casos continue a ser descrita nos diabéticos idosos, este diagnóstico tem ganho relevância noutros grupos de imunodeprimidos. O presente artigo descreve dois casos de otite externa maligna associados à infecção VIH, uma nova associação relatada em literatura mais recente, e que tinham em comum uma imunodepressão grave (linfócitos CD4<50 células/mm³). Tendo em conta os actuais benefícios da terapêutica anti-retrovírica, traduzidos em maior sobrevida dos doentes, é de prever que esta entidade venha a ganhar importância num futuro próximo. Por este motivo parece-nos justificada a sua divulgação.

/ Bibliografia

1. Hern JD, Almeyda J, Thomas DM, Main J, Patel KS. **Malignant otitis externa in HIV and AIDS.** *J Larynngol Otol* 1996; 110(8); 770-5.

2. Rubin Grandis J, Branstetter BF, Yu VL. **The changing face of malignant (necrotising) external otitis: clinical, radiological, and anatomic correlations.** *Lancet Infect Dis* 2004; 4(1): 34-9.

3. Rivas Lacarte MP, Pumarola Segura F. **Malignant otitis externa and HIV antibodies- a case report.** *An Otorrinolaringol Ibero Am* 1990; 17(5): 505-12.

4. Ress BD, Luntz M, Telischi FF, Balkany TJ, Whiteman ML. **Necrotizing external otitis in patients with AIDS.** *Laryngoscope* 1997; 107 (4): 456-60.

5. Bhandary S, Karki P, Sinha BK. **Malignant otitis externa: a review.** *Pac Health Dialog* 2002; 9(1): 64-7.