

CASO CLÍNICO

ABCESSO CEREBRAL OTOGÉNICO. OTOGENIC BRAIN ABSCESSSES.

Mahomed Sidique Dadá*, Maria Vitória Branco Neves*, José Branco Neves*, Yunus Assane**

RESUMO:

O abscesso cerebral é uma infecção rara, extremamente agressiva e letal. A mortalidade e morbilidade diminuíram com o advento dos antibióticos. Neste trabalho descrevemos o caso de uma criança de 11 anos que desenvolveu um abscesso cerebral como complicação de otite média crónica. O doente foi submetido a mastoidectomia radical e craniotomia com drenagem do abscesso, tendo o resultado da intervenção sido satisfatória

PALAVRAS CHAVES: Abscesso Cerebral

ABSTRACT:

Brain abscess is a rare, extremely lethal infection. Mortality and morbidity have decreased with the advent of antibiotic therapy. In this article we report one case of endocranial complication of otitis that were diagnosed and treated in our department.

KEY WORDS: Cerebral Abscess.

Mahomed Sidique Dadá

Universidade Eduardo Mondlane,
Faculdade de Medicina
Departamento de Anatomia Humana:
Caixa postal: 257, Av. Salvador Allende 702
Maputo, Mozambique
Telf: 21325227/21428076
Telm: 00258823931252
E-mail: motiar786@yahoo.com

INTRODUÇÃO

Os avanços na área da imagiologia, o uso de antibióticos e o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas são factores que têm contribuído de forma significativa para a diminuição da morbimortalidade das complicações intracranianas otogénicas⁶ pelo que as complicações intracranianas otogénicas são raras².

A meningite é a complicação mais frequente, seguida de abscesso cerebral^{2, 4}.

A meningite otogénica e o abscesso cerebral muitas vezes estão associados o que torna o diagnóstico difícil⁴.

A mortalidade por abscesso cerebral continua à volta de 10%⁶.

Com excepção de uma pequena proporção de casos (cerca de 10%), na qual a infecção é introduzida de fora para dentro (fractura do crânio, intervenções cirúrgicas intracranianas), o abscesso cerebral é quase sempre secundário a um foco de supuração em qualquer parte da cabeça.

* Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico Maxilo Facial. Faculdade de Medicina, UEM - Hospital Central de Maputo.
** Serviço de Neurocirurgia. Faculdade de Medicina, UEM - Hospital Central de Maputo.

Aproximadamente 40% de todos os abscessos cerebrais são secundários a doença dos seios perinasais, ouvido médio e células mastóideas.

Nos abscessos com origem no ouvido médio, cerca de um terço localizam-se na parte antero lateral do hemisfério cerebelar e o restante localiza-se na porção média e inferior do lobo temporal acima do *tegmen timpani*.

Os seios perinasais mais frequentemente implicados são o frontal e o esfenóide e os abscessos derivados destes seios localizam-se nos lobos frontal e temporal, respectivamente¹.

Os abscessos otogénicos e rinogénicos alcançam o sistema nervoso:

- a) por extensão directa, na qual o osso do ouvido médio ou do seio perinatal se torna o foco de osteomielite, com inflamação subsequente e penetração das meninges por material infeccioso e criação de um trajecto supurativo no cérebro;
- b) por propagação ao longo das paredes dos vasos;
- c) por tromboflebite das veias da piamater e seios da duramater por tecido cerebral enfartado que torna mais vulnerável a invasão por material infeccioso¹.

Segundo Sanchez, citando Obana⁸, as manifestações cerebrais dependem da localização e tamanho da lesão, virulência do microorganismo e estado imunológico do hospedeiro.

A cefaleia é o sintoma inicial mais frequente.

Outros sintomas são sonolência, confusão, convulsões generalizadas ou focais, distúrbio focal motor e sensorial ou de fala¹.

Devido à inespecificidade das manifestações clínicas, o abscesso cerebral otogénico pode ser confundido com outras lesões neurológicas tais como meningite, empiema subdural, abscesso epidural, osteomielite do crânio, encefalite herpética, aneurisma micótico, enfarte ou hemorragia cerebral, trombose do seio cavernoso, tumores primários ou metástases do SNC e esclerose múltipla⁹.

A conduta integral no tratamento de um doente com abscesso cerebral otogénico usualmente requer a combinação de tratamento médico e cirúrgico.

O tratamento médico inclui o uso de agentes antimicrobianos e drogas destinadas a reduzir o edema cerebral e a tratar os sintomas⁹.

O tratamento cirúrgico consiste na aspiração do pús, exérese da lesão (tratamento neurocirúrgico), seguido de extirpação do foco primário (mastoidectomia radical) e supressão das lesões do ouvido médio⁷.

Os avanços na área da imagiologia, o uso de antibióticos e o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas são factores que têm contribuído de forma significativa para a diminuição da morbimortalidade das complicações intracranianas otogénicas⁶.

CASO CLÍNICO

Doente de 11 anos de idade, do sexo masculino, de raça negra, com história de otorreia unilateral direita com 6 meses de evolução.

Fez vários tratamentos no Centro de Saúde local, situado na zona rural, com amoxicilina, e penicilina procaina associados a lavagens do ouvido, sem registo de melhoria.

Dois meses depois começou com cefaleias, febre otalgia.

Esteve novamente no Centro de Saúde e foi medicado com antibióticos orais.

Duas semanas depois foi internado por otite média purulenta e sépsis, tendo tido alta 13 dias depois.

Uma semana depois teve agravamento do estado geral caracterizada por alteração do comportamento e convulsões, o que ditou a sua transferência para o Hospital Central de Maputo (HCM).

Na História pessoal pregressa há a referir otorreia unilateral direita até aos 4 anos de idade, altura em que o ouvido ficou seco.

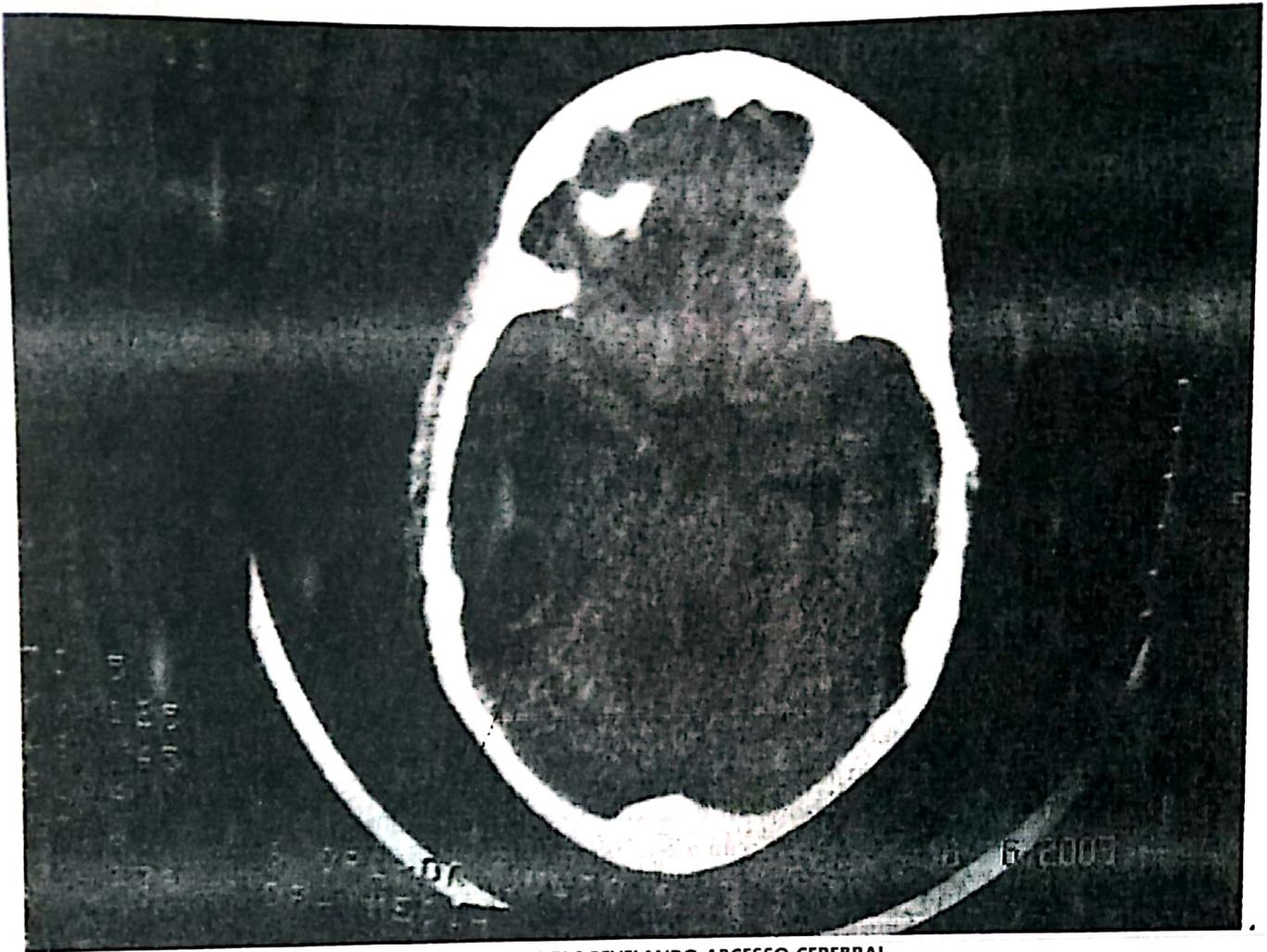


FOTO 1: IMAGEM DE TAC REVELANDO ABCESSO CEREBRAL.

O Exame Objectivo à entrada no Serviço de Urgência do HCM revelou: doente consciente (14/15 na Escala de Coma de Glasgow), muito queixoso, apirético, hidratado, mucosas coradas, com rigidez da nuca, sem dispneia e com otorreia, frequência cardíaca 148/minuto, frequência respiratória 24 ciclos por minuto.

Restante exame objectivo sem alterações de interesse clínico.

Os meios auxiliares de diagnóstico incluíam a pesquisa de plasmódio que foi negativa.

Foi internado no Serviço de Medicina com o diagnóstico de otite purulenta direita complicada com otomastoidite e meningite.

Iniciou Penicilina Cristalina 3000.000 U EV de 4/4 horas.

A TC cerebral revelou abscesso, tendo sido solicitada observação pelo médico otorrinolaringologista que detectou abundante pús no ouvido direito, sem cheiro, de cor amarelada e espesso.

Dor à palpação na região mastóideia direita e monoplegia do membro superior direito.

Foi transferido para o Serviço ORL e submetido a cirurgia conjunta com neurocirurgia: mastoidectomia radical e craniotomia com aspiração do abscesso cerebral.

Não houve crescimento bacteriano no pús extraído do abscesso cerebral.

O pós operatório foi satisfatório com tratamento médico (ampicilina, gentamicina e metronidazol, paracetamol e furosemida) e fisioterapia.

Posteriormente formou-se uma fistula retroauricular. A doente teve alta um mês depois com bom estado geral, sem sinais neurológicos focais e com a fistula retroauricular em vias de encerramento.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O abscesso cerebral otogénico implica a acumulação de pús no cérebro ou cerebelo após encefalite, causada por microorganismos piogénicos que se originam do processo inflamatório na cavidade do ouvido médio.

Trata-se de uma complicação otogénica severa, com elevada mortalidade.

Mesmo com as alternativas terapêuticas modernas, a mortalidade continua a ser alta, à volta de 40%³.

A introdução de antibioterapia resultou numa diminuição considerável da mortalidade.

O risco anual de abscesso otogénico está estimado em 1 por 1000 adultos com otite média crónica activa.

A incidência do abscesso é significativamente alta em certos grupos, isto é, 1 por 200 entre os 20 e 40 anos de idade³.

O diagnóstico do abscesso cerebral pelos métodos clínicos não é fácil, nem sempre seguro, porque ele frequentemente está acompanhado por formas severas de meningite e o

exame neurológico revela somente sinais meníngeos⁴.

No doente em estudo, o abscesso só foi detectado por tomografia computadorizada, num estágio avançado, quando a cápsula já estava completamente formada e já mostrava sinais focais.

Este caso tem interesse porque teve uma evolução silenciosa para abscesso cerebral.

Na fase activa da otite media crónica supurada, o paciente fez tratamento com antibiótico que muito provavelmente terão mascarado os sintomas iniciais de evolução da infecção intracraniana.

A cultura do pús foi estéril provavelmente pelo uso prévio de antibióticos.

Tomando em consideração tudo o que anteriormente foi exposto, concluímos:

- 1 Que é necessário uma estreita colaboração interdisciplinar (ORL, neurocirurgia, pediatra e radiologista) para que se consiga um diagnóstico precoce e consequentemente um bom prognóstico nos casos de abscesso cerebral⁶.
- 2 O diagnóstico de complicações intracranianas das otites requer um elevado grau de suspeita devido a sua escassa expressividade clínica e à sua infrequência⁵.
- 3 O médico deverá ter sempre em conta que a otite média crónica agudizada poderá complicar-se com uma infecção intracraniana.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Adams RD e Victor M: Principles of Neurology, Cap 32, Non viral infections of the nervous system, 5th edition. International Edition; 1993.
- 2 Almela Cortes R e Faubel Serra M: Intracranial complications of otogenic origin. A report of three cases. Acta Otorrinolaringol Esp 51 (5): 428-32, 2000.
- 3 Deric D, Arsovic N e Dordevic V: Pathogenesis and methods of treatment of otogenic brain abscess. Med Pregl 51(1-2): 51-5, 1998. (MEDLINE)
- 4 Deric D, Dordevic V e Durovic B: A quiet clinical course in an otogenic abscess. Med Pregl 52 (11-12): 505-7, 1999. (MEDLINE)
- 5 Gras Albert JR, Papi Zamora ML, Ubeda Munoz M e Lafarga Vazquez J: Complicaciones intracraneales de las otitis. Acta Otorrinolaringologia Espanhola, 52: 15-20; 2001.
- 6 Kaftan H e Draf W Intracranial otogenic complications: inspite of therapeutic progress still a serious problem. Laryngorhinootologie 79(10): 609-15; 2000. (MEDLINE)
- 7 Nestic V, Janosevic L, Stojicic G, Janosevic L, Babac S, Sladoje R: Brain abscesses of otogenic origin. Srp Arh Celok Lek.; 130(11-12): 389-93, 2002 (MEDLINE).
- 8 Obana WG, Britt RH, Placone RC, Stuart JS, Enzmann DR. Experimental brain abscess development in the chronically immunosuppressed host. Computerized tomographic and neuropathological correlations. J. Neurosurg, 1986;65:382-391 In: Sanchez J, Dell Brutto OH: Abscesos cerebrales piogenos. Rev. Ecuat. Neurol 6: 25-36, 1997.
- 9 Wispelwey B, Dacey R, Scheld M. Brain Abscess. In: Scheld M, Whitley R, Durack D, eds. Infections of the central nervous system, New York: Raven Press, 1991: 457-486 In: Sanchez J, Dell Brutto OH: Abscesos cerebrales piogenos. Rev. Ecuat. Neurol 6: 25-36, 1997.