

RESUMO

Paralisia de nervos cranianos secundária a otomastoidite: relato de caso

Lin J¹, Peruchi MM², Pacheco VF¹, Knihš V¹, Leal RDG¹, da Silva RJM^{1,2}, Grillo E^{1,2}

Introdução: A otomastoidite aguda ocorria em cerca de 20% dos casos de OMA antes do advento dos antibióticos. Hoje, é uma complicação incomum, com uma frequência de 0,2 a 2%. A paralisia dos nervos cranianos secundária a otomastoidite, por sua vez, ocorre em aproximadamente 0,02%. A paralisia dos nervos cranianos pode ocorrer por invasão direta dos microorganismos, por lesão isquêmica compressiva causada por material purulento ou ainda por demielinização direta causada por toxinas elaboradas pelas bactérias invasoras.^{1,3}

Objetivo: Relatar um caso incomum de paralisia de nervos cranianos devido a otomastoidite.

Material e Métodos: Relato de caso.

Relato do caso: Paciente de nove anos de idade, com atraso global do DPM, não progressivo, associado à microcefalia de etiologia não esclarecida, com envolvimento especialmente das funções mentais, moderado. Foi encaminhada por febre iniciada 7 dias antes, associada à otalgia. Nos últimos dias, otorréia à direita. Nas últimas 24 a 48 horas, queda do estado geral e uma crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Durante a internação apresentou febre e vômitos, evoluindo com piora do nível de consciência e estupor. Ao exame físico, otorréia abundante à D, depressão do nível de consciência, abrindo os olhos apenas à estimulação vigorosa, sinais meníngeos presentes, oftalmoplegia completa à direita, com midríase, paralisia facial periférica e xeroftalmia deste lado. Movia os 4 membros de maneira simétrica. Ao exame de tomografia computadorizada de crânio, apresentava velamento na mastóide e osso temporal à direita sem coleções, sem massas (Foto 1), com leve dilatação dos ventrículos laterais, não hipertensiva. Na

ressonância de crânio, sinais de mastoidite e leptomeningite envolvendo a face lateral direita do tronco encefálico, cerebelo e limites anatômicos das cisternas selar e supraselar (Foto 2)

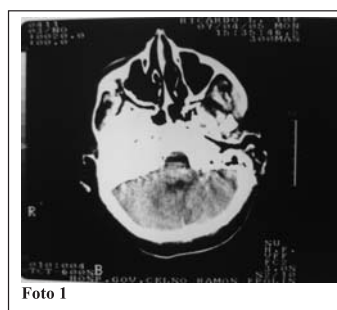


Foto 1

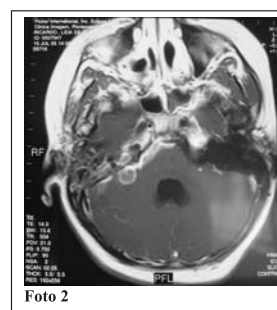


Foto 2

Discussão: As células aeradas da mastóide são espaços comunicantes do osso mastóide e que iniciam seu desenvolvimento perto dos 2 anos de idade.^{1,3}

A inflamação dos processos pneumáticos do osso temporal ocorre em associação com a otite aguda e subaguda (dentro de 30 dias) sendo denominada otomastoidite. Fisiopatologicamente, o trajeto do nervo facial perto do ouvido médio e da mastóide permite que processos inflamatórios dessas duas estruturas sejam transmitidas ao nervo levando a complicações neurológicas. Tais complicações neurológicas ocorrem devido ao fato de as paredes do canal facial serem delgadas na área do ouvido médio permitindo a continuidade do processo inflamatório, 55% dos canais possuem fenestrações que permitem a passagem de organismos e de produtos inflamatórios e a membrana mucosa do ouvido médio estar em contato com a membrana que recobre as células aeradas da mastóide, permitindo a disseminação de processos infecciosos.^{1,3}

Entre os microorganismos envolvidos, pode se destacar *Streptococcus sp.*, *Staphylococcus sp.*, *Hemophilus influenzae*, agentes anaeróbios, *Actinomyces* e tuber-

1. Hospital Infantil Joana de Gusmão - HJIG - Florianópolis - SC.
2. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC - Florianópolis - SC.

culose. Para o diagnóstico, além da história clínica e achados de exame físico a radiografia da mastóide pode mostrar graus variados de comprometimento da mastóide que variam desde o seu borramento até destruição óssea.^{1,3}

A tomografia computadorizada avalia o comprometimento intra e extra cerebral e a ressonância magnética permite um maior detalhamento das possíveis complicações. Quanto ao tratamento, devido ao amplo espectro de microorganismos associados a otomastoidite, a cultura de aspirado de ouvido médio deve ser obtida. Quanto a antibioticoterapia, são indicadas as cefalosporinas de terceira geração com boa penetração na barreira hematoencefálica e o uso concomitante de corticosteróides parece acelerar a resolução da otomastoidite e diminuir o edema epineural. O prognóstico da paralisia facial após tratamento antibiótico adequado é excelente com resolução ocorrendo em cerca de 3 a 6 semanas.^{1,3}

Em nosso caso, após o início de antibioticoterapia apro-

priada houve melhora clínica da paciente, não havendo necessidade de se realizar procedimento cirúrgico.

Conclusões: Apesar de ser rara hoje em dia, essa ainda é uma condição a ser considerada e evitada nos casos de mastoidite em especial nos pacientes mais susceptíveis.

Descritores: 1. *Mastoidite*;
2. *Nervos cranianos*.

Referências Bibliográficas

1. Gaio E, Marioni G, de Filippis C, Tregnaghi A, Caltran S, Staffieri A. Facial nerve paralysis secondary to acute otitis media in infants and children. *J Paediatr Child Health* 2004; 40(8):483-6.
2. Helms D. Otomastoiditis-related facial nerve palsy. *Emerg Med* 2003; 25(1):45-9.
3. Benecke Jr JE. Facial Paralysis. *Otolaryngol Clin N Am* 2002; 35:357-65.