

Otomastoidite: forma rara de tuberculose extra-pulmonar

Otomastoiditis: a rare form of extrapulmonary tuberculosis



Victória Spinola Duarte de Oliveira^{1*}
Raquel Cordeiro Mendes¹
Abimael Coutinho da Silva¹
Lucas de Souza Loureiro Abbud Santos¹
Yago Caetano de Sousa Almeida¹
Camila Rodrigues¹

¹ Instituto de Infectologia Emílio Ribas,
Infectologia - São Paulo - SP - Brasil.



Submetido: 20 agosto 2024

Aceito: 14 setembro 2024

Publicado: 1 novembro 2024

***Autor para correspondência:**

Victória Spinola Duarte de Oliveira
E-mail: victoriaspinola@hotmail.com

DOI: 10.5935/2764-734X.e20240946

RESUMO

Apesar de predominantemente associada a manifestações pulmonares, a otite média tuberculosa é uma manifestação clínica rara da disseminação extrapulmonar da infecção. Este relato de caso apresenta um paciente de 41 anos infectado por HIV/aids que, 10 dias depois de ter sido agredido fisicamente, evoluiu com otalgia, otorreia, tosse, dispneia e perda de peso. Foi admitido com sepse por foco pulmonar, todavia foi identificada a presença de *Mycobacterium tuberculosis* no escarro através de teste rápido molecular, já no segundo dia de internação. A tomografia computadorizada de crânio revelou mastoidite à direita (sem lesão óssea) e a secreção do ouvido também confirmou a etiologia tuberculosa. Houve boa resposta ao tratamento específico.

Descritores: Tuberculose Extrapulmonar; Otite Média Supurativa; Tuberculose Pulmonar; Mastoidite; Relato de Caso.

ABSTRACT

Although predominantly associated with pulmonary manifestations, tuberculous otitis media is a rare clinical manifestation of extrapulmonary dissemination. This case report presents a 41-year-old patient with HIV/AIDS who developed otalgia, otorrhea, cough, and dyspnea 10 days after being physically assaulted. He was admitted with pulmonary sepsis, and the presence of *Mycobacterium tuberculosis* in his sputum was identified by rapid molecular testing on the second day of hospitalization. A computed tomography (CT) scan of the skull revealed mastoiditis on the right (no bone lesion), and ear secretion also confirmed the tuberculous etiology. The patient satisfactorily responded to the specific treatment.

Headings: Tuberculosis, Extrapulmonary; Otitis Media with Effusion; Tuberculosis, Pulmonary; Mastoiditis; Case Reports.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), enfermidade infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, persiste como uma das principais ameaças à saúde no Brasil e no mundo¹⁻³. Embora predominantemente associada a manifestações pulmonares, a tuberculose apresenta capacidade de disseminação para outros sistemas orgânicos, sendo a Otite Média Tuberculosa (OMT) uma expressão rara das formas extrapulmonares da infecção^{4,5}. A OMT, por outro lado, representa uma porcentagem entre 0,05% e 0,9% dos casos de otite media crônica⁵, levando frequentemente a diagnósticos tardios por ser pouco lembrada como hipótese diagnóstica diferencial^{4,6-8}.

A literatura médica sobre a OMT em adultos é escassa, composta principalmente por relatos de casos isolados ou séries limitadas⁹. Este relato de caso tem como objetivo não apenas apresentar um

exemplo clínico de OMT em um paciente adulto, mas também contextualizar essa manifestação rara dentro do amplo espectro da tuberculose extrapulmonar.

RELATO DO CASO

Homem de 41 anos procurou atendimento médico de urgência com história de há 10 dias ter sofrido agressão física por meio de força corporal em ambos os ouvidos, seguida de otalgia e saída de secreção purulenta pelo ouvido direito, associada a hiporexia. Depois de seis dias iniciou quadro de tosse produtiva e dispneia, febre não aferida e náuseas, sendo que na véspera da internação apresentou um episódio de “convulsão” (sic). Referiu ainda perda de 20kg nos últimos dois meses.

O paciente sabia ser portador do HIV desde 2014, porém negava quaisquer infecções oportunistas prévias ou internações, apesar de ser pouco aderente à terapia antirretroviral. Na admissão, apresentava-se em regular estado geral, hipotenso e taquicárdico, abrindo-se de imediato o protocolo assistencial para atendimento à sepse com antibioticoterapia dirigida para foco pulmonar (ceftriaxone). O paciente foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para suporte ventilatório e hemodinâmico, ocasião em que fez uso de máscara não reinalante e drogas vasoativas, sem necessidade de ventilação invasiva. Devido ao quadro respiratório e história de convulsões, foi encaminhado para realização de tomografias computadorizadas (TC) de crânio e tórax. A TC de crânio revelou sinais de mastoidite à direita (Figuras 1 e 2) sem erosão óssea, sendo afastada a hipótese de meningoencefalite pela análise normal do líquido cefalorraquidiano. A TC de tórax, por sua vez, revelou opacidades em vidro-fosco e outras com padrão de “árvore em brotamento” bilaterais, além de espessamento brônquico e áreas consolidativas mais acentuadas no pulmão direito, destacando-se uma pequena cavidade de permeio no lobo médio. Diante do quadro pulmonar e do antecedente de tratamento irregular da infecção pelo HIV, procedeu-se à coleta de escarro cujo teste molecular rápido (TRM) para *Mycobacterium tuberculosis* foi positivo, sensível à rifampicina.

O tratamento específico com rifampicina, isoniazida, piridoxina e etambutol (RIPE) foi iniciado no 3º dia de internação, mantendo-se a ceftriaxona por mais 9 dias. Evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta da UTI no 5º dia de internação, já sem as drogas vasoativas e a suplementação de oxigênio, todavia persistindo ainda com a otorreia. Solicitada avaliação da equipe de otorrinolaringologia (ORL), foi realizada

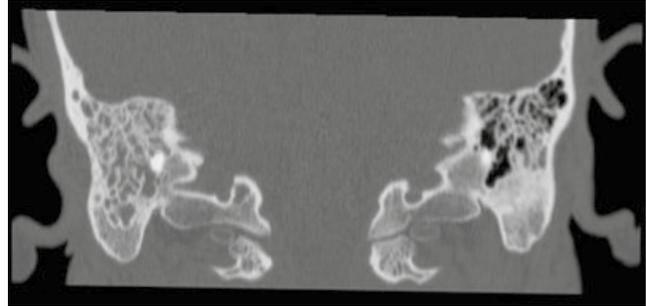


Figura 1. Tomografia computadorizada de mastoides - corte coronal. Mastoidite não colesteatomatosa à direita, sem erosão óssea.

coleta de secreção do ouvido direito, cujo TRM para *M. tuberculosis* também foi positivo, rifampicina sensível. No 15º dia de internação (12º dia de tratamento com RIPE) recebeu alta hospitalar (já sem otalgia e sem otorreia) para acompanhamento especializado com a ORL (dentre outros, para avaliação audiológica) e a infectologia, além de ser encaminhado para Unidade Básica de Saúde para receber tratamento supervisionado da tuberculose (a princípio pelo período habitual de seis meses, a depender da evolução clínica). Os resultados laboratoriais disponíveis somente após a alta hospitalar incluíram a contagem sérica de células CD4 de 20/ μ L e a carga viral de 90.054 cópias/ml (exames coletados na admissão) e o crescimento de *Mycobacterium tuberculosis* na cultura do escarro, porém não da secreção do ouvido (houve contaminação), nem do líquido (cultura negativa).

DISCUSSÃO

A análise deste caso nos oferece alguns ensinamentos valiosos sobre a apresentação clínica atípica e a hipótese diagnóstica despistada pela história de trauma recente. A agressão física precedendo a otalgia e a otorreia purulenta conduziu o raciocínio clínico a favor de uma infecção bacteriana inespecífica como a primeira hipótese diagnóstica, eventualmente até associada a alguma lesão óssea de maior gravidade. Diante da mastoidite visualizada na tomografia de crânio (sem a identificação de fraturas) e o diagnóstico confirmado de tuberculose pulmonar num paciente HIV-positivo, entretanto, a tuberculose extrapulmonar desponta como uma possível complicação do trauma, tal como já previamente descrita em relação à região auricular, ainda que rara⁷. Vale ressaltar que a tríade clássica da OMT é a otorreia indolor, perfurações múltiplas da membrana timpânica e a paralisia facial^{4,7-9}, sendo que o nosso paciente apresentou apenas a otorreia, contudo dolorosa.

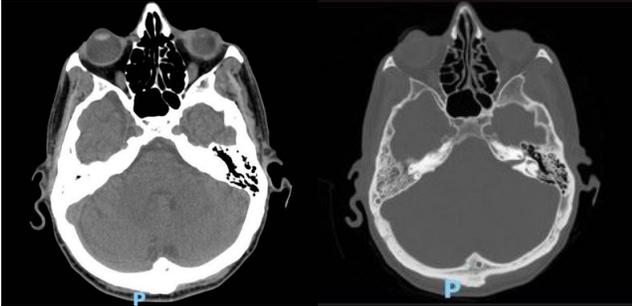


Figura 2. A e B. Tomografia Computadorizada de Mastoides – cortes axiais. Velamento de mastoides à direita.

A TC revelou sinais de mastoidite consistente com os achados radiológicos de casos semelhantes^{3,6,9,10}. A otomastoidite é a infecção supurativa das células da mastoide que geralmente ocorre como consequência da otite média aguda e pode levar a complicações como disfunções auditivas, paralisia do nervo facial, tromboflebitas, labirintite, osteomielite, abscessos cerebrais, meningite, sepse e órbita⁸⁻¹⁰. Neste contexto, a otomastoidite tuberculosa pode apresentar sinais e sintomas semelhantes à otite média não tuberculosa, fato que comumente atrasa o diagnóstico.

Uma complicação possível da OMT é a perda auditiva progressiva decorrente de perfurações na membrana timpânica, a qual geralmente é discreta no início do quadro e acaba por ser subestimada^{2,10,11}. O caso aqui relatado felizmente evoluiu de forma satisfatória e com evidente boa resposta ao tratamento específico (RIPE), sendo, todavia, encaminhado para seguimento especializado com a equipe de ORL.

O tratamento medicamentoso habitual para a tuberculose (RIPE) é suficiente para a maioria dos casos de OMT. A sensibilidade à rifampicina (tal como detectada pelos testes de biologia molecular realizados no nosso paciente) infere maior adesão e melhor prognóstico ao caso². Uma eventual abordagem cirúrgica, entretanto, merece ser considerada nas seguintes indicações: para obter uma amostra histológica com finalidade diagnóstica, para drenagem de um abscesso subperiosteal, para a remoção de sequestro ósseo e, em casos selecionados, para a decompressão do nervo facial⁶.

CONCLUSÃO

Este caso ilustra a importância de se incluir a otomastoidite tuberculosa nas hipóteses diagnósticas de uma otite média em paciente imunossuprimido, mesmo diante de uma causa evidente (trauma, por exemplo) e independente da sua resposta ao tratamento inespecífico. Neste contexto, vale ressaltar

que a abordagem multidisciplinar e a concomitância do diagnóstico de tuberculose pulmonar no nosso paciente certamente contribuíram para o seu desfecho bem sucedido.

“Este relato de caso goza de uma declaração oficial de sua instituição de origem com a devida ciência e aprovação ética, além de ter sido submetido à revisão por pares antes da sua publicação. Os autores declaram não haver nenhum tipo de patrocínio ou conflito de interesses. Vale ressaltar que os relatos de caso são um valioso recurso de aprendizado para a comunidade científica, mas não devem ser utilizados isoladamente para guiar opções diagnósticas ou terapêuticas na prática clínica ou em políticas de saúde. Este é um artigo de livre acesso, distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License (CC-BY), os quais permitem acesso imediato e gratuito ao trabalho e autoriza qualquer usuário a ler, baixar eletronicamente, copiar, distribuir, imprimir, procurar, estabelecer um link para indexação, ou utilizá-lo para qualquer outro propósito legal, sem solicitar permissão prévia à Editora ou ao autor, desde que a origem de sua publicação e autoria sejam devidamente citadas.”

REFERÊNCIAS

1. WorldHealthOrganization(WHO). Global tuberculosis report 2023 [Internet]. Geneva: WHO; 2023; [acesso em 2024 Mai 25]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>
2. Pai KK, Omiunu AO, Peddu DK, Au VH, Baredes S, Jyung RW, et al. Tuberculosis of the middle ear: a systematic review. *Am J Otolaryngol.* 2022;43(5):103571. DOI: 10.1016/j.amjoto.2022.103571
3. Cao T, Liu X, Yang C, Mei C, Ou J, Du R. Multidrug-resistant tuberculosis in middle ear: a case report. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis.* 2023;31:100355. DOI: 10.1016/j.jctube.2023.100355
4. Deenadayal DS, Kumar BN, Bommakanti V, Sameeri KL. Tuberculous otitis media - a rare entity or a missed diagnosis. *Int J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;5(02):65. DOI: 10.4236/ijohns.2016.52011
5. Sens PM, Almeida CI, Valle LO, Costa LH, Angeli ML. Tuberculosis of the ear, a professional disease? *Braz J Otorhinolaryngol.* 2008;74(4):621-7. DOI: 10.1016/s1808-8694(15)30614-5
6. Saunders NC, Albert DM. Tuberculous mastoiditis: When is surgery indicated? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2002;65(1):59-63. DOI: 10.1016/s0165-5876(02)00121-0
7. Singh A, Irugu DV, Verma H, Thakar A. Atypical presentation of aural tuberculosis with complication. *BMJ Case Rep.* 2018;2018:bcr-2017-222482. DOI: 10.1136/bcr-2017-222482
8. Dale OT, Clarke AR, Drysdale AJ. Challenges encountered in the diagnosis of tuberculous otitis media: case report and literature review. *J Laryngol Otol.* 2011;125(7):738-40. DOI: 10.1017/S0022215111000971

9. Sebastian SK, Singhal A, Sharma A, Doloi P. Tuberculous otitis media - series of 10 cases. *J Otolaryngol.* 2020;15(3):95-8. DOI: 10.1016/j.joto.2019.12.001
10. Salata TM, Ribeiro BN, Muniz BC, Antunes LO, Rosas HB, Marchiori E. Distúrbios da audição - achados na tomografia computadorizada e ressonância magnética: ensaio iconográfico. *Radiol Bras.* 2018;52:54-9. DOI: 10.1590/0100-3984.2016.0213
11. Rubio JMD, Alarcon AV, Palma DM, Vales O, Hinojosa R, Morales DJ, et al. Neuro-otologic manifestations of tuberculosis: "the great imitator." *Am J Otolaryngol.* 2015;36(3):467-71. DOI: 10.1016/j.amjoto.2015.01.018