



---

## RELATO DE CASO

---

# *Tromboflebite do seio lateral e abscesso cervical como complicação de otite média crônica*

*Lateral sinus thrombophlebitis and cervical abscess  
as a complication of chronic otitis media*

Moacyr Saffer<sup>1</sup>, José F. Lubianca Neto<sup>2</sup>, Jaime L.F. Arrarte<sup>3</sup>,  
Carlos A. Brinckmann<sup>3</sup>, Patrícia Ferreira<sup>4</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Chamar a atenção para duas complicações raras de otite média crônica colesteatomatosa.

**Métodos:** É descrito um caso de duas complicações simultâneas de colesteatoma (Tromboflebite de Seio Lateral e Abscesso Cervical de Bezold) em um menino de 7 anos, sendo, posteriormente, feita uma revisão da literatura mundial a respeito das mesmas.

**Resultados:** Um paciente masculino, branco, de 7 anos foi encaminhado para avaliação por apresentar febre alta, obnubilação, massa cervical e otorrêa, não responsivo à tratamento clínico, com a hipótese diagnóstica de parotidite infecciosa. O exame clínico e o estudo radiológico demonstraram tromboflebite de seio lateral e abscesso cervical secundários à colesteatoma em ouvido direito. Após ser submetido à cirurgia e antibioticoterapia endovenosa prolongada, o paciente apresentou boa evolução, com baixa morbidade.

**Conclusão:** Apesar da incidência das complicações por otites ter diminuído nas últimas décadas, elas ainda constituem um desafio para o clínico, especialmente por se apresentarem de maneira insidiosa, geralmente, mascaradas pelo uso indiscriminado de antibióticos.

*J. pediatr. (Rio J.). 1997; 73(4):269-272: otite média supurativa, tromboflebite do seio lateral.*

### Introdução

Classicamente, as otites médias crônicas supurativas se dividem em não-colesteatomatosas e colesteatomatosas. Embora menos frequentes, as otites médias crônicas colesteatomatosas (OMCC) apresentam um risco maior de complicações devido ao seu caráter invasivo, especialmente em crianças. Essas complicações são divididas didaticamente

### Abstract

**Objective:** To focus on two rare complications of cholesteatomatous chronic otitis media

**Methods:** A case of two simultaneous complications of cholesteatoma (lateral sinus thrombophlebitis and Bezold's cervical abscess) in a 7 year-old boy is reported. Thereafter, a review of the international literature about both complications is carried out.

**Results:** A 7 year-old white male patient was referred for assesment with high fever, obnubilation, cervical mass and otorrhea, being non-responsive to the clinic treatment, with the diagnostic hypothesis of infectious parotitis. The clinical examination and radiologic study demonstrated lateral sinus thrombophlebitis and cervical abscess due to cholesteatoma in the right ear. After being submitted to surgery and prolonged intravenous antibiotic therapy, the patient presented a favorable outcome, with little morbidity.

**Conclusion:** Despite the incidence of complications of otitis had decreased in the last decades, they are still a challenge for the clinician, especially because of the insidious manner of presentation, usually hidden with the indiscriminate use of antibiotics.

*J. pediatr. (Rio J.). 1997; 73(4):269-272: suppurative otitis media, lateral sinus thrombophlebitis.*

mente em temporais e extratemporais. As complicações extratemporais ainda se subdividem em intracranianas e extracranianas.

A incidência das complicações intracranianas, assim como da tromboflebite do seio lateral (TSL), diminuiu significativamente desde o advento do agentes antimicrobianos nas décadas de 30 e 40. Entretanto, com a administração desses agentes na fase inicial das otites e mastoidites, houve uma modificação no quadro clínico dessas complicações, que, apesar de raras em países desenvolvidos, ainda aparecem em número significativo em países em desenvolvimento<sup>1,2</sup>. Nas séries estudadas, a TSL está presente em 5 a 18,3% das complicações intracranianas por otite<sup>3-7</sup>. Apenas em uma série brasileira é que ela foi a complicação mais frequente<sup>8</sup>.

- 
1. Professor Titular da Disciplina de Otorrinolaringologia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA).
  2. Professor Auxiliar da Disciplina de Otorrinolaringologia da FFFCMPA.
  3. Médicos Residentes do Serviço de Otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre (CHSCPA).
  4. Doutoranda do 6º ano de Medicina da FFFCMPA.

Instituição: Serviço de Otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

No presente artigo, os autores fazem o relato de um caso de otite média crônica colesteatomatosa em uma criança que apresentou, simultaneamente, uma complicação intracraniana (tromboflebite de seio lateral) e uma extracraniana (abscesso cervical de Bezold) e revisam a literatura sobre o tema.

### Relato de Caso

V.L.P., 7 anos, masculino, branco, procedente de Taquara/RS. Apresentava uma história de otorrêa crônica fétida intermitente em ambos os ouvidos, principalmente à direita, associada à hipoacusia há 3 anos. Nunca procurou assistência médica para elucidação desses sintomas.

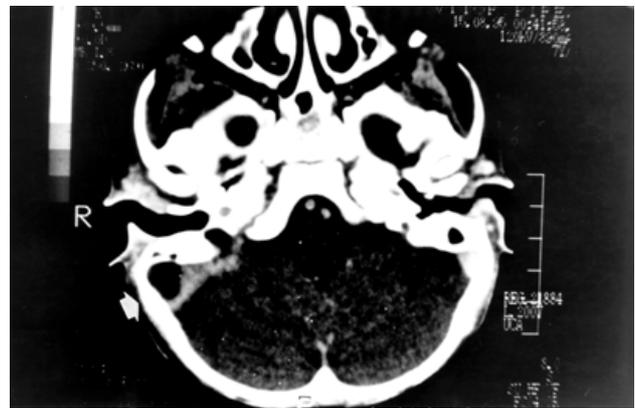
Procurou um hospital de sua cidade com vômitos, febre (39° C) e aumento progressivo de região cervical direita. A mãe relata que inicialmente o abaulamento era em região retroauricular direita (mastóide). Negava otorrêa na época. Foi internado nesse mesmo hospital, com diagnóstico de parotidite infecciosa, sendo iniciada a antibioticoterapia intravenosa com ampicilina e cloranfenicol. Realizou uma punção lombar, que foi normal, e um hemograma, que demonstrou leucocitose, sem desvio à esquerda. Após 9 dias de tratamento, não apresentou alteração no quadro clínico. Foi suspensa a ampicilina, associada a oxacilina ao esquema e, posteriormente, contatado o serviço de otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre para transferência.

Na admissão, o paciente apresentava-se febril, sonolento, prostrado, anorético e com vômitos ocasionais. No exame físico, a região retroauricular direita encontrava-se normal; entretanto, havia um aumento de volume em região cervical direita, abaixo do ângulo da mandíbula e ao longo do músculo esternocleidomastoídeo, com cerca de 5 cm de diâmetro (Figura 1). Na otoscopia, apresentava otorrêa mucopurulenta bilateralmente, com presença de tecido de granulação e descamação epitelial de aspecto perolado. Foi



**Figura 1** - Abaulamento cervical em região cervical causado pelo abscesso de Bezold (seta)

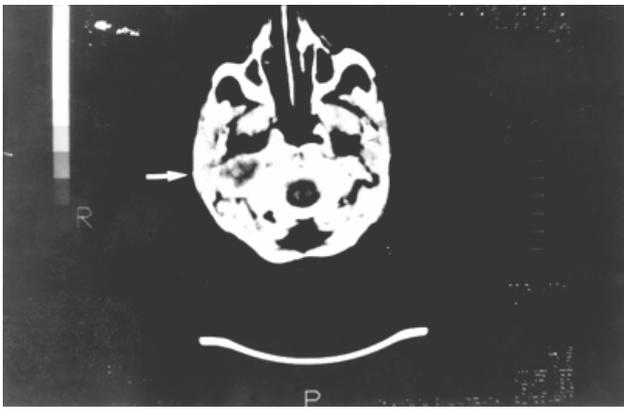
estabelecido o diagnóstico de otite média crônica colesteatomatosa. Em nenhum ouvido conseguiu-se identificar membrana timpânica ou estruturas do ouvido médio. O fundo de olho era normal. Suspeitando-se de complicação intracraniana, iniciou-se com a ceftriaxona e a amicacina em substituição da oxacilina e do cloranfenicol, e solicitou-se tomografia computadorizada de osso temporal e de região cervical. O estudo tomográfico evidenciou tromboflebite de seio lateral à direita, com diminuição de aeração de células mastóideas ipsilaterais e coleção líquida em região parafaríngea direita (Figuras 2 e 3).



**Figura 2** - Tomografia computadorizada do osso temporal, em corte axial, evidenciando "Sinal Delta", que é ocasionado pela inflamação dos tecidos moles circunstantes à dura que reveste o seio lateral, impregnando-se com o contraste (seta)

No 3° dia de internação, o paciente foi submetido a uma mastoidectomia radical em ouvido direito. Durante a cirurgia, observou-se presença de tecido de granulação em abundância no córtex da mastóide. O seio transversal foi aberto e os coágulos removidos. Notou-se uma fistula na ponta da mastóide, de onde fluía grande quantidade de secreção purulenta, especialmente ao realizar-se a compressão do abaulamento cervical. Foram aspirados cerca de 30 ml de secreção, enviados para estudo bacteriológico. Realizou-se, a seguir, a drenagem externa do abscesso cervical através de uma incisão no pescoço, de aproximadamente 4 cm, ao longo da borda anterior do músculo esternocleidomastoídeo. Por divulsão romba, identificou-se a veia jugular interna a qual apresentava aspecto normal. No sítio do abscesso deixou-se um dreno de Sump modificado. O dreno foi suturado no subcutâneo e a pele foi levemente aproximada com fios inabsorvíveis.

No pós-operatório imediato, o paciente apresentou melhora do estado geral, com diminuição da febre e aumento do apetite. Neste momento, modificou-se o esquema antibiótico para a vancomicina e o metronidazol associado à ceftriaxona, suspendendo-se a amicacina, conforme con-



**Figura 3** - Tomografia computadorizada de região cervical, em corte axial, demonstrando coleção líquida parafaríngea (seta)

sultoria com equipe neurocirúrgica, que utiliza essas drogas como rotina para esse tipo de complicação intracraniana. Optou-se pela modificação principalmente pela gravidade do caso, além de não haver na ocasião resultado dos estudos bacteriológicos. Instituíram-se lavagens periódicas com cerca de 60 ml de soro fisiológico, seguidas de aspiração, através do dreno de Sump.

No 14º dia de internação, sob anestesia geral, retirou-se o dreno de Sump e realizou-se limpeza da cavidade mastóide no ouvido direito. O esquema antibiótico anterior continuou prescrito. O estudo bacteriológico demonstrou flora bacteriana mista, porém não houve crescimento de bactérias nas culturas.

No 30º dia de internação, o paciente recebeu alta hospitalar, em bom estado geral, sem nenhum déficit neurológico aparente.

Atualmente, o paciente encontra-se em acompanhamento periódico ambulatorial, sem sinais aparentes de recidiva da doença. Neste ínterim, realizou mastoidectomia radical no ouvido esquerdo também devido à otite média crônica colesteatomatosa. Apresenta, no momento, hipoacusia mista de 30 dB à direita e condutiva de 25 dB à esquerda.

### Discussão

Anatomicamente, os seios venosos da dura-máter (transverso e sigmóide) estão próximos da cortical do osso temporal. Com o processo inflamatório ocasionado por otite média bacteriana, uma área inicialmente localizada de flebite pode desenvolver um trombo mural, ocluindo o lúmen desses seios. Essa trombose pode ser em consequência de erosão direta do osso pela doença ou por contigüidade da infecção através de veias tributárias<sup>9-11</sup>.

A sintomatologia da TSL é caracterizada por mau estado geral, cefaléia, meningismo, febre em picos, náuseas, vômitos e otalgia. Sintomas menos freqüentes (que

sugerem extensão da trombose) incluem proptose, oftalmoplegia e dor retro-orbitária. Nestes casos, pode-se encontrar papiledema. O edema perivenoso pode causar parestesia de nervos cranianos, especialmente IX, X e XI pares<sup>2-14</sup>.

A hipótese diagnóstica de TSL deve ser confirmada por exames de imagens. A tomografia computadorizada (TC) com contraste pode sugerir fortemente o diagnóstico<sup>5,15,16</sup>. Um achado característico é a presença do "Sinal Delta" (vide Figura 2). A angiografia em fase venosa, a ressonância magnética e a angiografia com subtração digital são testes mais sensíveis para o diagnóstico de TSL comparados à TC, pois nesta última, a proximidade de estruturas ósseas pode causar artefatos (efeito parcial de volume)<sup>9</sup>. Infelizmente, esses métodos ainda apresentam pouca disponibilidade no nosso meio.

O diagnóstico de TSL implica antibioticoterapia intravenosa. Antes, o agente responsável mais freqüente era o *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico. Atualmente, os isolados bacterianos incluem *Staphylococcus*, *Streptococcus* aeróbios e anaeróbios, anaeróbios do trato respiratório superior (*Fusobacterium* e Bacterioides), *Proteus sp*, *E.coli* e *Pseudomonas aeruginosa*<sup>5,7,9,17</sup>. Os antimicrobianos escolhidos devem cobrir estes agentes e ter boa penetração na barreira hemato-encefálica<sup>9</sup>.

A cirurgia do colesteatoma deve ser realizada assim que possível, consistindo, preferencialmente, em uma mastoidectomia radical, retirando o máximo de doença eventualmente presente no córtex da mastóide. O seio sigmóide deve ser esqueletizado e puncionado com agulha grossa. Caso a punção seja negativa, o seio pode ser aberto para a retirada de trombos<sup>3-6,9,10,15,16</sup>.

Ainda em relação ao tratamento, há duas condutas a serem discutidas. A primeira é em relação à anticoagulação com heparina. Alguns autores advogam sua indicação para evitar extensão da trombose para a veia jugular interna (VJI) e suas confluentes e/ou embolia séptica. Contudo, há poucos casos de embolia séptica descritos e, na maioria dos casos de TSL, a doença foi controlada com a cirurgia e a antibioticoterapia, limitando a experiência com o uso de anticoagulantes<sup>5,9,13,20</sup>. A segunda controvérsia é em relação à ligadura da VJI, onde as indicações atuais recaem sobre aqueles casos extremos, não responsivos ao tratamento ou com embolização comprovada<sup>5,20</sup>. Entretanto, paradoxalmente, em uma série, já foi relatado aumento da incidência de embolização com a ligadura da VJI<sup>9</sup>.

A outra complicação simultânea apresentada por nosso paciente foi o abscesso cervical de Bezold. É interessante notar que a definição inicialmente feita por Fiederich Bezold, em 1881, referia fístula purulenta da mastóide ao longo do músculo digástrico até o mento, preenchendo a fossa retromaxilar e se estendendo ao longo do trajeto da artéria occipital. Atualmente se considera o abscesso de Bezold drenando para a intimidade da bainha do músculo esternocleidomastoídeo, a partir de uma fístula na ponta da mastóide<sup>21</sup>.

Com a era antibiótica, semelhante ao que houve com as complicações intracranianas otogênicas, houve mudanças na história natural dos abscessos cervicais profundos, principalmente em relação a incidência, porta de entrada, agentes etiológicos e manifestações clínicas<sup>22-24</sup>. Recomenda-se tomografia computadorizada para localização precisa do abscesso devido à variabilidade de trajetos de drenagem purulenta possíveis no pescoço<sup>21</sup>.

Em relação ao tratamento, preconiza-se antibioticoterapia de amplo espectro e drenagem cirúrgica imediata. Com o edema de partes moles devido à inflamação, pode haver distorções da anatomia cervical. Neste caso, pode-se utilizar referências musculares ou ósseas. A usada neste caso foi a borda anterior do músculo esternocleidomastoídeo. Pode-se realizar uma incisão ao longo desta borda e, por dissecação roma, localizar o abscesso<sup>21</sup>. Neste caso, optou-se por deixar um dreno de Sump, que permite realizar irrigações e aspirações periódicas com soluções salinas, além de permitir uma permanência por tempo mais prolongado no local<sup>25</sup>.

Devemos ressaltar que a abordagem multidisciplinar destas complicações é essencial, tanto no papel do pediatra para o seu diagnóstico precoce como no papel do otologista e do neurocirurgião para o tratamento correto, tentando evitar a sua alta morbi-mortalidade.

### Conclusão

Apesar do número absoluto de complicações por otite média ter diminuído drasticamente após a utilização global de antibióticos, ela ainda representa um desafio para os clínicos. O uso prévio de antibióticos pode mascarar uma eventual complicação e tornar o seu diagnóstico mais difícil. Nos casos em que se suspeite de complicações otogênicas, o estudo tomográfico é indispensável e, conforme o caso, o tratamento cirúrgico deve ser efetuado tão cedo haja estabilização do paciente.

### Referências bibliográficas

1. Teichgraeber JF, Per-Lee JH, Turner JS. Lateral sinus thrombosis: a modern perspective. *Laryngoscope* 1982; 92: 744-51.
2. Berman S. Otitis media in developing countries. *Pediatrics* 1995; 96: 126-31.
3. Samuel J, Fernandes, CM, Steinberg JL. Intracranial otogenic complications: a persisting problem. *Laryngoscope* 1986; 93: 272-78.
4. Gower D, McGuirt WF. Intracranial complications of acute and chronic infectious ear disease: a problem still us. *Laryngoscope* 1983; 93: 1028-33.
5. Lubianca Neto JF, Sant'Anna GD, Saffer M. Complicações intracranianas das otites médias crônicas supurativas: uma realidade. *J Bras Neurocirurg* 1995; 6: 08-14.
6. Lubianca Neto JF, Vieira LFB, Dall'Iga C, Linden A. Otite média supurativa e tromboflebite do seio lateral: Relato de um caso e revisão bibliográfica. *Rev Bras ORL* 1994; 60: 236-39.

7. Kangsanarak, J, Navacharoen N, Foonant S, Ruckphaopunt K. Intracranial complications of suppurative otitis media: 13 years' experience. *Am J Otol* 1995; 16: 104-09.
8. Miniti A, Mion D, Paiva LJ, Almeida SC. Complicações endocranianas das otomastoidites. *Rev Bras ORL* 1966; 34: 35-38.
9. Garcia RD, Baker AS, Cunningham MJ, Weber A. Lateral sinus thrombosis associated with otitis media and mastoiditis in children. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 617-23.
10. Leiberman A, Lupu L, Landsberg R, Fliss DM. Unusual Complications of otitis media. *Am J Otolaryngol* 1994; 15: 444-48.
11. Munz M, Farmer JP, Auger L, O'Gorman AM, Schloss, MD. Otitis media and CNS complications. *J Otolaryngol* 1992; 21: 224-26.
12. Haddad J. Treatment of acute otitis media and its complications. *Otolaryngol Clin North Am* 1994; 27: 431-41.
13. Teichgraeber JF, Per-Lee JH, Turner JS. Lateral sinus thrombosis: a modern perspective. *Laryngoscope* 1982; 92: 744-51.
14. Surkin MI, Kessler SM, Green RP, Lucente FE. Subclavian vein thrombosis secondary to chronic otitis media: a case report. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1983; 92: 45-48.
15. Fliss DM, Leiberman A, Dagan R. Medical sequelae and complications of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13: 34-40.
16. Venezia FR, Naidich TP, Shulman ST. Complications of mastoiditis with special emphasis on venous sinus thrombosis. *J Pediatr* 1982; 101: 509-13.
17. Spingarn AT, Isaacs RS, Levenson MJ. Complications of acute streptococcal otitis media: a resurgence. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 111: 644-46.
18. Poole MD. Otitis media complications and treatment failures: implications of pneumococcal resistance. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 23-26.
19. Hoppe JE, Köster S, Bootz F, Niethammer D. Acute mastoiditis: relevant once again. *Infection* 1994; 22: 178-82.
20. Seid AB, Sellars SL. The management of otogenic lateral sinus disease at Groote Schuur Hospital. *Laryngoscope* 1973; 83: 397-403.
21. Gaffney RJ, O'Dwyer TP, Maguire AJ. Bezold's abscess. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 765-66.
22. Beck AL. The influence of the chemotherapeutic and antibiotic drugs on the incidence and course of deep neck infections. *Ann of Otol Rhinol Laryngol* 1952; 61: 515-32.
23. Levit GW. The surgical treatment of deep neck infections. *Laryngoscope* 1971; 81: 403-11.
24. Wright NL. Cervical infections. *Am J Surg* 1967; 113: 379-86.
25. Mulvihill SJ, Pellegrini CA. Postoperative care. In: Way LW, ed. *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. 10<sup>a</sup> ed. East Norwalk: Appleton & Lange, 1994. p.15-23.

Endereço para correspondência:

Dr. Jaime Luís Freitas Arrarte

Rua Miguel Couto, 172/305

Bairro Menino Deus - CEP 90850-050 - Porto Alegre - RS

Fone: (051) 231.7541

e-mail: arrarte@santacasa.tche.br