

Introdução

As otites podem ser classificadas como otite externa ou otite média. A otite externa apresenta-se com sintomas como: otalgia, otorreia, prurido, perda de audição e história de exposição a água. Tem como principais agentes etiológicos a *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*, no entanto, embora menos frequente, pode ser decorrente de infecções por *Proteus* spp, *Staphylococcus epidermidis*, difteróides, *Escherichia coli* e fungos. No último caso são classificadas como otomicoses e como características diagnósticas, além dos sintomas já citados, cursam com ausência de resposta ao uso de antibióticos tópicos, presença de elementos fúngicos ao exame físico e quando investigado, preparação positiva com KOH ou identificação em cultura para fungos. Apesar de corresponder cerca de 10% das otites externas, as infecções fúngicas são causadas mais frequentemente por espécies de *Aspergillus* em 80% dos casos. Pacientes com diabetes mellitus ou outros estados de imunossupressão são mais suscetíveis a otomicoses. O tratamento das otomicoses consiste em limpeza e debridamento do canal auditivo externo, acidificando o canal e administrando agentes antifúngicos.

Por outro lado, a otite média é categorizada como otite média aguda (OMA) causada principalmente por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, e *Branhamella (moraxella) catarrhalis* e otite média com efusão (OME). A OME é definida pela presença de efusão de ouvido médio por pelo menos 3 meses e tem patógenos similares a OMA.

Relato de caso

CGA, 30 anos, enfermeira, sem co-morbidades prévias. Refere otite de repetição na infância com realização de timpanotomia com tubo de ventilação aos 8 anos de idade. Desde então sem novos episódios de infecção local.

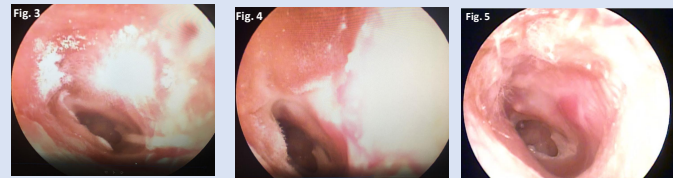
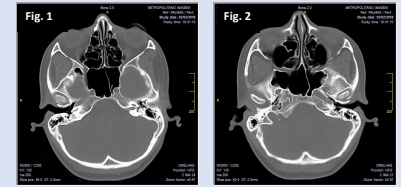
Em setembro/2017, frequentou parque aquático evoluindo com quadro sugestivo de otite médica crônica supurada sendo iniciado ciprofloxacino e corticoide tópico. Reiniciou saída de secreção dois dias antes de procurar assistência em nosso serviço em Dez/2017. Nesta ocasião apresentava perfuração timpânica e história de infecção de repetição com otorreia. Ao exame verificada perfuração timpânica bilateral e otorreia a esquerda. Mantido ciprofloxacino tópico em associação com hidrocortisona para tratamento de agudização da otite média crônica desencadeada pela entrada de água no ouvido médio devido a perfuração timpânica existente. Em Janeiro/2018 retornou melhora da otorreia e mantendo a orientação de proteção auricular sem entrada de água.

Em fevereiro/2018 reiniciado o uso tópico de ciprofloxacino devido a nova agudização da OMC e diante do diagnóstico de sinusite teve associação de Levofloxacino. Realizou Tomografia Computadorizada de ouvidos (mastoide) que evidenciou perfuração de membranas timpânicas, espessamento de partes moles que reveste o conduto auditivo externo esquerdo e mínimo acúmulo de material hipotenuante na porção anterior fora do espaço de Prussak, sem erosões ósseas (Figuras 1 e 2).

Em março/18 retorna com prurido intenso sendo verificado na otoscopia a presença de micélios em ouvido externo (Figuras 3 a 5). Realizada coleta de amostra para cultura de fungos e iniciado tratamento com remoção mecânica e curativo otológico. Fez uso por conta própria de fluconazol (devido a candidíase vaginal) por sete dias com melhora parcial do prurido.

Em abril/2018 teve confirmado o diagnóstico de *Aspergillus flavus*, sendo iniciado tratamento com itraconazol via oral associado ao uso tópico de cetoconazol devido a resistência ao fluconazol evidenciada no fungigrama. Após 3 semanas de uso diário de itraconazol, a paciente segue com dose semanal profilática com uma boa resposta clínica.

Figuras 1 e 2 – Tomografia de ouvido evidenciando perfuração completa de membranas timpânicas



Figuras 3, 4 e 5 – Otoscopia evidenciando micélios e perfuração timpânica.

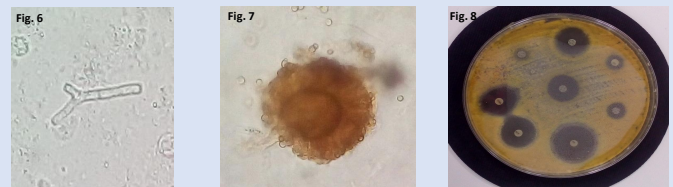


Figura 6. Exame direto clarificado com KOH 20%: Ao Microscópio óptico foi observado a presença de hifas hialinas e septadas com tamanho entre 4 a 6 µm de diâmetro e ramificação em ângulo de até 45°.

Figura 7. Aspecto microscópico da colônia com crescimento em Ágar Sabouraud- glicose: presença de hifas longas e corpos de frutificação com vesícula e esporos ou propágulos semelhantes do gênero *Aspergillus*, sendo identificado por automação como *Aspergillus flavus*.

Figura 8. Antifungigrama: A configuração diferenciada dos discos de antifúngicos possibilitou um estudo comparativo de sua ação nos esporos do *Aspergillus flavus*, realizado pelo método de diluição dos esporos apresentando o seguinte resultado de sensibilidade: Anfotericina B (100 µg), cetoconazol (50 µg) e itraconazol (10 µg) e Resistente ao Fluconazol B (25 µg).

Discussão

As otites têm como etiologia principal as bactérias, sendo que a etiologia fúngica pode ser observada em cerca de 10% dos casos. Destes, o *Aspergillus flavus* tem oscilado sua frequência (2% A 26%) em diferentes estudos. (OSAZUWA et al., 2011; ARAIZA, CANSECO, BONIFAZ, 2006)

TALWAR et al. (1988) avaliou 344 pacientes (286 com otite média crônica supurativa, 44 com otomicose e 14 com otite externa), e detectou etiologia fúngica em 49%, 79,5% e 66,6% dos pacientes respectivamente. A paciente relatada apresenta idade adulta dentro da faixa etária mais frequentemente relatada e teve o *Aspergillus flavus* como agente etiológico.

Nosso estudo apresentou um caso de otite por *A. flavus* resistente a fluconazol, destacando a importância da busca pelo diagnóstico etiológico em otites de evolução crônica e supurativas. A ausência de diagnóstico etiológico adequado, contribui para a elevação de custos assistenciais e absenteísmo pois acarreta em um maior número de consultas, aquisição e uso de antimicrobianos com indicação incorreta e elevação de riscos de sequelas como perda de audição e quadros mais graves, embora raros como, artrite séptica de articulação temporomandibular, disseminação hematogênica para pulmões. (HARLEY, 1995; VARGHESE et al., 2015; KIRSCHNE et al., 2017).