

# *Pericondrite de Pavilhão Auricular: Relato de Caso*

## *Auricular Perichondritis: A Case Report*

*Antonio Celso Nunes Nassif Filho\**, *Antonio Celso Nunes Nassif\*\**, *Sandra Lunedo\*\*\**, *Fernando Gortz\*\*\*\**,  
*Marcielle Denardi Abicalaffe\*\*\*\**.

- \* Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.
- \*\* Coordenador Científico do Serviço de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.
- \*\*\* Médica Otorrinolaringologista da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.
- \*\*\*\* Médico(a) Residente do Serviço de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba

Endereço para correspondência: Dr. Fernando Gortz – Rua Danilo Gomes, 759 Sb. 1 E – CEP: 81670-250 – Curitiba – PR – Telefone: (41) 376-5484 / 9909-5456 – E-mail: fernando\_gortz@hotmail.com

Artigo recebido em 19 de fevereiro de 2001. Artigo aceito em 8 de agosto de 2001.

### RESUMO

- Introdução:** Os autores abordam a pericondrite de pavilhão auricular, enfatizando seus aspectos etiológicos, clínicos e a conduta terapêutica.
- Objetivo:** Relatar um caso de pericondrite fistulizada por uso de prótese auditiva, bem como o tratamento cirúrgico empregado.
- Relato do caso:** Paciente idoso do sexo masculino com inflamação unilateral do pavilhão auricular após microtraumatismo causado pelo uso de prótese auditiva, sem melhora após tratamento clínico e drenagem. Foi submetido a cirurgia com anestesia local, encontrando-se necrose e perda de tecido cartilaginoso. A compressão foi feita com botões fixados na porção anterior e posterior do pavilhão auricular, retirados no 7º dia pós-operatório. Após 30 dias da cirurgia, os resultados obtidos foram muito bons, sem complicações no meato acústico externo.
- Conclusão:** Os autores realçam a importância do diagnóstico precoce da pericondrite auricular para evitar deformidades permanentes do pavilhão.
- Unitermos:** pericondrite auricular, prótese auditiva, tratamento cirúrgico.

### SUMMARY

- Introduction:** The authors review the auricular perichondritis in general, focusing its etiologic and clinical aspects, as well as its treatment.
- Aim:** To report a case of fistulized perichondritis after the use of a hearing aid, as well as the surgical therapy.
- Case Report:** A 78 year-old male with unilateral inflammation of pinna after microtrauma due to the use of a hearing aid, with no improvement after clinical management and drainage. He underwent surgical with local anesthetics, showing necrosis and loss of tissue. The compression was made with buttons attached in both anterior and posterior part of the pinna, which were removed after 7 days. The results after 30 days were very good, with no complications in the external canal.
- Conclusion:** The authors point out the need of an early diagnosis to avoid permanent deformities of the pinna.
- Key words:** auricular perichondritis, hearing aid, surgical treatment.

## INTRODUÇÃO

A pericondrite é uma infecção do pericôndrio, com acúmulo de pus entre este e a cartilagem. Considerando que o pericôndrio é o responsável pela nutrição da cartilagem, um processo inflamatório a esse nível pode levar à necrose com deformidades importantes. Uma vez instalada, a infecção tende a espalhar-se rapidamente por todo o pavilhão, principalmente nas porções livres ou no seu terço superior<sup>1</sup>.

Dentre os fatores que contribuem para a formação da pericondrite estão a escassez de tecido celular subcutâneo entre a pele e a cartilagem e a pequena irrigação sanguínea da cartilagem auricular, o que a torna mais suscetível a infecções bacterianas. Histologicamente observa-se áreas de supuração, erosão e necrose da cartilagem, bem como infiltração de neutrófilos e perda difusa do estroma basofílico<sup>2</sup>.

Este trabalho relata um caso de pericondrite crônica de pavilhão auricular decorrente do uso de prótese auditiva e tem por objetivo descrever uma técnica nova de compressão do pavilhão auricular para evitar as complicações mais comuns desta patologia.

## RELATO DE CASO

MEEF, 78 anos, masculino, casado, policial militar aposentado, natural de Porto Alegre, foi admitido no Serviço de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, com inflamação do pavilhão auricular à direita há cerca de oito meses, após microtraumatismo causado pelo uso de prótese auditiva. Relatou ter sido submetido a três procedimentos ambulatoriais de drenagem do pavilhão em outro serviço, sem melhora. Considerando o paciente ser hipertenso, cardiopata, com revascularização do miocárdio há 3 anos, apresentando ainda estenose carotídea crítica à direita, optou-se pelo tratamento clínico. A medicação utilizada foi levofloxacina, administrada por via oral durante 7 dias, o que levou a uma melhora significativa e quase completa remissão do processo inflamatório.

Aproximadamente 30 dias depois, o paciente retornou ao serviço apresentando intensa inflamação em todo o pavilhão auricular, drenando material purulento e fétido através de um orifício fistular localizado na porção anterior da concha (Figura 1). Uma punção da orelha foi realizada, com retirada de pus em grande quantidade (Figura 2). Esse material foi enviado para exame bacterioscópico, cultura e antibiograma. Pela bacterioscopia evidenciou-se a presença de polimorfonucleares e estreptococos.



Figura 1. Pericondrite fistulizada de pavilhão auricular direito.

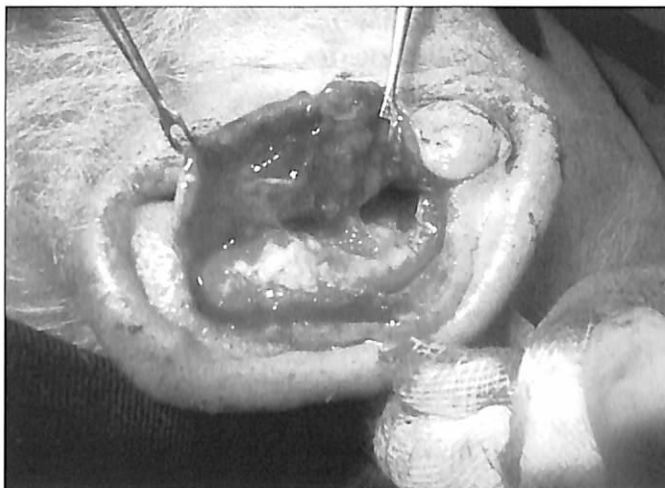


Figura 2. Drenagem ambulatorial de pericondrite de pavilhão auricular.

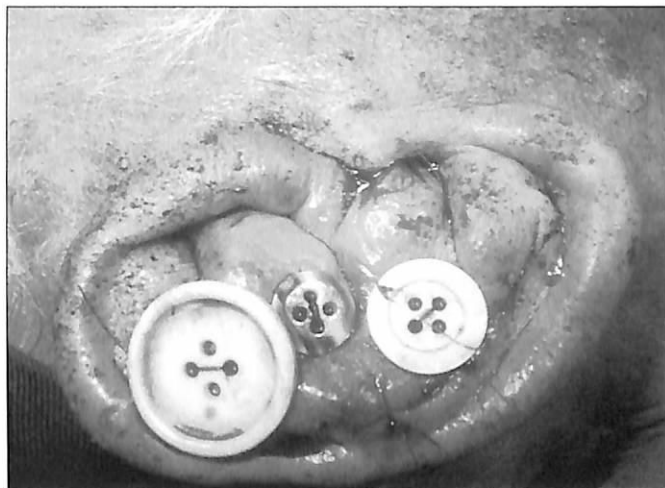
Na cultura, ocorreu o crescimento de *Streptococcus* do grupo D (*Enterococcus*), sensível apenas a vancomicina.

Desta forma, a opção foi pelo tratamento cirúrgico com anestesia local assistida, incisão em porção anterior do pavilhão auricular, contornando a hélix (Figura 3), com exposição de toda a área acometida pelo processo infeccioso. A abertura cirúrgica demonstrou necrose e perda de grande parte da cartilagem auricular. Após lavagem e limpeza cuidadosa da região exposta, rifocina e corticóides foram aplicados sobre o local, sendo a pele suturada com fio mononylon 5-0.

Para aumentar a adesão da pele à cartilagem e evitar a formação de coleção serossanguínea nesse espaço com eventual recidiva da pericondrite, realizou-se a compres-



**Figura 3.** Incisão em face anterior do pavilhão auricular, com exposição da cartilagem comprometida.



**Figura 4.** Vista anterior da técnica de compressão do pavilhão auricular com botões.



**Figura 5.** Vista posterior da técnica de compressão do pavilhão auricular com botões.



**Figura 6.** Aspecto do pavilhão auricular observado no 30º dia de pós-operatório.

são por meio da técnica de botões fixados nas porções anterior e posterior do pavilhão auricular, de modo a produzirem adesividade necessária (Figuras 4 e 5). Além disso, uma faixa com atadura de crepe foi colocada ao redor da cabeça, igualmente compressiva. Os pontos e os botões foram retirados no sétimo dia de pós-operatório.

Decorridos 30 dias, observou-se boa evolução pós-operatória, sem estenose do meato acústico externo (Figura 6).

## DISCUSSÃO

A pericondrite de pavilhão auricular é uma entidade rara, mesmo considerando-se o número de cirurgias otoló-

gicas contaminadas que são realizadas na prática diária do otorrinolaringologista<sup>3</sup>. Em revisão de literatura, Bassiouny encontrou apenas 191 casos descritos até 1981. A infecção quando instalada, tende a espalhar-se rapidamente por todo o pavilhão, principalmente nas porções livres ou no seu terço superior, levando à deformidade da orelha<sup>3</sup>.

Os microorganismos alcançam o plano do pericôndrio mais freqüentemente em três situações: a) traumatismos, cortes ou lacerações, precipitando a formação de otohematoma; b) cirurgia, principalmente quando se usa a via do meato acústico externo; c) disseminação a partir de um foco superficial, como pode ocorrer na furunculose do meato<sup>1</sup>.

A causa mais freqüente é o traumatismo local com hematoma e infecção secundária subsequente. A acupuntura

com o uso de agulhas é um tipo de trauma penetrante que pode causar pericondrite auricular<sup>4,5</sup>.

Dentro da sintomatologia, os sinais subjetivos são os que primeiro aparecem, com fortes dores irradiando-se para a região cervical e temporal, piorando com o manuseio do pavilhão. A hipertermia, em geral, é discreta. O aspecto nesta fase inicial pode ser semelhante à erisipela ou furúnculo de meato acústico externo. Entretanto, a evolução posterior chama nossa atenção para o edema do pavilhão auricular, sensível a pressão. O relevo se faz irregular de acordo com a formação de abscesso de localização profunda, podendo resultar na chamada "orelha em couve flor". A partir daí, quando não se efetua nenhum tratamento medicamentoso ou cirúrgico precoce, pode advir extensa necrose da cartilagem com eliminação de seqüestros e finalmente com mutilação completa do pavilhão auricular. Em muitos casos, pode ocorrer fistulização espontânea, resultando em eliminação crônica de pus.

O diagnóstico é feito baseando-se nos sintomas subjetivos, gerais e sobretudo locais. O tratamento curativo exige, além de medidas locais, atitudes sistêmicas como o uso de antibióticos. O objetivo básico é localizar e confinar a infecção na menor área possível<sup>1</sup>.

Nos casos de traumas acidentais ou cirúrgicos, as infecções podem ocorrer por vários microorganismos, com predomínio das espécies de *Pseudomonas*<sup>4</sup>. Lactobacilos devem ser incluídos no diferencial da pericondrite pós-piercing<sup>6,7</sup>. Nos casos presumivelmente surgidos espontaneamente, são mais frequentes os microorganismos gram-positivos<sup>4</sup>. O mais útil antes da formação da coleção purulenta é a antibioticoterapia. Havendo melhora clínica dentro de 48 horas, a medicação programada não deverá ser suspensa antes do 7º dia. O ideal é procurar sempre identificar o germe através dos testes laboratoriais, inclusive com antibiograma para melhor orientação terapêutica.

Quando, no entanto, houver formação de pus, evidenciado pela flutuação, está indicada a incisão e drenagem do pavilhão. Várias são as proposições para as incisões, sendo que alguns autores usam apenas uma e paralela ao contorno de todo pavilhão<sup>1</sup>. Outros, nos casos de comprometimento extenso do pavilhão, usam múltiplas incisões com abertura de janela na cartilagem<sup>1</sup>.

Não há relatos na literatura fazendo referência ao uso de prótese auditiva como causa da pericondrite nem à técnica cirúrgica descrita. Sendo assim, ressalta-se a importância desta nova técnica utilizada, uma vez que não apresenta dificuldades e a sua eficácia torna-a procedimento de escolha em pacientes com pericondrite de pavilhão auricular.

---

## CONCLUSÃO

---

Os autores pretendem alertar quanto à necessidade de um diagnóstico precoce das condições que favorecem a ocorrência de pericondrite porque, uma vez instalada, apresenta difícil tratamento e leva a deformidades permanentes do pavilhão auricular.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. NASSIF, A. C. N.; AQUINO, C. N. H. Pericondrite crônica do pavilhão da orelha. Rev. Bras. Otorrinolaringologia, 45(3): 23-28, 1979.
2. RIOS, O. A. B.; SOUZA NETO, O. M.; CASTRO JÚNIOR, N. P. Pericondrite supurativa do pavilhão auricular. Rev. Bras. Med. Otorrinolaringol., 5(4): 131-4, 1998.
3. BASSIOUNY, A. Perichondritis of the auricle. Laryngoscope, 91(3): 422-31, 1981.
4. RAMOS, S.; PINTO, L. F.; RAMOS, R. F. Pericondrite do pavilhão auricular em consequência de acupuntura. Rev. Bras. Otorrinolaringologia, 63(6): 589-92, 1997.
5. GILBERT, J. G. Auricular complication of acupuntura. N. Z. Med. J., 100(819): 141-2, 1987.
6. DAVIS, O.; POWELL, W. Auricular perichondritis secondary to acupuntura. Arch. Otolaryngol., 111(11): 770-1, 1985.
7. RAZAVI, B.; SCHILLING, M. Chondritis attributable to Lactobacillus after ear piercing. Diagn. Microbiol. Infect. Dis., 37(1): 75-6, 2000.