

Complicações das otites e das sinusites — mastoidite, paralisia facial, complicações intracranianas e orbitárias

Como reconhecer no consultório a mastoidite, a paralisia facial, a labirintite, as complicações intracranianas e orbitárias e o tumor de Pott

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

As complicações da **otite média aguda (OMA)** e da **rinossinusite aguda** são raras, mas surgem **mesmo em criança já em uso de antibiótico** (SBP; AEP/SEIP 2023). Por isso, **em toda otite palpe atrás da orelha** e, em toda sinusite, examine pálpebras, motilidade ocular e fronte. **Mastoidite** é OMA com dois ou mais sinais entre **pavilhão projetado para fora** (descolado), **eritema e edema retroauricular com apagamento do sulco, dor à palpação da mastoide** ou **flutuação** (AEP/SEIP 2023): é 🔴, com internação, antibiótico intravenoso e otorrinolaringologista. O "velamento da mastoide" na tomografia de uma OMA comum **não é mastoidite** (SBP). Também são 🔴 a **paralisia facial com otite**, a **vertigem com nistagmo** (labirintite), **cefaleia intensa, vômitos, rigidez de nuca, alteração de consciência, convulsão, papiledema ou estrabismo novo** (meningite, abscesso, trombose de seio venoso), **qualquer sinal orbitário** e o **edema mole da fronte** (tumor de Pott). Se a remoção demorar, **1ª dose de ceftriaxona 100 mg/kg IM ou IV** (AIDPI). A **paralisia de Bell** típica, com otoscopia normal, tem bom prognóstico: proteger o olho e reavaliar (🟡).

1. O que é e como se apresenta

Complicações da otite média aguda (AEP/SEIP 2023)

- **Mastoidite aguda:** a complicação grave mais frequente da OMA, mais comum **abaixo de 2 anos**. Pode ser a primeira manifestação da otite ou surgir durante o antibiótico. Para a SBP, a mastoidite verdadeira tem **erosão da cortical**, com flegmão retroauricular, apagamento do sulco e projeção do pavilhão, que pode evoluir para **abscesso subperiosteal** (drenagem).
- **Paralisia facial otogênica:** o nervo facial atravessa o ouvido médio, às vezes com o canal ósseo deiscente; pode surgir já no início da OMA ou complicar mastoidite e colesteatoma.
- **Labirintite:** serosa (em geral reversível) ou supurativa (risco de surdez definitiva e de meningite): vertigem, vômitos, nistagmo, desequilíbrio, perda auditiva neurossensorial.
- **Petrosite (síndrome de Gradenigo):** otorreia, dor retro-orbitária e paralisia do VI nervo. **Abscesso de Bezold:** coleção cervical sob o esternocleidomastoideo.
- **Intracranianas:** meningite, empiema epidural ou subdural, abscesso temporal ou cerebelar, **trombose do seio sigmoide/lateral** (febre em picos, cefaleia, papiledema, VI nervo) e hidrocefalia óptica.

Paralisia de Bell: paralisia facial periférica aguda, unilateral, instalada em até 72 horas, **sem causa identificada** — diagnóstico de exclusão. Antes, afastar otite, Ramsay Hunt (vesículas no pavilhão), hipertensão, trauma, tumor e leucemia. Na criança a recuperação espontânea é a

regra: no ensaio BellPIC, 85% a 93% recuperaram por completo em 3 a 6 meses **sem tratamento** (Babl et al., 2022).

Complicações da rinossinusite (AAP 2013)

- **Orbitárias** (as mais comuns, abaixo de 5 anos, a partir da sinusite etmoidal): celulite pré-septal, celulite orbitária, abscesso subperiosteal, abscesso orbitário, trombose do seio cavernoso. A **classificação de Chandler** (I a V, na tomografia) e a conduta estão em **Celulite periorbitária (pré-septal) e orbitária** (Oftalmologia) e em **Infecções profundas de cabeça e pescoço** (Infectologia).
- **Intracranianas** (no adolescente, a partir da sinusite frontal): empiema epidural ou subdural, abscesso cerebral, meningite, trombose de seios venosos.
- **Tumor de Pott: osteomielite frontal com abscesso subperiosteal**, típica do adolescente com sinusite frontal; edema mole e doloroso da fronte, febre, cefaleia; associa-se com frequência a empiema intracraniano e costuma ser diagnosticado tarde (Rohde et al., 2022).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	OMA ou rinossinusite sem sinais de complicação : região retroauricular e pavilhão normais, face simétrica, sem vertigem, olhos e fronte normais, sem sinal neurológico; "velamento da mastoide" em imagem com exame clínico normal	Tratamento domiciliar conforme Otite média aguda e Rinossinusite aguda ; sinais de alerta; reavaliar se não melhorar em 48–72 h
● Moderada	Paralisia de Bell típica (aguda, unilateral, otoscopia normal, sem vesículas, PA normal, sem outro sinal neurológico, criança bem); dor leve e isolada à palpação da mastoide, sem edema, eritema, flutuação ou deslocamento do pavilhão, em bom estado; celulite pré-septal em > 1 ano, olho normal, sem toxemia	Bell: proteger o olho, medir a PA, reavaliar em 24–48 h e encaminhar com prioridade ao otorrinolaringologista ou neurologista pediátrico; mastoide duvidosa ou pré-septal: reavaliação em 24 h, retorno garantido
● Grave	Mastoidite (OMA + ≥ 2 sinais retroauriculares ou pavilhão deslocado); paralisia facial com OMA, otorreia ou mastoidite ; Ramsay Hunt; vertigem, nistagmo ou perda auditiva súbita com otite; cefaleia intensa, vômitos, rigidez de nuca, alteração de consciência, convulsão, papiledema, estrabismo novo, sinal focal ; qualquer sinal orbitário ; edema da fronte; toxemia	Pronto-socorro ou hospital : oxigênio se SpO ₂ < 94%, acesso venoso, 1ª dose de antibiótico se a remoção demorar, SAMU 192 se sinal neurológico; internação com antibiótico IV, imagem e especialista

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 2 anos (mastoidite); adolescência (sinusite frontal).
- **Implante coclear**, malformação do ouvido interno, fístula liquórica, derivação ventricular.
- Colesteatoma, otite crônica supurativa; imunodeficiência, asplenia, doença falciforme, vacinação pneumocócica incompleta.
- Piora ou falta de melhora após 48–72 h de antibiótico; reavaliação incerta.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico das complicações é clínico. O exame decide:

- **Ouvido:** otoscopia (abaulamento, otorreia, perfuração, colesteatoma); **região retroauricular** (edema, calor, eritema, flutuação, sulco apagado); **posição do pavilhão** comparada com o outro lado, olhando de frente e de costas.
- **Face:** franzir a testa, fechar os olhos com força, mostrar os dentes; no lactente, observar o choro. **Testa poupada = paralisia central** (imagem de urgência). Registrar o fechamento ocular.
- **Neurológico:** nistagmo, marcha, consciência, rigidez de nuca, fontanela, VI nervo, fundo de olho, sinais focais.
- **Olhos e frente:** edema palpebral, **motilidade, dor ao mover o olho, acuidade visual, pupilas, proptose**; olho que não abre não é olho normal; palpar a frente.
- **Sempre:** sinais vitais e **PA**.

Exames: nenhum deve atrasar o encaminhamento do 📍. No hospital (AEP/SEIP 2023): hemograma, PCR, procalcitonina, **hemocultura e cultura da secreção**; **tomografia com contraste** na suspeita de complicação, mau estado, colesteatoma ou falha após 48–72 h; **ressonância com gadolínio e venografia** se a tomografia for negativa e houver suspeita neurológica ou de trombose; radiografia simples não ajuda. Na sinusite, tomografia com contraste na suspeita orbitária ou do sistema nervoso central (AAP 2013). Punção lombar conforme **Meningites bacterianas e virais na criança** (imagem antes se houver sinal focal ou hipertensão intracraniana). **Audiometria** após mastoidite, labirintite e meningite. Paralisia de Bell típica: **sem exame de retina**.

Diferencial que não pode passar: otite externa grave ou furúnculo (descola o pavilhão; membrana timpânica normal) e linfadenite retroauricular (sulco preservado); na paralisia facial, Ramsay Hunt, hipertensão, tumor, leucemia, Guillain-Barré e AVC (testa poupada); na vertigem, vertigem paroxística benigna, enxaqueca vestibular e tumor de fossa posterior; no edema periorbitário ou frontal, alergia, trauma e maus-tratos, síndrome nefrótica, neuroblastoma e rabdomiossarcoma.

4. Tratamento e seguimento

Do pediatra: reconhecer, estabilizar, 1ª dose de antibiótico se a remoção demorar, encaminhar, acompanhar após a alta. **Do especialista:** antibiótico IV, imagem, cirurgias, anticoagulação, corticoide.

Mastoidite (AEP/SEIP 2023): internação, antibiótico IV e otorrinolaringologista. Tendência ao tratamento conservador (antibiótico ± miringotomia); cirurgia se complicação ou má evolução. Duração total em geral de **14 dias**, passando à via oral quando afebril e com melhora local importante.

Paralisia facial otogênica: tratada como mastoidite complicada — antibiótico IV e, em geral, miringotomia; corticoide e mastoidectomia são decisão do otorrinolaringologista.

Paralisia de Bell — corticoide na criança: SBP e Ministério da Saúde sem posição localizada. O ensaio **BellPIC** (Babl et al., Neurology 2022; 187 crianças de 6 meses a < 18 anos; prednisolona ≈ 1 mg/kg/dia por 10 dias × placebo, até 72 h do início) **não mostrou benefício:** recuperação completa em 1 mês de 49% × 57%; em 6 meses, 99% × 93%, sem diferença significativa. Há benefício no adulto (Cochrane 2016); o NICE CKS indica corticoide a partir de 16 anos. **Posição do site:** segue a melhor evidência pediátrica (BellPIC) — **corticoide não é rotina na criança;** a partir de 16 anos ou com o especialista, pode ser usado até 72 h. **Antiviral isolado não é indicado;** na Ramsay Hunt, antiviral é decisão do especialista. Sempre **proteção ocular** (lágrima artificial de dia; pomada e oclusão à noite).

Labirintite, complicações intracranianas e tumor de Pott: hospital, antibiótico IV (anaeróbios se coleção) e drenagem conforme o caso. Na **trombose de seio venoso otogênica**, a anticoagulação é usada pela maioria dos serviços, com evidência fraca (revisão sistemática de Wong et al., 2015): decisão do especialista. **Complicações orbitárias:** conduta em **Celulite periorbitária (pré-septal) e orbitária e Infecções profundas de cabeça e pescoço.**

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ceftriaxona IM ou IV antes da transferência	100 mg/kg (máx. 2 g); sinal meníngeo ou púrpura: máx. 4 g	Dose única	—	Se a remoção demorar, após contato com o serviço (MS, AIDPI 2017; padrão do site)
Amoxicilina-clavulanato IV (hospital)	100–150 mg/kg/dia de amoxicilina	8/8 h	Total de 14 dias, com a via oral	Mastoidite não complicada (AEP/SEIP 2023)
Ceftriaxona IV (hospital)	100 mg/kg/dia (máx. 4 g/dia); intracraniana 50 mg/kg/dose 12/12 h	1x/dia ou 12/12 h	Conforme o quadro	Mastoidite com osteíte ou complicada (AEP/SEIP 2023); dose meníngeo (MS)
Metronidazol IV (hospital)	40 mg/kg/dia (máx. 2 g/dia); orbitária: 30 mg/kg/dia	8/8 h; orbitária: 6/6 h	Conforme o quadro	Complicação intracraniana (AEP/SEIP 2023, OMA e mastoidite; abscesso cerebral: 35–40, máx. 4 g); orbitária: SBOP/SBP 2024
Clindamicina IV (hospital)	40 mg/kg/dia (máx. 2,7 g/dia)	8/8 h	Conforme o quadro	Alternativa ao metronidazol (AEP/SEIP 2023)
Vancomicina IV (hospital)	15 mg/kg/dose (1ª dose máx. 1,5 g)	6/6 h, pelo nível sérico	Conforme culturas	Alergia imediata a betalactâmico, doença grave (padrão do site)
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia)	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor	Padrão do site; risco hepático no uso repetido por 48–72 h
Dipirona	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Padrão do site; não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula)
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Enquanto houver dor	Padrão do site; a partir de 6 meses

Via oral de sequência (decisão do hospital): amoxicilina-clavulanato com 80–90 mg/kg/dia de amoxicilina (AEP/SEIP 2023) — nunca 40–50 mg/kg/dia (padrão do site).

O que não usar: novo antibiótico oral para "segurar" mastoidite ou sinal orbitário; corticoide oral no consultório para edema retroauricular ou palpebral; gotas otológicas como tratamento da mastoidite; anti-histamínicos sedativos; punção de abscesso no consultório.

Após a alta: completar o antibiótico; **audiometria** após mastoidite, labirintite e meningite; otorrinolaringologista se a paralisia não melhorar, otite recorrente ou colesteatoma; vacinas pneumocócica e influenza em dia.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro imediato (●): todos os critérios da linha ● da tabela de gravidade — mastoidite; paralisia facial com otite, com vesículas, com PA elevada ou testa poupada; vertigem, nistagmo ou perda auditiva súbita com otite; qualquer sinal neurológico ou de hipertensão intracraniana; sinal orbitário ou pré-septal em < 1 ano, com toxemia ou sem melhora em 24–48 h; edema da fronte; toxemia ou sepse.

Como encaminhar

1. Não atrasar a remoção por exames.
2. Oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**, se necessário; acesso venoso se possível.
3. **Ceftriaxona 100 mg/kg IM ou IV** se a remoção for demorar (máx. 2 g; AIDPI); com sinal meníngeo ou púrpura, máx. 4 g (padrão do site).
4. Analgesia (paracetamol ou dipirona); jejum.
5. Convulsão ≥ 5 min: midazolam IN 0,2, bucal 0,3 ou IM 0,2 mg/kg (máx. 10 mg) (padrão do site).
6. **SAMU 192** se houver sinal neurológico ou sepse; avisar o destino (otorrinolaringologia, neurocirurgia, oftalmologia).
7. **Relatório:** evolução, antibióticos usados (nome, dose, dias), achados do exame, doses e horários dados. Meningite: **notificação obrigatória (compulsória)**.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Na paralisia de Bell, a recuperação costuma ser completa. Proteja o olho: colírio de dia e pomada à noite."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** inchaço, vermelhidão ou dor atrás da orelha; orelha "descolada"; boca torta ou olho que não fecha; tontura forte ou desequilíbrio; dor de cabeça forte, pescoço duro, sonolência, convulsão ou estrabismo novo; pálpebra inchada, olho "saltado", dor ao mexer o olho ou visão dupla; inchaço mole na testa; febre que não cede após 2–3 dias de antibiótico.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Mastoidite	Erosão cortical, flegmão, pavilhão projetado; velamento na TC não é mastoidite	Tumefação dolorosa retroauricular (AIDPI 2017)	Sem posição específica localizada	Complicação aguda da OMA (NG91, 2018)	OMA + ≥ 2 sinais (SEIP 2023)	Sem posição específica localizada	Risco de meningite e abscesso (Boston Children's)	Segue o NICE
Encaminhamento otológico	Sem posição específica localizada	Referência urgente (AIDPI)	Sem posição específica localizada	Hospital: mastoidite, meningite, abscesso, trombose, paralisia facial	Internação, IV e ORL	Sem posição específica localizada	Internação, IV e ORL	Segue o NICE
Imagem	Sem posição específica localizada	Sem posição localizada	TC com contraste se orbitária ou SNC (2013)	Não detalha	TC se complicação ou falha; RM se TC negativa	Sem posição específica localizada	TC; RM se intracraniana	Segue o NICE
Antibiótico	Sem posição específica localizada	Ceftriaxona 100 mg/kg antes de referir	Sem posição específica localizada	Não detalha	Amoxicilina-clavulanato IV 100–150; 14 dias	Sem posição específica localizada	IV, sem esquema publicado	Segue o NICE
Corticoide na paralisia de Bell	Sem posição específica localizada	Sem posição localizada	Sem posição específica localizada	CKS: a partir de 16 anos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Complicações da sinusite	Sem posição específica localizada	Sem posição localizada	Imagem e hospital (2013)	Hospital: periorbitária, intraorbitária, intracraniana (NG79, 2017)	Internação e IV (SEIP 2023)	Sem posição específica localizada	Internação e IV	Segue o NICE
Prevenção	Vacina pneumocócica	VPC no PNI	Pneumocócica e influenza (2013)	Não detalha	Pneumocócica e influenza	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências concordam que **mastoidite, paralisia facial com otite e complicações orbitárias e intracranianas são problemas de hospital**, com antibiótico IV, imagem e especialista; o NICE (NG91, 2018; NG79, 2017) as lista como motivo de encaminhamento e o Ministério da Saúde (AIDPI 2017) orienta 1ª dose de antibiótico e referência urgente na mastoidite. A SBP acrescenta duas mensagens próprias: o velamento da mastoide na OMA comum não é mastoidite, e o antibiótico não impede a mastoidite, que muitas vezes surge durante o tratamento. A AEP/SEIP (2023) detalha o esquema hospitalar (adotado). A maior divergência é o **corticoide na paralisia de Bell**: recomendado a partir de 16 anos (NICE CKS) e no adulto (Cochrane 2016), sem benefício no único ensaio pediátrico (BellPIC, 2022). Sem posição da SBP e do MS, o site segue a evidência pediátrica; no restante, adota a SBP e, na sua falta, o Ministério da Saúde.

PONTOS PRÁTICOS

1. Em toda otite, palpe atrás da orelha e compare os pavilhões; em toda sinusite, examine motilidade ocular, visão e fronte.
2. Mastoidite pode surgir durante o antibiótico: não troque o antibiótico oral, encaminhe.
3. Paralisia facial: otoscopia e pressão arterial sempre; com otite é ; Bell típica é , sem corticoide de rotina.
4. Cefaleia intensa, vômitos, estrabismo novo ou papiledema com otite ou sinusite: complicação intracraniana.
5. Edema mole da fronte com sinusite: tumor de Pott até prova em contrário.
6. Se a remoção demorar: ceftriaxona 100 mg/kg IM ou IV e oxigênio para SpO2 94–98%.

Veja também: **Otite média aguda (e otite externa)**, **Rinossinusite aguda** (Patologias do consultório); **Infecções profundas de cabeça e pescoço**, **Meningites bacterianas e virais na criança** (Infectologia); **Celulite periorbitária (pré-septal) e orbitária** (Oftalmologia); **AVC na infância**; **Trombose venosa e trombofilias na criança e no adolescente**.

8. Fontes

- SBP. Otite média — Pediatria para Famílias. sbp.com.br
- Ministério da Saúde. AIDPI Criança — 2 meses a 5 anos. Quadros de procedimentos, 2017. [PDF](#)
- SBOP e SBP. Recomendações para avaliação ocular pelo pediatra (Nota Técnica), 2024. [PDF](#)
- AEP / SEIP. Cruz Cañete M, López Martín D. Otitis media aguda y otitis externa. Mastoiditis. Protoc diagn ter pediatr, 2023. [PDF](#)
- NICE. NG91 — Otitis media (acute), 2018. nice.org.uk
- NICE. NG79 — Sinusitis (acute), 2017. nice.org.uk
- AAP. Wald ER et al. CPG — acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Pediatrics, 2013. [PubMed](#)
- AAP. Lieberthal AS et al. The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics, 2013. [PubMed](#)
- Boston Children's Hospital. Mastoiditis. childrenshospital.org

- Babl FE et al. Efficacy of Prednisolone for Bell Palsy in Children (BellPIC). Neurology, 2022. [PubMed](#)
- Madhok VB et al. Corticosteroids for Bell's palsy. Cochrane, 2016. [PubMed](#)
- NICE CKS. Bell's palsy, fevereiro de 2023 (acesso restrito ao Reino Unido; conferido no resumo do Patient.info). [patient.info](#)
- Wong BY et al. Paediatric otogenic cerebral venous sinus thrombosis: a systematic review. Clin Otolaryngol, 2015. [PubMed](#)
- Rohde RL et al. Pott's puffy tumor: a comprehensive review. Am J Otolaryngol, 2022. [PubMed](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.