

MASTOIDITE EM PEDIATRIA: PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO EM UM HOSPITAL DO PLANALTO NORTE CATARINENSE

PEDIATRIC MASTOIDITIS: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE IN A HOSPITAL IN THE NORTHERN PLATEAU OF SANTA CATARINA

Fabiley de Wite Diogo¹
Águida Vita de Souza Diogo²

RESUMO

A mastoidite aguda é uma complicação infecciosa da otite média aguda que, apesar dos avanços terapêuticos e do maior acesso aos serviços de saúde, ainda representa um agravo relevante na prática pediátrica, principalmente em crianças menores de cinco anos. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil clínico, epidemiológico e assistencial de pacientes pediátricos diagnosticados com mastoidite em um hospital regional do Planalto Norte de Santa Catarina. Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado a partir da análise de prontuários de pacientes internados entre setembro de 2022 e março de 2025. Foram analisadas variáveis como idade, sexo, manifestações clínicas, exames realizados, condutas terapêuticas, tempo de internação, complicações e desfecho clínico. A amostra final incluiu 11 pacientes, com predominância do sexo masculino e maior concentração na faixa etária de 1 a 2 anos. Os sintomas mais frequentes foram otalgia, otorreia, febre e edema retroauricular. Todos os pacientes foram tratados com antibioticoterapia intravenosa, e parte deles necessitou de intervenção cirúrgica. A média de permanência hospitalar foi de 5,6 dias. A análise de correlação de Spearman sugeriu que pacientes mais jovens permaneceram internados por mais tempo e receberam antimicrobianos por períodos mais prolongados, embora sem significância estatística. Conclui-se que a mastoidite aguda, embora menos frequente, permanece relevante no contexto pediátrico e demanda abordagem adequada para prevenção de complicações.

Palavras-chave: infecção da mastoide; otite média aguda; pediatria; infecção otológica; complicações intracranianas.

ABSTRACT

Acute mastoiditis is an infectious complication of acute otitis media that, despite therapeutic advances and expanded access to healthcare services, remains a relevant condition in pediatric practice, particularly among children under five years of age. This study aimed to describe the

¹Graduando em Medicina pela Universidade do Contestado (UNC), Mafra. Santa Catarina. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2410-3424>. E-mail: fabileydiogo@gmail.com

²Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Administração da UNC, Mafra-SC, Brasil; Médica Cardio- pediatra, Neonatologista e Docente do Curso de Medicina da UNC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3372-9805>. E-mail: aguida.souza@professor.unc.br

clinical, epidemiological, and care-related profile of pediatric patients diagnosed with mastoiditis in a regional hospital in the Northern Plateau of Santa Catarina, Brazil. This observational, retrospective, descriptive study with a quantitative approach analyzed medical records of patients hospitalized between September 2022 and March 2025. Variables included age, sex, clinical manifestations, diagnostic tests, therapeutic approaches, length of hospital stay, complications, and clinical outcomes. The final sample comprised 11 patients, predominantly male, with higher concentration in the 1–2-year age group. The most frequent symptoms were otalgia, otorrhea, fever, and retroauricular edema. All patients received intravenous antibiotic therapy, and some required surgical intervention. The average hospital stay was 5.6 days. Spearman's correlation analysis suggested that younger patients tended to remain hospitalized longer and received antimicrobials for extended periods, although without statistical significance. The findings underscore the importance of early diagnosis and appropriate management to prevent complications.

Key words: mastoid infection; acute otitis media; pediatrics; otologic infection; intracranial complications.

INTRODUÇÃO

A mastoidite aguda é a complicação mais comum da otite média aguda (OMA) na faixa etária pediátrica, caracterizando-se pela infecção das células aéreas da mastoide, situadas na porção posterior do osso temporal^{1,2}. A infecção decorre da propagação bacteriana por continuidade entre a cavidade timpânica e as células da mastoide entre a câmara timpânica e a mastoide, podendo causar destruição óssea e progressão para estruturas intracranianas, como o sistema nervoso central e vasos venosos^{3,4}.

Embora haja maior disponibilidade de antimicrobianos e acesso facilitado aos serviços de saúde, a mastoidite aguda permanece como um agravo clínico relevante na prática pediátrica, especialmente em crianças menores de cinco anos, com pico de incidência entre os dois e três anos de idade^{5,3}.

A proximidade anatômica da mastoide com estruturas críticas confere à doença um risco aumentado de complicações graves, como trombose de seios venosos, petrosite, abscesso epidural, meningite e perda auditiva permanente^{6,7}.

A incidência anual estimada da mastoidite em crianças varia entre 1,2 e 6,1 casos por 100.000, sendo mais frequente nos meses de inverno^{8, 1, 5}.

Diversos fatores de risco têm sido associados à condição, incluindo episódios recorrentes de OMA, uso inadequado ou restritivo de antimicrobianos e o aumento da resistência bacteriana³.

Entre os patógenos isolados com maior frequência encontram-se o *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* e o *Staphylococcus aureus* sendo o *S. pneumoniae* o mais associado a formas graves e refratárias da infecção⁵.

Clinicamente, a mastoidite manifesta-se por febre, otalgia intensa, abaulamento retroauricular e hiperemia local, com desvio anterior do pavilhão auricular. Em fases mais avançadas, podem surgir sintomas neurológicos, como cefaleia intensa, vômitos e rebaixamento do nível de consciência, o que sugere envolvimento intracraniano^{3,6}.

O diagnóstico é, em grande parte, clínico, sendo complementado por exames de imagem, como tomografia computadorizada das mastoídes, que permite a avaliação da extensão da doença e a detecção precoce de complicações³.

A terapêutica inicial se fundamenta no uso de antimicrobianos de amplo espectro por via endovenosa, como cefalosporinas de terceira geração associadas a clindamicina ou metronidazol. A intervenção cirúrgica está indicada em casos refratários ou com complicações locais, e pode incluir miringotomia, drenagem de abscesso subperiosteal ou mastoidectomia^{8,9,7}.

Pode também ocorrer como complicação a Síndrome de Gradenigo, uma condição rara, porém de grande importância clínica, caracterizada pela tríade clássica de dor facial, paralisia do nervo abducente e otite média. Ela representa uma complicação grave das infecções do ouvido médio, que se espalham para as estruturas adjacentes, incluindo os nervos cranianos. Foi descrita a primeira vez no século XX pelo médico italiano Domenico Gradenigo¹⁰. O tempo de hospitalização tende a ser maior nos pacientes submetidos à mastoidectomia, sendo relatados períodos médios de sete a dez dias¹¹.

Embora o prognóstico seja favorável quando há diagnóstico precoce e tratamento adequado, a mastoidite pode evoluir com complicações em 5% a 29% dos casos^{6,12}. A compreensão do perfil clínico e epidemiológico da doença, aliada ao conhecimento das melhores práticas terapêuticas, contribui para a tomada de decisão médica e a prevenção de sequelas. Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar os casos pediátricos de mastoidite registrados em um hospital do Planalto Norte de Santa Catarina.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, com abordagem mista (qualitativa e quantitativa), desenvolvido a partir da análise documental de prontuários clínicos de pacientes pediátricos diagnosticados com mastoidite. A natureza retrospectiva permitiu a

utilização de dados previamente registrados em documentos institucionais, sem qualquer interferência nos eventos clínicos. A abordagem descritiva viabilizou a caracterização dos aspectos clínicos e epidemiológicos dos casos.

O estudo foi realizado em um hospital situado no Planalto Norte de Santa Catarina, instituição de referência em atenção pediátrica de baixa e média complexidade para a região. Foram incluídos na análise os prontuários de pacientes atendidos entre setembro de 2022 e março de 2025, totalizando 30 meses de observação.

Foram considerados para compor o universo da pesquisa todos os casos diagnosticados com mastoidite no setor de pediatria do referido hospital. A amostra consistiu nos prontuários que atenderam aos critérios de elegibilidade estabelecidos. Os critérios de inclusão foram: pacientes com idade entre 0 e 13 anos, 11 meses e 29 dias; diagnóstico confirmado de mastoidite por meio de avaliação clínica e/ou exames complementares; internação no período delimitado; e registros clínicos com informações completas. Foram excluídos pacientes com 14 anos ou mais, casos com diagnóstico inconclusivo ou redirecionado para outras condições clínicas, prontuários com dados insuficientes, atendimentos fora do intervalo estabelecido ou situações que inviabilizassem a garantia de anonimato e sigilo das informações.

Para fins de padronização, os prontuários analisados contemplaram diagnósticos registrados conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, especificamente os códigos pertencentes ao Capítulo VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95), com ênfase nos códigos H65 (otite média não supurativa), H66 (otite média supurativa) e H70 (mastoidite e afecções correlatas), conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Critérios diagnósticos dos pacientes incluídos no estudo, segundo classificação pelo CID-10

Capítulo	Código	Descrição
H65 Otite média supurativa		
	H65.0	Otite média aguda serosa
	H65.1	Outras otites médias agudas não-supurativas
	H65.2	Otite média serosa crônica
	H65.3	Otite média mucoide crônica
	H65.4	Outras otites médias crônicas não-supurativas
	H65.9	Otite média não-supurativa, não especificada.
H66 - Otite média supurativa e as não especificadas		
	H66.0	Otite média aguda supurativa
	H66.1	Otite média tubotimpânica supurativa crônica
	H66.2	Otite média ático-antral supurativa crônica
	H66.3	Outras otites médias supurativas crônicas

	H66.4	Otite média supurativa não especificada
	H66.9	Otite média não especificada
H70 – Mastoidite e afecções correlatas		
	H70.0	Mastoidite aguda
	H70.1	Mastoidite crônica
	H70.2	Petrosite
	H70.8	Outras mastoidites e afecções relacionadas com a mastoidite
	H70.9	H709 - Mastoidite não especificada

A coleta de dados foi realizada com base em um roteiro estruturado, elaborado a partir da literatura científica e validado por especialistas da área. As variáveis analisadas incluíram: idade, sexo, histórico de otite média aguda, intervalo entre o início dos sintomas e a internação, sinais clínicos, exames realizados, condutas terapêuticas instituídas (uso de antimicrobianos e procedimentos cirúrgicos), tempo de internação, presença de complicações e desfecho clínico.

Os dados foram inseridos em uma planilha digital padronizada, assegurando a completa anonimização e confidencialidade das informações. A coleta foi finalizada em 20 de junho de 2025, após a conclusão da análise documental.

Para avaliar possíveis associações entre variáveis quantitativas contínuas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, medida estatística não paramétrica que avalia a direção e a intensidade da relação monotônica entre duas variáveis. Essa abordagem é adequada para dados com distribuição não normal e amostras de pequeno porte, sendo baseada na ordenação dos valores observados (ranks), sem exigir linearidade ou homoscedasticidade¹³. Foram analisadas as variáveis idade, tempo entre o início dos sintomas e a internação, tempo de internação e duração da antibioticoterapia, com cálculo dos coeficientes de correlação (ρ) e respectivos valores de p , considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A análise estatística foi realizada por meio do ambiente Python, utilizando-se a biblioteca `scipy.stats`, com base em planilha digital previamente estruturada.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE 88990925.5.0000.0117, parecer número 7.624.473 e obteve autorização formal da instituição hospitalar. Por tratar-se de estudo retrospectivo, baseado exclusivamente em dados secundários e sem identificação dos participantes, foi dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme previsto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O delineamento metodológico adotado mostrou-se adequado para a descrição dos padrões clínicos, epidemiológicos e terapêuticos relacionados à mastoidite na população pediátrica, não havendo interferência nos cuidados clínicos prestados aos pacientes.

RESULTADOS

Foram inicialmente selecionados 16 pacientes internados com os códigos da CID-10 descritos no Quadro 1. Desses, cinco foram excluídos: três por estarem fora da faixa etária estipulada (18, 19 e 21 anos) e dois por apresentarem indicação de cirurgia otorrinolaringológica eletiva, sem correspondência com o motivo do internamento registrado. As características clínicas e epidemiológica dos pacientes incluídos no estudo estão sintetizadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características clínicas e epidemiológica dos pacientes incluídos no estudo.

Variável	Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo	Masculino	7	63,6%
	Feminino	4	36,3%
Faixa Etária	<1 ano	1	9%
	1-2 anos	6	54,5%
	>3 anos	4	36,5%
Otorreia	Sim	7	63,6%
	Otorreia à direita	2	28,5%
	Otorreia à esquerda	5	71,4%
Sinais Clínicos	Febre	2	18,1%
	Dor retroauricular	2	18,1%
	Edema local	2	18,1%
Exames de Imagem	TC crânio e/ou mastoide	9	81,8%
Conduta terapêutica	Antibioticoterapia intravenosa	11	100%
	Ceftriaxona	7	63,6
	Associação com clindamicina	4	36,3
	Cirurgia	3	27,2%
Complicações	Sim	3	27,2%
	Não	8	72,7%
Desfecho Clínico	Alta hospitalar	7	63,8%
	Acompanhamento ambulatorial	1	9,0%
	Transferência	3	27,2

Foram incluídos na análise final 11 pacientes pediátricos diagnosticados com mastoidite, atendidos entre setembro de 2022 e março de 2025. Dentre os pacientes, sete eram do sexo masculino (63,6%) e quatro do sexo feminino (36,3%). A idade variou entre 9 meses e 12 anos, com maior concentração na faixa etária de 1 a 2 anos (54,5%).

Com relação ao histórico de otite média aguda, cinco pacientes (45,5%) apresentavam registros compatíveis de infecção otológica prévia, enquanto dois (18,1%) não possuíam esse antecedente clínico. Em quatro prontuários, havia descrição de sinais sugestivos de otite média complicada, sem menção explícita à otorreia.

O intervalo entre o início dos sintomas e a hospitalização variou de 2 a 30 dias, com média de 7,2 dias e mediana de 3,5 dias, conforme demonstrado na Tabela 2. Mais da metade

dos pacientes (54,5%) foi admitida após três dias de evolução clínica, com febre persistente, dor retroauricular e otorreia. Em um prontuário, não havia registro objetivo quanto à duração dos sintomas.

Tabela 2 – Comparativo entre variáveis quantitativas

Dados	Média	Mediana	Mín.	Máx.	DP
Idade (anos)	3,67	2,00	0,9	12,0	3,46
Início entre sintomas e internação (dias)	7,20	3,50	2,0	30,0	8,77
Tempo de Internação (dias)	5,63	5,00	3,0	8,0	2,01
Tempo de Antibioticoterapia (dias)	7,00	6,00	3,0	21,0	5,04

Entre os sinais e sintomas relatados, destacaram-se: otorreia (5 casos), otalgia (2), febre (2), edema retroauricular (2), irritabilidade (1), edema palpebral com protrusão ocular (1) e rigidez de nuca com alterações neurológicas (1). Este último foi considerado o caso mais grave. Não foram encontrados registros de coleta de culturas microbiológicas nos prontuários avaliados.

Exames de imagem foram realizados em nove pacientes (81,8%), com predomínio da tomografia computadorizada de crânio ou mastoide. Os principais achados incluíram velamento das células mastoides, espessamento de partes moles retroauriculares e formação de abscesso subcutâneo. Dois pacientes não realizaram exames complementares.

Todos os pacientes foram submetidos a antibioticoterapia endovenosa. A ceftriaxona foi o antibiótico mais utilizado, isoladamente em sete pacientes (63,6%) ou em associação com clindamicina em quatro casos (36,3%). O tempo de antibioticoterapia variou entre 4 e 21 dias, com média de 7 dias e mediana de 6 dias.

Três pacientes (27,2%) foram submetidos a procedimentos cirúrgicos: um realizou timpanotomia bilateral no hospital de origem e dois foram encaminhados para avaliação especializada em unidades de referência. Os demais foram manejados clinicamente, com boa evolução.

O tempo de internação hospitalar variou entre 3 e 8 dias, com média de 5,6 dias e mediana de 5 dias. A maioria dos pacientes apresentou resposta clínica favorável ao tratamento instituído. Complicações foram registradas em apenas um caso (9,1%), compatível com Síndrome de Gradenigo, exigindo avaliação conjunta entre neurocirurgia e otorrinolaringologia.

Quanto ao desfecho clínico, sete pacientes (63,6%) receberam alta após resolução completa do quadro infeccioso. Três pacientes (27,2%) foram transferidos para unidades de maior complexidade, e um caso um caso foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial com prescrição de antimicrobianos por via oral.

Adicionalmente, foi realizada a análise de correlação de Spearman entre as variáveis quantitativas, conforme demonstrado na Tabela 3. Observou-se correlação negativa moderada entre a idade e o tempo de internação ($\rho = -0,53$; $p = 0,118$), assim como entre a idade e a duração da antibioticoterapia ($\rho = -0,52$; $p = 0,126$), sugerindo que crianças mais jovens tenderam a permanecer internadas por mais tempo e a receber tratamento por períodos mais prolongados. No entanto, os resultados não apresentaram significância estatística. As demais associações analisadas entre variáveis, como o tempo entre o início dos sintomas e a internação versus a duração da antibioticoterapia ($\rho = -0,03$; $p = 0,925$), mostraram correlações fracas e não estatisticamente significativas. Esses achados indicam a presença de algumas tendências clínicas relevantes, embora limitadas pela pequena dimensão amostral.

Tabela 3 – Coeficientes de correlação de Spearman entre variáveis clínicas e assistenciais.

Par de Variáveis	Coeficiente de Spearman	Valor de p
Idade × Tempo entre sintomas e internação	-0,24	0,506
Idade × Tempo de internação	-0,53	0,118
Idade × Dias de antibioticoterapia	-0,52	0,126
Tempo entre sintomas e internação × Tempo de internação	0,10	0,781
Tempo entre sintomas e internação × Dias de antibioticoterapia	-0,03	0,925
Tempo de internação × Dias de antibioticoterapia	0,39	0,265

DISCUSSÃO

A mastoidite aguda, embora menos prevalente do que em décadas anteriores, permanece como uma complicação relevante da otite média aguda (OMA) em pacientes pediátricos. Neste estudo, observou-se maior ocorrência da doença entre crianças de 1 a 2 anos de idade (54,5%), o que corrobora os achados de Chantre et al.⁵ e Vainchelboim et al.³ que atribuem essa suscetibilidade à imaturidade anatômica da tuba auditiva e ao sistema imunológico em desenvolvimento. A predominância do sexo masculino (63,6%) também foi constatada, achado recorrente na literatura, embora sem explicações conclusivas quanto à existência de predisposição biológica.

A maioria dos pacientes foi encaminhada para internação após três a cinco dias do início dos sintomas, o que pode refletir obstáculos no acesso a serviços especializados ou atraso na percepção da gravidade do quadro por parte dos responsáveis. Os sinais clínicos mais frequentemente descritos — como febre persistente, otalgia, edema retroauricular, hiperemia local e otorreia — estão em conformidade com os quadros clássicos de mastoidite descritos por Tonello et al.¹¹ e Chantre et al.⁵. Em casos isolados, observaram-se manifestações compatíveis com complicações intracranianas, como rigidez de nuca, edema palpebral com protrusão ocular e sinais neurológicos.

A literatura indica que até 73% dos casos de mastoidite aguda têm associação com episódios prévios de OMA. No presente estudo, 63,6% dos pacientes apresentavam histórico compatível com infecção otológica prévia. A ausência de registros dessa informação em parte dos prontuários pode decorrer da limitação própria de estudos retrospectivos e da eventual falha no preenchimento dos dados clínicos.

Quanto à propedêutica diagnóstica, os exames de imagem foram solicitados em nove pacientes, sendo a tomografia computadorizada (TC) de crânio e mastoide o método mais empregado, conforme preconizado por diretrizes clínicas. A ressonância magnética, indicada para avaliação de complicações intracranianas, não foi mencionada nos registros. Os principais achados na TC incluíram velamento das células mastoides, espessamento dos tecidos moles e formação de abscesso periauricular.

Todos os pacientes receberam antibioticoterapia endovenosa. A ceftriaxona foi administrada em 63,6% dos casos, isoladamente ou associada à clindamicina (36,3%), visando à ampliação do espectro antimicrobiano para anaeróbios e bactérias resistentes. A média de duração do tratamento foi de sete dias, com mediana de seis dias, intervalo compatível com os protocolos terapêuticos vigentes. Em três casos (27,2%) houve necessidade de encaminhamento para avaliação cirúrgica especializada, sendo realizada timpanotomia bilateral em um paciente.

As intervenções cirúrgicas estão indicadas quando não há resposta clínica satisfatória à antibioticoterapia em 48 a 72 horas ou na presença de complicações, conforme relatado por Psaromatis et al.⁸, Balsamo et al.⁹, Mierzwiński et al.⁷ e Cassano et al.¹. A mastoidectomia é geralmente reservada para casos refratários ou com envolvimento intracraniano. No presente estudo, apenas um paciente (9,1%) apresentou evolução compatível com Síndrome de Gradenigo, que exigiu acompanhamento conjunto de neurocirurgia e otorrinolaringologia. A taxa de complicações observada encontra-se dentro do intervalo descrito na literatura, que varia entre 5% e 29%.

Com o intuito de verificar possíveis relações entre as variáveis clínicas e assistenciais, foi realizada uma análise de correlação de Spearman. Observou-se tendência de associação negativa entre a idade e o tempo de internação ($\rho = -0,53$; $p = 0,118$), bem como entre a idade e a duração da antibioticoterapia ($\rho = -0,52$; $p = 0,126$), sugerindo que crianças mais jovens tenderam a permanecer internadas por mais tempo e a receber antimicrobianos por períodos mais prolongados. Embora essas correlações não tenham atingido significância estatística, possivelmente em razão do número limitado de observações, os resultados indicam um padrão clínico compatível com a maior vulnerabilidade imunológica observada nas faixas etárias mais precoces. As demais combinações de variáveis apresentaram coeficientes fracos e valores de p elevados, não evidenciando associações monotônicas consistentes. Ainda assim, a aplicação do teste de Spearman mostrou-se metodologicamente pertinente para o delineamento adotado, contribuindo para a identificação de tendências que podem ser aprofundadas em estudos posteriores com maior poder amostral.

Os desfechos clínicos foram satisfatórios, com alta hospitalar em 63,6% dos pacientes e encaminhamento para centros de referência nos casos que demandaram suporte cirúrgico ou neurológico especializado. A média de permanência hospitalar foi de 5,6 dias, dado coerente com a evolução clínica e as condutas institucionais adotadas.

No que se refere à identificação microbiológica, não foram encontrados registros de coleta ou resultado de culturas nos prontuários avaliados, o que impediu a análise dos agentes etiológicos. Segundo a literatura, os principais patógenos relacionados à mastoidite em crianças são *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus*. A ausência de cultura reforça a necessidade de aprimoramento nos fluxos de coleta e registro laboratorial, de modo a subsidiar a seleção terapêutica e a vigilância epidemiológica.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento retrospectivo, como a dependência da completude dos registros clínicos e o número reduzido de casos analisados. Ainda assim, os dados obtidos permitem descrever o perfil clínico e assistencial de pacientes pediátricos com mastoidite em um hospital de médio porte, contribuindo para o reconhecimento de padrões de apresentação, condutas adotadas e oportunidades de melhoria no cuidado.

CONCLUSÃO

A análise dos prontuários de pacientes pediátricos com diagnóstico de mastoidite demonstrou que, embora a condição seja relativamente incomum, permanece como uma

complicação relevante da otite média aguda na infância, com maior incidência entre crianças de 1 a 2 anos. O perfil clínico identificado foi compatível com os achados clássicos descritos na literatura, predominando sintomas como otalgia, febre, edema retroauricular e otorreia, além de manifestações mais graves em casos isolados.

As condutas terapêuticas adotadas mostraram-se alinhadas às diretrizes clínicas atuais, com uso predominante de ceftriaxona por via intravenosa, complementada por clindamicina em situações específicas. A taxa de complicações foi reduzida, com evolução clínica favorável na maioria dos casos e necessidade de encaminhamento ou intervenção cirúrgica apenas em situações de agravamento ou indicação especializada.

A análise estatística de correlação, embora não tenha demonstrado associações significativas entre as variáveis clínicas analisadas, evidenciou tendências que sugerem maior tempo de internação e uso prolongado de antimicrobianos em pacientes mais jovens, aspecto que pode ser explorado em estudos futuros com maior poder amostral.

As limitações do estudo, especialmente relacionadas à natureza retrospectiva e à ausência de dados microbiológicos em parte dos registros, evidenciam a necessidade de melhorias na padronização dos processos de coleta, registro e acompanhamento clínico. Os resultados apresentados contribuem para o conhecimento sobre a abordagem da mastoidite em contextos hospitalares regionais e podem orientar a elaboração de protocolos assistenciais ajustados à realidade institucional, com foco na segurança do paciente e na qualificação das práticas diagnósticas e terapêuticas.

REFERÊNCIAS

1. Cassano P, Ciprandi G, Passali D. Acute mastoiditis in children. *Acta Biomed.* 2020;Suplemento:54-59. doi:10.23750/abm.v91i1-S.9259
2. Ogle JW. Acute Mastoiditis. *Am J Dis Child.* 1986;140(11):1178. doi:10.1001/archpedi.1986.02140250104043
3. Vainchelboim RS, Granito JG, Wong LRY, Fernandes LR, Garcia LCG, Sanches TAC. Incidência da mastoidite relacionado a otite média aguda em lactentes. *Brazilian J Heal Rev.* 2025;8(1):e77624. doi:10.34119/bjhrv8n1-392
4. Penido NO, Chandrasekhar SS, Borin A, Maranhão ASA, Gurgel Testa JR. Complications of otitis media – a potentially lethal problem still present. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016;82(3):253-262. doi:10.1016/j.bjorl.2015.04.007

5. Chantre T, Barroso M, Araújo BC, Oliveira M, Sousa H, Barros E. Abscessos subperiosteos como complicação de Mastoidite Aguda em idade pediátrica: experiência de 22 anos. *Rev Port Otorrinolaringol Cabeça e Pescoço*. 2022;60(3):203-205. doi:10.34631/sporl.1037
6. Aznar SL, Martínez CV, Fonz RB, Lobera IB, Alonso MB. Mastoiditis aguda con complicación intracraneal. Reporte de un caso pediátrico. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(2). doi:10.5546/aap.2020.e166
7. Mierzwiński J, Tyra J, Haber K, et al. Therapeutic approach to pediatric acute mastoiditis – an update. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019;85(6):724-732. doi:10.1016/j.bjorl.2018.06.002
8. Psarommatis IM, Voudouris C, Douros K, Giannakopoulos P, Bairamis T, Carabinos C. Algorithmic management of pediatric acute mastoiditis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012;76(6):791-796. doi:10.1016/j.ijporl.2012.02.042
9. Balsamo C, Biagi C, Mancini M, Corsini I, Bergamaschi R, Lanari M. Acute mastoiditis in an Italian pediatric tertiary medical center: a 15 – year retrospective study. *Ital J Pediatr*. 2018;44(1):71. doi:10.1186/s13052-018-0511-z
10. Lima RP de, Bertozzi JMV. Síndrome de gradenigo: dos mecanismos subjacentes ao diagnóstico, tratamento e prognóstico. *Rev CPAQV - Cent Pesqui Avançadas em Qual Vida*. 2025;17(1):12. doi:10.36692/V17N1-29R
11. Tonello ND, Cunha MP, Teixeira CB, Zago G de S. MASTOIDITE AGUDA EM CRIANÇAS. *Brazilian J Implantol Heal Sci*. 2024;6(10). doi:https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p2859-2868
12. Sara Laliena Aznar, Martínez CV, Fonz RB, Lobera IB, Alonso MB. Acute mastoiditis with intracranial complication in a pediatric patient. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(2). doi:10.5546/aap.2020.e166
13. Spearman C. The proof and measurement of association between two things. By C. Spearman, 1904. *Am J Psychol*. 1987;100(3-4):441-471.