OTITE MÉDIA AGUDA

* **Introdução:**

A Otite Média Aguda (OMA) é uma das infecções mais comuns em pediatria, responsável pela maioria das prescrições de antibióticos nesta faixa etária.

* **Definição:**

Otite média é uma inflamação da orelha média, mais precisamente de seu mucoperiósteo de revestimento, com presença de secreção, associada a início rápido de um ou mais sinais e sintomas inflamatórios desta região. Não há período absoluto para determinar o estágio da doença, mas em geral é considerada aguda quando apresenta evolução inferior a 3 meses.

* **Epidemiologia:**

A OMA apresenta alta morbidade e baixa mortalidade, permanecendo com alta incidência e prevalência. Cerca de 60 a 80% dos lactentes tem pelo menos 1 episódio de OMA até o 1° ano de vida e até 90% o terão até os 5 anos. O pico de incidência ocorre entre 6 e 24 meses de vida, com declínio após essa idade e novo aumento entre 5 e 6 anos, quando as crianças começam a vida escolar.

**São fatores que influenciam a ocorrência de OMA:**

Idade: relacionada à imaturidade do sistema imunológico, a alterações anatômicas em relação à tuba auditiva (mais curta e horizontalizada) e à permanência dessas crianças na posição horizontal;

Sexo: maior incidência no sexo masculino;

Estado socioeconômico: o baixo nível socioeconômico está fortemente associado ao desenvolvimento e à gravidade da OMA (maior número de pessoas na residência, saneamento básico precário, estado nutricional inadequado, acesso limitado a atendimento médico, recursos limitados para seguir a prescrição medica);

Grau de exposição à fumaça de cigarro;

Grau de contato com outras crianças (ex: em creches): devido contato com outros vírus respiratórios;

Estado do ano: são comuns nos meses de inverno, em função de serem associadas a infecção do trato respiratório superior;

Anomalias craniofaciais congênitas: fendas palatinas não corrigidas, outras anomalias craniofaciais e Síndrome de Down;

Tipo de leite ingerido pelo lactente: o leite materno tem efeito protetor pela presença de IgA.

* **Etiologia:**

Cerca de 75% das OMAs são causadas por patógenos bacterianos. Destacam-se o *Streptococcus pneumoniae* (40%), *Haemophilus influenzae* (25-35%) e *Moraxella catarrhalis* (10-15% dos casos).

Na presença de conjuntivite associada à OMA, o microorganismo mais encontrado é o *Haemophilus influenzae* não tipável.

O *Streptococcus pyogenes* é um agente menos frequente na etiologia da OMA, mas, quando presente, acomete principalmente crianças mais velhas e causa mais frequente ruptura da membrana timpânica e progressão para mastoidite.

Vírus também podem ser encontrados na orelha média isoladamente ou em associação com bactérias patógenas. Os mais comumente observados são o vírus sincicial respiratório e o rinovírus. Em 5 a 10% dos casos, a OMA ocorre na ausência de bactérias colonizadoras detectáveis.

Destaca-se que a microbiologia das OMAs se têm modificado nos últimos anos em decorrência do uso mais abrangente da vacina pneumocócica.

* **Quadro clinico:**

Há grande variação dos sinais e sintomas de OMA. Muitas vezes, a manifestação é insidiosa em um lactente febril, como achado de exame físico, ao passo que, outras vezes, há otorreia purulenta ou otalgia importante.

A perfuração da membrana timpânica pode ocorrer durante o curso da OMA. Após a ruptura, a secreção acumulada no ouvido médio é eliminada no canal auditivo externo, resultando no alívio da dor e redução da febre. Como a membrana timpânica é altamente vascularizada, a perfuração resolve-se rapidamente em poucos dias; entretanto, a perfuração prolongada da membrana pode ocorrer após um episódio de OMA, levando a otorreia crônica.

* **Diagnóstico:**

O diagnóstico da OMA é essencialmente clínico (anamnese e exame físico).

Durante a anamnese deve-se questionar sobre sintomas nasais, otológicos e faríngeos, uso recente de antibiótico, alergia medicamentosa, estado vacinal, aleitamento materno e fatores de risco para OMA (uso de chupeta e mamadeira, exposição à fumaça do cigarro, entrada da criança na creche).

Em lactentes e crianças, a apresentação mais típica é otalgia, febre, irritabilidade ou choro após alguns dias de sintomas gripais; ao contrário do que as mães acreditam, a manipulação do ouvido pelo lactente normalmente não está relacionada a otite. Na criança maior, otalgia é a queixa mais frequente. Em alguns casos a criança refere queda da audição ou sensação de “peso” ou pressão no ouvido. Pode-se haver associação com conjuntivite.

Ao Exame Físico, a otoscopia fornece informações importantes e essenciais ao diagnóstico. O achado mais comum é uma membrana timpânica (MT) hiperemiada, opaca e abaulada.

A presença de abaulamento da MT tem alto valor preditivo (positividade em culturas em torno de 75%), devendo ser mais valorizado do que hiperemia, que pode ser decorrente da simples manipulação do conduto para limpeza de cerúmen ou mesmo do choro da criança durante a otoscopia. A otorreia purulenta é outro sinal importante, mas deve ser diferenciada daquela que pode ocorrer na otite externa, comum no nosso meio, principalmente nos meses de temperatura elevada.

**SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DE OTITE MÉDIA AGUDA**

|  |  |
| --- | --- |
| **SISTÊMICOS** | **LOCAIS** |
| Febre | Abaulamento da membrana timpânica |
| Irritabilidade | Diminuição de translucidez |
|  | Hiperemia |
|  | Otalgia |
|  | Otorreia purulenta |

Segundo o *guideline* de 2013 da Associação Americana de Pediatria (AAP), o diagnóstico de OMA deve ser realizado quando houver:

- abaulamento moderado a grave da MT ou novo surto de otorreia, não ocasionado por otite externa aguda;

- leve abaulamento da MT e início recente (menos de 48horas) de otalgia ou eritema intenso de MT.

OBS: exames de imagem (tomografia computadorizada e/ou ressonância nuclear magnética) tornam-se importantes apenas na suspeita de complicações.

* **Tratamento:**

**1) Sintomático (Antitérmico e Analgésico)**: toda criança com diagnóstico de OMA deve receber analgesia (Dipirona, Ibuprofeno ou Paracetamol). Há relato de redução da dor após 10 minutos do uso de lidocaína tópica quando comparada ao placebo, mas o efeito do analgésico tópico tem evidência limitada. Para alívio dos sintomas nasais, recomenda-se a lavagem nasal com soro fisiológico 0,9%.

**2) Antibioticoterapia: c**onforme recomendação da AAP (2013):

**INDICAÇÃO DE ANTIBIOTICOTERAPIA PARA OTITE MEDIA AGUDA**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDADE** | **INDICAÇÃO DE ANTIBIÓTICO** |
| < 6meses | Sempre |
| 6-24meses | Sinais de gravidade (otalgia moderada ou grave, otalgia por pelo menos 48horas ou temperatura superior a 39C) e/ou acometimento bilateral |
| > 24meses | Sinais de gravidade uni ou bilateral |
| Independentemente da idade | Anormalidades craniofaciais, imunodeficiências, síndromes genéticas |

Na ausência dos critérios destacados acima, mas se houver diagnóstico de OMA, deve ser realizada decisão, compartilhada com os pais, de observação com retorno em 48 a 72horas ou início de tratamento com antibiótico.

Quanto ao tratamento da OMA, o *guideline* de 2013 da AAP faz as recomendações:

Quando a decisão de tratar com antibiótico tiver sido tomada, e a criança não tiver recebido amoxicilina nos últimos 30 dias ou não tiver conjuntivite purulenta concomitante ou, ainda, não for alérgica a penicilina: prescrever amoxicilina;

Quando a decisão de tratar com antibiótico tiver sido tomada, e a criança tiver recebido amoxicilina nos últimos 30 dias ou tiver conjuntivite purulenta concomitante, ou história de OMA recorrente não responsiva à amoxicilina: prescrever antibiótico com cobertura adicional de B-lactamase;

Quando o cuidador relatar que os sintomas da criança pioraram ou falharam em responder ao tratamento inicial com antibiótico dentro de 48 a 72horas: reavaliar o paciente e determinar se é necessária uma mudança na terapia;

OMA recorrente: encaminhar para Otorrinolaringologista devido possível indicação de tubos de timpanostomia.

**ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS EM CASOS DE OTITE MEDIA AGUDA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTIBIÓTICO** | **COBERTURA** | **DOSE** |
| Amoxicilina | Pneumococo | 50mg/kg/dia\*, de 12 em 12 horas |
| Amoxicilina com Clavulanato de potássio | Pneumococo,  *M. catarrhalis* e *H. influenzae* | 90mg/kg/dia de amoxicilina com 6,4mg/kg/dia de Clavulanato de potássio, de 12 em 12 horas |

\* a dose de amoxicilina deve ser aumentada para 90mg/kg/dia se tratamento com amoxicilina nos três meses anteriores; rotina de frequentar creche; idade inferior a 2 anos; frequência alta de pneumococo resistente na comunidade.

**Outras opções terapêuticas:**

Azitromicina – 10mg/kg/dia de 24 em 24 horas, por 5dias;

Cefuroxima – 30mg/kg/dia de 12 em 12 horas, por 10dias;

Ceftriaxona – 50mg/kg/dia de 24 em 24 horas, por 3dias;

Claritromicina – 15mg/kg/dia, de 12 em 12 horas, por 10dias;

Clindamicina – 30mg/kg/dia de 8 em 8 horas, por 3dias.

3) **Corticosteroides, Anti-Histamínicos e Descongestionantes**: não devem ser utilizados.

Com o tratamento adequado, espera-se diminuição dos sinais/sintomas dentro das primeiras 48 a 72horas. A permanência de febre é fator importante a ser observado. Outro critério a ser considerado, é a piora do aspecto da membrana timpânica, efusão ou perfuração com drenagem de material purulento. A otoscopia pode estar alterada até 3meses após o episódio agudo.

* **Diagnóstico Diferencial:**

O diagnóstico diferencial da OMA é a OME, ambas podem evoluir de uma para outra sem quaisquer achados físicos determinantes de diferenciação. A diferenciação entre as duas condições pode ser prejudicada, na prática clínica, por dificuldade na otoscopia (agitação da criança ou alterações no conduto auditivo) e/ou por falta de prática do examinador.

* **Complicações:**

Abscesso cerebral, Labirintite Mastoidite, Otite média supurativa crônica, Mastoidite, Meningite.

* **Referências:**

Araujo JM. *Infecções das vias aéreas superiores*. IN: Rotinas ambulatoriais em infectologia para o pediatra; Cruz MLS, Cardoso CAA, Gaspar MCS, organizadores. São Paulo: Editora Atheneu. 2012. p.159-81.

Araujo PMFL, Araujo CNF. *Emergências em otorrinolaringologia*. IN: Sociedade Brasileira de Clínica Médica; Lopes AC, Guimarães HP, Lopes RD, Vendrame LS, organizadores. PROURGEM Programa de Atualização em Medicina de Urgência e Emergência: Ciclo 8. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p.120-60. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.3).

Berezin EN. *Infecções de vias aéreas superiores*. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria; Campos Junior D, Burns DAR, Lopez FA, organizadores. TRATADO DE PEDIATRIA. Barueri: Manole; 2014. p.1478-81.

Oliveira RG. *Otite*. Blacbook Pediatria. 5ed. Belo Horizonte: Black Book Editora. 2014. p. 354-8.

Pechebea MD, Vita WP. *Otite média, Sinusite e Tonsilite Agudas*. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria; Simon Junior H, Pascolat G, organizadores. PROEMPED Programa de Atualização em Emergência Pediátrica: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p.55-103. Sistema de Educação Continuada a Distância, v.2).

Ramos BD. *Otite Média aguda recorrente*. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria; Oliveira Filho EA, Nobrega M, organizadores. PROPED Programa de Atualização em Terapêutica Pediátrica: ciclo2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p.103-25. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.1)

Ramos BD, Pereira MBR. *Otite Média Aguda Recorrente*. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria; Ramos BD, organizador. PRONAP Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria: Ciclo 18. São Paulo: 2015. p.18-29. Sistema de Educação Continuada a Distância, n.1.

Santos FC, Pinheiro MNSM, Soares VYR. *Conduta Atual na otite media aguda*. IN: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Lessa MM, Pinna FR, Abrahão M, Caldas Neto SS, organizadores. PRO-ORL Programa de Atualização em Otorrinolaringologia: Ciclo 11. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p.53-75. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).

Toy EC *et al*. *Casos clínicos em pediatria*. 4ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda. 2014. p.109-15.

Responsável pela elaboração da rotina: Dr. Renato Resende Mundim