

# OTITE MÉDIA AGUDA

## ACUTE OTITIS MEDIA

LUIZ HENRIQUE OYAMADA<sup>1</sup>, PRISCILA CORDEIRO MAFRA<sup>1</sup>, RÂNELLY DE ANDRADE MEIRELES<sup>1</sup>, THREICY MAYARA GODINHO GUERREIRO<sup>1</sup>, FERNANDA SALLES FONSECA DE ATAIDE SOUZA<sup>1</sup>, VANESSA YURI NAKAOKA ELIAS DA SILVA<sup>2\*</sup>, TATILIANA G. BACELAR KASHIWABARA<sup>3</sup>

1. Acadêmicos de Medicina do IMES - Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Acadêmica de Medicina - IMES, Graduada em Fisioterapia, Pós-Graduada em Saúde Pública/PSF; Mestre em Imunopatologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias, ex-docente Citologia, Histologia, Patologia, Parasitologia Faculdade Pitágoras. 3. Especialista em Alergia & Imunologia, Dermatologia, Imunopatologia das Doenças Infecto Parasitárias; Medicina do Trabalho; Medicina Ortomolecular; Medicina do Trânsito; Nutrologia; Pediatria. Diretora Clínica da CLIMEDI. Coordenadora do Programa RespirAR Adulto em Ipatinga - MG. Professora de Pediatria na Faculdade de Medicina de Ipatinga – MG. MS. em Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade; Doutoranda em Gestão pela UTAD; Supervisora do PEP em Ipatinga, MG

\* Rua Ephren Macedo, 406, bairro Santa Helena, Coronel Fabriciano, MG, Brasil. CEP: 35170-006, [vasilva777@yahoo.com.br](mailto:vasilva777@yahoo.com.br)

Recebido em 16/01/2014. Aceito para publicação em 18/02/2014

### RESUMO

A otite média aguda é a presença de secreção na orelha média, associada ao início rápido de um ou mais sinais ou sintomas de inflamação da mesma. A crescente preocupação quanto à resistência de cepas determinou que o uso de tais medicamentos fosse mais controlado, não mais sendo indiscriminado, tendo como opção para tratamento a observação e a utilização de analgésicos para melhora do quadro. Em casos em que não houver a resolução dos sintomas, os antibióticos podem então ser utilizados. Pesquisas expõem que o pico de incidência ocorre entre os 6 e 12 meses de idade, havendo decréscimo com o crescimento da criança, sendo que por volta dos sete anos torna-se infrequente. Os principais patógenos são o *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e a *Moraxella catarrhalis*. Existem fatores de risco envolvidos na etiologia desta enfermidade, como a Fenda palatina não corrigida, a Disfunção tubária Hipertrofia de adenoide, infecções do trato respiratório, Técnica inadequada de amamentação e Tabagismo Passivo, entre outros. O diagnóstico da otite média se dá pela anamnese e exame físico e a otoscopia. A antibioticoterapia deve ser eleita com cautela, nos casos onde sua utilização possa trazer benefícios ao infante, não concorrendo para o aumento da resistência à esse fármaco. O aleitamento materno e minoração do uso de mamadeiras (principalmente em decúbito dorsal), a supressão do tabagismo, o controle alérgico em crianças predispostas, além da vacinação e principalmente o adiamento da inserção infantil em creches e berçários podem exercer impactos positivos na diminuição de doença e principalmente na sua recorrência, devendo o profissional que atende a criança elucidar tais aspectos, alertando a mãe ou cuidador à tais aspectos pertinentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Otite Média Aguda, fatores de risco na OMA, antibioticoterapia na OMA e otite média supurativa e recorrente.

### ABSTRACT

Acute otitis media is the presence of middle ear effusion, associated with the rapid onset of one or more signs or symptoms of inflammation of the same. The growing concern about the resistance of strains determined that the use of such drugs was more controlled, not being indiscriminate, with the option for treatment observation and the use of analgesics for improvement. In cases where there is no resolution of symptoms, antibiotics may then be used. Research states that the peak incidence occurs between 6 and 12 months of age, there was a reduction in the growth of the child, and by the age of seven becomes infrequent. The main pathogens are *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* and *Moraxella catarrhalis*. There are risk factors involved in this disease etiology such as cleft palate uncorrected, tubal dysfunction adenoid hypertrophy, respiratory tract infections, inadequate breastfeeding technique and passive smoking, among others. The diagnosis of otitis media is by history and physical examination and otoscopy. Antibiotic therapy should be chosen with care, in cases where its use may be beneficial to the infant, not contributing to the increase of resistance to this drug. Breastfeeding and mitigation of bottles (mostly supine), the elimination of smoking, the allergic control in predisposed children, besides vaccination and especially the postponement of the infant insert in kindergartens and nurseries can have positive impacts in reducing the disease and especially in its recurrence, with the professional who meets the child elucidate these aspects, prompting the mother or caregiver to such relevant aspects.

**KEYWORDS:** Average Acute, risk factors in AOM, antibiotic therapy in AOM and suppurative otitis media and recurrent otitis.

### 1. INTRODUÇÃO

A otite média aguda é a etiologia mais comum ligada à prescrição de antibióticos para infantes. A crescente

preocupação quanto à resistência de cepas determinou que o uso de tais medicamentos fosse mais controlado, não mais sendo indiscriminado, tendo como opção para tratamento a observação e a utilização de analgésicos para melhora do quadro<sup>1,2,3,4</sup>.

Em casos em que não houver a resolução dos sintomas, os antibióticos podem então ser utilizados<sup>1,2,3,4</sup>.

Pesquisas expõe que o pico de incidência ocorre entre os 6 e 12 meses de idade, havendo decréscimo com o crescimento da criança, sendo que por volta dos sete anos torna-se infrequente<sup>5</sup>.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

A presente revisão literária discorre sobre o tema Otite Média Aguda, e teve como subsídio as bases de dados *Pubmed*, *LiLACS* e *SciELO*, abarcando os seguintes termos: “Otite Média Aguda”, “Fatores de Risco na OMA”, “Antibioticoterapia na OMA” e “Otite Média Supurativa e Recorrente”.

Este trabalho baseou-se em uma revisão bibliográfica, descritiva, qualitativa, que teve como fonte de pesquisa filtragem nos sites de busca *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Google Acadêmico e *NCBI Pubmed*, para a escolha dos artigos científicos que abordam o assunto, sendo os critérios de inclusão dos artigos foram aqueles publicados no período de 2005 a 2014.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### Definição

A Otite Média Aguda (OMA) é a presença de secreção na orelha média, associada ao início rápido de um ou mais sinais ou sintomas de inflamação da mesma<sup>6</sup>.

Já a Otite Média Aguda Recorrente (OMR) é a ocorrência de três episódios de otite média aguda no período de seis meses ou quatro episódios em doze meses. Os episódios ocorrem em intervalos separados, com resolução da efusão<sup>6</sup>.

### Etiologia

Os principais patógenos são as bactérias, e as mais observadas são o *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e a *Moraxella catarrhalis*<sup>5,7,8</sup>.

As infecções virais mais frequentes são por Vírus sincicial respiratório - 15%, Influenza A e B - 5%, Adenovírus - 5%<sup>5,7,8</sup>.

De acordo com Klein (2010), o *Haemophilus influenzae* e a *Moraxella catarrhalis* são encontrados em aproximadamente 50% dos casos de OMA<sup>8</sup>.

### Fatores de risco

Os possíveis fatores de risco envolvidos na etiologia desta enfermidade estão listados na Tabela 1<sup>5,7</sup>.

**Tabela 1.** Fatores de risco da OMA

<i>Relacionados ao paciente</i>	<i>Ambientais</i>
Fenda palatina não corrigida	IVAS
Síndrome de Down	Técnica inadequada de amamentação
Disfunção tubária	Tabagismo Passivo
Malformação craniofacial	
Hipertrofia de adenoide	

**Fonte:** Adaptado de LOPES & MANOLE (2010)<sup>5</sup>; LEÃO *et al.*, (2005)<sup>7</sup>.

### Diagnóstico

O diagnóstico da otite média deve ser determinado pela anamnese e exame físico, mas somente a otoscopia fundamenta o diagnóstico definitivo. De acordo com Coker *et al.* (2010), há três critérios empregados no diagnóstico de OMA. O primeiro seriam os sintomas agudos de infecção. Já o segundo, a evidência de inflamação na orelha média, e por fim, a presença de efusão na orelha média<sup>1</sup>.

Clinicamente tornou-se imperativo para o médico afastar a afecção em crianças que se enquadrem em situação de risco e estejam assintomáticas<sup>9</sup>.

A doença pode manifestar-se com sinais e sintomas inespecíficos, tais como febre, irritabilidade exagerada, cefaleia, hiporexia, êmese, diarreia, hipoacusia e vertigem, mas a otalgia permanece como o sintoma mais comumente observado<sup>1, 5,7,9, 10</sup>.

Na presença de otalgia, a probabilidade de uma criança ter OMA é de três a 7,3 vezes maior que quando não se encontra essa queixa. Quando da suspeição dos pais, a probabilidade é 3,4 vezes mais elevada<sup>10</sup>.

### Otoscopia

A membrana timpânica (MT) geralmente está abaulada, hiperemiada ou opaca, com aumento da vascularização e, na pneumotoscopia, pode haver diminuição da mobilidade. Destes sinais, o abaulamento é sem dúvida o mais importante<sup>3,5,7,9</sup>.

Uma MT com alteração de cor seja esbranquiçada ou amarelada (pela presença de secreção purulenta) é mais sugestiva de OMA de origem bacteriana<sup>3,5,7,9</sup>.

Quando se encontra uma perfuração da membrana timpânica, na maioria das vezes é diminuta e de difícil visualização, justificado pelo edema e a presença de secreção na OMA supurativa (OMAS)<sup>3,5,7,9</sup>.

Na OMAS, a membrana timpânica se encontra retraída, com o cabo do martelo protuso e com coloração amarelada ou azulada, sendo a mobilidade na maior parte das vezes diminuída. Na OMAS persistente, uma retração da membrana timpânica pode ser um achado comum<sup>3,5,7,9</sup>.

### Tratamento

Presentemente, preconiza-se a observação dos pacientes por 24 a 48 horas, para prosseguir com a utilização dos antibióticos. O tratamento considerado de primeira escolha é a Amoxicilina 50mg/kg/dia durante 7 a 10 dias. Nas crianças com antecedentes alérgicos ou resistência à penicilina, recomenda-se o uso de Sulfametozazol-trimetoprim, azitromicina ou claritromicina<sup>5</sup>.

A indicação do uso de antibióticos pode ser analisada conforme a tabela abaixo (Tabela 2):

**Tabela 2.** Critérios da Antibioticoterapia na OMA.

Idade	Diagnostico correto	Diagnostico OMA duvidoso
< 6 meses	Antibióticos	Antibióticos
6 m a 2 anos	Antibióticos	Antibióticos se doença grave. Observar se doença não grave.
2 anos ou +	Antibióticos se doença severa.  Observar se doença não severa.	Observar

Fonte: Adaptado de LOPES & MANOLE (2010)<sup>5</sup>; LEÃO *et al.*, (2005)<sup>7</sup>.

Os medicamentos considerados como de segunda escolha são recomendados na apresentação de infecção complicada ou mesmo de recorrência da OMA após uso adequado de antibióticos em menos de 30 dias. Os antibióticos repetidamente utilizados são a amoxicilina com clavulanato e cefalosporinas de segunda e terceira geração, como a cefuroxima, cefaclor, cefprozil, cefpodoxima e ceftriaxona. Na suspeita de *S. pneumoniae* resistente, sugere-se o uso da amoxicilina-clavulanato 90mg/kg/dia. Caso haja falha, suspeita ou presença de complicações supurativas, ou mesmo na persistência de sintomas agudos com o uso de outras opções de antibióticos, deve-se considerar a ceftriaxona intramuscular 50mg/kg/dia durante três dias<sup>5,7</sup>.

Hoberman *et al.* (2011)<sup>2</sup>, averiguou que infantes entre 6 e 23 meses com OMA, tratadas com amoxicilina-clavulanato por 10 dias, apresentaram benefício com o tratamento<sup>2</sup>.

Porém, o uso da amoxicilina-clavulanato deve ser conduzido com cautela pelos efeitos colaterais e pela contribuição para o aumento da resistência das bactérias, somado aos efeitos colaterais do fármaco (diarreia, dermatite). Mas tais efeitos geralmente não são graves a ponto de promover a descontinuidade do tratamento<sup>3,5,7,9</sup>.

De acordo com Lopez & Manole (2010)<sup>5</sup>, quando na ausência de melhora do quadro após readequação do tratamento, deve-se efetivar uma timpanocentese. Tal procedimento deve ser indicado nos seguintes casos (Quadro 1)<sup>5</sup>:

**Quadro 1.** Indicações de Timpanocentese

Criança com febre alta ou toxêmica
Recém-nascido de alto risco com suspeita de OMA;
Paciente OMA em UTI pediátrica
Suspeita de OMA na presença de complicações supurativas agudas
OMA refrataria a segunda linha de tratamento de antibióticos

Fonte: Adaptado de Lopez e Manole (2010)<sup>5</sup>.

Devido ao parco benefício e ao risco elevado de efeitos colaterais, o uso de descongestionantes e anti-histamínicos não é recomendado para crianças com otite média aguda. Os anti-histamínicos são contraindicados, pois aumentam o tempo de líquido no ouvido médio. O tratamento por cinco dias com anti-histamínicos ou corticoides associados com antibióticos não traz melhoras dos resultados terapêuticos na OMA<sup>8,9,10</sup>.

O ibuprofeno despontou como superior ao placebo para a resolução algica<sup>10</sup>.

### Prevenção das Otites

No que diz respeito à prevenção das otites, podemos estabelecer passos que podem contribuir para a minimização dos eventos em longo prazo, como os expostos abaixo no quadro 2<sup>11</sup>:

**Quadro 2.** Prevenção da OMA

Evitar tabagismo passivo
Estimular o aleitamento materno (4 meses ou mais)
Suspender a mamadeira deitada
Retardar o ingresso na creche ou berçário
Evitar uso de chupeta na creche
Tratar condições de comorbidade (rinossinosite)
Controlar alergia respiratória ou digestiva
Vacinação

Fonte: adaptado de Felix *et al.* (2008)<sup>11</sup>.

## 4. CONCLUSÃO

A otite média aguda é uma afecção extremamente comum, atingindo a parcela pediátrica populacional com maior propriedade do que a fase adulta.

Fatores de risco podem ser observados na maioria das vezes, o que denota a necessidade de pesquisá-los para atuar preventivamente na doença.

A antibioticoterapia deve ser eleita com cautela, nos casos onde sua utilização possa trazer benefícios ao infante, não concorrendo para o aumento da resistência à esse fármaco.

O aleitamento materno e minoração do uso de mameiras (principalmente em decúbito dorsal), a supressão do tabagismo, o controle alérgico em crianças predispostas, além da vacinação e principalmente o adiamento da inserção infantil em creches e berçários podem exercer impactos positivos na diminuição do doença e principalmente na sua recorrência, devendo o profissional que atende a criança elucidar tais aspectos, alertando a mãe ou cuidador à tais aspectos pertinentes.

## REFERÊNCIAS

- [1] Coker TR, Chan LS, Newberry SJ, *et al.* Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systematic review. *JAMA* 2010; 304:2161-2169.  
Disponível em:  
<<http://jama.amaassn.org/content/304/19/2161>>.short.  
Acesso em 8 de abril de 2012.
- [2] Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, *et al.* Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N Engl J Med* 2011; 364:105-15.  
Disponível em:  
<<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0912254>>.  
Acesso em 8 de abril de 2012.
- [3] Neto WC. Otite Média, 2005; 22.  
Disponível em:  
<[http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario\\_34.pdf](http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario_34.pdf)>.  
Acesso em 14 de fevereiro de 2014.
- [4] Siegel RM. Acute Otitis Media Guidelines, Antibiotic Use, and Shared Medical Decision-Making Pediatrics 2010; 125:2 384-6.  
Disponível em:  
<<http://pediatrics.aappublications.org/content/125/2/384.full.html>>.  
Acesso em 8 de abril de 2012.
- [5] Lopez FA, Manole DCJ. Tratado de pediatria: sociedade brasileira de pediatria-2.ed.- Barueri, SP. 2010; 1941-7.
- [6] Lubianca Neto JF, Hemb L, Silva DB. Fatores de risco para otite média aguda recorrente: onde podemos intervir? - uma revisão sistemática da literatura. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2006; 82(2):87-96.  
Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572006000200003&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000200003&lang=pt)>.  
Acesso em 14 de abril.
- [7] Leão E, Correa EJ, Mota JAC, Viana MB. *Pediatria ambulatorial - 4ed - Belo Horizonte: Coopmed; 2005; 448-9.*
- [8] Klein JO. Is Acute Otitis Media a Treatable Disease?. *N Engl J Med* 2011; 364(2):168-9.  
Disponível em:  
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1009121>  
Acesso em 8 de abril de 2012.
- [9] Valente MH, Escobar AMU, Grisi SJFE. Aspectos diagnósticos da otite média com derrame na faixa etária pediátrica. *Rev. Bras. Saude Mater Infant.* 2010; 10(2):157-70.  
Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000200003&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000200003&lang=pt)>.

Acesso em 28 de março de 2012.

- [10] Sakano E, Weckx LLM, Bernardo WM, Saffer M. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Otite Média Aguda na infância: diagnóstico. 2005.

Disponível em:

<http://www.projetodiretrizes.org.br>.

Acesso em 6 de abril de 2012.

- [11] Felix, *et al.* O papel de novas vacinas na prevenção da otite média. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2008; 74(4):613-6.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72992008000400021&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992008000400021&lang=pt)>.

Acesso em 14 de abril.

