


CAPÍTULO 45

 <https://doi.org/10.58871/ed.academic.00045.v1>

OTITE MÉDIA AGUDA**ACUTE OTITIS MEDIA****HANNAH ÁUREA GIRÃO DOS SANTOS ARAÚJO**

Universidade de Fortaleza

RICARDO BRUNNO EGÍDIO MIRANDA DE OLIVEIRA

Universidade de Fortaleza

DAVI RIBEIRO CAVALCANTE

Universidade de Fortaleza

ISLA MARIA TOMÁS RICARTE

Universidade de Fortaleza

MARCO ANTONIO CAMBRAIA OPITZ

Universidade de Fortaleza

PEDRO VICTOR ESMERALDO MONTEIRO

Universidade de Fortaleza

MARIA EDUARDA DAMACENO SILVA

Universidade de Fortaleza

JOSÉ SAMUEL PEREIRA FILGUEIRA

Universidade de Fortaleza

RESUMO

Objetivo: Esclarecer, de maneira sintetizada, as principais informações acerca da fisiopatologia, do quadro clínico, do diagnóstico e do tratamento da otite média aguda na pediatria. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, feita em novembro de 2022, por meio do estudo de 14 artigos selecionados com os descritores “Otite média aguda”, “Acute otitis media” e “Pediatria”, encontrados nas bases de dados eletrônicas PubMed e Scielo. **Resultados e Discussão:** A otite média aguda (OMA) ocorre devido a um processo infeccioso que acomete a orelha média. Epidemiologicamente, é uma condição clínica de alta prevalência na infância, com maior incidência entre 6 meses e dois anos. A infecção geralmente começa no trato respiratório superior, favorecendo a contaminação da trompa de Eustáquio por bactérias que proliferam e causam a OMA. A principal manifestação clínica é a otalgia que pode estar associada à febre e, em alguns casos, à perda auditiva condutiva. O diagnóstico é feito através da história clínica e das alterações presentes na otoscopia, como a hiperemia e o abaulamento

da membrana timpânica. O tratamento depende da idade da criança e da gravidade da doença. Em casos brandos, apenas o uso de fármacos para o alívio de sintomas, como antitérmicos e analgésicos, pode ser recomendado. Em quadros de OMA mais grave, bilateral e com otorreia, o tratamento de escolha é a antibioticoterapia. Considerações finais: Na maioria dos casos, essa condição clínica apresenta uma resolução sem intercorrências. No entanto, algumas complicações podem ocorrer, como a perfuração aguda da membrana timpânica. A adoção de medidas profiláticas, como o aleitamento materno e a vacinação infantil, é uma forma de evitar a otite média de repetição (OMR). Por meio do estudo apresentado, conclui-se que a otite média aguda é uma patologia recorrente na prática pediatria e, por isso, o seu manejo adequado é de extrema importância.

Palavras-chave: Otite média aguda; Otorrinolaringologia; Otolgia.

ABSTRACT

Objective: To synthetically clarify the main information about the pathophysiology, clinical picture, diagnosis, and treatment of acute otitis media in pediatrics. **Methodology:** This is a narrative review of the literature, carried out in November 2022, through the study of 14 articles selected with the keywords "Acute otitis media", "Acute otitis media" and "Pediatrics", found in the electronic databases PubMed and Scielo. **Results and Discussion:** Acute otitis media (AOM) is due to an infectious process that affects the middle ear. Epidemiologically, it is a highly prevalent clinical condition in childhood, with the highest incidence between 6 months and two years. The infection usually starts in the upper respiratory tract, favoring contamination of the eustachian tube by bacteria that proliferate and cause AOM. The main clinical manifestation is otalgia that may be associated with fever and, in some cases, conductive hearing loss. Diagnosis is made by clinical history and otoscopic findings, such as hyperemia and bulging of the tympanic membrane. Treatment depends on the child's age and the severity of the disease. In mild cases, only the use of drugs to relieve symptoms, such as antipyretics and analgesics, may be recommended. In more severe, bilateral AOM with otorrhea, the treatment of choice is antibiotic therapy. **Final considerations:** In most cases, this clinical condition presents an uneventful resolution. However, some complications may occur, such as acute tympanic membrane perforation. The adoption of prophylactic measures, such as breastfeeding and infant vaccination, is a way to prevent recurrent otitis media (RSM). Through the study presented, we conclude that acute otitis media is a recurrent pathology in pediatric practice and, therefore, its proper management is of utmost importance.

Keywords: Acute otitis media; pediatrics; Otorhinolaringology; Otolgia.

1. INTRODUÇÃO

A otite média aguda (OMA) trata-se de uma infecção aguda que acomete a orelha média. É uma condição recorrente na prática clínica, sendo uma das infecções mais comuns na infância, pois estima-se que 80% das crianças desenvolverão pelo menos 1 episódio de OMA até os 3 anos de idade (BARDACH,2011). Tal fato deve-se especialmente à relação entre OMA e infecção viral do trato respiratório superior, visto que esta infecção pode levar ao entupimento

da trompa de Eustáquio, permitindo que o fluido fique preso no espaço da orelha média até infectar. Devido a trompa de Eustáquio ser mais curta, alongada e horizontalizada na criança do que no adulto, torna-se mais comum o desenvolvimento de OMA na infância (JAMA, 2019).

Existem diversos fatores epidemiológicos que estão relacionados a uma susceptibilidade no desenvolvimento de OMA na infância, tais como, frequentar creche, outros irmãos em casa, nascimento prematuro, histórico familiar de OMA recorrente e baixo status socioeconômico (DICKSON, 2014). Além disso, a amamentação durante três meses ou mais é tida como um fator protetor, visto que pode diminuir o risco de OMA em 13%. Ademais, fatores associados à anatomia do próprio hospedeiro estão relacionados ao risco aumentado de OMA na infância, por exemplo, crianças com fenda palatina, Síndrome de Down, malformações craniofaciais e imunodeficiência (PEDIATRIA, 2021).

Nesse contexto, algumas crianças podem apresentar diversos episódios de OMA durante a vida. Dessa forma, se o paciente desenvolver 3 ou mais episódios durante 6 meses, têm-se uma OMA recorrente. Assim, é essencial ficar atento, pois essas crianças são consideradas “propensas a otite” se tiverem 6 episódios de OMA nos primeiros 6 anos de vida (ATKINSON, 2015).

A doença possui um curso autolimitado em que a maioria dos sintomas irão desaparecer em 4 dias. Contudo, o correto manejo dessa doença é de extrema importância para saúde pública, pois existem diversas complicações intracranianas e extracranianas associadas à cronificação secundárias à OMA, dessas a mais prevalente é a mastoidite, seguido da labirintite, contudo existem também, paralisia facial, abscesso extradural e abscesso subperiosteal. Essas complicações estão relacionadas a uma taxa bastante elevada de sequelas e mortalidade (PENIDO, 2016). A exemplo disso, pode-se citar a otite média com efusão (OME) que pode ser considerada uma sequela da OMA, visto que após o tratamento desta, 62% das crianças ficam com derrame persistente de orelha média em 2 semanas e 24% ficam com derrame persistente em 2 meses (ATKINSON, 2015).

Diante desse contexto, esse estudo tem como objetivo sintetizar os principais conhecimentos a respeito de otite média aguda na infância, buscando pormenorizar suas características clínicas, fisiopatologia, diagnósticas e tratamento.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura elaborada no período de novembro de 2022, por meio da busca dos descritores “Otite média aguda”, “Acute otitis media” e

“Pediatria”, nas bases de dados eletrônica: PubMed e Scielo. Durante a busca foram encontrados 33 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Foram selecionados como critérios de inclusão: estudo de revisão, publicados nos últimos 11 anos, disponível em artigo completo e nos idiomas português ou inglês.

Os critérios de exclusão submetidos foram: artigos que tinham como proposta principal o tema escolhido e que não atenderam aos demais critérios de inclusão.

Coletou-se 14 (quatorze) artigos que se adequaram ao tema proposto, os quais foram submetidos a leitura para coleta e análise de dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia: A otite média aguda é um agudo infeccioso que acomete principalmente crianças mais jovens, com uma maior incidência entre seis meses e dois anos (PILTCHER et al., 2018). Estudos apontam que a cada duas crianças, uma apresenta por volta de três episódios aos 3 anos de idade (VENEKAMP et al., 2020).

Fisiopatologia: Usualmente, a OMA é resultado de uma complicação de uma infecção do trato respiratório superior, o que leva patógenos à tuba auditiva. Dessa forma, as bactérias normalmente causadoras do quadro são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e o *Moraxella catarrhalis* (VENEKAMP et al., 2020). Após a entrada do patógeno na tuba, ocorre uma inflamação que leva a oclusão da trompa, gerando um ambiente com pressão negativa e, por consequência, com acúmulo de líquido que propicia a proliferação bacteriana.

Manifestações clínicas: o sintoma mais prevalente é a Otolgia. Em crianças que ainda não falam, é comum notar a manipulação, o ato de segurar ou qualquer ação que demonstre o desconforto com o ouvido. Distúrbios do sono ou febre também são comuns (VENEKAMP et al., 2020). Outro sintoma presente na OMA é a perda auditiva, sendo a condutiva a mais frequente. Entretanto, alguns estudos relatam graus variáveis de sequelas auditivas neurossensoriais tanto em otites médias agudas quanto nas recorrentes (KASEMODEL et al., 2020). Ainda assim, sintomas oculares podem ser encontrados em parte dos infectados (PILTCHER et al., 2018). Deve-se ainda estar atento à presença de efusão, sendo um sinal para a perfuração timpânica, podendo, nessas situações, a dor e a febre estar ausentes (VENEKAMP et al., 2020).

Diagnóstico: No diagnóstico da OMA é necessário a otalgia com ou sem febre; a presença de efusão em orelha média confirmada pela translucidez timpânica diminuída juntamente com seu abaulamento (na otoscopia) ou falta de mobilidade (na otoscopia pneumática) e hiperemia da membrana timpânica (sugerindo processo inflamatório) (VENEKAMP et al., 2020).

Tratamento: Em quadros brandos, a OMA tem sua cura alcançada sem o uso de antibióticos. No tocante ao uso de fármacos, a prescrição de antitérmicos e analgésicos para alívio dos sintomas deve ser imediata, tendo em vista o tempo de ação mais demorado da antibioticoterapia (que deve abranger os patógenos mais comumente encontrados) (PILTCHER et al., 2018). Sobre os corticosteróides tópicos, embora tenham algum efeito na redução da efusão na orelha média em curto prazo, não há informações suficientes para avaliar sua efetividade em longo prazo (SIH; BRICKS, 2008). Sobre o uso específico de antibióticos, deve ser prescrito diante de crianças menores de 6 meses, maiores de 6 meses com doença ou condição grave, OMA bilateral ou presença de otorreia. Ainda sobre antibióticos, a droga de escolha para quadros não graves é a amoxicilina, considerando seu espectro de ação, sua baixa toxicidade e seu baixo custo, administrado na dosagem de 45 - 90 mg/Kg/dia, podendo ser dividida em duas ou até três doses, sendo a sua associação com o clavulanato 6,4 mg/Kg/dia uma abordagem relevante. A duração do tratamento depende da idade e da gravidade da doença, recomendando-se 10 dias para crianças menores de 2 anos, 7 dias para crianças de 2 a 5 anos e 5 a 7 dias para maiores de 6 anos (OTORRINOLARINGOLOGIA, 2018). A dosagem da amoxicilina pode mudar em regiões onde o *Streptococcus pneumoniae* apresenta maior resistência, não sendo o caso do Brasil (PILTCHER et al., 2018). Alguns estudos indicam que o uso de cefalosporinas e azitromicina por 3 a 5 dias pode ser tão efetivo quanto 10 dias de amoxicilina. Em alguns locais, todavia, devido às preocupações associadas ao uso excessivo de antibióticos, há recomendação de não tratar a OMA a menos que a criança apresente febre alta ou persistência dos sinais e sintomas após analgesia por 48 a 72 horas (SIH; BRICKS, 2008).

Complicações: Comprometimento de algumas estruturas no osso temporal podem ser consequentes a uma OMA, a exemplo de perfuração aguda da membrana timpânica (complicação mais comum desta patologia, é geralmente acompanhada de otorreia), mastoidite, paralisia facial, labirintite e otite externa. Além disso, a perda auditiva e os distúrbios nas funções vestibular, motor e de equilíbrio são outras complicações que podem ser encontradas (BLUESTONE, 2000).

Profilaxia: Como alternativas profiláticas, algumas medidas podem ser tomadas desde cedo para que o risco de sofrimento da criança com otite média de repetição (OMR) seja reduzido. Tais condutas envolvem o aleitamento materno, considerado por muitos pesquisadores como fator protetor contra a otite média, e o retardo do ingresso na creche para o segundo ano de vida, sendo menor a susceptibilidade à OMA em grupo de crianças que são cuidadas em casas de família em relação às cuidadas em creches. Vale ressaltar que esse risco é proporcional ao número de “colegas” que a criança esteja em contato (LUBIANCA NETO; HEMB; SILVA, 2006). O uso de antibióticos para fins profiláticos, bastante feito no passado, deve ser evitado devido ao surgimento crescente de bactérias resistentes. Todavia, em alguns casos especiais pode ser utilizada a amoxicilina de 20 mg/kg/dia profilaticamente por períodos curtos e, preferencialmente, em crianças que não frequentam creches. Ademais, a vacinação é outra medida importante na prevenção da otite média aguda, englobando a vacina contra *S. pneumoniae*, que cobre 85% dos sorotipos que causam tal patologia, sendo indicada para as crianças com mais de dois anos de idade que apresentam OMR. A vacina contra o vírus Influenza indicada a partir dos seis meses de idade pode também atuar nessa profilaxia, considerando trabalhos que mostram uma redução na incidência de OMA secundária a IVAS causadas por este patógeno (PEREIRA, 1998).

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que a otite média aguda é bastante prevalente em crianças, principalmente entre os 6 meses e os 2 anos de idade. Isso se deve às características anatômicas da tuba auditiva nessa faixa etária, a qual se encontra mais curta, alargada e horizontalizada e a outros fatores epidemiológicos, como a frequência em creches e o convívio com outras crianças. Entretanto, se houver recorrência de otite média aguda mais de três vezes em um período de seis meses, é necessário atenção, pois essa criança é considerada propensa à OMA.

Além de causar otalgia, mastoidite, paralisia facial, labirintite e outras complicações, é uma doença que pode provocar perda auditiva no paciente. Portanto, nota-se que o diagnóstico e o tratamento da otite média aguda é de extrema importância, a fim de evitar perda neurosensorial auditiva e outros problemas ao paciente. O tratamento em situações brandas é feito sem antibioticoterapia, entretanto, em casos mais graves, essa medida é necessária. Antitérmicos, anti-inflamatórios e corticosteróides também são utilizados na terapêutica da

OMA, porém, para os corticosteróides, ainda são necessários estudos a respeito de sua eficácia a longo prazo.

Como medida profilática para a OMA, a vacina contra o vírus Influenza indicada a partir dos seis meses de idade, o retardo do ingresso na creche e o aleitamento materno são considerados fatores protetores para a patologia em questão.

REFERÊNCIAS

ATKINSON, H.; WALLIS, S.; COATESWORTH, A. P. Acute otitis media. **Postgraduate medicine**, v. 127, n. 4, p. 386–390, 2015. DOI 10.1080/00325481.2015.1028872.

BARDACH, Ariel et al. Epidemiology of acute otitis media in children of Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. **International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology**, [S.L.], v. 75, n. 9, p. 1062-1070, set. 2011. Elsevier BV.

BLUESTONE, Charles. Clinical course, complications and sequelae of acute otitis media. **The Pediatric Infectious Disease Journal**. Dallas, p. 37-46. maio 2000.

DICKSON, Gretchen. Acute Otitis Media. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, [S.L.], v. 41, n. 1, p. 11-18, mar. 2014. Elsevier BV.

KASEMODEL, Ana Luiza Papi; COSTA, Ludmilla Emília Martins; MONSANTO, Rafael da Costa; TOMAZ, Andreza; PENIDO, Norma de Oliveira. Sensorineural hearing loss in the acute phase of a single episode of acute otitis media. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, [S.L.], v. 86, n. 6, p. 767-773, nov. 2020. Elsevier BV.

LUBIANCA NETO, José Faibes; HEMB, Lucas; SILVA, Daniela Brunelli e. Fatores de risco para otite média aguda recorrente: onde podemos intervir? - uma revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 2, p. 87-96, abr. 2006. FapUNIFESP (SciELO).

OTORRINOLARINGOLOGIA, Associação Brasileira D. **Tratado de Otorrinolaringologia**. Grupo GEN, 2017. E-book. ISBN 9788595154247.

PAUL, C. R.; MORENO, M. A. Acute otitis media. **JAMA pediatrics**, v. 174, n. 3, p. 308, 2020. DOI 10.1001/jamapediatrics.2019.5664.

PEDIATRIA, Sociedade Brasileira D. **Tratado de pediatria (volume 2)**. Editora Manole, 2021. E-book. ISBN 9786555767483.

PENIDO, Norma de Oliveira et al. Complications of otitis media – a potentially lethal problem still present. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, [S.L.], v. 82, n. 3, p. 253-262, maio 2016. Elsevier BV.

PEREIRA, Maria Beatriz Rotta. Otite média aguda e secretora. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, p. 21-30. dez. 1998.



PILTCHER, Otávio Bejzman; KOSUGI, Eduardo Macoto; SAKANO, Eulalia; MION, Olavo; TESTA, José Ricardo Gurgel; ROMANO, Fabrizio Ricci; SANTOS, Marco Cesar Jorge; FRANCESCO, Renata Cantisani di; MITRE, Edson Ibrahim; BEZERRA, Thiago Freire Pinto. How to avoid the inappropriate use of antibiotics in upper respiratory tract infections? A position statement from an expert panel. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology, [S.L.]**, v. 84, n. 3, p. 265-279, maio 2018. Elsevier BV.

SIH, Tania Maria; BRICKS, Lucia Ferro. Otimizando o diagnóstico para o tratamento adequado das principais infecções agudas em otorrinopediatria: tonsilite, sinusite e otite média. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, [S.L.]**, v. 74, n. 5, p. 755-762, out. 2008. FapUNIFESP (SciELO).

VENEKAMP, Roderick P; SCHILDER, Anne G M; HEUVEL, Maaïke van Den; HAY, Alastair D. Acute middle ear infection (acute otitis media) in children. **Bmj**, p. 1-, 18 nov. 2020. BMJ.