

Antibióticos ou Cirurgia Para as Infecções do Trato Respiratório Superior?

Anne Schilder

Gostaria de mostrar-lhes alguns números internacionais de prescrição de antibióticos e cirurgia para duas infecções bem comuns do trato respiratório superior: otite média aguda (OMA) e tonsilite. Estes índices variam muito, então é importante que se avaliem as evidências atuais sobre a eficácia dessas terapias. Além disso, vamos discutir o que é necessário fazer para se chegar a um acordo sobre a melhor terapêutica para as crianças que apresentam essas infecções.

No final da década de 80, a prescrição de antibióticos para as otites variavam muito, de 30% na Holanda - 1 em cada 3 crianças com OMA recebiam antibióticos - chegando a quase 100% nos Estados Unidos, Nova Zelândia e Austrália. Nenhum estudo foi publicado nos últimos 20 anos, mas acredita-se que estas taxas não tenham mudado muito.

Analisando as taxas cirúrgicas para os tubos de ventilação, nos Estados Unidos, 9 em cada 1000 crianças com menos de 15 anos recebem estes tubos, no Canadá 8 crianças em 1000, na Escócia 5 em cada 1000, na Inglaterra e no País de Gales 2 em cada 1000 crianças por ano. Já na Holanda, onde 1 em cada 3 crianças com OMA é tratada com antibióticos, 20 em cada 1000 crianças são tratadas com colocação de tubos de ventilação anualmente. Assim, parece que uma política bastante restrita em relação a antibióticos caminha com uma política liberal para a intervenção cirúrgica.

Vamos então avaliar se o mesmo vale para outra cirurgia realizada para otite média, a adenoidectomia. As taxas de realização da adenoidectomia também variam muito. Cerca de 17 por 10.000 crianças no Canadá. Nos países com baixas taxas de uso de antibióticos, Holanda, Bélgica e Finlândia, apresentam mais de 100 casos por 1.000.

E quanto aos antibióticos para tonsilite? No final da década de 80 a porcentagem de adultos e de crianças recebendo antibióticos para tonsilite na clínica médica também variava muito. Mais de 60% na Holanda - ou seja, 2 em 3 pacientes tratados com antibióticos, para cerca de 100% na Bélgica. Aparentemente, não há nenhum consenso quanto à indicação de antibióticos para tonsilite.

Um estudo sobre as taxas de realização de adenotonsilectomia em crianças em 1998 em alguns países europeus, Estados Unidos e Canadá mostrou diferenças em taxas cirúrgicas em cada um desses países. Por exemplo, a chance de uma criança na Holanda ser submetida a uma tonsilectomia é duas vezes maior do que para

uma criança nos Estados Unidos. Mais uma vez as taxas cirúrgicas mais elevadas são encontradas nos países com as taxas de prescrições de antibióticos mais baixas. Assim, podemos concluir que, tanto a prescrição de antibióticos quanto a indicação cirúrgica para as infecções de trato respiratório, variam muito.

Como é pouco provável que as crianças dos países europeus sejam mais ou menos saudáveis do que as crianças dos Estados Unidos, por exemplo, parece que não há um acordo entre os médicos quanto a melhor terapia a ser conduzida.

Para entender melhor este fenômeno é importante olhar as evidências relacionadas à eficácia destas terapias. Avaliando-se a eficácia dos antibióticos para tonsilite, há três meta-análises recentemente publicadas - uma pela Cochrane Library (2001), outra pela AHRQ em 2001 e uma terceira por Rosenfeld, em seu livro Evidence-based Otitis Media. Como os critérios de inclusão das meta-análises e a definição de tratamento variaram, veremos que os resultados dessas análises também variaram largamente. Os estudos mostraram que a porcentagem de crianças com otite média aguda curadas com tratamento com antibióticos nos dias 1 a 14, ou seja refletindo o curso natural da doença, era de 80%. Com relação aos benefícios dos antibióticos, os revisores da Cochrane concluíram que um dia após o início do tratamento com antibióticos ou ausência de tratamento não havia diferença entre os grupos. Com relação à dor nos dias 2-7, o valor de *odds ratio* era de 0,6 - assim, algumas crianças tratadas com antibióticos tinham melhor resultado que as não tratadas. Porém, o número necessário de casos para tratar é 17. Ou seja, é necessário tratar 17 pacientes com antibióticos para prevenir que uma criança tenha dor no dia 2.

As outras duas meta-análises foram mais favoráveis aos antibióticos. Com falha clínica no dia 2-7 como marcador de desfecho clínico, a AHRQ detectou taxa de diferença de 12% em favor de antibióticos. Rosenfeld, que definiu falha clínica no dia 7 a 14 como persistência de dor e/ou febre, encontrou taxa de diferença absoluta de 13%.

Assim, os antibióticos parecem não ter efeito sobre os desfechos clínicos de OMA nas primeiras 24 horas. Após este período, as meta-análises sugerem que os antibióticos têm um efeito modesto, com 8 a 17 crianças que precisam ser tratadas com antibióticos para evitar dor ou falha clínica em uma criança. Porém, não sabemos neste momento como detectar esta criança, em particular com OMA, que irá se beneficiar do tratamento com antibióticos daquelas que não se beneficiarão. Vamos agora analisar os efeitos do tratamento cirúrgico para OMA. Rosenfeld fez a meta-análise recente de 5 estudos comparando tubos de timpanostomia ou de ventilação (TV) *versus* ausência de cirurgia para otite média recorrente. Percebeu-se que os TV reduziam a incidência geral de OMA em 1 episódio por criança, com o maior benefício detectado nos primeiros 6-12 meses de acompanhamento. Além disso, detectou-se que o risco de desenvolver futuros episódio de OMA era de 56%.

Com relação à adenotonsilectomia para a OMA, seu benefício é ainda mais modesto. Com base nos dois estudos do grupo de Paradise em Pittsburgh, podemos concluir que a adenoidectomia reduz a incidência de OMA em 0,3 episódio por criança por ano em crianças anteriormente tratadas com TV. Além

disso, a adenoidectomia reduz a necessidade futura de inserção de TV em 50% dos casos. Em crianças já submetidas ao tratamento, não houve benefícios com a realização de adenoidectomia.

Quais são então as evidências sobre cirurgia para OMA? Os tubos de ventilação reduzem de forma moderada a incidência de OMA; há poucas evidências sobre adenoidectomia e OMA, e esta cirurgia parece reduzir o risco de reinserção de TV. Com relação à eficácia da tonsilectomia e os efeitos de tratamento com antibióticos, outra revisão feita pela Cochrane incluiu 25 estudos em adultos e crianças. No terceiro dia de dor de garganta, devemos tratar cinco pacientes para que haja um real benefício para um paciente. No sétimo dia, esta diferença é ainda menor - é necessário tratar 20 pacientes para beneficiar um.

Já em relação à eficácia da cirurgia em crianças com dores de garganta, duas revisões foram publicadas recentemente. A primeira por Tom Marshall (Br J Gen Pract, 1998) que incluiu cinco estudos sobre tonsilectomia em crianças. Ele concluiu que as crianças submetidas à tonsilectomia isoladamente ou adenotonsilectomia evitavam duas a três infecções de garganta por ano nos primeiros dois anos após a cirurgia. No terceiro ano após a cirurgia, não houve mais efeitos benéficos. É notável que em todos os ensaios incluídos nesta análise os dados tivessem sido favoráveis, tanto para as crianças operadas como para as não operadas.

Como conclusão, observamos grandes diferenças nos padrões de prescrição de antibióticos e nos índices de cirurgia para o tratamento das infecções das vias aéreas superiores em todo o mundo. Além disto, o curso natural das infecções nas crianças é favorável e as evidências científicas quanto aos benefícios da cirurgia são limitadas. Assim, acredito que a conduta expectante para estas infecções em crianças é possível e não apenas na Holanda. Mas gostaria de enfatizar mais uma vez que o tratamento das crianças sem antibióticos não significa não usar medicamentos. As crianças com tonsilite e OMA devem receber analgesia adequada e os pais devem ser informados sobre o curso natural da infecção. Além disto, o monitoramento cuidadoso pelos pais deve ser garantido.

Acredito que nossos futuros esforços devem focar o desenvolvimento de critérios uniformes para o diagnóstico e os desfechos clínicos dessas infecções em crianças, e implantar esses critérios em novos ensaios avaliando-se os efeitos das várias estratégias de tratamento. É preciso identificar grupos de crianças que se beneficiariam dos antibióticos ou das cirurgias. Para conseguir isto, é necessário vencer as diferenças culturais com relação às infecções das vias aéreas respiratórias, antibióticos e cirurgias e desenvolver diretrizes de tratamento com base em evidências.

Leitura recomendada

1. Post JC, Stoodley P, Hall-Stoodley L, Ehrlich GD. The role of biofilms in otolaryngologic infections. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004 Jun;12(3):185-90. Review.
2. Pelton SI. Otitis media: re-evaluation of diagnosis and treatment in the era of antimicrobial resistance, pneumococcal conjugate vaccine, and evolving morbidity. *Pediatr Clin North Am.* 2005 Jun;52(3):711-28, v-vi. Review.
3. Arroll B. Antibiotics for upper respiratory tract infections: an overview of Cochrane reviews. *Respir Med.* 2005 Mar;99(3):255-61. Review.