

Duas Perguntas Críticas Devem ser Respondidas Antes do Início da Antibioticoterapia na Otite Média Aguda

Andrés Sibbald

O médico que atende crianças está freqüentemente com um dilema, quando o paciente apresenta otite média? Seja pediatra, generalista ou ORL, deve considerar cuidadosamente duas perguntas que nem sempre têm uma resposta segura ou imediata.

A primeira pergunta é: é realmente um episódio agudo de otite média?

As dificuldades que aparecem para uma boa visualização da membrana timpânica (MT), na primeira e segunda infância, podem ser grandes. O pequeno paciente chora, movimentava-se muito, tem o conduto auditivo externo (CAE) estreito, que pode estar parcial ou totalmente obstruído por cerúmen, podendo ser difícil completar uma otoscopia satisfatória. Se o clínico conclui que seu paciente tem otite média é porque pôde verificar, de modo ideal, com uma otoscopia pneumática, que há efusão na orelha média. Sabemos que a forma mais comum de otite média é o estágio catarral que chamamos otite média com efusão (OME). Esta ome (com letras minúsculas quando for leve) é freqüente e tende a resolver-se espontaneamente, embora possa reaparecer com os resfriados múltiplos que padecem as crianças. Em alguns casos, a efusão serosa se transforma em uma forma mais persistente e grave que chamamos otite mucóide ou em cola (*glue ear* - OME com letras maiúsculas). Este fato pode perturbar ao observador pouco experiente porque a MT adquire uma cor âmbar e o aspecto da efusão, por detrás da mesma sugere uma viscosidade que pode ser confundida com uma coleção purulenta.

O diagnóstico de otite média aguda (OMA), como bem afirma Rosenfeld¹, é um processo seqüencial que depende de um afloramento de fenômenos clínicos. A OMA revela-se quando, em uma efusão da orelha média, habitualmente desconhecida até esse momento, aparecem, de forma rápida, um ou mais sinais ou sintomas de inflamação grave. A otalgia é o sintoma mais específico e se expressa com diversos gestos de dor e de irritabilidade. Esta dor é causada pela MT distendida pelo pús que move a MT para fora, provocando um edema com abaulamento progressivo. Dá lugar, por esta razão, a sinais otoscópicos, que são os elementos diagnósticos mais precisos da OMA. As variações da cor do conteúdo da efusão líquida da cavidade da orelha média, que é visualizada através da MT, como também na mesma, permitem reconhecer as mudanças que são associadas freqüentemente com a OMA. A cor amarela leitosa da MT identifica uma efusão

purulenta e a hiperemia destaca a inflamação aguda. A MT convexa diferencia a OMA da OME, e a otorrêa súbita, embora infreqüente, é o sinal mais confiável do apogeu do processo de aparecimento da OMA. Esta combinação de mal estar repentino, efusão da orelha média e determinados sinais de inflamação timpânica constituem a tríade diagnóstica mais aceita nesta doença. Com esta abordagem semiológica rigorosa tentamos reduzir o diagnóstico excessivo de OMA que causa geralmente a miringite viral, a hiperemia do choro e, principalmente, as diferentes etapas da OME. Embora a segurança diagnóstica dependa da aptidão do observador, devemos reconhecer que ainda o médico mais competente não pode eliminar totalmente alguma incerteza. Muitos especialistas, como Wald³, Dagan e Mc Cracken⁴, exigem, com toda razão, um rigor maior na observação clínica, insistindo em melhorar a precisão diagnóstica como elemento chave do processo. As universidades e os programas docentes das residências não primam, geralmente, na instrução prática, da arte do exame otoscópico.

A segunda pergunta é: para esta criança que hoje apresenta OMA devo indicar antibióticos de forma imediata?

Vários autores, com base em meta-análises cuidadosas com estudos controlados por placebo, concluem que a cura espontânea da OMA é tão freqüente que já não há mais razão para indicar antibióticos em todos os pacientes. Rovers² concluiu que 20 crianças irão requerer tratamento, para ser evitada uma forma prolongada da doença em um único paciente. Se o tratamento for focado nas crianças menores de dois anos, com doença mais grave (OMA bilateral com ou sem otorrêa), os benefícios do tratamento antibiótico aumentam enormemente.

As preocupações crescentes sobre os efeitos potencialmente adversos dos antimicrobianos, principalmente da aceleração da multiresistência, exigem um uso criterioso no tratamento da OMA. Talvez o ingrediente mais importante deste processo, como destaca Rosenfeld, seja uma auto-crítica honesta acerca das nossas destrezas diagnósticas, em particular com respeito ao discernimento entre a presença ou não de efusão da orelha média. Desde que algum grau de incerteza diagnóstica é inevitável, os pediatras e otorrinos devem admitir a dúvida e incorporá-la ao ponto de partida do processo da tomada da decisão. Esta filosofia foi o consenso, como norma para o projeto *New York Region Otitis Project* e foi adotada, com modificações, pela *American Academy of Pediatrics* (AAP) no *Clinical Practice Guideline* sobre a abordagem da OMA.

A decisão de indicar ou não um tratamento antibiótico imediato tem como base a idade da criança, a gravidade da doença e a certeza diagnóstica. Tendo como fim a decisão de uma conduta inicial de observação, sem tratamento antimicrobiano, deverá haver a segurança de um sistema que permita uma comunicação fácil da família com o médico e uma reavaliação clínica, se for necessária (dentro de 48-72hs). Não é um esquema para ser generalizado nas consultas de emergência, mas sim para os pais que têm já uma ligação estabelecida com seu pediatra.

Em todos os casos de OMA um tratamento analgésico está indicado se a criança demonstrar dor. A abordagem da otalgia é prioridade indiscutível no cuidado destes pacientes. É comum que o sintoma mais específico, a otalgia, desapareça com 24-48 hs e que os sinais otoscópicos revelem uma cura clínica rápida. Se esta

conduta terapêutica inicial falhar, o tratamento antibiótico será iniciado com a sua prescrição e as orientações que já estiverem em poder dos pais, desde o momento da consulta.

Esta estratégia promove uma compreensão nova de uma doença comum. Os pediatras dos nossos avós tinham recursos diagnósticos limitados e terapêuticos para a OMA. Hoje dispomos de um armamentário magnífico para reconhecer e tratar esta infecção, mas escolhemos limitar e racionalizar nossa intervenção, pois conhecemos muito mais a história natural favorável e também porque vemos as conseqüências indesejáveis do uso imprudente e inadequado dos antibióticos.

Referências bibliográficas

1. R. M. Rosenfeld, Diagnostic certainty for acute otitis media, *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 64 (2002) 89-95
2. M. M. Rovers, et al, Antibiotics for acute otitis media : a meta-analysis with individual patient data, *Lancet* 368(9545) : 1429-35 Review
3. E. R. Wald, Acute otitis media: more trouble with the evidence. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 22 (2003); 103-104
4. R. Dagan, G. H. McCracken, Flaws in design and conduct of clinical trials in acute otitis media, *Pediatr. Infect. Dis. J.* 21 (2002)(10) 894-902