

# *Tratamento da Otite Média Aguda*

---

*Anne Pitkäranta*

O tratamento da otite média aguda (OMA) é desafiador. A primeira recomendação está relacionada aos cuidados para com a dor de ouvido da criança, sendo esta a primeira recomendação da Academia Americana de Pediatria e da Academia Americana de Médicos de Família. Analgésicos/antitérmicos são medicamentos básicos e de fácil acesso na maioria dos países. Em caso de dor muito intensa, o alívio pode ser atingido com a miringotomia ou timpanotomia.

Uma questão significativa é se o antibiótico é necessário no momento do diagnóstico da OMA sem complicação. O uso do antibiótico varia entre os países: 3% na Holanda e cerca de 100% nos Estados Unidos. Os dados sobre os benefícios do antibiótico têm como base um número relativamente pequeno de crianças: em apenas oito estudos randomizados, controlados, com placebo. Nestes artigos, o principal interesse foi a redução da dor. Infelizmente as complicações foram muito raras, não permitindo análise futuras. Outro problema é que as crianças que tinham dor intensa foram excluídas dos estudos. Retrospectivamente, essas crianças poderiam ter OMA enquanto que os outros poderiam estar com sintomas otológicos, relacionados ao resfriado. De acordo com a revisão Cochrane, observou-se que, nas primeiras 24 horas, o antibiótico não melhora a dor mais que o placebo. Depois disto, ocorre uma redução relativa da dor entre os dias 2-7. Considerando que em 80% das crianças a dor cessará espontaneamente, 15 crianças deveriam ser tratadas com antibiótico para prevenir que uma criança não tivesse dor após o 2º dia. Contudo, as conclusões finais são que o antibiótico ainda gera um pequeno benefício para a OMA na criança. Este benefício deve ser comparado com as possíveis reações colaterais. As crianças podem ter diarreia e o antibiótico é caro. Uma importante questão é que se a criança é diagnosticada com OMA na vigência de um resfriado, na próxima vez ela provavelmente será diagnosticada com OMA durante resfriados futuros. No estudo Cochrane foi sugerido que o antibiótico pode reduzir a mastoidite em populações especiais. A conduta de observação cuidadosa não deve ser aplicada em crianças com imunodeficiências, ou com implante coclear, ou com outras anormalidades.

Ao se decidir tratar com antibiótico, é importante considerar a idade da criança. A simples observação não deve ser adotada em crianças menores de seis meses. De seis meses a dois anos, crianças com OMA devem ser tratadas se o diagnóstico for de certeza, porém, em caso de diagnóstico incerto, se os pais desejarem, a

observação pode ser uma opção. Crianças maiores de dois anos, com diagnóstico de certeza, a OMA grave deve ser tratada com antibiótico. A observação é uma opção, caso a OMA não for grave.

Muitas vezes a introdução do antibiótico poderá ser postergada, pois a receita para sua prescrição estará vinculada ao retorno da criança ao consultório (para uma nova avaliação), sendo então oferecida a medicação, se os sintomas ficaram graves e o exame clínico corroborar a necessidade da prescrição.

Qual antibiótico usar? Isto se baseia nos achados bacterianos. O *Streptococcus pneumoniae* é o mais importante agente etiológico, seguido do *Haemophilus influenzae*. A vacina para o pneumococo que está sendo largamente utilizada pode alterar esse padrão. A sensibilidade bacteriana varia geograficamente tal como a positividade da bata-lactamase. Amoxicilina é a primeira opção. Em caso da presença de fatores de risco, deve-se usar 90 mg/kg/dia, nos outros casos usa-se 40 mg/kg/dia. As cefalosporinas são a opção para crianças com alergia a penicilina, uma vez que a reação cruzada é muito rara.

Em resumo, a política “esperar e observar” é boa, mas o controle da situação precisa ser assegurado (retorno da criança garantido para uma nova avaliação). O tratamento sintomático é importante e algumas vezes a prescrição postergada pode ser útil. Contudo, existem situações em que a OMA é grave e os antibióticos são necessários.

### Leituras recomendadas

1. Garbutt J, Gene J, May A, Storch GA, Shakelford PG. Developing community-specific recommendations for first-line treatment of acute otitis media: Is high-dose amoxicillin necessary? *Pediatrics* 2004;114:342-347.
2. Glasziou PP, Sanders CB, Hayem M. Antibiotics for acute otitis media in children. *The Cochrane Database of systematic reviews* 2005.
3. Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavy J. Pragmatic randomized controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ* 2001;322:336-342.
4. Pichichero ME. A review of evidence supporting the American Academy of Pediatrics recommendation for prescribing cephalosporin antibiotics for penicillin-allergic patients. *Pediatrics* 2005;115:1048-1057.
5. Subcommittee on management of acute otitis media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004;113:1451-1465.