

O “Peso” da Otite Média

Maroeska M. Rovers

Introdução

A otite média (OM) é uma das infecções mais comuns da infância, a principal causa das consultas médicas e a razão mais freqüente da administração de antibióticos às crianças.¹ A OM refere-se à inflamação da orelha média e apresenta duas entidades, quais sejam, a otite média aguda (OMA) e a otite média com efusão (OME). A OMA é definida pela presença de efusão, em conjugação com o rápido aparecimento de um ou mais sinais ou sintomas de inflamação na orelha média, tais como otalgia, otorréia, febre ou irritabilidade.² A OME é definida pela presença de fluido na orelha média, sem sinais ou sintomas de uma infecção no ouvido.²

Epidemiologia

Pelo menos 80% das crianças tiveram um ou mais episódios de OM até atingirem os três anos de idade.³ O pico de incidência da OMA ocorre durante a segunda metade do primeiro ano. Claramente, existe um grau de superposição clínica entre as crianças acometidas de OME e as crianças acometidas de OMA. As crianças com OME padecem até cinco vezes mais episódios de OMA do que as que não têm OME, e em 50% dos casos, a efusão da orelha média sobrevém diretamente de um episódio de infecção aguda.⁴ O curso natural tanto da OMA, como da OME, apresenta altos índices de recuperação espontânea. Estima-se que, sem tratamento, cerca de 80% das crianças com OMA apresentam alívio da dor e da febre dentro de dois a três dias, enquanto que a resolução clínica total foi observada em 73% das crianças dentro de uma a duas semanas.⁵ As crianças com OME apresentam um índice de melhora constante, de cerca de 50% por mês.⁵ A OM também se caracteriza por um alto índice de recidivas. Foi documentada uma recidiva de três ou mais episódios de OMA em 50 e 65% das crianças com idades de três e cinco anos, respectivamente. Nas crianças com OME o índice de recidiva encontrado foi de 50% dentro de 24 meses.³

Fatores de risco

A OM é uma doença multifatorial, resultante do jogo entre a carga microbiana (viral e bacteriana) e a resposta imune. Todos os fatores que conhecidamente causam OM relacionam-se com esses dois elementos como pano de fundo: fatores de hospedeiro, tais como idade, predisposição genética e atopia relacionada com um sistema imunológico insuficiente, enquanto que os fatores ambientais, tais como irmãos e irmãs, creche e estação do ano, relacionam-se com a carga microbiana. A tuba auditiva tem um papel central, pois é a porta de entrada da orelha média para os patógenos da nasofaringe.⁶

Antibióticos e mastoidite

A OM é o motivo mais freqüente para o consumo de antibióticos entre as crianças¹. As evidências de uma meta-análise sugerem que os antibióticos provavelmente beneficiam mais: 1- as crianças com menos de dois anos de idade; 2 - quando a OMA for bilateral; 3 - as crianças com OMA e otorréia. Para a maioria das demais crianças, parece ser justificável uma política de observação.⁷ Além do mais, a prescrição de antibióticos conhecidamente induz o tratamento de episódios futuros, aumenta a pressão para a prescrição por parte do clínico, aumenta o uso de antibióticos e aumenta a resistência aos mesmos. Por outro lado, sugeriu-se que a não administração de antibióticos aumenta o risco de complicações supurativas, tais como a mastoidite. Van Zuijlen e colaboradores.⁸ de fato demonstraram uma incidência ligeiramente maior no índice de mastoidite aguda, ou seja, quatro por 100.000 pessoas/ano na Holanda, quando apenas 31% dos pacientes com OMA receberam antibióticos, comparado com duas a cada 100.000 pessoas/ano nos Estados Unidos, onde quase todos os casos de OMA foram tratados com antibióticos. No entanto, considerando-se a baixa incidência estimada de mastoidite aguda na OMA (de 0,4 por 1000 episódios de OMA), o número de prescrições de antibióticos para OMA que teriam sido necessárias para evitar um episódio de mastoidite aguda é extremamente alto: pelo menos 2.500.⁸ Além do mais, nem todos os casos de mastoidite aguda podem ser evitados com antibióticos. Estudos retrospectivos demonstraram que 36-87% dos pacientes com mastoidite aguda foram tratados com antibióticos na OMA, antes do desenvolvimento desta complicação.

Seqüelas

Levantou-se a hipótese de que a OM relacionada à perda auditiva devido à efusão pode retardar a aquisição da linguagem, alterar o comportamento e ter influência na qualidade de vida. O grau de perda auditiva condutiva associada à OM é de 10-40 dB. No entanto, inexistente evidência conclusiva de que a perda auditiva associada à OM de fato influi no desenvolvimento da linguagem, no comportamento ou na qualidade de vida. Uma meta-análise usando diferentes tipos de estudos demonstrou pequenos efeitos adversos da OM no desenvolvimento da linguagem, o que pode ser de pouca importância em crianças que de modo geral são sadias. O efeito, no entanto, pode ser desproporcional em crianças com retardo no desenvolvimento.⁹ Brouwer e colaboradores.¹⁰ encontraram que uma redução no número de OMA estava associada a uma qualidade melhor de vida com relação à saúde. Outros estudos, no entanto, não encontraram tais efeitos. Os achados controversos podem ser devido a falhas metodológicas. Alguns estudos não conseguiram confirmar a duração e gravidade da OM, ou não mediram os níveis de audição. Em outros estudos, elementos que potencialmente poderiam contribuir para a habilidade comunicativa da criança, como por exemplo, o QI ou o nível de educação dos pais, não foram levados em consideração.

Custos

Os custos anuais estimados da OM situam-se entre três a cinco bilhões de dólares nos Estados Unidos, enquanto que o custo estimado do episódio de OMA pode variar de \$103 a \$1.330. O verdadeiro impacto provavelmente esteja até subestimado, pois os custos indiretos poderiam ser substancialmente mais altos.¹¹

Conclusão

A intervenção ideal na OM, quer seja ela preventiva ou curativa, deveria ser não “tóxica” e rapidamente eficaz para eliminar a efusão e deveria sustentar-se por mais de alguns meses. Essa intervenção ainda não existe, portanto há uma necessidade urgente de criatividade para desenhar e testar outros/novos rumos para o tratamento, que correspondam à visão moderna sobre a fisiopatologia da OM. É de se esperar um maior sucesso, caso a pesquisa focalizar as interações entre os fatores patogênicos. É necessário maior enfoque na patogênese, para poder responder porque uma parte das crianças se recupera da OM espontaneamente, enquanto outras necessitam intervenções específicas.

Referências bibliográficas

1. Freid VM, Mukuc DM, Rooks RN. Ambulatory health care visits by children: principal diagnosis and place of visit. *Vital Health Stat* 1998; 13:1-23.
2. Gates GA, Klein JO, Lim DJ, Mogi G, Ogra PL, Parapella MM *et al.* Recent advances in otitis media: 1. Definitions, terminology, and classification of otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002;111:8-18.
3. Teele DW, Klein JO. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in Greater Boston: A prospective, cohort study. *J Infect Dis* 1989;160:83-94.
4. Alho O, Oja H, Koivu M, Sorri M. Chronic otitis media with effusion in infancy. How frequent is it? How does it develop? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;121:432-6.
5. Rosenfeld RM, Kay D. Natural history of untreated otitis media. In: Rosenfeld RM, Bluestone CD (eds). *Evidence-based Otitis Media*, 2nd ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2003
6. Rovers MM, Schilder AG, Zielhuis GA, Rosenfeld RM. Otitis media. *Lancet* 2004;363(9407):465-73.
7. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, Gaboury I, Little P, Hoes AW. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet* 2006;368(9545):1429-35.
8. Van Zuijlen DA, Schilder AG, Van Balen FA, Hoes AW. National differences in incidence of acute mastoiditis: relationship to prescribing patterns of antibiotics for acute otitis media? *Pediatr Infect Dis J* 2001;20:140-4.
9. Roberts JE, Rosenfeld RM, Zeisel SA. Otitis media and speech and language: a meta-analysis of prospective studies. *Pediatrics* 2004;113:e238-48.
10. Brouwer CN, Maillé AR, Rovers MM, Veenhoven RH, Grobbee DE, Sanders EA, Schilder AG. Effect of pneumococcal vaccination on quality of life in children with recurrent acute otitis media: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2005;115(2):273-9.
11. Alsarraf R, Jung CJ, Perkins J, Crowley C, Alsarraf N, Gates GA. Measuring the indirect and direct costs of acute otitis media. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125:12-18.