

Novas Diretrizes no Tratamento da Otite Média Aguda na Suécia

Marie Gisselsson Solén e Ann Hermansson

Resumo

Em outubro de 2010 foram publicadas as novas diretrizes para o tratamento da otite média aguda (OMA) na Suécia. Recomenda-se atitude expectante em crianças saudáveis na faixa etária de um a 12 anos com otite média aguda (OMA) não complicada. O tratamento com antibióticos é recomendado para todos os pacientes com complicações e com idade inferior a um ano ou superior a 12 anos, incluindo adultos. Estas diretrizes incluem métodos diagnósticos e de tratamento.

É difícil criar diretrizes para o tratamento de doenças geralmente autolimitadas, mas que também podem apresentar complicações graves ou fatais. A OMA é uma destas doenças. Nos últimos anos, novas diretrizes para o tratamento da OMA foram editadas em vários países. Diferem em vários aspectos, mas, aparentemente, começam a convergir. Apresentaremos as novas diretrizes suecas, aceitas em outubro de 2010, após um consenso de otorrinolaringologistas, pediatras, clínicos, microbiologistas e representantes do Centro Sueco de Controle de Doenças.

Histórico

A OMA (**Figura 1**) é a infecção bacteriana mais comum em crianças pequenas. Quase todas terão ao menos um ou mais episódio de OMA na primeira infância¹. Segundo relatório de 2008², a cada ano mais do que 2.000 crianças suecas colocam tubos de timpanoplastia, devido à OMA.

Figura 1. OMA causada por pneumococos

Foto: Margaretha Foglé-Hansson



A doença da orelha média não é um problema novo. Antes da introdução dos antibióticos, a morbimortalidade por OMA e suas complicações era muito alta em crianças pequenas. Na época, o *Streptococcus pyogenes* do Grupo A (GAS), também conhecido com estreptococo beta-hemolítico do Grupo A e o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) eram os principais agentes. As infecções eram prolongadas e ocorria mastoidite em até 17% dos casos³.

Já antes da introdução da penicilina no final dos anos 1940, houve modificação nas taxas de infecção causadas pelos dois grupos de agentes etiológicos, havendo grande redução dos GAS.

Desde a metade dos anos 1950, os pneumococos são as bactérias mais frequentemente encontradas na OMA. Provavelmente, os bacilos Gram negativos, como o *Haemophilus influenzae* e a *Moraxella catarrhalis*, tornaram-se mais comuns por dois motivos: são internadas crianças não gravemente enfermas ou por aumento real desses patógenos na população.

Também há interesse crescente em vírus e sua possível influência na OMA. Foram isolados como agente único em pequeno número de casos. Provavelmente, os vírus têm maior impacto como coadjuvantes de infecções bacterianas, como as causadas por vírus respiratório sincicial (RS), influenza, parainfluenza e adenovírus, já que são os mais frequentemente encontrados na OMA.

Complicações graves, mas raras.

No fim do século 20, quase todos os países recomendavam o uso de antibióticos em todas as formas de OMA, para reduzir as complicações. A combinação de modificação bacteriológica e tratamento agressivo reduziram a taxa de complicações de 17% a menos de uma em mil crianças. A mastoidite ainda é a complicação mais frequente da OMA na Suécia onde, em uma população de nove milhões, são registrados aproximadamente 70 casos por ano⁴⁻⁵. Raramente ocorrem outras complicações graves que possam levar ao óbito. Entre elas, as registradas com maior frequência são a meningite (com ou sem mastoidite), a labirintite e a trombose sinusal.

Nossos conhecimentos sobre o motivo de ainda haver complicações em alguns pacientes é limitado. Porém, sabemos que alguns agentes, como os pneumococos, causam mais complicações, sendo a mastoidite a principal delas. Será devido a fatores da bactéria ou do hospedeiro? Ou será uma combinação inadequada?

Alta porcentagem de resolução espontânea

Em todo o mundo surgem cepas bacterianas com menor sensibilidade a antibióticos. Muitos trabalhos demonstraram que este fenômeno pode ser combatido com a redução do uso dessa medicação, especialmente em crianças pequenas⁶⁻⁷. Já que a OMA é a causa mais comum de antibioticoterapia, houve muitos debates sobre o melhor tratamento de rotina da OMA em crianças pequenas.

Vários estudos demonstraram que sua resolução espontânea é alta⁸. Em vários trabalhos dos anos 1980, os autores holandeses van Buchem et al. relatam não haver grande risco, se os antibióticos habituais não forem usados na OMA não complicada⁹. Isso levou à criação de novas diretrizes na Holanda, onde os antibióticos não eram mais recomendados para crianças saudáveis sem sinais de complicação. A maioria dos outros países também revisou suas recomendações e pouquíssimas diretrizes ainda recomendavam tratamento de rotina de crianças saudáveis, apenas com OMA.

Assim, a introdução do conceito de “conduta expectante”, provavelmente está associada a pequeno aumento de risco de complicações, embora seja difícil de avaliar o risco real¹⁰.

Em todo o mundo foram publicados trabalhos avaliando os efeitos do tratamento com antibióticos na OMA não complicada. Desde 2000, quando as diretrizes suecas incluíram a “conduta expectante”, cinco importantes estudos foram publicados¹¹. Todos têm projetos diferentes e seus critérios de inclusão e exclusão também variam. Alguns usam placebo, outros comparam o tratamento à “conduta expectante”. Relata-se que até 25-30% das crianças do grupo sem tratamento recebe tratamento em algum momento, tornando ainda mais difícil avaliar os resultados.

Vários desses estudos usam critérios de inclusão e exclusão muito amplos, mas todos excluem crianças gravemente doentes, em mau estado geral. Um dos estudos excluiu crianças com tímpano abaulado, por serem consideradas muito doentes! Essas diferenças dificultam a comparação, mas há mais de uma meta-análise concluindo que¹²⁻¹³:

- O tratamento com antibióticos reduz a dor nos primeiros dias;
- Os antibióticos não reduzem o risco de otite média secretora após o episódio de OMA;
- As crianças de todas as idades com OMA e perfuração do tímpano beneficiam-se muito do uso de antibióticos;
- As crianças com menos de dois anos de idade com OMA bilateral também se beneficiam com o uso de antibióticos;
- Não está claro se os antibióticos reduzem ou aumentam o risco de recidivas tardias.

Alguns grupos de crianças são menos estudados. Crianças com idade inferior a um ano e as com OMA recorrente são excluídas da maioria dos estudos. Raramente crianças com menos de um ano são incluídas. Menos de 200 lactentes foram incluídos no grupo de “conduta expectante” e quase 50% foram tratados, já que a taxa de complicações simples ou graves era muito alta.

“Conduta expectante” significa observação atenta!

Em 2011, foram publicados dois novos ensaios randomizados, comparando tratamento com antibióticos a placebo em lactentes de até, no máximo, seis meses¹⁴⁻¹⁵. Estes dois estudos relataram melhor efeito dos antibióticos do que os reportados em trabalhos antigos. Isso pode ser devido a critérios diagnósticos mais rígidos ou, ainda, ao tipo de avaliação de resultados, através da falha do tratamento ou pela presença ou ausência de alívio de sintomas. O antibiótico de espectro mais amplo (amoxicilina/ácido clavulânico) foi usado em ambos os estudos. O resultado foi semelhante nos dois ensaios, havendo 50% de “falha do tratamento” no grupo placebo e 15% no grupo tratado.

Assim, podemos concluir que o uso de antibióticos na otite média ainda é importante em casos selecionados e que conduta expectante equivale a uma observação muito atenta!

A idade da criança é importante!

O risco de complicações da OMA varia de acordo com a faixa etária. As crianças menores de um ano são imunologicamente muito imaturas e, aos seis meses, os anticorpos maternos já começam a perder sua capacidade protetora. Assim, esses lactentes são muito vulneráveis e, em alguns, essa vulnerabilidade se prolonga por período maior.

Também foi demonstrado que a bacteriologia difere nas faixas etárias. Nos lactentes com menos de seis meses de idade, a *Moraxella catarrhalis* é o principal patógeno, enquanto os pneumococos predominam aos 12 meses; o *Haemophilus influenzae* não tipável é o agente mais encontrado nas crianças com mais de 18 meses de idade. Atualmente, o GAS raramente causa OMA, mas ainda é encontrado em crianças maiores e adultos. A maioria das complicações é causada por pneumococos ou pelo GAS.

Novas Diretrizes de 2010

- Nas novas diretrizes suecas recomenda-se conduta expectante na OMA não complicada em crianças saudáveis com idades de um a 12 anos¹⁶.

- As diretrizes anteriores permitiam optar entre a antibioticoterapia e a conduta expectante em crianças dos dois aos 16 anos. A idade foi reduzida para um ano, pois a maioria dos episódios de OMA ocorre antes dos dois anos! Percebeu-se que bebês com menos de um ano são extremamente vulneráveis e, portanto, necessitam de tratamento (ver acima).

- Nas novas diretrizes enfatiza-se, como de importância máxima, o aperfeiçoamento de habilidades e critérios diagnósticos! A combinação de sintomas agudos, alterações inflamatórias do tímpano e presença de pús na orelha média é essencial para o diagnóstico de OMA.

Recomenda-se testar a mobilidade da membrana timpânica e, sempre que possível, usar otoscopia para visualizar o tímpano. Também é recomendada verificação da correção do diagnóstico, mesmo que inclua procedimentos como internação no departamento de otorrinolaringologia.

- Também é recomendada conduta expectante em crianças e pré-adolescentes com idades entre um e 12 anos, o que não significa que não sejam examinados sempre que houver suspeita de OMA. Os analgésicos adequados serão recomendados em caso de piora dos sintomas; quando persistirem por mais de dois dias, recomenda-se nova avaliação.

- Quando os antibióticos forem prescritos, a penicilina V por cinco dias é a medicação de escolha. Em caso de piora ou persistência de sintomas após dois dias, recomenda-se o uso de amoxicilina. Também se recomenda obter cultura da nasofaringe para orientação do tratamento, caso não seja bem sucedido.

- Quando houver alergia à penicilina, recomenda-se o uso de macrolídeos, além da cultura de nasofaringe, já que há poucas opções terapêuticas no caso de insucesso terapêutico.

- Para as crianças com OMA recorrente (definida com três ou mais episódios de OMA em seis meses ou quatro eventos ao ano) não se recomenda a conduta expectante, preferindo-se o tratamento, sempre que houver um episódio de OMA.

Pesquisa de complicações de OMA na Suécia

- Quando essas diretrizes estavam sendo implantadas na Suécia, iniciou-se uma pesquisa com o registro e avaliação de todos os casos de mastoidite. O objetivo é avaliar o efeito das novas diretrizes e o entendimento melhor dos mecanismos que levam às raras, mas graves complicações da OMA. Esse é um estudo importantíssimo, já que o rápido aumento de cepas com sensibilidade

cada vez menor aos antibióticos exige definição dos pacientes que necessitam de antibióticos ou nos quais a conduta expectante é adequada. Também é importante monitorar os efeitos da vacina contra os pneumococos.

Como a OMA é uma doença com evoluções diversas, variando com o agente bacteriano e o hospedeiro, é necessário conhecer melhor os fatores que afetam o resultado final. Nesse contexto, o diagnóstico é de importância máxima, devendo ser aprimorado para evitar falsos diagnósticos. Contudo, as possíveis complicações não devem ser esquecidas.

Diretrizes suecas de 2010

- Em **crianças de um a 12 anos com OMA, recomenda-se conduta expectante**. Antibióticos apenas devem ser administrados, se houver complicações.

- Crianças com idade <1 ano, adolescentes ≥ 12 anos e adultos com OMA devem receber antibióticos.

Complicações

- Perfuração da membrana timpânica em todos os pacientes;
- OMA bilateral em crianças < 2 anos de idade;
- Dor que não cede com o uso de analgésicos adequados;
- Estado geral de saúde comprometido;
- Sinais de complicações graves;
- Imunodeficiência;
- Implante coclear ou cirurgia prévia de orelha (excluindo tubos de ventilação);
- Perda auditiva sensorineural;
- Trauma prévio de crânio ou face.

Antibióticos

Para as crianças com OMA, selecionadas para receberem antibióticos:

- Penicilina V oral- 25 mg/kg 3x/d por 5 dias;
- Adultos: Penicilina V oral- 1,6 g 3x/d por 5 dias;

OMAR – Otite média aguda recorrente

- Penicilina V oral 25 mg/kg por 10 dias ou
- Amoxicilina 20mg/kg 3x/d por 10 dias;

Se houver falha terapêutica:

- Amoxicilina 20 mg/kg 3 x/dia por 10 dias;
- (Em adultos: 500mg 3x/d por 10 dias);

Se houver alergia aos beta-lactâmicos:

• OMA em crianças saudáveis: Eritromicina 10mg/kg 4x/d por sete dias e coleta de flora da nasofaringe ou de efusão da orelha média;

(Adultos: 500 mg 4x/dia por 7 dias);

Falha terapêutica:

- De acordo com o crescimento bacteriano verificado.

Otorréia com tubos de ventilação

• Os casos não complicados deveriam ser tratados com antibiótico em gotas por dois a três dias. Se a infecção não for curada, usar antibióticos conforme o esquema acima.

Considerações da Editora/coordenadora do X Manual (TS)

Em países escandinavos a antibioticoterapia é peculiar, eles usam penicilina V, eritromicina (em casos de alergia a penicilina), amoxicilina 3x ao dia, etc. É uma curiosidade e uma abordagem da região, onde a resistência aos antibióticos é muito baixa, pois a norma é o uso restrito e criterioso dos antimicrobianos. Este mesmo padrão ou protocolo não é o nosso, pois as condições microbiológicas das nossas crianças são distintas. O capítulo foi colocado aqui, pois é importante o conhecimento de uma abordagem medicamentosa diversa em regiões geográficas distintas.

Referências bibliográficas

1. Teele DW, Klein JO, Rosner B. 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(1):83-94.
2. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Rörbehandling vid inflammation i mellanörat. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2008. Rapport nr 189.
3. Rudberg RD. Acute otitis media; comparative therapeutic results of sulphonamide and penicillin administered in various forms. *Acta Otolaryngol Suppl.* 1954;113:1-79.
4. Enoksson F, Groth A, Hermansson A, Hultcrantz M, Stalfors J, Stenfeldt K. Har mastoiditerna ökat i Sverige efter otitkonsensus? En nationell retrospektiv studie 1993–2007. *Svensk ÖNH-tidskrift.* 2010;17(1-2):22-7.
5. Thompson PL, Gilbert RE, Long PF, Saxena S, Sharland M, Wong IC. Effect of antibiotics for otitis media on mastoiditis in children: a retrospective cohort study using the United Kingdom general practice research database. *Pediatrics.* 2009;123(2):424-30.
6. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet.* 2005;365(9459):579-87.
7. Mölsted S, Erntell M, Hanberger H, Melander E, Norman C, Skoog G, et al. Sustained reduction of antibiotic use and low bacterial resistance: 10-year follow-up of the Swedish Strama programme. *Lancet Infect Dis.* 2008;8(2):125-32.
8. Del Mar C, Glasziou P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. *BMJ.* 1997;314(7093):1526-9.
9. van Buchem FL, Dunk JH, van't Hof MA. Therapy of acute otitis media: myringotomy, antibiotics, or neither? A double-blind study in children. *Lancet.* 1981;2(8252):883-7.
10. Thorne MC, Chewaproug L, Elden LM. Suppurative complications of acute otitis media: changes in frequency over time. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;135(7):638-41.

11. STRAMA. Treatment for acute inflammation of the middle ear. Consensus statement. 2000. <http://en.strama.se/dyn//,87,14,70.html>
12. Sanders S, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. -Cochrane Database Syst Rev. 1999;(3):CD000219.
13. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet*. 2006;368(9545):1429-35.
14. Tahtinen PA, Laine MK, Huovinen P, Jalava J, Ruuskanen O, Ruohola A. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. *N Engl J Med*. 364(2):116-26.
15. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, Shaikh N, Wald ER, Kearney DH, et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N Engl J Med*. 364(2):105-15.
16. Läkemedelsverket. Diagnostik, behandling och uppföljning av akut mediaotit (AOM) – ny rekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2010;21(5):13-59.