

OTITE MÉDIA RECORRENTE NA INFÂNCIA

RECURRENT OTITIS MEDIA IN CHILDHOOD

Isabel Ruguê Genov¹ & Pérsio Roxo Júnior²

¹Médica Residente do Departamento de Puericultura e Pediatria; ²Médico Assistente do Serviço de Alergia, Imunologia e Reumatologia do Departamento de Puericultura e Pediatria. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

CORRESPONDÊNCIA: Pérsio Roxo Júnior. Rua Campos Salles, 920 apto. 52 Bairro Higienópolis, Ribeirão Preto – SP. CEP: 14015 – 170. Fax: 16-6360392 / e-mail: roxojuniorp@convex.com.br

GENOV IR & ROXO JÚNIOR P. Otite média recorrente na infância. **Medicina, Ribeirão Preto, 34:** 297-300, jul./dez. 2001.

RESUMO: Os autores fazem revisão sobre otite média recorrente, na infância, abordando aspectos clínicoepidemiológicos, seus principais agentes etiológicos, alterações imunológicas envolvidas e enfocam a necessidade de adequada propedêutica diagnóstica, propondo os principais exames complementares necessários.

UNITERMOS: Otite Média. Sistema Imunológico. Criança.

1. INTRODUÇÃO

A otite média aguda (OMA) é uma das doenças mais comuns na infância. Estima-se que 75% de todas as crianças com menos de cinco anos tiveram, pelo menos, uma consulta pediátrica devido a tal diagnóstico⁽¹⁾.

Nos EUA, aproximadamente 24,5 milhões de consultas foram realizadas em 1990, número que espelha um aumento de 150%, se comparado com o número de consultas feitas em 1975 com a mesma finalidade: diagnóstico da OMA⁽²⁾.

A importância desses números reside no fato de que 40% dos antibióticos prescritos na prática pediátrica são dirigidos para tratamento da OMA, levando-se em conta pacientes não hospitalizados⁽²⁾.

Seguramente, a OMA passa a ser importante problema de saúde pública, afetando a criança, a família e o sistema de assistência médica.

2. CONCEITO

A OMA é definida como a existência de fluido na orelha média, em associação com sinais e sinto-

mas de doença aguda, local ou sistêmica, que podem ser específicos, como otalgia e otorrêa, ou inespecíficos, como febre⁽³⁾.

A OMA é definida como recorrente, se a criança teve, pelo menos, três ou mais episódios em seis meses ou quatro ou mais episódios durante 12 meses^(1,2).

É importante ressaltar que, apesar da terapêutica antimicrobiana adequada, a efusão no ouvido médio pode persistir por até duas semanas em 70% das crianças, por um mês em 50%, por dois meses em 20% e até por três meses em 10% dos casos⁽⁴⁾, após otite média aguda.

Enfatiza-se, assim, que a presença de efusão no ouvido médio pode estar fazendo parte do curso atual de uma otite média aguda e não de uma recorrência⁽³⁾.

Quando a efusão se acompanha de novo episódio, febre e dor persistente do ouvido, considera-se recorrência da otite média aguda.

3. EPIDEMIOLOGIA

Alta prevalência, elevada morbidade e baixa letalidade caracterizam a OMA. Aproximadamente

70% das crianças terão um episódio antes de completarem cinco anos de idade⁽¹⁾.

Estudos foram realizados com a finalidade de avaliar a influência do nível socioeconômico na incidência da OMA, sendo que, na Finlândia, encontrou-se maior correlação da OMA recorrente em crianças com nível socioeconômico mais elevado, ao passo que, na Dinamarca, não foi observada tal diferença⁽⁵⁾.

Como a OMA é precedida por infecção viral, e as infecções respiratórias são mais comuns no inverno, observa-se maior incidência de OMA no inverno⁽²⁾.

Com relação aos fatores predisponentes para OMA recorrente, podemos citar maior incidência nas crianças que freqüentam creches e berçários, a curta duração do aleitamento materno, a história de irmãos com otites, posição horizontal da criança durante a alimentação, presença de alergia, doença do refluxo gastroesofágico, imunodeficiências e baixo peso ao nascimento⁽⁵⁾.

4. BACTERIOLOGIA

Na era pré-antibiótico, as cepas de *Streptococcus* β -hemolítico e o *Staphylococcus* eram freqüentemente isolados na secreção que era aspirada de miringotomia⁽⁶⁾.

Nos últimos 40 anos, houve mudança nesse espectro, sendo os microorganismos mais freqüentemente encontrados o *Streptococcus pneumoniae* (30%), o *Haemophilus influenzae* não encapsulado (20%) e a *Moraxella catarrhalis* (6%). *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes* apresentam 2% de incidência, respectivamente, e o restante corresponde a otites causadas por outros microorganismos. Em 28% dos casos, não há crescimento bacteriano⁽⁷⁾. Resultados semelhantes foram obtidos em estudo realizado no Brasil⁽⁸⁾.

Nos casos de OMA recorrente, é muito freqüente que a bactéria isolada seja a mesma responsável pelo episódio anterior de OMA, mas a segunda, geralmente, difere da primeira pelo sorotipo⁽⁶⁾.

5. ALTERAÇÕES IMUNOLÓGICAS

Sabe-se que a IgG2 e IgG4 são responsáveis diretamente pela resposta imunológica a antígenos polissacarídicos, entre os quais encontramos o pneumococo. A IgG2 corresponde a 20% do total de imunoglobulinas G, enquanto a IgG4 a apenas 3%. É notório que a deficiência de IgG2 acarreta baixa respos-

ta contra antígenos polissacarídicos, predispondo a criança a quadros de infecções recorrentes de vias aéreas superiores e inferiores, com início a partir dos seis meses de vida⁽⁷⁾.

É importante ressaltar, também, a importância da IgA com relação à defesa de mucosas. As deficiências, total ou parcial, dessa imunoglobulina, geralmente, se acompanham de infecções recorrentes de vias aéreas e de diarreia⁽⁷⁾.

O sistema complemento também desempenha importante função de defesa contra polissacarídeos, especialmente o componente C3, que tem efetiva participação na opsonização, através de seu fragmento C3b. Assim sendo, deficiências de C3 podem justificar a recorrência dos episódios de OMA, muitas vezes associados a outras infecções, como meningite meningocócica, pneumonia pneumocócica, osteomielite e artrite séptica^(6,7).

6. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Além dos sinais e sintomas clássicos (febre, inapetência, dor à compressão do trágus, otalgia e otorreia em algumas ocasiões), as manifestações clínicas têm sua base no processo crônico e recorrente da OMA, sendo observados efeitos adversos na fala, linguagem e desenvolvimento cognitivo, que são, provavelmente, causados pela perda flutuante da audição⁽²⁾.

7. DIAGNÓSTICO E EXAMES COMPLEMENTARES

O diagnóstico da OMA recorrente leva em conta, fundamentalmente, seu conceito, com relação ao número de infecções no período de um ano. Uma vez identificado caracter recorrente, torna-se imperiosa a realização de exames complementares, com a finalidade de investigar os principais fatores predisponentes. Sugerimos:

- Hemograma completo
- Dosagem de imunoglobulinas (IgG, IgM, IgA e IgE total)
- Dosagem de subclasses de IgG, em algumas situações
- Avaliação funcional do complemento (CH50) e dosagem do componente C3
- Ph-metria de 24 horas, nos casos com suspeita de doença do refluxo gastroesofágico
- Testes cutâneos de hipersensibilidade imediata, nos casos com suspeita de alergia

Exames complementares mais elaborados, como o audiograma, a audiometria tonal, timpanometria ou paracentese diagnóstica, são de extrema relevância, mas de uso restrito ao otorrinolaringologista⁽⁷⁾.

8. BASES GERAIS DO TRATAMENTO

Segundo evidências de estudos progressos⁽⁴⁾, o tratamento da OMA consiste na utilização de antimicrobianos, embora sua eficácia terapêutica seja controversa, já que 80% das crianças não tratadas com antibióticos apresentam resolução clínica espontânea em 07 a 14 dias, se compararmos com aproximadamente 95% das crianças que receberam tratamento com antibiótico.

Com relação às opções farmacológicas, a amoxicilina ainda é o antibiótico de escolha para tratamento da OMA, podendo ser utilizados, também, como alternativas terapêuticas, a amoxicilina associada ao clavulanato, as cefalosporinas de segunda geração, como o cefaclor, a acetilcefuroxima, o cefprozil e as cefalosporinas de terceira geração, como o cefetametpivoxil e a cefixima. A ceftriaxona endovenosa está indicada para otite média, acompanhada de complicações graves.

No caso específico das OMA recorrentes, está bem estabelecido o uso da quimioprofilaxia⁽²⁾, considerando-se os seguintes aspectos:

- a idade é um fator importante (crianças abaixo de dois anos têm melhor resposta);
- o efeito benéfico é percebido de imediato em alguns pacientes (diminuição do número de episódios de OMA nos meses que se seguem à quimioprofilaxia);
- possibilidade de aumento da resistência medicamentosa dos microorganismos no trato respiratório alto, o que necessita maior comprovação;
- efeitos colaterais são mínimos, quando a amoxicilina ou os sulfonamídicos foram as drogas de escolha.

Sempre que se optar pela quimioprofilaxia na criança, deve-se obedecer as seguintes recomendações:

- o paciente deve preencher o critério para OMA recorrente;
- a amoxicilina e/ou o trimetoprim/sulfametoxazol devem ser as drogas de escolha;
- a dose utilizada deve ser metade da dose terapêutica habitual, administrada uma vez ao dia;
- o período da quimioprofilaxia pode abranger os meses mais frios, quando as infecções do trato respiratório são mais frequentes;
- a reavaliação deve ser realizada a cada seis semanas, mesmo na ausência dos sinais agudos da infecção, para se verificar a eficácia do tratamento;
- infecções agudas devem ser tratadas com antibiótico de grupo diferente do profilático⁽²⁾;
- a duração da quimioprofilaxia não deve ser superior a seis meses, pois cursos mais prolongados são menos eficientes e podem predispor à formação de colônias bacterianas resistentes.

Outras intervenções que podem diminuir a incidência de OMA recorrente em pacientes que se encontram fora do uso da quimioprofilaxia são:

- eliminação do tabagismo dentro de casa;
- redução do período dentro de creches;
- eliminação do uso de chupetas;
- vacinação contra influenza e pneumococo

Finalmente, é importante ressaltar que, apesar da adequada terapêutica antimicrobiana, a efusão na orelha média pode persistir por até duas semanas em 70% das crianças, por um mês em 50%, por dois meses em 20% e até três meses em 10% dos casos⁽⁴⁾ após episódio de OMA, o que reforça a importância do acompanhamento multidisciplinar que deverá ser dado ao paciente com OMA recorrente.

GENOV IR & ROXO JÚNIOR P. Recurrent otitis media in childhood. *Medicina, Ribeirão Preto*, 34: 297-300, july/dec. 2001.

ABSTRACT: The authors review the recurrent otitis media during infancy, discussing the clinical epidemiological aspects, their principal etiological agents, the immunity alterations involved, and emphasizing the need for an adequate propedeutic diagnosis, proposing the main complementary screening tests.

UNITERMS: Otitis Media. Child. Immune System.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - SIH T; MOURA R; CALDAS S & SCHWARTZ B. Prophylaxis for recurrent acute otitis media: a Brazilian study. **Intern J Pediatr Otorh** **25**: 19-24, 1993.
- 2 - SIH T. Complexo otite média. *In*: Sih T, ed. **Otorrinolaringologia pediátrica**, Revinter, Rio de Janeiro, p.107-117, 1998.
- 3 - DOWELL SF; MARCY SM; PHILLIPS WR; GERBER MA & SCHWARTZ B. Otitis media – Principles of judicious use of antimicrobial agents. **Pediatrics** **101**: 165-174, 1998.
- 4 - SAFFER M; SILVA DB; PEDUZZI FD & ÁVILA F. Otite média crônica secretora: conduta expectante. **J Pediatr, Rio Janeiro**, **76**: 407-412, 2000.
- 5 - ALHO OP; KOIVU M; SORRI M & RANTAKALLI P. Risk factors for recurrent acute otitis media and respiratory infection in infancy. **Intern J Pediatr Otorh** **19**: 151-161, 1990.
- 6 - Klein JO. Management of otitis media: 2000 and beyond. **Pediatr Infect Dis J** **19**: 383-387, 2000.
- 7 - OCHS H & WINKELSTEIN J. Disorders of the B-cell system. *In*: STIEHM ER. **Immunologic disorders in infant & children**, 4th ed, WB. Saunders, Philadelphia, p.297-338, 1996.
- 8 - LOPES FILHO OC & CAMPOS CAH. **Tratado de otorrinolaringologia**, Roca, São Paulo, p.687-690, 1994.

Recebido para publicação em 23/01/2001.

Aprovado para publicação em 10/09/2001.