# *Otite Média com Efusão (OME): Atualização e Perspectivas*

*Richard Rosenfeld*

A Academia Americana de Pediatria, a Academia de Atendimento Familiar (Médicos de Famílias) e a Academia Americana de Otorrinolaringologia e de Cirurgia de Cabeça e Pescoço estabeleceram diretrizes de tratamento da otite média com efusão (OME).

A **primeira parte das diretrizes** recomenda o uso de otoscópio pneumático. Trata-se do ponto diagnóstico principal da OME. A OME é caracterizada por efusão na orelha média, sem sinais e sintomas de infecção. Pode haver sinais e sintomas que não sejam de infecção aguda, e, certamente, não é um processo infeccioso como a Otite Média Aguda (OMA).

Em um estudo com relação à precisão diagnóstica, os pediatras somente acertaram o diagnóstico de OME em 43% dos casos. Ou seja, em vez dos pais de uma criança com OME perguntarem ao pediatra se o filho tem OME, eles poderiam ficar em casa, não pagar a consulta e ainda teriam mais chance de acertar o diagnóstico do que indo ao pediatra. Isto não é muito animador. Portanto, vale a pena caminhar em busca da otoscopia pneumática. A Agência para Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) fez meta-análise de todos os métodos diagnósticos e concluiu que a otoscopia pneumática era o melhor método, com 94% de sensibilidade e 80% de especificidade. A timpanometria é igualmente boa, tem a mesma sensibilidade, mas a especificidade é bem pior. Então a otoscopia pneumática é considerada o padrão ouro.

A **segunda parte das diretrizes** é que os antibióticos não são recomendados como tratamento de rotina no caso de OME.

O Centro para Controle de Doenças (CDC), nos Estados Unidos, não recomenda antibióticos na OME porque o efeito é marginal e transitório. Em média, estima-se que poderiam ser economizados U$ 6-8 milhões, em custos associados aos antibióticos somente nos Estados Unidos, se houvesse um pouco mais de critério. Em meta-análise (Rosenfeld RM Evidence Based Otitis Media 2nd Edition, BC Decker, 2003), observou-se um benefício de 15%, quando se usou antibióticos em estudos bem desenhados e controlados por placebo. Quando há uma associação com outras drogas como corticóides, o número aumenta para até 25%. Se os números são tão contundentes, então por que nós não usamos antibióticos? A razão se torna aparente num estudo recente publicado pela equipe de Pittsburgh o qual mostra que, em duas semanas, com uso de antibióticos e esteróides, há uma

grande diferença, mas em quatro semanas não há uma diferença estatisticamente significativa e após quatro meses de acompanhamento, cerca de 70% dos casos de OME recidivam. Então, os antibióticos isoladamente, e os antibióticos mais esteróides e qualquer outro tipo de tratamento médico ou clínico na OME é uma solução de curto prazo. Não alteram a função da tuba auditiva, não alteram o estado imunológico da criança, não intensificam seu desenvolvimento e são pouco benéficos para a maioria das crianças.

Quando utilizamos um antibiótico, observa-se um impacto comunitário e sócio-ambiental. É fascinante observar que os estudos bacteriológicos podem demonstrar que as mudanças induzidas na nasofaringe com o uso de antibióticos podem causar mudanças na sociedade, como conseqüência do uso excessivo e pouco criterioso de antibióticos. Na verdade, agindo desta maneira, estaremos matando as drogas que mais nos ajudam, ao tratar doenças que não precisam delas, como a OME.

A **terceira parte das diretrizes** diz respeito ao desenvolvimento. A partir da primeira diretriz sobre o tratamento da OME, as crianças com distúrbios de linguagem e problemas de desenvolvimento foram excluídas. Esse foi um grande problema porque essas crianças têm OME com muita freqüência e tais crianças necessitam de tratamento agressivo. E quem são essas crianças? A melhor maneira de definirmos um grupo de risco entre as crianças com OME seria a criança que tem dificuldade devido a fatores sensoriais físicos ou cognitivos (perda auditiva neurossensorial não associada à OME, problemas de fala e de linguagem, síndromes, comprometimento visual grave ou comprometimento de qualquer outro sistema sensorial), que não toleram a efusão de orelha média, como uma criança saudável toleraria. São as crianças que de fato precisam de tratamento mais agressivo, incluindo audiometria, avaliação precoce, substituição imediata dos tubos de ventilação, caso não apresentem melhora, etc. São as que precisam de tratamento ativo de fato. Por outro lado, as crianças que não são de risco, crianças saudáveis, cujo único problema otológico é ter um pouco de efusão na orelha média, necessitarão somente de observação médica. Observamos inicialmente por três meses, e depois continuamos observando até que a efusão desapareça ou que aconteça uma das seguintes situações:

a) desaparecimento da efusão, o que normalmente se dá espontaneamente, independente de sua intervenção;
b) que a criança desenvolva sintomas;
c) que se observe alterações estruturais do tímpano, como atelectasia;
d) algum outro problema que justifique a colocação de um tubo de ventilação (TV).

Em meta-análise sobre a história natural da OME (Rosenfeld RM. Evidence Based Otitis Media 2nd Edition, BC Decker, 2003), os resultados deste estudo dependeram da definição de ferramenta para análise da melhora. Quando eram um desfecho clínico mais amplo, como por exemplo melhora com base no timpanograma - ausência de curva tipo B, dentro de 1-3 meses, a maior parte dos casos com efusão apresentava melhora. Mas era uma melhora muito tênue, pois a maior parte dessas crianças apresentava recidiva da efusão. A melhora mais

convincente seria a resolução e cura, com timpanogramas A ou C. E nesse caso, apenas 20% melhoraram depois de três meses e em seis ou nove meses, houve melhora um pouco maior. Portanto, a história natural não é muito boa e não seria adequado observar isso em crianças que são populações de risco com comprometimento de fala ou de audição.

Na Holanda, todas as crianças são triadas aos nove meses e se elas apresentarem efusão por >3 meses, colocam-se TV. Este procedimento não traz nenhum benefício (Rovers MM, Pediatrics 2000, 106:E42) e se crianças com OME forem acompanhadas por este tempo e depois aleatoriamente submetidas a colocação de TV ou não, ainda não haverá benefícios. Na nossa opinião, podemos apenas observar estas crianças, mesmo por um período prolongado. Você não deve colocar o TV após quatro meses, somente porque têm efusão. Mas algumas crianças podem sofrer com essas efusões e os sintomas atribuíveis à efusão presentes na orelha média são: perturbação do sono, dificuldades escolares em crianças mais velhas, problemas sutís e questões comportamentais. Assim, se estes sintomas surgirem, não espere, coloque o TV e termine com o problema da efusão.

Na **quarta parte das diretrizes,** fala-se sobre a cirurgia inicial para o tratamento da OME: use a estratégia mais simples e apenas coloque o TV. A adenoidectomia, como primeiro procedimento, não é recomendada, a menos que haja uma outra indicação para o procedimento. (Rosenfeld RM Evidence Based Otitis Media 2nd Edition, BC Decker, 2003; Coyte et al., NEJM 2001, 344, 1188-95, Paradise, JAMA 1990; Gates, NEJM, 1987). As estatísticas de meta-análises mostram que é possível reduzir a necessidade de um segundo ou terceiro par de TV quando se faz a adenoidectomia. A adenoidectomia muda toda a flora da região nasofaríngea e traz um efeito prolongado que é bastante benéfico. Entretanto as adenóides não tem grandes efeitos de redução da otite média aguda e prevalência de efusão em crianças que nunca tiveram TVs colocados. Então, a adenoidectomia é opção no segundo tempo cirúrgico e é o que se faz, garante que haja 50% menos chance de receber o mesmo paciente para a colocação de um terceiro par de TV.

Nossa estratégia para otite média, seja tirando os antibióticos para OMA, ou quando recomendar o TV em crianças assintomáticas, é dar um passo atrás como médicos e deixar que a doença siga seu curso. Na minha opinião, a otite média é basicamente uma doença de desenvolvimento que as crianças adquirem na infância, porque têm uma tuba auditiva mal funcionante. Todos os fármacos e as cirurgias conhecidas pela humanidade não vão ajudar a função da tuba auditiva ou o sistema imunológico. Então, nos resta manter os pais, e nós mesmos, relativamente sãos mentalmente e proteger a criança enquanto seu desenvolvimento natural vence a patologia.

## Leitura recomendada


1. Rosenfeld RM. A practical classification of otitis media subgroups. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2005 Aug;69(8):1027-9.
2. Rosenfeld RM, Lous J, Bluestone CD, Marchisio P, Casselbrant ML, Paradise JL, Chonmaitree T, Prellner K, Grote JJ, Schilder AG, Haggard MP, Stangerup SE. Recent advances in otitis media. 8. Treatment. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl. 2005 Jan;194:114-39.
3. Rosenfeld RM. Antibiotic use for otitis media: oral, topical, or none? Pediatr Ann. 2004 Dec;33(12):833-42.
4. Rosenfeld RM. Otitis, antibiotics, and the greater good. Pediatrics. 2004 Nov;114(5):1333-5.
5. Rosenfeld RM, Culpepper L, Yawn B, Mahoney MC; AAP, AAFP, AAO-HNS Subcommittee on Otitis Media with Effusion. Otitis media with effusion clinical practice guideline. Am Fam Physician. 2004 Jun 15;69(12):2776, 2778-9.
6. Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, Grundfast KM, Hoberman A, Kenna MA, Lieberthal AS, Mahoney M, Wahl RA, Woods CR Jr, Yawn B; American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media with Effusion; American Academy of Family Physicians; American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery. Clinical practice guideline: Otitis media with effusion. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004 May;130(5 Suppl):S95-118.
7. Roberts J, Hunter L, Gravel J, Rosenfeld R, Berman S, Haggard M, Hall J, Lannon C, Moore D, Vernon-Feagans L, Wallace I. Otitis media, hearing loss, and language learning: controversies and current research.; J Dev Behav Pediatr. 2004 Apr;25(2):110-22.
8. Roberts JE, Rosenfeld RM, Zeisel SA. Otitis media and speech and language: a meta-analysis of prospective studies. Pediatrics. 2004 Mar;113(3 Pt 1):e238-48.
9. Rovers MM, Schilder AG, Zielhuis GA, Rosenfeld RM. Otitis media.Lancet. 2004 Feb 7;363(9407):465-73. Review. Erratum in: Lancet. 2004 Mar 27;363(9414):1080.
10. Rosenfeld RM, Kay D. Natural history of untreated otitis media. Laryngoscope. 2003 Oct;113(10):1645-57.
11. Rosenfeld RM. Diagnostic certainty for acute otitis media.Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2002 Jun 17;64(2):89-95.