

# *Otite Média Aguda no Recém-Nascido e no Lactente*

*Moacyr Saffer e Maurício S. Miúra*

## **Introdução**

Os primeiros meses de vida representam uma fase crítica no desenvolvimento da criança. Ela sai de um meio líquido e protegido, necessitando adaptar-se ao meio terrestre, tornando-se mais suscetível a processos infecciosos. A orelha média é um órgão imaturo ao nascimento, sendo freqüentemente um foco de infecção. O recém-nascido (0-1 mês de vida) e o lactente (1-12 meses de vida) apresentam características anatômicas da orelha que, muitas vezes, tornam difícil o diagnóstico de otite média aguda (OMA)<sup>1</sup>.

## **Epidemiologia**

A incidência exata de otite média aguda (OMA) em recém-nascidos (RN) e lactentes é desconhecida. Estima-se que a OMA ocorra em pelo menos 0,6% dos nascidos vivos até um mês de vida e que este percentual aumente para 2-3% em crianças prematuras. Estudos prospectivos, acompanhando crianças desde o nascimento até três meses de vida mostram incidências de OMA variando entre 9 - 34%<sup>1</sup>.

Da mesma forma que em crianças maiores, a ausência de aleitamento materno, tabagismo passivo e baixo nível sócio-econômico, constituem fatores de risco para OMA no RN. Está estabelecido que a presença de OMA nos primeiros meses de vida torna a criança mais propensa a novos episódios no futuro. A bolsa rota por tempo prolongado, RN de baixo peso ao nascimento e RN em UTI neonatal com entubação nasotraqueal são fatores que aumentam a possibilidade de um episódio de OMA<sup>2</sup>.

## **Patogênese**

Durante a vida fetal, a orelha média é preenchida pelo líquido amniótico (LA) circulante e mesênquima, sendo considerada normal sua presença. À medida que a cavidade vai sendo aerada pela tuba auditiva (TA), este conteúdo vai sendo eliminado, estando ausente em quase todos os RN, 72 horas pós-parto<sup>2</sup>. Acredita-se que a presença de disfunção tubária favoreça a retenção de LA, mesênquima e restos celulares na orelha média, os quais, quando não eliminados, podem causar reação inflamatória na mucosa nos primeiros dias de vida<sup>3</sup>.

A OMA no período neonatal também pode ser provocada pela entrada de LA infectado ou mecônio através da TA. Entre os fatores que podem favorecer a OMA no período neonatal encontram-se a disfunção tubária<sup>2</sup>, o estado imunológico da criança, a natureza do LA, a associação com outros processos infecciosos, o uso de ventilação com pressão positiva e as alterações anatômicas tipo fenda palatina<sup>1</sup>.

## **Microbiologia**

O perfil microbiológico da OMA no período neonatal difere, em alguns aspectos, daquele em crianças maiores. Mais de 50% dos episódios são causados por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*, principalmente em crianças com mais de duas semanas de vida, sem intercorrências neonatais. Entretanto, RN com até duas semanas de vida, ou que permaneceram

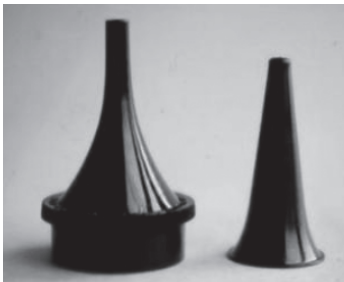
em UTI neonatal após este período, podem apresentar OMA por *Streptococcus pyogenes* do Grupo B, *Staphylococcus aureus* e coliformes (10-15%)<sup>4</sup>. No RN com sepse precoce (até 72 horas) e OMA, predominam microorganismos do trato genito-urinário materno: *Escherichia coli*, *Listeria* sp, *Streptococcus pyogenes* do Grupo B. Em caso de sepse tardia hospitalar, predominam *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*.<sup>1</sup> Na septicemia tardia domiciliar, algumas cepas de *Staphylococcus aureus* resistentes à metilicina têm aumentado em prevalência no nosso meio.

### Diagnóstico

Não há sintomas patognomônicos de OMA no RN ou no lactente. É possível que a OMA já exista por um período mais prolongado até que os sintomas indiquem a realização do exame otoscópico. Geralmente, observam-se manifestações de doença aguda, e os sintomas são inespecíficos como irritabilidade, letargia, febre, tosse, diarreia, vômito, taquipnéia e anorexia<sup>4</sup>. Alguns estudos citam a rinorréia como a manifestação sugestiva de OMA mais freqüente no primeiro mês de vida. A associação com conjuntivite, pneumonia ou meningite pode ocorrer em até metade dos casos<sup>4</sup>. É importante frisar que apenas 42% das OMAs são diagnosticados com exatidão em crianças menores de um ano de idade.

O diagnóstico de certeza é realizado através da otoscopia. Os sinais otoscópicos, como presença de secreção purulenta na orelha média, abaulamento da membrana timpânica e sinais de inflamação aguda, são os mesmos das crianças maiores<sup>5</sup>. Um peculiaridade é que estes sinais podem estar restritos à *pars flacida* da MT<sup>1</sup>.

Entretanto, existem fatores característicos nesta faixa etária que dificultam o exame. No recém-nascido e no lactente pequeno, a otoscopia requer experiência e avaliação minuciosa da orelha média. Nos primeiros dias de vida, o conduto auditivo externo (CAE) pode estar preenchido por *vernix caseosa*, sendo necessário remover com cureta otológica ou por aspiradores de dimensão adequada. O CAE possui um diâmetro muito pequeno, o conduto ósseo ainda não está desenvolvido e a pele se apresenta redundante<sup>1</sup>. Desta forma, ao inserir o espéculo, ela é tracionada e empurrada para dentro, dificultando a visualização da membrana timpânica. Ao contrário da técnica convencional de utilizar o espéculo de maior diâmetro possível e introduzi-lo somente até o terço externo do CAE, no RN é importante que seja utilizado um espéculo de menor diâmetro. Isso deve permitir sua introdução numa extensão maior no CAE, até bem próximo à membrana timpânica, sem levar a pele junto. Normalmente é possível o uso de



espéculos com diâmetro de 2mm (**Foto 1**). Outro cuidado é a forma do espéculo. Ele deve ter uma forma a respeitar as características anatômicas do RN, e ter uma porção reta na parte distal, suficientemente comprida para penetrar até a MT. O examinador deve estar ciente de que a

**Foto 1:** À esquerda, espéculo otológico de 2mm com forma adequada para otoscopia em RN. À direita, espéculo otológico de 2mm com forma inadequada.

MT apresenta uma inclinação muito acentuada, tornando difícil distinguir onde termina o CAE e inicia a *pars flácida*. Um detalhe que facilita a identificação da MT é que ela possui mais vasos sanguíneos quando comparada à pele do CAE <sup>1</sup>. Na pneumotoscopia, tanto a MT como a pele do CAE se movimentam, dificultando o exame. Por volta de um mês de vida, a orelha externa começa a ficar mais parecida com a de crianças maiores.

### **Tratamento**

O tipo de antibiótico e a via de administração vão depender da idade da criança e do seu estado geral. O recém-nascido que apresenta OMA no ambiente hospitalar (UTI neonatal ou alojamento conjunto) ou com menos de duas semanas de vida, deve ser submetido à timpanocentese para coleta de efusão da orelha média, a fim de realizar os exames bacterioscópico e cultura. O quadro é suficientemente importante e justifica o procedimento para utilizar um antibiótico específico. O exame bacterioscópico e a cultura tornam-se mais importante ainda em situações de infecções sistêmicas, nas quais as culturas de outras secreções são estéreis <sup>4</sup>. Quando o diagnóstico de OMA do lactente ou RN com mais de duas semanas é realizado em consultas ambulatoriais (sugerindo infecção adquirida na comunidade, e sem gravidade), não está indicada a timpanocentese e pode-se tratar a OMA com antibiótico por via oral, pensando no perfil microbiológico conhecido (*S. pneumoniae* e *H. influenzae*). Se a criança apresentar sinais de toxemia, deve ser hospitalizada para investigação e início de antibioticoterapia endovenosa <sup>4</sup>.

### **Prognóstico**

Crianças que apresentam OMA no período neonatal são mais suscetíveis a episódios recorrentes de otite média. Não se sabe se este episódio precoce provoca alterações na mucosa da orelha média, tornando a criança suscetível a recorrências futuras, ou se este episódio no RN apenas identifica crianças com disfunção tubária ou imaturidade imunológica que são mais propensas à OMA.

### **Referências bibliográficas**

1. Marks MI, Klein JO. Bacterial Infections of the Respiratory Tract. In: Remington JS, Klein JO. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. WB Saunders. 4th ed.; 894-898, 1995.
2. de Sa DJ. Infection and amniotic aspiration of middle ear in stillbirths and neonatal deaths. Arch Dis Child. 1973 Nov;48(11):872-80.
3. Palva T. Pathology related to amniotic fluid cellular content and superimposed infection. In: Palva T. Color atlas of the anatomy and pathology of the epytympanum. Karger. 1st ed.; 53-89, 2001.
4. Turner D, Leibovitz E, Aran A, Piglansky L, Raiz S, Leiberman A, Dagan R. Acute otitis media in infants younger than two months of age: microbiology, clinical presentation and therapeutic approach. Pediatr Infect Dis J. 2002 Jul;21(7):669-74.
5. Eavey RD. Abnormalities of the neonatal ear: otoscopic observations, histologic observations, and a model for contamination of the middle ear by cellular contents of amniotic fluid. Laryngoscope. 1993 Jan;103(1 Pt 2 Suppl 58):1-31.