

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

TIAGO ANDRE SOUZA MELO VERÇOSA
MATEUS DE ARAUJO ALBUQUERQUE

Otite Média Aguda

MACEIÓ
2023

TIAGO ANDRE SOUZA MELO VERÇOSA
MATEUS DE ARAUJO ALBUQUERQUE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do
curso de Medicina da
Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ
2023



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que os(a) discentes Tiago André Souza Melo Verçosa (matrícula número: 20111865 e Mateus de Araujo Albuquerque (matrícula número: 20111826), cumpriram todas as exigências para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme “Normas para Produção do TCC”, aprovadas pelo colegiado do curso em 24 de julho de 2019. O TCC realizado pelos discentes acima, concluído em 18/08/2023, intitula-se: “Otite Média Aguda”, que faz parte do livro Urgências e Emergências Médicas.

Maceió, 01 de novembro de 2023.

Documento assinado digitalmente
gov.br REGINALDO JOSE PETROLI
Data: 18/01/2024 09:40:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Reginaldo José Petrolí
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL.
SIAPE: 1108003

Gerson Odilon Pereira

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
Sandrele Carla dos Santos
Tauani Belvis Garcez

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos. IV. Título.

CDD-616.025

23-166323

NLM-WB-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Otite Média Aguda

- Júlia Maria Brandão Povoas de Carvalho
- Mateus de Araujo Albuquerque
- Tiago André Verçosa.

► DEFINIÇÃO

A otite média aguda (OMA) pode ser definida como uma inflamação da mucosa presente no ouvido médio decorrente de uma infecção bacteriana ou viral. A OMA é uma das doenças mais recorrentes nos consultórios e emergências pediátricas, representando cerca de 13,6 milhões de consultas anuais por todo o mundo. Estima-se que cerca de 50% das crianças serão acometidas por no mínimo uma infecção de ouvido antes de completar dois anos de vida (GADDEY, 2019; PAUL, 2020).

Essa patologia geralmente é de início súbito, apresentando sintomas condizentes com a infecção, como febre e otalgia. No entanto, também podem ocorrer variações sintomatológicas, como quando ocorre otorreia persistente, que pode estar associada a perfuração timpânica, e febre, caracterizando-se como otite média com efusão (OME). Destarte, é indispensável aos profissionais de saúde o conhecimento das distintas apresentações da doença, sendo isso determinante para o diagnóstico e sucesso do tratamento (SHIRAI, 2019).

► ETIOLOGIA

Compreender este ponto é fundamental para que possa ser aplicado o tratamento mais condizente ao microbiano presente no sítio da infecção. De posse disso, os patógenos mais comuns na OMA são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*. É visível que o pneumococo e o hemófilo são os responsáveis pela maior parte dos quadros, sendo os agentes mais relevantes para tal situação. Mas, é importante também destacar OMA em lactentes jovens, sendo possível a existência de outros agentes infecciosos, como: *Streptococcus* do grupo A, *Staphylococcus aureus* e Gram-negativas (BENTO, 1998).

Além dessas bactérias, também temos alguns vírus que podem ser participativos em tais cursos infecciosos. Não é constatado que esses vírus, de maneira isolada, possam causar a OMA aqui estudada (BENTO, 1998).

► FISIOPATOLOGIA

A tuba auditiva acaba ligando cavidade timpânica à nasofaringe e pode exercer três trabalhos primordiais relacionados à orelha média: evitar o acúmulo de secreções, ventilar e proteger. Com as infecções das vias aéreas superiores, são estimuladas a liberação de citocinas e mediadores inflamatórios, isso pode causar a disfunção tubária apresentada na OMA. Com isso, ocorre a interrupção do processo de ventilação da orelha média e, conseqüentemente, é desencadeada uma resposta inflamatória com metaplasia secretória, comprometimento do transporte mucociliar e efusão de líquido para o interior da cavidade da orelha média (BENTO, 1998).

Então, a concentração deste líquido estéril na orelha média poderá ser contaminado por bactérias potencialmente patogênicas, visto que esse seria o meio ideal para elas se reproduzirem. Esse acúmulo irá originar uma reação inflamatória piogênica, dando partida a todas as manifestações clínicas da OMA. O acúmulo de pus na orelha média pode ser comparado à formação de um abscesso (BENTO, 1998).

► MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Algumas manifestações clínicas que são características da OMA são mais específicas que outras, mas todas as manifestações são importantes para a definição do diagnóstico e, conseqüentemente, do manejo adequado. Portanto, todos os achados citados abaixo são relevantes e devem ser considerados no início da investigação clínica:

- Otolgia (unilateral ou bilateral);
- Diarreia;
- Vômitos;
- Febre;
- Desequilíbrio e tonturas;
- Membrana timpânica hemorrágica;
- Paralisia facial;
- Meningite;
- Aumento da irritabilidade e alteração do sono, especialmente em crianças (NELSON, 2017).

► DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é essencialmente clínico. Através da otoscopia, podemos avaliar presença de sinais como: abaulamento, eritema ou opacidade da membrana timpânica, nível líquido ou bolhas de ar, presença de otorreia. Associada a avaliação de sintomas típicos da manifestação clínica da doença (BENTO, 1998).

Um importante diagnóstico diferencial em adultos é a Otite Média com Efusão (OME) que é definida pela presença de líquido no ouvido médio sem sinais agudos de infecção ou doença bacteriana. Pode resultar de infecção viral recente, barotrauma ou processos alérgicos e pode preceder ou seguir um episódio de OMA. Geralmente,

desaparece sem tratamento em 12 semanas e a conduta é dar orientações gerais sobre a doença e período de resolução.

A cronificação da Otite Média, é diagnosticada quando há uma perfuração subaguda ou crônica da membrana timpânica que ocorre no contexto de uma infecção crônica do ouvido ou infecções recorrentes (LIMB, *et al.*, 2022).

► TRATAMENTO

As estratégias de tratamento da otite média aguda é baseada em três principais pilares: não uso de antibióticos, “observação vigilante” e uso de antibióticos. É de responsabilidade do emergencista interpretar a situação clínica, considerando a idade do paciente, a gravidade do quadro e a preferência dos pais (NELSON, 2017; SUS-BH, 2020).

NÃO USO DE ANTIBIÓTICOS

A otalgia é o principal sintoma da OMA, logo a analgesia oral é de suma importância no tratamento e deve ser realizada com dipirona, paracetamol ou ibuprofeno. Além de tratar o sintoma, ajuda a reduzir o uso imediato de antibióticos e por isso deve ser considerado como uma das medidas gerais. É importante salientar que o uso de anti-histamínicos, descongestionantes ou corticoterapia oral não são recomendados (NELSON, 2017).

OBSERVAÇÃO VIGILANTE

Indicado para crianças de 6 a 24 meses com otite média unilateral e naquelas acima de 2 anos com otite média unilateral ou bilateral. Para algumas crianças com OMA não grave, essa estratégia pode ser uma alternativa aceitável à antibioticoterapia imediata. Para implementar, o tratamento sintomático adequado e o acesso a cuidados de acompanhamento são essenciais (SUS-BH, 2020).

USO DE ANTIBIÓTICOS

Os antibióticos mostraram-se eficientes na redução da dor e febre em 3-7 dias em menores de 2 anos com OMA bilateral ou nas crianças com otorreia. No entanto, o uso imediato aumenta o risco de efeitos adversos, como a diarreia e náuseas. Destarte, não é considerada a primeira escolha no tratamento, sendo necessário o paciente se enquadrar nos critérios de uso imediato de antibióticos (NELSON, 2017).

São critérios para uso imediato de antibiótico:

- Crianças menores de 6 meses;
- Crianças com idade entre 6 a 24 meses com otite bilateral;
- Otorreia;
- Sintomas graves (otalgia persistente, febre alta, toxemia);
- Dificuldade de acesso ao serviço de saúde;
- Risco aumentado de complicações (imunossuprimidos).

A tabela a seguir apresenta a recomendação da aplicação prática dos critérios de tratamento: (SUS-BH, 2020).

Tabela 1 Fonte: Protocolo MANEJO DA OTITE MÉDIA AGUDA CRIANÇA E ADOLESCENTE/SUS-BH.

Idade	OMA com otorreia	Sintomas graves	OMA bilateral	OMA unilateral
< 6 meses	Antibioticoterapia			
6 meses a 2 anos	Antibioticoterapia			Observação Vigilante (OV) e Atraso do início do ATB**
≥ 2 anos	Antibioticoterapia			OV e atraso do início do ATB

**Na impossibilidade de assegurar a reavaliação, iniciar antibioticoterapia. Bebês febris com menos de 60 dias diagnosticados com OMA precisam de avaliação adicional antes do início dos antibióticos para evitar mascarar uma infecção bacteriana.

Na escolha do antimicrobiano, o antibiótico de primeira linha é a amoxicilina e deve ser utilizado em crianças que não receberam esta droga nos últimos 30 dias, que não têm conjuntivite purulenta concomitante e não são alérgicas à penicilina. Nos casos em que o paciente apresente alguma dessas condições, deve-se recorrer à amoxicilina com clavulanato. É necessário destacar que as crianças que apresentam manifestação clínica de alergia imediata ou aquelas com manifestação tardia e histórico de reações graves não devem receber nenhuma penicilina como tratamento (NELSON, 2017; SUS-BH, 2020).

Tabela 2 Fonte: Nelson – Tratado de Pediatria.

Antibioticoterapia na OMA			
Primeira escolha	Alternativa	Falha terapêutica após 48-72H	Alergia à penicilina
Amoxicilina 80-90mg/kg/dia, VO, 12/12h, 10 dias* ou Amoxicilina + clavulanato** 90mg/kg/dia, VO, 12/12h, 10 dias ou Ceftriaxona 50mg IM ou EV 1x/dia por 3 dias	Ceftriaxona 50mg IM ou EV 1x/dia por 3 dias ou Clindamicina 30-40mg/kg/dia, 8/8h com ou sem cefalosporina de 3ª geração	Amoxicilina + clavulanato 90mg/kg/dia, VO, 12/12h, 10 dias ou Ceftriaxona 50mg IM ou EV 1x/dia por 3 dias	Cefdinir 14mg/kg/dia, VO, 12/12h, 10 dias ou Cefuroxima 30mg/kg/dia, VO, 12/12h, 10 dias ou Cefpodoxima 10mg/kg/dia, 12/12h, 10 dias ou Ceftriaxona 50mg IM ou EV 1x/dia por 3 dias

*Uma duração mais curta é aceitável, principalmente em crianças maiores de dois anos.

**Deve ser a primeira escolha quando há otite-conjuntivite.

Todas as crianças que iniciaram a terapia antimicrobiana devem ser reexaminadas dentro de 48-72 horas para avaliar sinais/sintomas. Em caso de resposta insuficiente

ou “falha terapêutica” (febre persistente e/ou otalgia e/ou otorreia), três dias após o tratamento adequado, podemos estar diante da presença de um microrganismo produtor de betalactamase. Neste caso, uma combinação de amoxicilina + clavulanato ou ceftriaxona pode ser prescrita (NELSON, 2017).

► COMPLICAÇÕES

Levando em consideração que a OMA já é uma complicação do resfriado comum, podemos citar aqui algumas consequências com significado clínico importante, como:

- Perfuração da membrana timpânica: cicatrização geral espontânea, possibilidade de intervenção cirúrgica;
- Dermatite infecciosa: o tratamento consiste em antibioticoterapia ototópica;
- Otite média crônica supurativa: infecção persistente, podendo ocorrer a formação de colesteatoma;
- Mastoidite aguda: manifestação comum, podendo haver acometimento do peri-ósteo; esse segundo acometimento é mais extenso e grave, com comprometimento do osso temporal. Ainda, pode haver comprometimento da parte nervosa, ameaçando o ramo do nervo trigêmeo. Por fim, é importante destacar a tríade de Gradenigo (associação de otite média supurada, paralisia do músculo reto lateral e dor orbitária ipsilateral);
- Labirintite;
- Paralisia facial: pouco comum, se resolve com o tratamento da OMA.
- Meningite;
- Miringite: infecção do tímpano, tratada com antibióticos e analgésicos (BENTO, 1998).

► REFERÊNCIAS

1. Belo Horizonte: Comissão dos Protocolos Colaborativos do Sistema Único de Saúde do SUS-BH, 2020. BRASIL. **Protocolo** MANEJO DA OTITE MÉDIA AGUDA CRIANÇA E ADOLESCENTE. Belo Horizonte: Comissão dos Protocolos Colaborativos do Sistema Único de Saúde do SUS-BH, 2020.
2. BENTO, RF; Miniti, A; Marone, SAM. **Tratado de Otologia**.1998; cap8:233-240.
3. CHARLES J Limb, *et al.* Acute otitis media in adults. **Uptodate**, 2022.
4. GADDEY, H. L.; WRIGHT, M. T.; NELSON, T. N. Otitis Media: Rapid Evidence Review. **American family physician**, [S.L.], v. 100. n. 6, p. 350-356, set. 2019.
5. NELSON, W. E *et al.* Nelson **Tratado de Pediatria**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
6. PAUL, Caroline R.; A MORENO, Megan. Acute Otitis Media. **Jama Pediatrics**, [S.L.], v. 174, n. 3, p. 308, 1 mar. 2020. American Medical Association (AMA).
7. SHIRAI, Nanako; PRECIADO, Diego. Otitis media: what is new?. **Current Opinion In Otolaryngology & Head & Neck Surgery**, [S.L.], v. 27, n. 6, p. 495-498, dez. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).