

# O “Peso” da Otite Média

Maroeska M. Rovers

## **Introdução**

A otite média (OM) é uma das infecções mais comuns da infância, a principal causa das consultas médicas e a razão mais freqüente da administração de antibióticos às crianças.<sup>1</sup> A OM refere-se à inflamação da orelha média e apresenta duas entidades, quais sejam, a otite média aguda (OMA) e a otite média com efusão (OME). A OMA é definida pela presença de efusão, em conjugação com o rápido aparecimento de um ou mais sinais ou sintomas de inflamação na orelha média, tais como otalgia, otorréia, febre ou irritabilidade.<sup>2</sup> A OME é definida pela presença de fluido na orelha média, sem sinais ou sintomas de uma infecção no ouvido.<sup>2</sup>

## **Epidemiologia**

Pelo menos 80% das crianças tiveram um ou mais episódios de OM até atingirem os três anos de idade.<sup>3</sup> O pico de incidência da OMA ocorre durante a segunda metade do primeiro ano. Claramente, existe um grau de superposição clínica entre as crianças acometidas de OME e as crianças acometidas de OMA. As crianças com OME padecem até cinco vezes mais episódios de OMA do que as que não têm OME, e em 50% dos casos, a efusão da orelha média sobrevém diretamente de um episódio de infecção aguda.<sup>4</sup> O curso natural tanto da OMA, como da OME, apresenta altos índices de recuperação espontânea. Estima-se que, sem tratamento, cerca de 80% das crianças com OMA apresentam alívio da dor e da febre dentro de dois a três dias, enquanto que a resolução clínica total foi observada em 73% das crianças dentro de uma a duas semanas.<sup>5</sup> As crianças com OME apresentam um índice de melhora constante, de cerca de 50% por mês.<sup>5</sup> A OM também se caracteriza por um alto índice de recidivas. Foi documentada uma recidiva de três ou mais episódios de OMA em 50 e 65% das crianças com idades de três e cinco anos, respectivamente. Nas crianças com OME o índice de recidiva encontrado foi de 50% dentro de 24 meses.<sup>3</sup>

## **Fatores de risco**

A OM é uma doença multifatorial, resultante do jogo entre a carga microbiana (viral e bacteriana) e a resposta imune. Todos os fatores que conhecidamente causam OM relacionam-se com esses dois elementos como pano de fundo: fatores de hospedeiro, tais como idade, predisposição genética e atopia relacionada com um sistema imunológico insuficiente, enquanto que os fatores ambientais, tais como irmãos e irmãs, creche e estação do ano, relacionam-se com a carga microbiana. A tuba auditiva tem um papel central, pois é a porta de entrada da orelha média para os patógenos da nasofaringe.<sup>6</sup>

### **Antibióticos e mastoidite**

A OM é o motivo mais freqüente para o consumo de antibióticos entre as crianças<sup>1</sup>. As evidências de uma meta-análise sugerem que os antibióticos provavelmente beneficiam mais: 1- as crianças com menos de dois anos de idade; 2 - quando a OMA for bilateral; 3 - as crianças com OMA e otorréia. Para a maioria das demais crianças, parece ser justificável uma política de observação.<sup>7</sup> Além do mais, a prescrição de antibióticos conhecidamente induz o tratamento de episódios futuros, aumenta a pressão para a prescrição por parte do clínico, aumenta o uso de antibióticos e aumenta a resistência aos mesmos. Por outro lado, sugeriu-se que a não administração de antibióticos aumenta o risco de complicações supurativas, tais como a mastoidite. Van Zuijlen e colaboradores.<sup>8</sup> de fato demonstraram uma incidência ligeiramente maior no índice de mastoidite aguda, ou seja, quatro por 100.000 pessoas/ano na Holanda, quando apenas 31% dos pacientes com OMA receberam antibióticos, comparado com duas a cada 100.000 pessoas/ano nos Estados Unidos, onde quase todos os casos de OMA foram tratados com antibióticos. No entanto, considerando-se a baixa incidência estimada de mastoidite aguda na OMA (de 0,4 por 1000 episódios de OMA), o número de prescrições de antibióticos para OMA que teriam sido necessárias para evitar um episódio de mastoidite aguda é extremamente alto: pelo menos 2.500.<sup>8</sup> Além do mais, nem todos os casos de mastoidite aguda podem ser evitados com antibióticos. Estudos retrospectivos demonstraram que 36-87% dos pacientes com mastoidite aguda foram tratados com antibióticos na OMA, antes do desenvolvimento desta complicação.

### **Seqüelas**

Levantou-se a hipótese de que a OM relacionada à perda auditiva devido à efusão pode retardar a aquisição da linguagem, alterar o comportamento e ter influência na qualidade de vida. O grau de perda auditiva condutiva associada à OM é de 10-40 dB. No entanto, inexistente evidência conclusiva de que a perda auditiva associada à OM de fato influi no desenvolvimento da linguagem, no comportamento ou na qualidade de vida. Uma meta-análise usando diferentes tipos de estudos demonstrou pequenos efeitos adversos da OM no desenvolvimento da linguagem, o que pode ser de pouca importância em crianças que de modo geral são sadias. O efeito, no entanto, pode ser desproporcional em crianças com retardo no desenvolvimento.<sup>9</sup> Brouwer e colaboradores.<sup>10</sup> encontraram que uma redução no número de OMA estava associada a uma qualidade melhor de vida com relação à saúde. Outros estudos, no entanto, não encontraram tais efeitos. Os achados controversos podem ser devido a falhas metodológicas. Alguns estudos não conseguiram confirmar a duração e gravidade da OM, ou não mediram os níveis de audição. Em outros estudos, elementos que potencialmente poderiam contribuir para a habilidade comunicativa da criança, como por exemplo, o QI ou o nível de educação dos pais, não foram levados em consideração.

### **Custos**

Os custos anuais estimados da OM situam-se entre três a cinco bilhões de dólares nos Estados Unidos, enquanto que o custo estimado do episódio de OMA pode variar de \$103 a \$1.330. O verdadeiro impacto provavelmente esteja até subestimado, pois os custos indiretos poderiam ser substancialmente mais altos.<sup>11</sup>

## Conclusão

A intervenção ideal na OM, quer seja ela preventiva ou curativa, deveria ser não “tóxica” e rapidamente eficaz para eliminar a efusão e deveria sustentar-se por mais de alguns meses. Essa intervenção ainda não existe, portanto há uma necessidade urgente de criatividade para desenhar e testar outros/novos rumos para o tratamento, que correspondam à visão moderna sobre a fisiopatologia da OM. É de se esperar um maior sucesso, caso a pesquisa focalizar as interações entre os fatores patogênicos. É necessário maior enfoque na patogênese, para poder responder porque uma parte das crianças se recupera da OM espontaneamente, enquanto outras necessitam intervenções específicas.

## Referências bibliográficas

1. Freid VM, Mukuc DM, Rooks RN. Ambulatory health care visits by children: principal diagnosis and place of visit. *Vital Health Stat* 1998; 13:1-23.
2. Gates GA, Klein JO, Lim DJ, Mogi G, Ogra PL, Parapella MM *et al.* Recent advances in otitis media: 1. Definitions, terminology, and classification of otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002;111:8-18.
3. Teele DW, Klein JO. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in Greater Boston: A prospective, cohort study. *J Infect Dis* 1989;160:83-94.
4. Alho O, Oja H, Koivu M, Sorri M. Chronic otitis media with effusion in infancy. How frequent is it? How does it develop? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;121:432-6.
5. Rosenfeld RM, Kay D. Natural history of untreated otitis media. In: Rosenfeld RM, Bluestone CD (eds). *Evidence-based Otitis Media*, 2nd ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2003
6. Rovers MM, Schilder AG, Zielhuis GA, Rosenfeld RM. Otitis media. *Lancet* 2004;363(9407):465-73.
7. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, Gaboury I, Little P, Hoes AW. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet* 2006;368(9545):1429-35.
8. Van Zuijlen DA, Schilder AG, Van Balen FA, Hoes AW. National differences in incidence of acute mastoiditis: relationship to prescribing patterns of antibiotics for acute otitis media? *Pediatr Infect Dis J* 2001;20:140-4.
9. Roberts JE, Rosenfeld RM, Zeisel SA. Otitis media and speech and language: a meta-analysis of prospective studies. *Pediatrics* 2004;113:e238-48.
10. Brouwer CN, Maillé AR, Rovers MM, Veenhoven RH, Grobbee DE, Sanders EA, Schilder AG. Effect of pneumococcal vaccination on quality of life in children with recurrent acute otitis media: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2005;115(2):273-9.
11. Alsarraf R, Jung CJ, Perkins J, Crowley C, Alsarraf N, Gates GA. Measuring the indirect and direct costs of acute otitis media. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125:12-18.