

# *Otite Média: Um Caso Clínico*

*Andrés Sibbald*

Enrique é um garoto de dois anos de idade, que freqüenta uma creche e apresenta infecções das vias aéreas superiores (IVAS) recorrentes. Não padece de infecções no ouvido. Foi trazido à consulta pediátrica por uma história de 48 horas com febre e coriza. Sua mãe acredita que ele tenha dor de ouvido.

Não sabemos porque a mãe de Enrique acha que o ouvido dele dói, mas em geral isso se deve ao choro, particularmente durante a noite, ou porque a criança aponta para o ouvido ou o cobre com a mão.

Essa é uma situação muito comum que o pediatra conhece, pois a literatura afirma claramente, que existe uma tendência preocupante para o diagnóstico em excesso, sobretudo devido ao aumento da resistência antimicrobiana. O médico é consciente de que se trata de um diagnóstico e uma avaliação terapêutica complexos diante de uma criança com dois anos de idade.

O diagnóstico da otite média exige uma observação muito boa da membrana timpânica. Por esse motivo, a criança deve estar devidamente imobilizada, para evitar movimentos quando o espéculo estiver no canal auditivo. Em segundo lugar, o médico deve estar preparado para limpar o canal do excesso de cerume. E em terceiro lugar, é importante utilizar bons instrumentos de diagnóstico.

## **São três as perguntas a serem respondidas**

**Primeira:** a orelha média apresenta uma efusão ou está normal (ou seja, adequadamente ventilada e, portanto, cheia de ar)? Se houver efusão, a criança tem Otite Média (OM). Para determinar a presença de efusão, a menos que haja bolhas ou nível de fluido, é preciso utilizar a otoscopia pneumática.

A forma mais comum de OM é a Otite Média com Efusão (OME). Esta é muito mais freqüente do que a Otite Média Aguda (OMA).

**Segunda:** A OM é efetivamente Aguda (OMA)?

O diagnóstico de OMA é um processo seqüencial, que depende do aparecimento progressivo de fenômenos clínicos. Deve haver um aparecimento rápido de sinais ou sintomas de inflamação grave. O único **sintoma específico** é a otalgia (dor de ouvido). Esta é provocada pela pressão sobre a membrana timpânica (MT) devido ao acúmulo da produção de pús. A MT é empurrada para fora e fica cheia ou abaulada.

Os **sinais** otoscópicos são os elementos de diagnósticos mais precisos da OMA:

- a coloração da MT pode ser um amarelo leitoso, ou uma hiperemia intensa;
- a posição da MT poderá levar a um enchimento progressivo ou a um abaulamento;
- uma otorréia súbita (em oposição à drenagem persistente), que é o sinal mais evidente, embora infreqüente, do aparecimento final da OMA.

Com esse trio rigoroso de diagnóstico, estaremos aplicando os critérios que irão reduzir o diagnóstico em excesso, que pode ser provocado por:

- a) miringite viral;
- b) hiperemia típica do choro;
- c) estágios diferentes da OME.

**Terceira:** para essa criança com OMA, devo prescrever antibiótico de uso imediato?

Vários especialistas (Rosenfield<sup>1</sup>, Glasziou<sup>2</sup>) em meta-análise de estudos randomizados controlados por placebo (RCT), concluíram que a cura espontânea da OMA é tão freqüente que é preciso tratar entre sete a 20 crianças, para evitar uma forma prolongada da doença em apenas um paciente. Considerando que existe um grau de incerteza diagnóstica inevitável, os pediatras e otorrinos devem admitir a dúvida e incorporá-la à sua análise da decisão terapêutica.

Com o consentimento dos pais, e depois de bem explicado, podemos oferecer medicação para febre e dor em pacientes selecionados (mais velhos, com doença mais leve), por um ou dois dias. Isto se resume em diversas siglas: WW (*watchful waiting*) ou observação atenta; OO (*observation option*) ou alternativa de observação; SNAP (*safety net antibiotic prescription*) ou prescrição segura de antibiótico; WASP (*wait and see prescription*) ou prescrição mediante espera e observação. A família recebe a prescrição, porém com o pedido de adiar a administração, a menos que a condição piore ou não melhore em curto prazo. O paciente deve retornar ao pediatra, de preferência o mesmo que o diagnosticou, ou às vezes é possível tomar uma decisão através de avaliação telefônica, se existir uma razoável confiança na relação médico-paciente.

Essas reflexões cautelosas sobre o diagnóstico e alternativas terapêuticas deveriam ser a pedra fundamental no tratamento clínico de pacientes como Enrique.

### Referências bibliográficas

1. Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J, et al. Clinical efficacy of antimicrobial drougs for acute otitis media?. A meta-analysis of 5400 children from thirty three randomized trials. J Pediatr. 1994;124:355-367
2. Glasziou PP, et al. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2000;4:CD000219.