



Diagnóstico e tratamento da otite média aguda: uma revisão de literatura

Vinicius Bernegozzi Bessa¹, Lucca de Almeida Andrade Pereira², Ana Laura Vieira Carneiro Mendonça³, Leticia Valadares De Oliveira⁴, Lays de Andrade³, João Pedro Carrijo Cunha Camara⁵, Bárbara Garcia Munhoz⁶, Gabriel Calmon Parreira de Souza Arraes⁶, Bruno de Tarso Evangelista Vieira⁷, Marina Rodrigues Cotini⁷, Lizandra Brandão Malheiros Almeida⁸, Maria Pires de Oliveira Santos⁹.

REVISÃO

RESUMO

Este artigo tem por objetivo avaliar os aspectos clínicos dos cuidados pré-operatórios realizada nos últimos cinco anos. Revisão integrativa no banco de dados da BVS, LILACS, SciELO, PubMed de trabalhos publicados entre 2020 e 2024, combinando os descritores "otite média aguda", "diagnóstico" e "tratamento" ao descritor booleano "AND". Conclui-se que A otite média aguda é infecção bacteriana ou viral da orelha média, geralmente acompanhando infecção do trato respiratório superior. Os sintomas incluem otalgia, muitas vezes associada aos sintomas sistêmicos, especialmente em pessoas muito jovens. O diagnóstico baseia-se na otoscopia. O tratamento é feito com analgésicos e, às vezes, antibióticos.

Palavras-chave: Otite média aguda, Diagnóstico, Tratamento.

Diagnosis and treatment of acute otitis media: a literature review

ABSTRACT

This article aims to evaluate the clinical aspects of preoperative care carried out in the last five years. Integrative review in the BVS, LILACS, SciELO, PubMed database of works published between 2020 and 2024, combining the descriptors "acute otitis media", "diagnosis" and "treatment" with the Boolean descriptor "AND". It is concluded that acute otitis media is a bacterial or viral infection of the middle ear, generally accompanying an upper respiratory tract infection. Symptoms include otalgia, often associated with systemic symptoms, especially in very young people. Diagnosis is based on otoscopy. Treatment involves analgesics and sometimes antibiotics.

Keywords: Acute otitis media, Diagnosis, Treatment.

Instituição afiliada – ¹Faculdade Assis Gurgacz. ²Universidade Federal de Goiás. ³Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). ⁴Universidade Federal do Tocantins. ⁵Pontifícia Universidade Católica de Goiás. ⁶Universidade Federal De Mato Grosso (UFMS). ⁷Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba (FAHESP). ⁸UNINASSAU. ⁹ITPAC Porto Nacional

Dados da publicação: Artigo recebido em 19 de Junho e publicado em 09 de Agosto de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p-1510-1519>

Autor correspondente: Vinicius Bernegozzi Bessa - Vinicius_under@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A Otite Média Aguda (OMA) é um processo inflamatório, de origem infecciosa ou não, que acomete a orelha média, com duração inferior a dois meses (ARAÚJO et al., 2024). Esse processo pode ser agudo, subagudo ou crônico apresentando características, evolução e tratamentos clínicos distintos. Uma vez que todos os espaços pneumatizados do osso temporal são contíguos, a inflamação da orelha média pode envolver também outros três espaços pneumatizados: mastoide, ápice petroso e células perilabirínticas (ROTTA et al., 2023).

Embora OMA possa ocorrer em qualquer idade, ela é mais comum entre os 3 meses de idade e 3 anos. Nessa idade, a tuba de eustáquio é estrutural e funcionalmente imatura; a tuba é mais horizontalizada e o ângulo do músculo tensor do véu palatino e da porção cartilaginosa da tuba torna o mecanismo de abertura menos eficiente (LANZIERI et al., 2017).

A etiologia da otite média aguda pode ser viral ou bacteriana. As infecções virais são quase sempre complicadas por infecção bacteriana secundária. Em recém-nascidos, bacilos gram-negativos entéricos, em particular *Escherichia coli*, e *Staphylococcus aureus*, causam otite média aguda. Em recém-nascidos e crianças com < 14 anos, os microrganismos mais comuns são *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella* (*Branhamella*) *catarrhalis*, e *Haemophilus influenzae* não tipável; agentes menos comuns são estreptococos do grupo A beta-hemolítico e *S. aureus*. Em pacientes > 14 anos, *S. pneumoniae*, estreptococos do grupo A beta-hemolítico e *S. aureus* são os mais comuns, seguidos por *H. influenzae* (HOLM; RUSAN; OVESEN, 2020).

A presença de fumaça na residência é um fator de risco significativo para otite média aguda. Outros fatores de risco incluem ter história familiar forte de otite média, morar em uma região com poucos recursos ou alta poluição do ar, ser alimentado com mamadeira (em vez de amamentado) e frequentar creche (HAYASHI et al., 2020).

As complicações da otite média aguda são incomuns. Em casos raros, a infecção bacteriana da orelha média se propaga localmente, resultando em mastoidite aguda, petrosite ou labirintite. A disseminação intracraniana é extremamente rara; em geral, esta causa meningite. Abscesso cerebral, empiema subdural, abscesso epidural, trombose do seio lateral ou hidrocefalia são complicações possíveis. Mesmo com o

tratamento antibiótico, as complicações intracranianas são de difícil resolução, especialmente em pacientes imunocomprometidos (DICKSON, 2014).

O sintoma inicial habitual é a otalgia, muitas vezes com perda auditiva. Os lactentes podem simplesmente apresentar irritabilidade ou ter dificuldade para dormir. Febre, náuseas, vômitos e diarreia ocorrem, com frequência, em crianças pequenas. A otoscopia pode evidenciar abaulamento e hiperemia da membrana timpânica e perda do reflexo luminoso. A insuflação de ar (otoscopia pneumática) mostra mobilidade diminuída da membrana timpânica. Perfuração espontânea da membrana timpânica causa serossanguinolia ou otorreia purulenta, tipicamente rapidamente, aliviando a dor (FAVORETTO et al., 2022).

Forte cefaleia, confusão ou sinais neurológicos focais podem ocorrer nos casos de disseminação intracraniana da infecção. Paralisia facial ou vertigem sugere extensão local para o canal do nervo facial ou o labirinto (PENIDO et al., 2016).

O objetivo geral deste trabalho é, por meio da análise da produção científica nacional e internacional indexadas às bases de dados BVS, LILACS, SciELO e PubMed, aprofundar o conhecimento acerca da otite média aguda sendo de fundamental importância na avaliação criteriosa dos pacientes que externam sinais e sintomas da mesma e na condução e tratamento adequados destes, reduzindo os impactos de morbimortalidade já conhecidos.

Como objetivos específicos, tem-se: avaliar os aspectos clínicos e epidemiológicos da otite média aguda realizada nos últimos anos, levando em conta a prevalência, classificação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que possui caráter amplo e se propõe a descrever o desenvolvimento de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, mediante análise e interpretação da produção científica existente. Essa síntese de conhecimentos a partir da descrição de temas abrangentes favorece a identificação de lacunas de conhecimento para subsidiar a realização de novas pesquisas. Ademais, sua operacionalização pode se dar de forma sistematizadas com rigor metodológico (BRUM et al., 2015).

Para responder à questão norteadora “O que a literatura especializada em saúde, dos últimos cinco anos, traz a respeito do diagnóstico e do tratamento da otite média aguda?” foi acessada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica Scientific Eletronic LibRARY Online (SciELO), na Cochrane e na USA National Library of Medicine (PubMed).

Por meio da busca avançada, realizada em 08 de agosto de 2024, utilizaram-se dos seguintes termos delimitadores de pesquisa como descritores para o levantamento de dados dos últimos 5 anos: “otite média aguda”, “diagnóstico” e “tratamento”. Este processo envolveu atividades de busca, identificação, fichamento de estudos, mapeamento e análise. O recorte temporal justifica-se pelo fato de que estudos sobre os cuidados pré-operatórios em cirurgia, no Brasil, são pouco realizados.

Os dados coletados para a seleção dos artigos analisados neste estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: tratar-se de um artigo original cujo objeto de estudo seja de interesse desta revisão integrativa, publicada nos últimos cinco anos. Já os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, tese ou dissertação, relato de experiência e artigo que, embora trate da otite média aguda, não tratasse de situações específicas relacionadas ao manejo nesses casos.

Inicialmente, foram encontradas 41 produções científicas com os descritores “otite média aguda”, “diagnóstico” e “tratamento”. Dos citados, foram selecionadas 40 produções científicas que apresentavam o texto na íntegra ou não, sendo que, apenas 38 atenderam ao critério de inclusão relativo ao idioma que era língua portuguesa e inglês.

Das 38 produções selecionadas, 36 atenderam ao critério de inclusão ao serem classificadas como artigos. Quando se aplicou o filtro relativo ao recorte temporal dos últimos cinco anos, foram selecionados 36 artigos. Desses, nove estavam duplicados por integrarem mais de uma base de dados, motivo pelo qual foram excluídos, restando 11 artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos dessas produções, 6 foram excluídos por não responderem à questão norteadora desse estudo, uma vez que se tratavam de patologias específicas, encontrando-se ilustrado na figura 1.

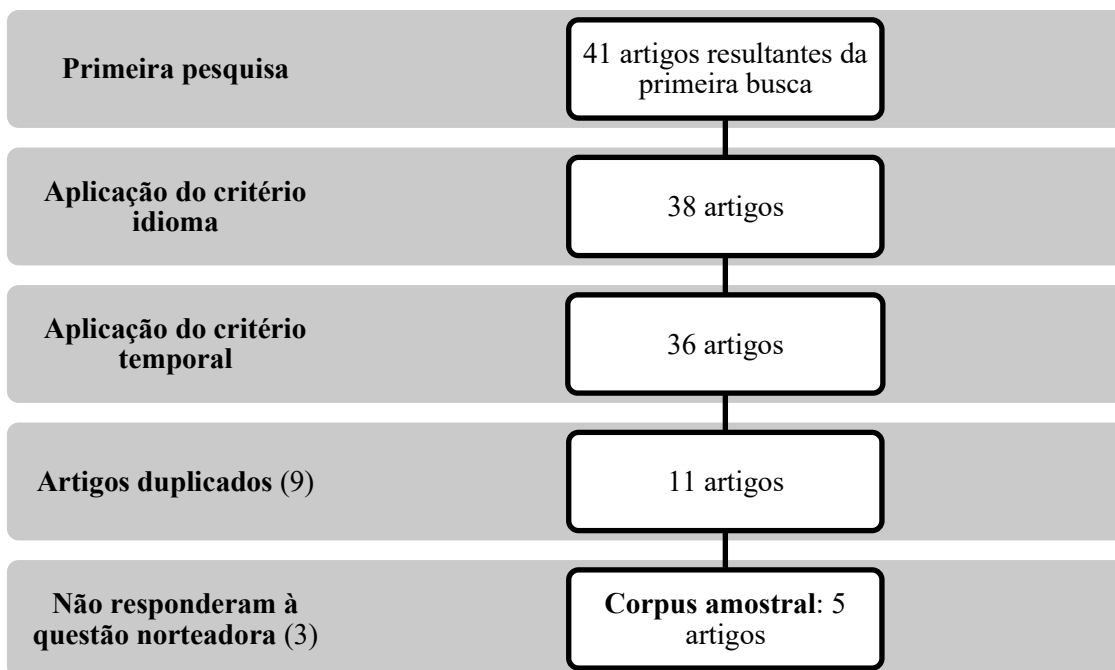


Figura 1. Fluxograma da Escolha dos Artigos

REVISÃO DE LITERATURA

O diagnóstico da otite média aguda geralmente é clínico, baseado na presença de dor aguda (em 48 horas), abaulamento da membrana timpânica e, particularmente em crianças, sinais de derrame na orelha média detectados por otoscopia pneumática. A menos que seja obtido líquido durante a miringotomia, não se realizam culturas (SCHILDER et al., 2016).

O diagnóstico é clínico, composto pelo conjunto de achados à otoscopia associados ou não à otalgia, plenitude auricular, otorreia recente, zumbido pulsátil e hipoacusia. Observa-se na otoscopia abaulamento da membrana timpânica, opacidade (perda da transparência), presença de vasos radiais, perfuração e alterações da cor, sendo o abaulamento o achado mais relevante. O objetivo do diagnóstico correto é evitar o uso inapropriado de antibióticos e aumento das taxas de resistência bacteriana (LEUNG; WONG, 2017).

Não há escore de risco para OMA. Sinais e sintomas como febre alta, dor e edema retroauricular importante ou paralisia facial associada sugerem complicação da OMA (mastoidite). A suspeita de mastoidite complicada constitui umas das poucas indicações de exame radiológico (tomografia computadorizada) (SMOLINSKI; ANTONELLI;

WINTERSTEIN, 2022).

Em geral pacientes com OMA não necessitam de internação, podendo ser conduzidos ambulatorialmente. A internação seria indicada naqueles com complicações que necessitem antibioticoterapia endovenosa e/ou abordagem cirúrgica (RIJK et al., 2021).

O tratamento consiste em analgesia com dipirona, paracetamol ou anti-inflamatórios não esteroidais. Se a dor for intensa, podem ser utilizados opioides como codeína ou tramadol. O uso de antibióticos é recomendado quando houver moderada a intensa otalgia, febre acima de 39º e duração maior que 48 horas. O antibiótico inicial de escolha é a Amoxicilina (875mg a cada 12 horas) por 7 a 10 dias. Histórico de resistência prévia à Amoxicilina ou quadro associado de conjuntivite purulenta, sugere-se o uso de amoxicilina com Clavulanato 875/125mg ou Cefalosporina (segunda ou terceira geração). Pacientes alérgicos à penicilina podem utilizar Cefalosporinas (p. ex. Cefuroxime) ou macrolídeos (Claritromicina ou Azitromicina). Deverá ser avaliado na UPA pelo otorrinolaringologista os pacientes com suspeita de mastoidite, pacientes com perda auditiva prévia com piora da audição devido à OMA, e nos casos de falha terapêutica (na reavaliação após 48 a 72 horas) (EL et al., 2023).

A vacinação infantil de rotina contra pneumococos (com a vacina pneumocócica conjugada), H. influenzae tipo B e influenza reduz a incidência de otite média aguda. Evitar que os lactentes mamem deitados e eliminar o tabagismo no domicílio podem diminuir a incidência. Antibióticos profiláticos não são recomendados para crianças que têm episódios recorrentes de otite média aguda (JAMAL et al., 2022).

A prevenção da otite média serosa recorrente e da otite média secretora pode ser feita pela inserção de tubos de ventilação (timpanostomia) (DANISHYAR; ASHURST, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, a OMA é definida como uma inflamação, geralmente autolimitada da orelha média com sinais e sintomas de rápido início. Os sintomas clássicos são otalgia, plenitude auricular e febre, acompanhados ou não por desequilíbrio e hipoacusia. Em crianças anorexia, vômitos e diarreia costumam ser sintomas associados. Hiperemia,

abaulamento e opacificação da MT, eventualmente pode-se visualizar nível líquido ou perfuração da MT. A introdução de um tratamento adequado abrevia o curso clínico natural da doença e minimiza as chances de complicações. A primeira opção é amoxicilina via oral por 10 dias. Espera-se melhora clínica e remissão da febre após 48 a 72 horas do uso da medicação. Se não houver, pode-se utilizar outros antibióticos como amoxicilina-ácido clavulânico, cloranfenicol, cefaclor e outras cefalosporinas de segunda geração. Sempre devem ser utilizados como analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não hormonais.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. L. P. K. DE et al. Audiometric evaluation in different clinical presentations of otitis media. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 90, n. 1, p. 101359, 1 jan. 2024.
- BRUM, C.N. *et al.* Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Orgs). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.
- DANISHYAR, A.; ASHURST, J. V. **Acute Otitis Media**. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29262176/>>.
- DICKSON, G. Acute Otitis Media. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 41, n. 1, p. 11–18, mar. 2014.
- EL, R. E. et al. New insights into the treatment of acute otitis media. **Expert Review of Anti-infective Therapy**, p. 1–12, 28 abr. 2023.
- FAVORETTO, M. H. et al. The impact of COVID-19 pandemic on acute otitis media among the pediatric population. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 153, p. 111009, 1 fev. 2022.
- HAYASHI, T. et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute otitis media in children—2018 update. **Auris Nasus Larynx**, v. 47, n. 4, p. 493–526, ago. 2020.
- HOLM, N. H.; RUSAN, M.; OVESEN, T. Acute otitis media and antibiotics - a systematic review. **Danish Medical Journal**, v. 67, n. 11, p. A04200272, 29 out. 2020.
- JAMAL, A. et al. Etiology, diagnosis, complications, and management of acute otitis media in children. **Cureus**, v. 14, n. 8, 15 ago. 2022.
- LANZIERI, T. M. et al. A prospective observational cohort study to assess the incidence of acute

otitis media among children 0–5 years of age in Southern Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 21, n. 4, p. 468–471, jul. 2017.

LEUNG, A. K. C.; WONG, A. H. C. Acute Otitis Media in Children. **Recent Patents on Inflammation & Allergy Drug Discovery**, v. 11, n. 1, 17 ago. 2017.

PENIDO, N. DE O. et al. Complications of otitis media - a potentially lethal problem still present. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 82, n. 3, p. 253–262, 1 maio 2016.

RIJK, M. H. et al. Incidence and management of acute otitis media in adults: a primary care-based cohort study. **Family Practice**, v. 38, n. 4, p. 448–453, 28 jan. 2021.

ROTTA, D. et al. Otopathogens in the middle ear and nasopharynx of children with recurrent acute otitis media. v. 169, p. 111552–111552, 1 jun. 2023.

SCHILDER, A. G. M. et al. Otitis media. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 2, n. 1, 8 set. 2016.

SMOLINSKI, N. E.; ANTONELLI, P. J.; WINTERSTEIN, A. G. Watchful Waiting for Acute Otitis Media. **Pediatrics**, v. 150, n. 1, 21 jun. 2022.