

Antibioticoterapia para otite média com efusão ("glue ear") em crianças

A otite média com efusão ou "glue ear" é uma das afecções mais comuns em crianças. "Glue ear" significa que há líquido no ouvido médio atrás da membrana timpânica. Isto pode resultar em perdas na audição que podem afetar o comportamento, a linguagem e o rendimento escolar da criança. "Glue ear" está diretamente relacionado a otite média aguda; crianças com "glue ear" são mais propensas a desenvolverem infecções agudas do ouvido médio, e após um quadro de infecção aguda de otite média há persistência do líquido em ouvido médio por algum tempo em todas as crianças. Em aproximadamente uma de três crianças é identificado um patógeno bacteriano no líquido do ouvido médio. Baseado nisto, esta revisão foca na efetividade do uso de antibiótico em crianças com "glue ear".

Foram avaliados 23 estudos que incluíram ao todo 3.027 crianças. Estes estudos compararam crianças com "glue ear" que foram tratadas com antibiótico e crianças que não receberam este tratamento. Nestes estudos uma diversidade grande de antibióticos foi utilizadas, as crianças apresentaram faixas etárias diferentes e o tempo de evolução do "glue ear" foi também variado. As reavaliações após a antibioticoterapia ocorreram em diversos momentos.

O resultado mais importante que encontramos foi a diferença na proporção de crianças sem "glue ear" após o tratamento com antibiótico de dois a três meses. Esta proporção variou de 1% a 45% em favor das crianças que receberam a antibioticoterapia. Os resultados destes estudos não conseguiram ser agrupados por apresentarem diferenças nos desenhos de estudos e nas características das crianças incluídas. Quando analisados os resultados após seis meses do início do tratamento, 14 % das crianças tratadas com antibióticos não apresentaram mais "glue ear" quando comparadas às que não usaram antibióticos. Os maiores benefícios foram observados nas crianças que receberam antibiótico continuamente por quatro semanas ou três meses; 32% a 34% a mais de crianças que usaram antibiótico não apresentaram mais o "glue ear" no final do tratamento.

Não encontramos evidências de melhora da audição como resultado do tratamento com antibiótico em "glue ear", como também não observamos um efeito em crianças que receberam tubo de ventilação. Não encontramos nenhum estudo que avaliasse a fala, o desenvolvimento neurocognitivo e da linguagem ou o bem estar da criança.

Os resultados desta revisão não reforçam o uso do antibiótico para o tratamento de "glue ear" em

crianças. O benefício em potencial modesto mencionado acima deve ser pesado contra os efeitos colaterais e os riscos do uso de antibióticos.

Conclusões dos autores:

Os resultados desta revisão não reforçam o uso rotineiro de antibiótico no tratamento da otite média com efusão em crianças até 18 anos de idade. Os maiores efeitos da antibioticoterapia foram observados nas crianças tratadas continuamente por quatro semanas e por três meses. A decisão de tratamento deve ser pesada contra os efeitos adversos do uso do antibiótico mesmo quando este mostrou benefícios claros e relevantes. Efeitos adversos imediatos de antibióticos são comuns e o surgimento da resistência bacteriana tem sido relacionado diretamente ao uso amplo de antibiótico em condições comuns como a otite média.

[Leia o Resumo na íntegra](#)

Introdução:

Otite media com efusão (OME) é caracterizada pelo acúmulo de líquido no ouvido médio com a membrana timpânica íntegra, sem sinais ou sintomas de uma infecção aguda. Porém, em aproximadamente uma em três crianças com OME um patógeno bacteriano é identificado no líquido do ouvido médio. Na maioria dos casos, a OME causa uma perda auditiva leve de curta duração. Porém, quando o quadro ocorre na criança muito jovem e quando os episódios de OME (bilateral) persistem ou são recorrentes, a perda auditiva associada pode ser importante e ter impacto negativo no desenvolvimento da linguagem e do comportamento. Como a maioria dos casos de OME apresenta resolução espontânea, somente as crianças com efusão persistente em ouvido médio e perda auditiva associada potencialmente requerem tratamento. Revisões sistemáticas anteriores da Cochrane focaram na efetividade dos tratamentos de colocação de tubos de ventilação, adenoidectomia, auto-inflação, anti-histamínicos, uso de descongestionantes e do uso de corticoides tópicos nasais ou orais. Esta revisão foca a avaliação da efetividade do uso de antibiótico no tratamento de crianças com OME.

Objetivos:

Avaliar os efeitos do uso de antibiótico no tratamento da OME em crianças até 18 anos de idade.

Estratégia de busca:

Analizamos os registros the Cochrane Ear, Nose and Throat Disorders Group Trials Register; Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL); PubMed; EMBASE; CINAHL; Web of Science; BIOSIS Previews; Cambridge Scientific Abstracts; ICTRP e outras fontes de ensaios clínicos publicados ou não publicados. A data da busca foi 22 de Fevereiro de 2012.

Crítérios de seleção:

Foram incluídos ensaios clínicos randomizados que compararam o uso de antibiótico com placebo, nenhum tratamento ou terapias de efetividade não comprovadas. Foi considerado desfecho primário a resolução completa da OME em dois a três meses. Como desfechos secundários foram incluídos a resolução da OME em outros momentos, audição, linguagem e fala, inserção de tubo de ventilação e eventos adversos.

Coleta dos dados e análises:

Dois autores extraíram os dados de forma independente, usando um modelo padronizado de extração de dados, e avaliaram a qualidade dos estudos incluídos por meio do risco de viés da Cochrane. Apresentamos os resultados dicotômicos como diferenças de risco e como razão de risco com intervalo de confiança de 95%. Com heterogeneidade maior que 75%, os dados não foram agrupados.

Principais resultados:

Foram incluídos 23 estudos (3.027 crianças), cobrindo uma variedade de antibióticos, de participantes, de avaliações de desfecho e de tempos de avaliação. Contudo, avaliamos os estudos como sendo de baixo risco de viés.

Nosso desfecho primário foi a resolução completa da OME após dois a três meses. A diferença (melhora) na proporção de crianças com esta resolução (diferença de risco (DR)) nos cinco estudos incluídos variou de 1% (DR 0,01, 95% IC -0,11 a 0,12, não significante) a 45% (DR 0,45, 95% IC 0,25 a 0,65). Os resultados destes estudos não conseguiram ser agrupados devido à heterogeneidade clínica e estatística.

A análise agrupada foi possível com os dados de resolução após mais de seis meses, com um aumento na resolução de 13% (DR 0,13, 95% IC 0,06 a 0,19).

Também foi possível a análise agrupada para resolução completa no final do tratamento, com os

seguintes aumentos de resolução: 17% (DR 0,17, 95% IC 0,17 a 0,47 para um tratamento de dez dias a duas semanas; 34% (DR 0,34, 95% IC 0,19 a 0,50) para o tratamento por quatro semanas; 32% (DR 0,32, 95% CI 0,03 a 0,24) para o tratamento de três meses; e 14% (DR 0,14, 95% IC 0,03 a 0,24) para o tratamento contínuo de pelos menos seis meses.

Não encontramos evidências de melhora substancial na audição como resultado do uso de antibiótico na OME; nem para um efeito na taxa da inserção de tubo de ventilação. Não foram encontrados ensaios clínicos que avaliaram a fala, o desenvolvimento cognitivo e de linguagem ou qualidade de vida.

Os dados referentes a efeitos adversos de antibiótico relatados por seis estudos não foram agrupados pela elevada heterogeneidade. O aumento da ocorrência de efeitos adversos variou nos estudos individuais de 3% (DR 0,03, 95% IC - 0,01 a 0,07, não significante) para 33% (DR 0,33, 95% IC 0,22 a 0,44).

Notas de tradução:

Traduzido por: Silke Anna Theresa Weber, Unidade de Medicina Baseada em Evidências da Unesp, Brasil Contato: portuguese.ebm.unit@gmail.com

Publicada:

12 Setembro 2012

Autores:

van Zon A, van der Heijden GJ, van Dongen TMA, Burton MJ, Schilder AGM

Grupo de Revisão Principal:

Cochrane ENT (<http://ent.cochrane.org/>)