



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

Otite Média com Efusão

Versão eletrônica atualizada em
Maio - 2011

Otite média com efusão (OME) é definida pela presença de líquido na orelha média sem sinais ou sintomas de infecção aguda. O fluido persistente na orelha média nos casos de OME leva a diminuição da mobilidade da membrana timpânica e serve como uma barreira à boa condução sonora.

Cerca de 2,2 milhões de episódios com diagnóstico de OME ocorrem anualmente nos Estados Unidos, produzindo uma estimativa de 4 bilhões de dólares de custo anual

OME pode ocorrer por disfunção da tuba auditiva ou como uma resposta inflamatória após um episódio de otite media aguda (OMA). Aproximadamente 90% das crianças sofrem um episódio de OME antes da idade escolar, mais frequentemente entre os 5 meses e 4 anos de vida.

Muitos episódios resolvem-se espontaneamente em 3 meses, mas 30% a 40% das crianças apresentam OME recorrente, e 5% a 10% dos episódios duram 1 ano ou mais.

Em quase 50% dos casos de OME, as crianças afetadas seus pais, ou cuidadores, não referem queixas significativas que remontam a presença de líquido na orelha média. Os sintomas podem incluir:

- Dor de ouvido leve e intermitente, plenitude aurial, ou sensação de "estalo";
- Manifestações indiretas de dor de ouvido em bebês, como ato de esfregar ouvido, irritabilidade excessiva, e distúrbios do sono;
- Falha em responder apropriadamente a vozes ou a sons ambientais, como não localizar com precisão a fonte sonora;
- Perda auditiva, mesmo quando não especificamente relatada pela criança. Sugerida pela aparente falta de atenção, alterações de comportamento, dificuldade em manter conversa em níveis sonoros usuais, necessidade de utilizar equipamento de áudio ou assistir televisão em volume excessivo;
- Episódios recorrentes de OMA com OME persistente entre os episódios;
- Problemas com o desempenho escolar;
- Problemas de equilíbrio ou atraso no desenvolvimento motor;
- Atraso na fala ou desenvolvimento da linguagem.

O diagnóstico é feito através da anamnese associada à otoscopia pneumática (Evidência A), ou na ausência desta, à audiometria com timpanometria (Evidência B). Programas de screening não são recomendados em crianças saudáveis e assintomáticas (Evidência A).

Aconselha-se o acompanhamento (*watchful waiting*) por 3 meses a partir da instalação da efusão, quando conhecida, ou do diagnóstico, se o início não puder ser determinado (Evidência B). Anti-histamínicos e descongestionantes são ineficazes para o tratamento da OME (Evidência A) e não são recomendados; antimicrobianos e corticosteróides não têm eficácia a longo prazo (Evidência A), não sendo recomendados na rotina. O corticóide associado ao antibiótico apresenta uma melhora a curto prazo, porém a mesma não se sustenta após 3 semanas (Evidência A).

Audiometria de controle é recomendada quando a efusão persiste por 3 meses ou a qualquer momento, se houver atraso de linguagem, problemas de aprendizagem, ou se uma perda auditiva significativa é suspeitada (Evidência A).

Avaliação linguística deve ser conduzida para crianças com perda auditiva (Evidência C).

Cabe ao pediatra fazer o diagnóstico, acompanhar por 3 meses e caso não houver resolução do quadro encaminhar ao otorrinolaringologista com audiometria e impedanciometria. Se houver algum fator de risco (tabela 1) encaminhar precocemente.

Indicação Cirúrgica (Evidência B)

Quando uma criança se torna um candidato cirúrgico, a inserção do tubo de ventilação (TV) é o procedimento de escolha; adenoidectomia não deve ser realizada a menos que haja indicação distinta (obstrução nasal, adenoidite crônica).

Os critérios para indicação cirúrgica são:

- Após observação de 3 a 6 meses as crianças com OME serão tratadas cirurgicamente:
 - Crianças com OME, após 3 meses com audiometria de controle com limiares auditivos ≥ 40 dB;
 - Crianças com OME com audiometria de controle com limiares auditivos entre 21 e 40dB apresentando prejuízos escolares, de linguagem e fala devido à perda auditiva;
 - Episódios recorrentes de otite média com efusão quando a duração total é considerada excessiva, como 6 dos últimos 12 meses;
- OME persistente ou recorrente em crianças de risco (tabela 1), independentemente do status auditivo (Evidência C);
- OME com danos estruturais da membrana timpânica ou da orelha média.

A recomendação para a cirurgia deve ser individualizada com base no consenso entre o pediatra, o otorrinolaringologista, e os pais ou responsáveis.

Tabela 1. Crianças com fatores de risco

Perda auditiva permanente independente da OME
Atraso ou desordem da fala e linguagem
Autismo e outras desordens de desenvolvimento
Síndromes(ex, Down) ou alterações crânio-faciais que incluem atrasos cognitivos, de fala e de linguagem
Cegueira ou déficit visual não corrigível
Fenda palatina associada ou não a síndromes
Atraso de desenvolvimento

20 a 50% das crianças submetidas a colocação de TV tem recorrência da OME após extrusão. Nos casos de necessidade de reintervenção a adenoidectomia é recomendada. O benefício da adenoidectomia é maior em crianças maiores que 3 anos. A miringotomia sem colocação de TV com adenoidectomia é efetiva para crianças maiores que 4 anos.

RESUMO:

- A OME é uma situação clínica que costuma ser subdiagnosticada.
- Não existem medicamentos eficazes para o tratamento, portanto não estão indicados descongestionante, corticóide, anti-histamínico e antibiótico.
- Avaliação da acuidade auditiva é de suma importância na OME. Sempre solicitar audiometria e impedanciometria.
- Encaminhar ao otorrino sempre que houver fator de risco ou persistência do quadro de OME após 3 meses.

Referências

American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery and American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media with Effusion. Otitis Media with Effusion. *Pediatrics* 2004; 113:1412–1429.

Butler CC, van der Voort JH. Oral or topical nasal steroids for hearing loss associated with otitis media with effusion in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;4:CD001935

Clinical Indicators for Myringotomy and Tympanostomy Tube Placement. American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery, One Prince Street, Alexandria, VA, 2000