

Otite Média Aguda na Infância: Diagnóstico

*Autoria: Sociedade Brasileira de Pediatria
Departamento de Otorrinolaringologia e
Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e
Cirurgia Cérvico-Facial
Academia de Otorrinolaringologia Pediátrica*

Elaboração Final: 8 de setembro de 2005

Participantes: Sakano E, Weckx LLM, Bernardo WM, Saffer M

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Foram consultadas as bases de dados Medline, por meio do PubMed, a base de dados Cochrane de Revisões Sistemáticas e o Registro de Ensaios Controlados da Colaboração Cochrane, por meio da BVS. A estratégia de busca utilizada baseou-se em perguntas estruturadas na forma de P.I.C.O. (Paciente, Intervenção, Controle, Outcome). A sintaxe de busca resultante foi: ("Otitis Media"[MeSH] AND "Acute Disease"[MeSH] NOT "Mastoiditis"[MeSH] NOT "Otitis Media with Effusion"[MeSH]) AND ("Diagnosis"[MeSH] OR "diagnosis"[Subheading] OR "Diagnostic Techniques, Otological"[MeSH]) AND "Epidemiologic Methods"[MeSH], recuperando 258 artigos. Foram, então, acrescidos os *limits*: all Child: 0-18 years, clinical trial, resultando em 80 publicações. A seguir, foram selecionados pelo *abstract* 74 trabalhos relacionados diretamente às questões clínicas. Esses trabalhos tiveram a sua força de evidência científica classificada segundo as normas do *Oxford Centre for Evidence Based Medicine*. Por fim, selecionaram-se as 13 referências que, pela maior força de evidência científica, consistência e relevância clínica, deram a sustentação às recomendações da presente diretriz.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C: Relatos de casos (estudos não controlados).
- D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Reavaliar questões pontuais no diagnóstico da otite média aguda decorrentes da prática clínica, baseada em evidências.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

NA OTITE MÉDIA AGUDA (OMA), COMO DIFERENCIAR, POR MEIO DOS SINTOMAS E SINAIS, INFECÇÃO BACTERIANA DE VIRAL?

Na presença de dor de ouvido, a probabilidade de a criança ter OMA, é 3,0 a 7,3 vezes maior, do que não ter (LR +: 3,0 a 7,3). Para prevalência de 20% de OMA, a dor de ouvido confere uma probabilidade pós-teste que varia de 43% a 65%. Quando há suspeita dos pais, a probabilidade de a criança ter OMA é 3,4 vezes maior¹(B).

Na otite média aguda (OMA)² (B):

- Os casos de *H Influenzae* têm sinais e sintomas significativamente mais importantes do que os casos com cultura negativa;
- Os casos com cultura positiva têm sinais e sintomas significativamente mais importantes do que os casos com cultura negativa;
- O abaulamento e a hiperemia de membrana timpânica (MT) foram os dois sinais mais importantes no diagnóstico diferencial com cultura negativa.

A presença da miringite bolhosa não define etiologia viral. A etiologia da miringite aguda é semelhante à da OMA, em crianças menores de 2 anos³(B).

A probabilidade do diagnóstico de OMA em crianças menores que 4 anos, com infecção de vias aéreas superiores (IVAS), associada a:

- Dor de ouvido é de 7,5 vezes maior;
- Prostração é de 1,3 vezes maior⁴(B).

Em crianças com IVAS, o sintoma mais associado com OMA é a dor de ouvido⁵(B):

- Com idade < 2 anos: risco relativo de 8,5;
- Com idade > 2 anos: risco relativo de 47;
- Falso positivo de 15%.

Em crianças com OMA menores de 2 anos⁶(B):

- A contagem de leucócitos total é significativamente maior nos casos de *S Pneumoniae*, do que naqueles com cultura negativa ou por *H Influenzae*;

- A contagem de neutrófilos é significativamente maior nos casos de *S. Pneumoniae*, do que naqueles com cultura negativa ou por *H. Influenzae*.

A probabilidade de etiologia por *S. Pneumoniae* quando na presença de⁷(B):

- Alterações importantes na MT: 5,8 maior;
- Alterações importantes na MT + Temperatura retal 38°C: 3,6 maior;
- Dor de ouvido + Temperatura retal 38°C: 3,0 maior;
- Alterações importantes na MT + Temperatura retal 38 °C + verão: 5,0 maior .

A probabilidade de etiologia por *H. Influenzae* quando na presença de⁷(B):

- Conjuntivite purulenta: 9,5 maior;
- Conjuntivite purulenta + Idade > 1 ano: 11 maior;
- Conjuntivite purulenta + História prévia: 13 maior;
- Sintomas oculares: 3,1 maior;
- Sintomas oculares + História prévia: 4,1 maior.

QUAIS ASPECTOS OTOSCÓPICOS QUE SUGEREM OMA? QUAL A INDICAÇÃO DE TIMPANOMETRIA? QUANTO A OTOSCOPIA E A TIMPANOMETRIA CONTRIBUEM COM O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO?

Na presença de abaulamento da MT, a probabilidade da criança ter OMA é 51 vezes maior do que não ter (LR+51). As demais razões de verossimilhança nos diversos sinais obtidos na otoscopia são¹(B):

	SINAL	LR (IC 95%)
Cor da membrana	Opaca	34 (28-42)
	Hemorrágica	8,4 (6,7-11)
	Hiperemia	1,4 (1,1-1,8)
	Normal	0,2 (0,19-0,21)
Posição da membrana	Abaulada	51 (36-73)
	Retraída	3,5 (2,9-4,2)
	Normal	0,5 (0,49-0,51)
Mobilidade	Imóvel	31 (26-37)
	Prejudicada	4,0 (3,4-4,7)
	Normal	0,2 (0,19-0,21)

Para prevalência de 20%, a probabilidade diagnóstica pós-teste, na presença dos diferentes aspectos da membrana timpânica, será¹(B):

- Abaulamento da membrana timpânica (LR+51,0): 94%;
- Abaulamento + Hemorrágica (LR+ 8,4): 99%;
- Abaulamento + Opaca (LR+ 34,0): 100%;
- Abaulamento + Imóvel (LR+ 31,0) :100%;
- Abaulamento + Coloração ou mobilidade normal (LR- 0,2): 76%.

A timpanometria reduz em 20% a 30% a quantidade de OMA diagnosticadas⁸(B).

A timpanometria associada à otoscopia faz diagnóstico de líquido no ouvido médio, com 14% de falso positivos⁹(B).

O pico de pressão timpanométrica (PPT) negativo (< -100) em criança menor de 2 anos, sugere¹⁰(B):

- Ausência de: fluido purulento (OR: 0,3) e *S. Pneumonia* (OR: 0,2);
- Infecção viral: cultura negativa (OR: 4,1). A probabilidade de cultura negativa em PPT < -100 é 2,8 maior⁷(B)

REFERÊNCIAS

1. Rothman R, Owens T, Simel DL. Does this child have acute otitis media? *JAMA* 2003;290:1633-40.
2. Leibovitz E, Satran R, Piglansky L, Raiz S, Press J, Leiberman A, et al. Can acute otitis media caused by *Haemophilus influenzae* be distinguished from that caused by *Streptococcus pneumoniae*? *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:509-15.
3. Kotikoski MJ, Palmu AA, Nokso-Koivisto J, Kleemola M. Evaluation of the role of respiratory viruses in acute myringitis in children less than two years of age. *Pediatr Infect Dis J* 2002;21:636-41.
4. Heikkinen T, Ruuskanen O. Signs and symptoms predicting acute otitis media. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:26-9.
5. Kontiokari T, Koivunen P, Niemela M, Pokka T, Uhari M. Symptoms of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:676-9.
6. Polachek A, Greenberg D, Lavi-Givon N, Broides A, Leiberman A, Dagan R, et al. Relationship among peripheral leukocyte counts, etiologic agents and clinical manifestations in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23:406-13.
7. Palmu AA, Herva E, Savolainen H, Karma P, Makela PH, Kilpi TM. Association of clinical signs and symptoms with bacterial findings in acute otitis media. *Clin Infect Dis* 2004;38:234-42.
8. Blomgren K, Pitkaranta A. Is it possible to diagnose acute otitis media accurately in primary health care? *Fam Pract* 2003;20:524-7.
9. Saeed K, Coglianesi CL, McCormick DP, Chonmaitree T. Otoscopic and tympanometric findings in acute otitis media yielding dry tap at tympanocentesis. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23:1030-4.
10. Palmu A, Syrjanen R, Kilpi T, Pursiainen H, Puhakka H, Rahko T, et al. Negative pressure tympanograms in children less than 2 years of age: different bacterial findings in otitis media by tympanometric results. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001;61:61-9.

