

## INFECÇÃO RESPIRATÓRIA ALTA EM CRIANÇAS (IVAS) <sup>1</sup>

### UPPER RESPIRATORY INFECTION IN CHILDREN (UAI)

Rafael Sousa Araújo<sup>2</sup>

**RESUMO:** Este artigo trata de uma revisão bibliográfica a respeito das infecções das vias aéreas superiores (IVAS). Apresenta uma revisão da literatura através do método dedutivo, com pesquisas em sites, artigos on line com finalidade descritiva baseada em autores renomados e publicações diversas sobre o tema. De acordo com as referências utilizadas, as IVAS já poderiam ser classificadas como IVAS de repetição a partir de três ou mais infecções por período ou semestre de outono-inverno. Segundo estudo realizado com crianças ambulatoriais com queixa de infecções de repetição, verificou-se que aproximadamente 50% delas eram crianças provavelmente saudáveis, 30% alérgicas, 10% portadoras de alguma patologia crônica e 10% imunodeficientes. Segundo a pesquisa, o acompanhamento dessas crianças deve ter como ponto de partida a tentativa de identificar uma causa de base para os processos respiratórios recorrentes. As crianças provavelmente saudáveis, em geral, apresentam crescimento e desenvolvimento normais. Assim, descreve-se os tipos de infecções suas causas, diagnósticos, sintomas prevenção, tratamento e possíveis complicações. Recomenda-se a utilização de conceitos e condutas diagnósticas e terapêuticas atualizadas na prática clínica assim como a redução da indicação de exames diagnósticos dispensáveis e tratamentos desnecessários poderiam estar beneficiando crianças com infecções respiratórias comuns.

509

**Palavras-chave:** Ivas. Repetição. Estudo.

**ABSTRACT:** This article deals with a literature review about upper airway infections (URI). It presents a literature review through the deductive method, with research on websites, online articles with descriptive purpose based on renowned authors and various publications on the subject. According to the references used, URTIs could already be classified as recurrent URTIs from three or more infections per autumn-winter period or semester. According to a study carried out with outpatients with complaints of recurrent infections, it was found that approximately 50% of them were probably healthy children, 30% were allergic, 10% had some chronic pathology and 10% were immunodeficient. According to the research, the follow-up of these children should have as a starting point the attempt to identify an underlying cause for the recurrent respiratory processes. Probably healthy children generally show normal growth and development. Thus, the types of infections, their causes, diagnoses, symptoms, prevention, treatment and possible complications are described. It is recommended the use of up-to-date diagnostic and therapeutic concepts and conducts in clinical practice, as well as the reduction of the indication of unnecessary diagnostic tests and unnecessary treatments that could be benefiting children with common respiratory infections.

**Keywords:** Ivas. Repetition. Study.

<sup>1</sup> Artigo apresentado ao Núcleo de Trabalhos de Conclusão de Curso de Pós-graduação Lato sensu do Curso de especialização em Saúde Pública e vigilância sanitária, como requisito obrigatório para obtenção do grau de especialista.

<sup>2</sup>Bacharel em medicina pela Universidade de Aquino Bolívia (UDABOL).

## INTRODUÇÃO

O objetivo geral do trabalho é identificar uma causa de base para os processos respiratórios recorrentes em crianças e Com a intenção de ajudar o diagnóstico e o tratamento das infecções das vias aéreas superiores (IVAS), evitando o uso abusivo e indiscriminado dos antimicrobianos em especial nas crianças.

No tratamento é recomendado hidratação, analgésicos, antitérmicos e repouso. Acompanhamento médico pode evitar complicações das viroses: sinusite, otite ou faringolaringite, poupando o uso de antibióticos desnecessários.

As infecções bacterianas das IVAS são responsáveis pelo maior uso de antibióticos, tanto em clínica médica como pediátrica, em todo mundo. Com o uso frequente dos antibióticos e a facilidade na disseminação de agentes bacterianos, a resistência bacteriana tem aumentado consideravelmente. As várias opções terapêuticas no uso dos antimicrobianos devem ser adotadas, considerando epidemiologia, microbiologia e dados clínicos, em conjunto, de maneira racional e cuidadosa.

Essas infecções causam um problema de saúde pública e uma situação que leva a muitos gastos anuais e muita preocupação por parte dos pais por ser uma rama de doenças muito frequentes em crianças principalmente menores de cinco anos. Serão descritas as características, a sintomatologia o tratamento, a prevenção, o diagnóstico e possíveis complicações das mais prevalentes.

510

### I INFECÇÃO RESPIRATÓRIA ALTA EM CRIANÇAS (IVAS)

**Rinofaringite aguda:** Este termo abrange quadros como o do resfriado comum e ainda outros englobados sob a denominação de rinite viral aguda. A rinofaringite é uma doença infecciosa de vias aéreas superiores mais comum da infância. Crianças menores de cinco anos podem ter de cinco a oito episódios por ano. Esta situação é causada quase que exclusivamente por vírus. Entre as centenas deles, os mais frequentes são rinovírus, coronavírus, vírus sincicial respiratório (VSR), parainfluenza, influenza, coxsackie, adenovírus e outros mais raros.

Pelo processo inflamatório da mucosa nasal, pode ocorrer obstrução dos óstios dos seios paranasais e tubária, permitindo, por vezes, a instalação de infecção bacteriana secundária (sinusite e otite média aguda). Alguns agentes etiológicos, como o VSR e o

adenovírus, podem estar associados à evolução para infecção de vias aéreas inferiores. A gripe, causada pelo vírus da influenza, costuma ser classificada separadamente do resfriado comum, caracterizando-se por um quadro de IVAS com maior repercussão clínica. Pode apresentar-se, na criança maior, com febre alta, prostração, mialgia e calafrios. Os sintomas de coriza, tosse e faringite podem ficar em segundo plano frente às manifestações sistêmicas mais intensas. Febre, diarreia, vômitos e dor abdominal são comuns em crianças mais jovens. Tosse e fadiga podem durar várias semanas.

**Transmissão:** através de gotículas produzidas pela tosse e espirros (como um aerossol), ou pelo contato de mãos contaminadas com a via aérea de indivíduos saudáveis. Obstrução nasal, espirros, tosse seca e febre de intensidade variável, podendo ser mais alta em menores de cinco anos. Alguns pacientes com essa infecção têm o seu curso sem a presença de febre. Determinados tipos de vírus podem também causar diarreia. Durante a evolução, pode surgir: – em lactentes: inquietação, choro fácil, recusa alimentar, vômitos, alteração do sono e dificuldade respiratória por obstrução nasal em lactentes mais jovens; – em crianças maiores: cefaleia, mialgias, calafrios.

Ao exame físico, percebe-se congestão da mucosa nasal e faríngea e hiperemia das membranas timpânicas. Este último achado, isoladamente, não é elemento diagnóstico de otite média aguda, principalmente se a criança está chorando durante a otoscopia. Alterações inespecíficas leves da membrana timpânica podem estar somente associadas a infecções de etiologia viral, considerando que esses agentes podem estar associados a infecções de ouvido médio. Algumas complicações bacterianas podem ocorrer durante infecções respiratórias virais. Sugerem a ocorrência de alguma delas: persistência de febre além de 72 horas, recorrência de hipertermia após este período, ou prostração mais acentuada. Além disto, o surgimento de dificuldade respiratória (taquipnéia, retrações ou gemência) indicam a possibilidade de bronquiolite aguda, pneumonia ou laringite. As complicações bacterianas mais frequentes são otite média aguda e sinusite. Além disso, episódios de infecções virais são um dos fatores desencadeantes mais importantes de asma aguda na criança, principalmente pelos vírus sincicial respiratório e rinovírus.

**Diagnóstico:** O diagnóstico de rinofaringite é essencialmente clínico.

**O diagnóstico diferencial:** deve ser feito com manifestações iniciais de várias doenças: sarampo, coqueluche, infecção meningocócica ou gonocócica, faringite estreptocócica, hepatite A e mononucleose infecciosa. O surgimento de um quadro de IVAS de repetição,

com sintomas quase que permanentes nos períodos de inverno e primavera, deve fazer o médico suspeitar da existência de rinite alérgica.

**Complicações:** Algumas complicações bacterianas podem ocorrer durante infecções respiratórias virais. Sugerem a ocorrência de alguma delas: persistência de febre além de 72 horas, recorrência de hipertermia após este período, ou prostração mais acentuada. Além disto, o surgimento de dificuldade respiratória (taquipnéia, retrações ou gemência) indicam a possibilidade de bronquiolite aguda, pneumonia ou laringite. As complicações bacterianas mais freqüentes são otite média aguda e sinusite. Além disso, episódios de infecções virais são um dos fatores desencadeantes mais importantes de asma aguda na criança, principalmente pelos vírus sincicial respiratório e rinovírus.

**Tratamento geral** – Repouso no período febril. – Hidratação e dieta conforme aceitação. – Higiene e desobstrução nasal: instilação de solução salina isotônica nas narinas, seguida algum tempo depois de aspiração delicada das fossas nasais com aspiradores manuais apropriados. Antitérmico e analgésico: acetaminofeno ou ibuprofeno. – Descongestionante nasal tópico: quando as medidas higiênicas das narinas não forem efetivas, descongestionantes tópicos podem ser usados com moderação em crianças maiores, em um período máximo de cinco dias de uso (risco de rinite medicamentosa). Não existe nenhuma evidência científica de que essa medicação possa ser utilizada com segurança em crianças menores ou que previna otite média aguda. – Antitussígenos e anti-histamínicos via oral: uso desaconselhável devido à ineficácia e presença de efeitos adversos.

**Sinusite aguda:** Pode ser definida como infecção bacteriana dos seios paranasais, com duração menor de 30 dias, no qual os sintomas desaparecem completamente. Os seios paranasais são constituídos por cavidades pertencentes a quatro estruturas ósseas: maxilar, etmoidal, frontal e esfenoidal. Estas cavidades comunicam-se com as fossas nasais através de pequenos orifícios (óstios). Os seios maxilares e etmoidais já estão presentes no recém-nascido, mas são de tamanho muito reduzido durante os primeiros dois anos de vida, o que torna discutível a indicação de estudo radiológica antes desta idade. Os seios frontais e esfenoidais desenvolvem-se após os quatro anos de idade, atingindo seu tamanho adulto somente na puberdade. Os seios mais frequentemente comprometidos são o maxilar e etmoidal. A etmoidite costuma aparecer após os seis meses de idade. A infecção maxilar

produz manifestações clínicas após o primeiro ano de vida. A sinusite frontal é rara antes dos 10 anos de idade.

Os agentes bacterianos mais comuns são o *Streptococcus pneumoniae*, o *Haemophilus influenzae* não-tipável e a *Moraxella catarrhalis*.

**Sinais e sintomas:** O início pode ser lento ou súbito. Nas formas leves de sinusite, as manifestações iniciais de IVAS passam a se prolongar por mais de 10 dias ou, após período de melhora clínica, há persistência ou retorno dos sintomas nasais (obstrução e secreção nasal purulenta). Esse quadro pode ser acompanhado de halitose. Costuma haver tosse diurna, com piora à noite. Em alguns casos, pode ocorrer febre. Nas formas moderadas a graves, ou em crianças maiores, as manifestações citadas podem ser mais intensas, acompanhando-se, eventualmente, de edema palpebral, cefaleia, prostração, desconforto ou dor, espontâneo ou provocado, no local do(s) seio(s) afetado(s) ou nos dentes. A celulite periorbitária é um sinal de etmoidite. Ao exame do nariz, pode constatar-se congestão da mucosa e presença de secreção purulenta no meato médio. Na orofaringe pode se observar gota purulenta pós-nasal.

**Complicações** Dentre as possíveis complicações, podem ser citadas as seguintes: sinusite crônica, osteíte frontal, osteomielite maxilar, celulite periorbitária, abscesso orbitário e subperiosteal, meningite, trombose de seio cavernoso e sagital superior, abscesso epidural, empiema subdural e abscesso cerebral.

**Diagnóstico:** O diagnóstico de sinusite aguda é clínico. A história clínica, associada aos achados de exame físicos anteriormente mencionados, permite a realização do diagnóstico de sinusite na criança. O estudo radiológico de seios da face é raramente necessário.

**O diagnóstico diferencial:** deve ser realizado com prolongamento da infecção viral não complicada, rinite alérgica, corpo estranho nasal e adenoidite. A avaliação otorrinolaringológica deve ser solicitada em casos de: – sinusites recorrentes (sinusites bacterianas agudas, separadas por períodos assintomáticos maiores de 10 dias); – sinusite crônica (episódios de inflamação dos seios paranasais com duração maior de 90 dias); – sinusite aguda com dor persistente ou outras complicações locais.

**Tratamento geral** – Repouso inicial. – Umidificação do ar em lugares muito secos. – Analgésico e antitérmico: acetaminofeno ou ibuprofeno. – Infecções agudas das vias aéreas superiores... - Pitrez PMC

Tratamento específico – Antimicrobianos: vários antibióticos de amplo espectro podem ser utilizados no tratamento da sinusite aguda.

As alternativas mais frequentemente recomendadas são: Amoxicilina: é ainda a droga de primeira escolha<sup>25</sup>. Dose: 60-80mg/kg/dia, VO, 8/8h, por 14-21 dias. Cefuroxima ou amoxicilina associada ao ácido clavulânico: em casos de suspeita de agentes produtores de betalactamase (dado epidemiológico ou ausência de resposta ao tratamento com antimicrobianos de primeira escolha). Claritromicina e azitromicina são alternativas de tratamento. Está indicada a substituição do antimicrobiano inicial, se não houver atenuação das manifestações em 72 horas. Casos graves devem ser hospitalizados e tratados com antibióticos intravenosos.

**Faringoamigdalite aguda estreptocócica:** A faringoamigdalite aguda estreptocócica (FAE) é uma infecção aguda da orofaringe, na maioria das vezes, produzida por um estreptococo beta-hemolítico, o *Streptococcus pyogenes* do grupo A. Acompanha-se, em geral, de manifestações sistêmicas. Acomete com maior frequência crianças após os cinco anos de vida, mas pode ocorrer, não raramente, em menores de três anos. Essa estreptococcia é mais comum no final do outono, inverno e primavera, nos climas temperados. O período de incubação é de dois a cinco dias. O meio mais comum de contágio é pelo contato direto com o doente, por secreções respiratórias. Fora de períodos epidêmicos, a FAE é responsável por aproximadamente 15% dos casos de faringite aguda. A importância desta doença está no fato de que, além das complicações supurativas provocadas diretamente pela infecção, ela pode desencadear reações não supurativas tardias, como febre reumática (FR) e glomerulonefrite difusa aguda (GNDA), conforme o tipo de cepa. A FR pode ser, em larga extensão, evitada com o uso apropriado de antimicrobianos (AM). Entretanto, o tratamento antimicrobiano precoce de FAE parece não reduzir significativamente o risco de desenvolvimento de GNDA. O estado de portador, em geral, não apresenta consequências significativas para o próprio portador. Nestes casos, a contagiosidade não costuma ser elevada, e é frequentemente uma situação autolimitada, que pode persistir por muitos meses.

Sinais e sintomas O início é mais ou menos súbito, com febre alta, dor de garganta, prostração, cefaleia, calafrios, vômitos e dor abdominal. Na inspeção da orofaringe, há congestão intensa e aumento de amígdalas, com presença de exsudato purulento e petéquias no palato. Ainda pode estar presente adenite cervical bilateral. A presença de

exantema áspero, macular e puntiforme com sensação de “pele de galinha”, flexuras avermelhadas (sinal de Pastia) e palidez perioral (sinal de Filatov) são características da escarlatina.

**Diagnóstico:** Alguns autores buscaram definir um modelo de manifestações clínicas que permitissem ao médico estabelecer

Os autores utilizaram uma convergência de manifestações preditoras positivas e negativas, como indicadoras para firmar o diagnóstico clínico com mais probabilidade. Entre as positivas, incluem-se: aumento significativo das amígdalas, linfonodomegalia cervical dolorosa, erupção escarlatiniforme e ausência de coriza. Outro autor destaca, em uma meta-análise, como fator positivo, ainda, a presença de exsudato amigdaliano e história de exposição à infecção estreptocócica da garganta nas duas semanas antecedentes. Contudo, face a esses estudos não conclusivos, é importante que o pediatra adote uma conduta prática diante de uma criança com queixas de febre e dor de garganta. Assim, é opinião dos autores que o pediatra, durante o exame físico, ao encontrar congestão faríngea, aumento significativo do volume amigdaliano (com ou sem exsudato), linfonodomegalia cervical dolorosa e ausência de coriza está autorizado a realizar o diagnóstico presuntivo de FAE e a dar prosseguimento à conduta adequada.

515

**Faringites virais:** coriza, tosse, rouquidão e vesículas ou ulcerações na orofaringe; – faringite por micoplasma e clamídia: mais comum em adolescentes; – mononucleose, citomegalovírus, toxoplasmose (com suas manifestações próprias, incluindo comprometimento de órgãos e estruturas a distância); – faringite meningocócica ou gonocócica (história e dado epidemiológico); – difteria: placas branco-acinzentadas aderentes na orofaringe, invasão eventual da úvula, comprometimento laríngeo; – faringites por outros estreptococos, hemófilos ou moraxela: raras; – outras afecções: tumor de orofaringe e angina da agranulocitose.

**Complicações** – Abscesso de linfonodo cervical: eritema, edema e flutuação. – Abscesso periamigdaliano: dor e dificuldade para engolir mais intensas, voz abafada ou anasalada, proeminência da amígdala e do pilar anterior da faringe, deslocamento da úvula para o lado não afetado. – Sepsis: toxemia e choque.

– Choque tóxico: toxemia, hipotensão, erupção cutânea maculopapular. – Otite média aguda. – Artrite reacional (não supurativa): durante período agudo da faringite, surge quadro poliarticular que não preenche os critérios de Jones para FR aguda. A

importância maior desta situação é a de que alguns desses pacientes venham a apresentar tardiamente cardite silenciosa ou manifesta, com todas as consequências deste comprometimento. – Febre reumática. – Glomerulonefrite estreptocócica.

Exames complementares Teste rápido de identificação direta de material da garganta: há uma tendência atual a ser o método preferido no lugar do exame cultural (padrão-ouro), quando são usados reagentes de alta sensibilidade. Quando disponível, deve ser utilizado para a confirmação do diagnóstico. Não é necessário realizar cultura para os testes de alta sensibilidade de resultado negativo<sup>38</sup>. O alto custo deste teste ainda dificulta a sua indicação de rotina na prática médica em nosso país. Nos testes de sensibilidade mais limitada, um resultado negativo demanda a realização do exame cultural. Outros testes específicos para diagnóstico diferencial, como mononucleose, micoplasma, gonococo, entre outros.

Tratamento geral – Repouso no período febril. – Estimular ingestão de líquidos não ácidos e não gaseificados e de alimentos pastosos, de preferência frios ou gelados. – Analgésico e antitérmico: acetaminofeno ou ibuprofeno. – Irrigação da faringe com solução salina isotônica morna.

Tratamento específico Antimicrobiano: encurtam a fase aguda e reduzem complicações. Os antibióticos de primeira escolha são a penicilina G ou a amoxicilina. – Fenoximetilpenicilina (Penicilina V Oral) Doses: <27 kg: 400.000 U (250 mg), 8/8 horas, por 10 dias. >27 kg: 800.000 U (500 mg), 8/8 horas, por 10 dias. – Penicilina G benzatina: garante o tratamento em casos de suspeita de má adesão ao tratamento. Doses: <27kg: 600.000 U, IM, dose única. >27kg: 1.200.000 U, IM, dose única.

A injeção torna-se menos dolorosa se o frasco for previamente aquecido à temperatura corporal. Observação: a penicilina G benzatina deve ser considerada como primeira escolha no tratamento da FAE, em casos de potencial não adesão ao tratamento. – Amoxicilina: 40-50 mg/kg/dia, VO, 8/8 horas ou 12/12 horas, por 10 dias. – Eritromicina estolato (alérgicos a penicilina): 20-40mg/kg/dia, em 2-3 tomadas por dia, por 10 dias. – Cefalexina: dose: 30mg/kg/dia, 8/8h, por 10 dias. Observação: tetraciclina e sulfonamidas não devem ser utilizadas no tratamento de FAE.

**Laringite viral aguda** Também denominada de crupe viral, esta laringite é uma inflamação da porção subglótica da laringe, que ocorre durante uma infecção por vírus respiratórios. A congestão e edema dessa região acarretam um grau variável de obstrução

da via aérea. Acomete com maior frequência lactente e pré-escolar, com um pico de incidência aos dois anos de idade. A evolução pode ser um pouco lenta, com início do quadro com coriza, febrícula e tosse. Em 24-48 horas acentua-se o comprometimento da região infraglótica, com obstrução de grau leve a grave e proporcional dificuldade respiratória. A evolução natural, na maioria dos casos, é a persistência do quadro obstrutivo da via aérea por 2-3 dias e regressão no final de cinco dias. O vírus parainfluenza I e II e o vírus sincicial respiratório são os agentes causais mais comuns. Adenovírus, influenza A e B e vírus do sarampo também podem estar envolvidos. O micoplasma, com menor frequência, pode estar envolvido em casos agudos de obstrução de vias aéreas superiores.

Sinais e sintomas – Pródromos: coriza, obstrução nasal, tosse seca e febre baixa. – Evolução: tosse rouca, disfonia, afonia ou choro rouco e estridor inspiratório. Em casos de obstrução mais grave, surge estridor mais intenso, tiragem supra-esternal, batimentos de asa do nariz, estridor expiratório e agitação. Nos casos extremos, além de intensa dispneia e agitação, surgem palidez, cianose, torpor, convulsões, apnéia e morte.

Diagnóstico diferencial Deve ser feito com: – laringite espasmódica (estridulosa): bastante comum. Em geral, não há prodromos de infecção viral, nem febre. Surgimento de dificuldade respiratória, de início mais ou menos súbito, ao final da tarde ou à noite e após deitar. Os sintomas costumam regredir espontaneamente, auxiliados pela melhora com umidificação do ambiente, ou com a saída para a rua, em busca de atendimento médico. Antecedentes atópicos pessoais ou familiares ou associação com refluxo gastroesofágico podem ocorrer; – epiglotite aguda: febre alta, dor ou dificuldade para deglutir até a própria saliva (sialorréia), ausência de rouquidão, prostração e toxemia; – malformação congênita de via aérea: as mais frequentes são laringomalacia, traqueomalacia e estenose subglótica. Episódios recorrentes de laringites, laringite com duração superior a cinco dias no primeiro ano de vida, ou laringite aguda em lactentes jovens sugerem a presença associada de malformações congênitas da via aérea; – corpo estranho: história de episódio inicial de sufocação engasga crise de tosse ou cianose. Relato frequente de sintomas com início súbito; – laringotraqueíte bacteriana: muitas vezes secundária a IVAS viral. Há febre alta, toxemia, refratariedade ao tratamento de suporte; – laringite diftérica: ausência ou vacinação incompleta para difteria. Presença de placas na orofaringe e toxemia;

**Laringoedema alérgico:** história de uso de medicação sistêmica ou contato com substâncias, inclusive inalatórias, resultando em reação anafilática; - abscesso retrofaríngeo: febre com exame clínico da orofaringe característico.

Exames complementares Imagem - Radiografia de região cervical: na laringite viral, a epiglote é normal e há diminuição da luz do segmento subglótico (sinal da ponta do lápis). Corpo estranho só é percebido se for radiopaco. - Broncoscopia flexível: não é indicada em casos de laringite viral. Nos casos com suspeita de malformações congênitas da via aérea (ver item diagnóstico diferencial), sua realização é mandatória.

Consultoria Em casos graves ou recorrentes pode ser necessária à avaliação por um otorrinolaringologista ou um pneumologista pediátrico.

Tratamento geral Casos leves: tratamento domiciliar ou ambulatorial. - Alimentação leve, com pequenas porções e frequentes. - Hidratação. - Umidificação do ambiente (vapor d'água): medida controversa por falta de evidências científicas (estudos sem grupo controle e difícil método de aferição). - Manter ambiente calmo em casa.

Casos moderados a graves (10% a 50% dos casos necessitam de atendimento de emergência): encaminhar para unidade de emergência pediátrica hospitalar. Sintomas e sinais de gravidade que indicam encaminhamento imediato para uma unidade de emergência e muito provável hospitalização são os seguintes: suspeita de epiglote, estridor progressivo, estridor importante em repouso, retrações torácicas, agitação, febre alta, toxemia, palidez, cianose ou torpor. Estes dois últimos são sinais tardios de insuficiência respiratória. A idade entre 12 a 24 meses de vida está associada a uma maior taxa de casos graves. - Corticóide inalatório: budesonida pode ser uma alternativa à dexametasona. Sua indicação, no início do quadro de laringite, para prevenção de formas graves, ainda não está definida.

**Otite Média-** é um grupo de doenças inflamatórias do ouvido médio. Os dois principais tipos são a otite média aguda (OMA) e otite média com efusão (OME). A OMA é uma infecção súbita que geralmente se apresenta com dor no ouvido. No caso de crianças pequenas, isto pode levar a que puxem a orelha, ao aumento do choro e a perturbações no sono, podendo também levar à diminuição do apetite e à presença de febre.

A OME é geralmente assintomática e define-se pela presença de líquido não infeccioso no ouvido médio por um período superior a três meses. A otite média crônica supurativa (OMCS) é a inflamação do ouvido médio por período superior a duas semanas

e que provoca episódios de secreção pelo ouvido. Pode surgir como complicação da OMA e raramente está associada a dor. Todos os três tipos podem estar associados a perda de audição. A perda de audição na OME, devido à sua natureza crônica, pode afetar a capacidade de aprendizagem da criança.

A causa da OMA está relacionada com a anatomia e sistema imunitário durante a infância. Pode ser causada tanto por bactérias como vírus. Entre os fatores de risco estão a exposição ao fumo, uso de chupetas e a frequência de infantários. Ocorre com maior frequência em pessoas com síndrome de Down. A OME ocorre muitas vezes na sequência de uma OMA e pode estar relacionada com infecções do trato respiratório superior, irritantes como o fumo, ou alergias. O diagnóstico envolve a observação do tímpano. Um dos sinais da OMA é a ausência de movimento do tímpano quando é soprado ar. Existem várias medidas que diminuem o risco de otites médias, entre as quais vacinação contra pneumococos e gripe, amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida e evitar o contacto com fumo de tabaco. Em pessoas com OME, os antibióticos geralmente não aceleram a recuperação. Na OMA é importante o uso de analgésicos, entre os quais paracetamol, ibuprofeno, gotas de benzocaína ou opiáceos.

Na OMA, os antibióticos podem acelerar a recuperação, mas podem provocar efeitos adversos.<sup>1</sup> Os antibióticos são geralmente recomendados para pessoas com casos graves ou com menos de dois anos de idade. Em pessoas com casos menos graves, os antibióticos podem ser recomendados apenas em pessoas cujos sintomas não melhorem em dois ou três dias. O antibiótico de escolha é geralmente amoxicilina. Em pessoas com infecções frequentes, os tubos de timpanostomia podem diminuir a recorrência.

Em cada ano a OMA afeta cerca de 10% da população mundial, o que corresponde a entre 325 e 710 milhões de casos. Metade dos casos ocorre em crianças com menos de cinco anos de idade e é mais comum entre o sexo masculino. Entre as pessoas afetadas, cerca de 4,8%, ou 31 milhões, desenvolvem otite média crônica supurativa. A doença afeta cerca de 80% das crianças com menos de dez anos em determinado momento da vida. Em 2013, a otite média provocou a morte a 2400 pessoas, uma diminuição em relação às 4900 de 1990.

Os principais sinais e sintomas são dor severa, diminuição da audição, febre, choro constante (nos bebês), irritabilidade, desconforto, perda de apetite e secreção no ouvido se houver ruptura timpânica (perfuração do ouvido).

Vômitos e diarreia podem ocorrer nas crianças pequenas. Pode também haver presença de pus na região externa do ouvido. Alguns casos são relatados em jovens e adultos também, com as mesmas características.

### **Fisiopatologia**

Tipicamente, a otite média aguda ocorre após uma gripe ou resfriado: depois de alguns dias de nariz obstruído o ouvido se envolve e isso pode causar uma dor severa. A nível anatômico, a progressão típica da otite média aguda ocorre assim: as bactérias presentes na boca e garganta migram pela tuba auditiva até o ouvido médio, onde se multiplicam nas secreções acumuladas, causando uma inflamação ao nível auditivo na bigorna.

### **Diagnóstico**

O médico faz o diagnóstico através da história da doença e do exame com o otoscópio. A região encontra-se avermelhada e abaulada, característica típica de uma inflamação.

#### **Tratamento**

Medicamentos antibióticos e analgésicos. A presença por mais de três meses do líquido no ouvido médio faz necessário um procedimento cirúrgico, no qual é feita uma pequena incisão (abertura) no tímpano, retirando o líquido acumulado. Se não for tratada a tempo pode levar à perfuração do tímpano e conseqüente surdez.

### **CONCLUSÃO**

Conclui-se que as IVAS são um dos motivos mais comuns de visita ao consultório do pediatra, é importante que este profissional utilize conceitos e condutas diagnósticas e terapêuticas atualizadas na sua prática clínica.

Na era da medicina baseada em evidências, os profissionais da área da saúde devem ser estimulados continuamente a buscar informações científicas em fontes adequadas. A edição de um suplemento como este pode auxiliar na multiplicação deste tipo de conhecimento.

Desta forma, em relação às IVAS, a redução da indicação de exames diagnósticos dispensáveis e da implementação de tratamentos desnecessários poderiam estar beneficiando um número significativo de crianças com infecções respiratórias tão comuns.

Recomenda-se a utilização de conceitos e condutas diagnósticas e terapêuticas atualizadas na prática clínica assim como a redução na indicação de exames diagnósticos dispensáveis e tratamentos desnecessários. Essa prática deve beneficiar crianças com infecções respiratórias comuns.

## REFERÊNCIAS

Herendeen NE, Szilagy PG. Infections of the upper respiratory tract. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editores. Nelson Textbook of Pediatrics. 16<sup>a</sup> ed.

<http://www.inf.pucrs.br/~linatural/corporas/pediatria/txt/03-79-S1-77port.txt>. Acesso em setembro de 2016.

Philadelphia: W. B. Saunders Company; 2000.p.1261-66. 2. Duarte DMG, Botelho C. Perfil clínico de crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. J Pediatr (Rio J) 2000; 76:207-12

Bento RF, Miniti A, Butrigan O. Otorrinolaringologia: clínica e cirúrgica. São Paulo. Ed. Atheneu; 200.

Capasso R, Monteiro ELC. Laringites agudas e crônicas inespecíficas. Tratado de ORL. Cap.36. Ed. Rocca.2002.

Fukuda Y. Otorrinolaringologia.São Paulo. Ed. Manolo.2002.

Hungria H. Otorrinolaringologia. Rio de Janeiro. Ed. Guanabra Koogan; 2000.

Lavinsky L. Tratamento em otologia. Rio de Janeiro. Ed. Revinter; 2006.